



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 207

Impact de la pandémie COVID-19 sur l'évolution clinique du trouble obsessionnel compulsif

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/06/2023

PAR

Mme. Oaima MARIGH

Née Le 07 Mars 1994 à El Gharbia

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

COVID 19 - TOC - Y-BOCS

JURY

Mme.	F. MANOUDI Professeur de Psychiatrie	PRESIDENTE
Mr.	K. MOUHADI Professeur agrégé de Psychiatrie	RAPPORTEUR
Mr.	I. RAMMOUZ Professeur de Psychiatrie	JUGE

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



﴿أَلَمْ نَشْرَحْ لَكَ صَدْرَكَ (١) وَوَضَعْنَا عَنكَ وِزْرَكَ (٢) الَّذِي
أَنْقَضَ ظَهْرَكَ (٣) وَرَفَعْنَا لَكَ ذِكْرَكَ (٤) فَإِنَّ مَعَ
الْعُسْرِ يُسْرًا (٥) إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا (٦) فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ
(٧) وَإِلَىٰ رَبِّكَ فَارْغَب (٨)﴾



صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

(سورة الشرح)

Serment d'Hippocrate



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'Enseignement Supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ATMANE El Mehdi	Radiologie
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	BASRAOUI Dounia	Radiologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	BASSIR Ahlam	Gynécologie obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie

ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	BEN DRISS Laila	Cardiologie
ADMOU Brahim	Immunologie	BENALI Abdeslam	Psychiatrie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie biologique	BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	BENJILALI Laila	Médecine interne
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie obstétrique
AMAL Said	Dermatologie	BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie
AMINE Mohamed	Epidémiologie clinique	BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	BOURRAHOUCHE Aicha	Pédiatrie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	BOURROUS Monir	Pédiatrie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	BSISS Mohammed Aziz	Biophysique
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie
CHAKOUR Mohammed	Hématologie biologique	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie cytogénétique
CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	JALAL Hicham	Radiologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	KADDOURI Said	Médecine interne
CHRAA Mohamed	Physiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
DAHAMI Zakaria	Urologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	KHATOURI Ali	Cardiologie

DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	KISSANI Najib	Neurologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métabolique	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	LAOUAD Inass	Néphrologie
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie-générale
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	MARGAD Omar	Traumatologie-orthopédie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie mycologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	MOUFID Kamal	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
FADILI Wafaa	Néphrologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique

FAKHRI Anass	Histologie-embyologie cytogénétique	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
GHANNANE Houssine	Neurochirurgie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
GHOUNDALE Omar	Urologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie	QACIF Hassan	Médecine interne
HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie réanimation
RABBANI Khalid	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
RADA Nouredine	Pédiatrie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
RAIS Hanane	Anatomie Pathologique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation	ZARROUKI Youssef	Anesthésie- réanimation
SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
SARF Ismail	Urologie	ZIADI Amra	Anesthésie- réanimation
SERGHINI Issam	Anesthésie- réanimation	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
SORAA Nabila	Microbiologie-virologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique	ZYANI Mohammad	Médecine interne
TASSI Noura	Maladies infectieuses		

Professeurs Habilités (PH)

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
FDIL Naima	Chimie de coordination bio- organique		
GEBRATI Lhoucine	Chimie		
LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio- vasculaire	HAMMOUNE Nabil	Radiologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino- laryngologie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MILLOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie- orthopédie
BAKZAZA Oualid	Chirurgie Vasculaire périphérique	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie- réanimation
BELLASRI Salah	Radiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie-patologique
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie- réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino- laryngologie	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
FENANE Hicham	Chirurgie thoracique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	DAMI Abdallah	Médecine Légale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	DARFAOUI Mouna	Radiothérapie
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	DOULHOSNE Hassan	Radiologie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio- organique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	EL FAKIRI Karima	Pédiatrie
AIT LHAJ El Houssaine	Ophthalmologie	EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	EL HAJJAMI Ayoub	Radiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	EL HAMD AOUI Omar	Toxicologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
AZIZI Mounia	Néphrologie	EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique
BELARBI Marouane	Néphrologie	EL MOUHAFID Faisal	Chirurgie générale
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino- laryngologie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie- réanimation
BENYASS Youssef	Traumato-orthopédie	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	ESSAFTI Meryem	Anesthésie réanimation
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	FASSI FIGHRI Mohamed Jawad	Chirurgie générale
BOUMEDIANE El Mehdi	Traumato-orthopédie	FIKRI Oussama	Pneumo-phtisiologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale

CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
JEBRANE Ilham	Pharmacologie	RAMRAOUI Mohammed- Es-said	Chirurgie générale
KHALLIKANE Said	Anesthésie- réanimation	RHEZALI Manal	Anesthésie- réanimation
LACHHAB Zineb	Pharmacognosie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie- réanimation
LAHMINI Widad	Pédiatrie	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
LAKHDAR Youssef	Oto-rhino- laryngologie	SAYAGH Sanae	Hématologie
LALAOUI Abdessamad	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie- mycologie
LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie-virologie	SBAI Asma	Informatique
LGHABI Majida	Médecine du Travail	SLIOUI Badr	Radiologie
MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques	WARDA Karima	Microbiologie
MOUGUI Ahmed	Rhumatologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
NASSIH Houda	Pédiatrie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
RACHIDI Hind	Anatomie pathologique	ZOUITA Btissam	Radiologie
RAFI Sana	Endocrinologie et maladies métaboliques		

LISTE ARRETEE LE 03/04/202



DÉDICACES



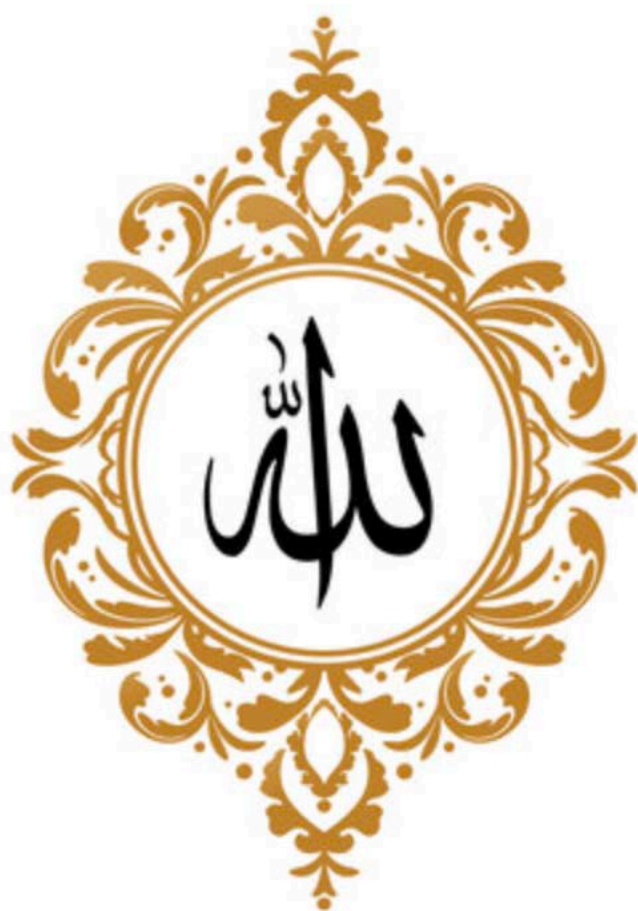
Je dois avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec grand amour, respect et gratitude que je dédie ce modeste travail comme preuve de respect et de reconnaissance :



A

Dieu, Tout puissant, le très miséricordieux, Qui m'a guidé dans le bon chemin, Louanges et remerciements

Je dédie cette thèse à.....



A Allah

« Ce n'est pas la science qui me pousse au-devant de Dieu, c'est Dieu qui me pousse au-devant de la science. »

En tout premier lieu, je remercie le bon Dieu, tout-puissant, de m'avoir donné la force, la patience, le courage et le potentiel pour braver toutes les difficultés et atteindre mes objectifs. Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

A Maman,

Pour qui ces quelques mots ne seront jamais à la hauteur, et à qui je dédie toutes ces années qui ont abouti à ce travail. Ces années et toutes celles d'avant pour lesquelles tu as été mon socle, ma force et mon infinie source d'inspiration. Et durant lesquelles tu as fait tellement de sacrifices pour moi. Tu es la bienveillance, la sérénité, la joie de vivre et le réconfort. Tu es la personne à qui je dois absolument tout. J'espère être à la hauteur de l'éducation exemplaire que tu m'as inculquée, toujours dans l'amour et la sérénité. Je porte en moi fièrement le flambeau de toutes les valeurs d'excellence, d'humanité, d'intégrité, et de force d'esprit que tu as veillé à me transmettre. Puisse ce qui reste à venir être encore plein de bonnes surprises et de joie à tes côtés

A Papa,

Je te remercie - au-delà de simples remerciements- du fond du cœur, pour tout ce que tu as fait pour moi, pour tout ce que tu m'as transmis et m'a appris durant toutes ces années. Tu as toujours veillé sur moi de près ou de loin, toujours avec beaucoup de bienveillance et d'amour. Je porte en moi toutes tes qualités et tes valeurs, que tu m'as léguées avec affection, humour, vivacité d'esprit et infinie bonté. Tu es l'homme d'esprit et de cœur par excellence. J'espère que ce modeste travail te rendra fier et ne sera que le début de multiples accomplissements futurs

A la mémoire de ma grand-mère,

Que Dieu ait son âme, qui est partie trop tôt, que je continue d'aimer tendrement, qui fait partie de moi, partie de ce que je suis devenue. Qui a toujours été dans mon esprit et dans mon cœur, je te dédie aujourd'hui ma réussite.

A mes très chères sœurs Sohaila et Hiba,

Merci pour la joie que vous me procurez mes chères sœurs, merci infiniment pour votre soutien, votre aide et votre générosité qui ont été pour moi une source de courage et de confiance. Vous m'avez toujours soutenu tout au long de mon parcours. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent. Puissions-nous rester unies et fidèles à l'éducation que nous avons reçue. Puisse DIEU, le tout-puissant, vous préserver du mal, vous combler de santé et de bonheur.

A mon cher grand frère Rabie,

Tu sais que l'affection et l'amour fraternel que je te porte sont sans limites. Tu étais pour moi l'exemple. Je remercie en toi le frère et le père. Merci pour ta précieuse aide durant ma vie. A ton épouse Meryem, J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et vous aide à réaliser vos vœux. Je vous souhaite une vie pleine de joie.

A mes Beau-frère Younes et Yassir,

Je profite de la présente occasion pour vous remercier pour tout le soutien, la sympathie et l'amour que vous m'accordez. Que Dieu le tout-puissant vous comble de santé, de bonheur et vous prouve une longue vie pleine de joie.

*A mon mignon petit lion, mon neveu Mohamed Riad,
Merci d'être la source de mon bonheur et de combler ma vie de
joie, Je te montrerai cette dédicace un jour Inshaalah.*

A ma très chère amie Ibtissam,

*Tu es pour moi plus qu'une amie ! Je ne saurais trouver une
expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments
de fraternité que je te porte. Un grand merci pour ton soutien,
ton encouragement, ton aide. J'ai trouvé en toi le refuge de mes
chagrins et mes secrets. Je te dédie ce travail en témoignage de
ma grande affection et en souvenir des agréables moments
passés ensemble.*

A mes tantes, oncles et cousin(e)s,

*A cette merveilleuse grande famille, qui est grande dans sa
bienveillance, son amour, et son humilité, et qui est toute petite
dans sa proximité, dans les liens inextricables tissés entre ses
membres. A la famille au sein de laquelle j'ai vu le jour et j'ai
grandi, qui m'a tout appris et m'a donné plus d'amour que
rêvé. A cette famille qu'on m'envie partout, dont je parle avec
fierté le baume au cœur. A mes tantes et oncles qui sont de
véritables parents, je dédie spécialement cette thèse à ma tante
Aïcha, Amira et mon oncle Mohamed, à mes cousins et
cousines qui sont les frères et sœurs que je n'ai pas eus. A vous
tous, un par un, avec qui j'ai vécu des moments formidables,
débordant de belles énergies et de joie.*

A mes professeurs de médecine,

Qui ont participé à ma réussite de près ou de loin, qui m'ont formée, m'ont initié à ce noble métier, et qui m'ont inculqué toutes leurs admirables valeurs.

A Mon cher Professeur Mohamed MERZOUKI, Professeur de Biostatistique et éco-toxicologie à la Faculté des Sciences Techniques de Béni Mellal,

Permettez-moi de vous remercier grandement pour votre collaboration dans la réalisation de ce travail. Votre disponibilité, votre bonté et votre générosité imposent le respect. J'ai énormément appris à vos côtés et vous en suis infiniment reconnaissante, en espérant apprendre et travailler d'avantage avec vous.

A Dr Hicham LAARAJ Résident au service de Psychiatrie de l'hôpital provincial d'Inzegane,

Vous m'avez accordé beaucoup de votre temps précieux. Nous vous sommes reconnaissants de l'aide apportée tout au long de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

*A tous les patients qui ont croisé mon chemin,
Pendant mon parcours ou encore pendant cette thèse, à la
petite partie que j'ai aidée, et à eux tous qui m'ont
immensément aidée dans mon apprentissage scientifique et
personnel. Ils ont tous, un par un, construit brique par brique
le médecin que je deviens et la personne que je suis. Merci à
vous, je vous dédie ce travail et ma vie toute entière.*

*A tous ceux que j'ai involontairement omis de citer, toutes les
personnes avec qui j'ai grandi et auprès de qui je me suis
construite. Merci.*



REMERCIEMENTS



*A Notre Maître et Présidente de thèse : Madame Le Professeur
F. MANOUDI Professeur de l'enseignement supérieur de
psychiatrie Chu Mohammed VI Marrakech.*

Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous nous faites en acceptant avec bienveillance de présider notre jury de thèse. Nous vous sommes très reconnaissants de la spontanéité et de l'amabilité avec lesquelles vous nous avez accueillis. Nous avons eu le privilège d'être un de vos élèves. Nous avons toujours admiré la simplicité et la facilité de votre abord et largement bénéficié de l'étendue de votre savoir et de vos hauts talents pédagogiques. Veuillez trouver dans ce travail, les marques de notre profonde gratitude et l'expression d'une reconnaissance infinie.

*A Notre Maître et Rapporteur de thèse : Monsieur Le
Professeur K. MOUHADI Professeur agrégé de psychiatrie à
L'Hôpital Militaire d'Agadir.*

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail et nous espérons être à la hauteur.

Nous avons toujours trouvé auprès de vous un accueil très chaleureux. Vous avez sacrifié beaucoup de votre temps pour mener à bout ce travail, nous sommes très reconnaissants des grands efforts que vous avez fournis en dirigeant ce travail.

Nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines, professionnelles et vos qualités d'enseignantes qui ont toujours suscité notre admiration. Votre gentillesse, votre bienveillance, votre patience, votre quiétude ont été une source d'inspiration pour nous. Nous vous remercions pour vos conseils et vos encouragements. Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordée. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre fidèle attachement, de notre profonde gratitude et notre haute estime.

A Notre Cher Maître et Juge de thèse Professeur Ismaïl Rammouz, Professeur de Psychiatrie au CHU Souss-Massa.

Nous vous remercions pour le privilège que vous nous avez accordé en siégeant parmi ce jury. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail. Votre expertise et vos compétences dans le domaine de la psychiatrie seront d'une grande valeur et d'un grand apport pour ce travail. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.



TABLEAUX & FIGURES



Liste des tableaux

Tableau I : La répartition des patients selon la durée de consommation du tabac, cannabis et alcool.....	27
Tableau II : L'évolution du score de Yale Brown total entre les trois temps T0, T1 et T2	43
Tableau III : Taux d'évolution du score de Yale Brown total entre les trois temps T0, T1 et T2	43
Tableau IV : Symptômes courants chez les patients souffrant de troubles obsessionnels compulsifs.	57
Tableau V : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble obsessionnel-compulsif (9).	60
Tableau VI : Troubles liés aux obsessions et aux compulsions.....	62
Tableau VII : Principales études sur l'impact de covid-19 sur les symptômes obsessionnels et compulsifs.	75

Liste des figures

Figure 1 : La répartition des patients selon l'âge.....	16
Figure 2 : La répartition des patients selon le sexe	17
Figure 3 : La répartition des patients selon la situation matrimoniale.....	17
Figure 4 : La répartition des patients selon le niveau scolaire.....	18
Figure 5 : La répartition des patients selon l'activité professionnelle ou scolaire.....	19
Figure 6 : La répartition des patients selon les ressources financières.....	19
Figure 7 : La répartition des patients selon le niveau socio-économique.....	20
Figure 8 : La répartition des patients selon la situation familiale	21
Figure 9 : La répartition des patients selon le nombre de personnes vivants dans la maison.....	21
Figure 10 : La répartition des patients selon leur activité sur l'un des réseaux sociaux.	22
Figure 11 : La répartition des patients selon le nombre d'heures de connexion par jour.	23
Figure 12 : La répartition des patients selon la présence d'une personne positive ou suspect au sein de la famille et voisins.	23
Figure 13 : La répartition des patients selon la mise en quarantaine.	24
Figure 14 : La répartition des patients selon la consommation du tabac.	25
Figure 15 : La répartition des patients selon la dépendance du tabac.....	25
Figure 16 : La répartition des patients selon la consommation du cannabis.	26
Figure 17 : La répartition des consommateurs du cannabis selon leurs dépendances au cannabis.....	26
Figure 18 : La répartition des patients selon la consommation de l'alcool.....	27
Figure 19 : La répartition des patients selon les antécédents des tentatives suicidaires	28
Figure 20 : La répartition des patients selon les antécédents psychiatriques	28
Figure 21 : La répartition des patients selon les antécédents judiciaires	29

Figure 22 : La répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux	30
Figure 23 : La répartition des patients selon la date de début du trouble	30
Figure 24 : La répartition des patients selon le retard du diagnostique	31
Figure 25 : La répartition des patients selon les thèmes des obsessions	32
Figure 26 : La répartition des patients selon les thèmes des compulsions.....	33
Figure 27 : La distribution des patients selon Le nombre de thèmes du TOC	33
Figure 28 : La distribution des patients selon les thèmes du toc	34
Figure 29 : La distribution des patients selon l'association de deux types du toc :	35
Figure 30 : La distribution des patients selon l'association des trois types du TOC	35
Figure 31 : La distribution des patients selon l'association de quatre types du toc :.....	36
Figure 32 : La distribution des patients selon le type du traitement	37
Figure 33 : La répartition des patients selon le nombre des traitements.....	37
Figure 34 : La répartition des patients selon le score Yale Brown :	38
Figure 35 : La répartition des patients selon le score de l'échelle de Beck de la dépression	38
Figure 36 : La répartition des patients selon le score IES R.....	39
Figure 37 : La répartition des patients selon le score PPS.....	39
Figure 38 : La répartition des patients selon l'évolution du score Yale Brown en T0, T1, T2 :	40
Figure 39 : Distribution des patients en fonction des trois types du TOC selon le score de Yale Brown total en T0,	41
Figure 40 : Comparaison des pourcentages des trois catégories du TOC en fonction de la période d'étude.	42
Figure 41 : Migration des patients entre les trois catégories du TOC selon Yale Brown total : (A) migration vers amélioration ; (B) migration vers complication.....	44
Figure 42 : Taux instantanés des patients dans chaque catégorie du TOC en fonction des temps T0, T1 et T2.	45

Figure 43 : Taux de guérison (<8) et de rémission (<16) en fonction des temps T0, T1 et T2.	46
Figure 44 : Distribution des patients en fonction du score Yale–Brown des compulsions pendant les temps T0, T1 et T2.....	47
Figure 45 : Comparaison de la moyenne du score de Yale–Brown de compulsions entre les temps T1, T2 et T3.	48
Figure 46 : Distribution des patients en fonction du score Yale–Brown d’obsessions pendant les temps T0, T1 et T2.....	49
Figure 47 : Comparaison de la moyenne du score de Yale–Brown d’obsessions entre les temps T1, T2 et T3.....	50
Figure 48 : Distribution des patients en fonction du score Yale–Brown total pendant les temps T0, T1 et T2.....	51
Figure 49 : Comparaison du score moyen de Yale–Brown total entre les temps T1, T2 et T3.	52



ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

OCI-R	:	Obsessive Compulsive Inventory – Revised;
YBOCS	:	Yale Brown Obsessive–Compulsive Scale;
MINI	:	Mini International Neuropsychiatric Interview;
NIMH-GOCS	:	National Institute for Mental Health– Global Obsessive Compulsive Scale ;
OCI-CV	:	Obsessive Compulsive Inventory– child version;
DOCS	:	Dimensional Obsessive–Compulsive Scale;
PI-WSUR	:	Padua Inventory–Washington State University Revision ;
VOCIMC	:	Vancouver Obsessional Compulsive Inventory– Mental Contamination;
BOCS	:	Brief Obsessive–Compulsive Scale
TOC	:	Trouble obsessionnel compulsif
COVID-19	:	Maladie à coronavirus 2019
IES-R	:	Impact of Event Scale –Revised
IDB	:	Inventaire de dépression de Beck
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
ATCDS	:	Antécédents
OMS	:	Organisation Mondiale de Santé
PPS	:	Score du stress perçu
DSM	:	le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
MERS-COV	:	Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen Orient
SARS-COV	:	Coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère
ISRS	:	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
NL	:	Neuroleptique



PLAN



INTRODUCTION	01
PROTOCOLE DE L'ETUDE	05
I. Lieu de l'étude	06
II. Design de l'étude	06
III. Durée	06
IV. Population cible	06
V. Echantillonnage	06
VI. Définition de cas	07
VII. Critères d'inclusion	07
VIII. Critères d'exclusion	07
IX. Les variables de l'étude :	07
X. Les instruments psychométriques	08
1. Mini International Neuropsychiatric Interview	08
2. Mini Risque suicidaire (module C)	09
3. Échelle d'évaluation des obsessions et des compulsions de Yale-Brown (Yale-Brown obsessive-compulsive scale : Y-BOCS)	09
4. Inventaire de Beck pour la dépression (IDB)	10
5. Inventaire d'anxiété de Beck :	11
6. Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)	12
7. Échelle du stress perçu (PSS)	13
8. Echelle visuelle analogique	13
XI. Procédure de la collecte des données	14
XII. Considération éthique	14
XIII. Analyses Statistiques	14
RESULTATS	15
I. Caractéristiques sociodémographiques des patients	16
1. Age	16
2. Sexe	17
3. Situation matrimoniale	17
4. Niveau scolaire	18
5. Activité professionnelle ou scolaire	19
6. Ressources financières	19
7. Niveau socio-économique	20
8. Situation familiale	21
9. Nombre de personnes vivants dans la maison	21
10. Activité sur les réseaux sociaux	22
11. Nombre d'heures de connexion par jour	23
12. Personnes positives ou suspects au sein de la famille et voisins	23

13. Mise en quarantaine	24
II. Substances psycho actives	25
1. Consommation du tabac	25
2. Dépendance au tabac	25
3. Consommation du cannabis	26
4. Dépendances du cannabis	26
5. Consommation de l'alcool	27
6. Durée de consommation de substances	27
III. Antécédents	28
1. Antécédents de tentatives de suicide	28
2. Antécédents psychiatriques	28
3. Antécédents judiciaires	29
4. Antécédents chirurgicaux	30
IV. Obsessions / Compulsions	30
1. Date début du trouble	30
2. Retard du diagnostic	31
3. Thèmes des obsessions	32
4. Thèmes des compulsions	33
5. Nombre de thèmes	33
6. Thèmes du TOC	34
7. Association de deux types du toc :	35
8. Association des trois types de TOC	35
9. Association de quatre types du TOC	36
V. Prise en charge	37
1. Type de traitement	37
2. Nombre des traitements	37
VI. Échelles d'évaluation	38
1. Yale Brown score	38
2. Scores de l'échelle de Beck	38
3. Score de l'impact de l'évènement (IES R)	39
4. Scores du stress perçu (PPS)	39
5. Evolution du score Yale Brown en fonction des trois temps de l'étude	40
6. Evolution du score du Yale Brown en fonction des temps d'étude et les types du TOC	41
7. Comparaison des TOC en fonction des temps d'étude	42
8. Migration des patients entre les trois catégories du TOC selon Yale Brown	44
9. Taux instantanés des patients dans chaque catégorie du TOC en fonction des temps d'étude	45
10. Taux de guérison et de rémission en fonction des temps de l'étude	46

11. Score de Yale–Brown des compulsions	47
12. Score de Yale–Brown d'obsessions	49
13. Score de Yale–Brown total	51
DISCUSSION GÉNÉRALE	53
I. Rappels	54
1. Troubles obsessionnels–compulsifs	54
1.1. Obsession et compulsion	54
1.2. Épidémiologie	55
1.3. Evolution de la maladie	55
1.4. Pathogénèse	56
1.5. Diagnostic	58
1.6. Comorbidités	59
1.7. Traitements	63
1.8. Populations particulières	65
2. Maladie à coronavirus 2019 (COVID–19)	66
2.1. Historique	66
2.2. Caractéristiques cliniques et diagnostic du COVID–19	68
2.3. Santé mentale et conséquences associées à COVID–19	69
II. Discussion	70
CONCLUSION	82
RESUMES	84
ANNEXES	88
BIBLIOGRAPHIE	104



INTRODUCTION



La pandémie de Covid-19 est une crise sanitaire d'une maladie infectieuse émergente, appelée la maladie à coronavirus 2019 ou Covid-19, provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2. Elle est apparue le 16 novembre 2019 à Wuhan , dans la province de Hubei (en Chine centrale), avant de se propager dans le monde(1).

Le 11 mars 2020, l'épidémie de Covid-19 est déclarée pandémie par l'OMS (2).Au Maroc, le premier cas de COVID-19 a été confirmé à Casablanca le 2 mars 2020, il a déclaré l'état d'urgence sanitaire le 20 mars 2020 sur l'ensemble du territoire national(3).

Face à la progression rapide de ce virus, plusieurs mesures et restrictions ont été menées afin de ralentir sa progression. Cette nouvelle situation a eu des répercussions néfastes sur la santé mentale en population générale comme l'a affirmé l'OMS « la santé mentale est une des grandes victimes de la pandémie de COVID-19(4).

Dans une revue systématique de la littérature avec méta-analyse des données de prévalences au niveau mondial, les auteurs ont trouvé des prévalences relativement élevées de dépression (15,97%), d'anxiété (15,15%), de troubles de stress post-traumatique (21,94%), de détresse psychologique (13,29%) et enfin d'insomnie (23,87).

Ces données regroupaient l'ensemble des populations par rapport à ce qui a été observé dans la dernière étude de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les troubles courants de santé mentale (5). D'autres auteurs ont montré le retentissement de la pandémie sur des personnes souffrant déjà de troubles préexistants tels que la population ayant le TOC.

Une étude hollandaise sur deux cohortes préalablement suivies a permis de mieux explorer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les sujets déjà suivis en comparaison à ceux qui ne l'étaient pas . Cette étude a regroupé 1181 patients suivis pour dépression, anxiété et trouble obsessionnel compulsif et 336 sujets non suivis, elle a montré que l'impact perçu sur la santé mentale et la peur du COVID-19 étaient plus importants chez les participants ayant souffert de troubles mentaux au cours de leur vie et ces personnes ont eu plus de mal à faire face à la pandémie (6).

Pourtant certaines revues ont essayé d'identifier des facteurs de risque de présenter un trouble mental dans le contexte pandémique. Bien que les données ne soient pas forcément répliquées d'une étude à l'autre, les facteurs de risque de trouble mental les plus fréquemment cités étaient le sexe féminin, le groupe d'âge le plus jeune (40 ans), la présence de maladies chroniques (y compris psychiatriques), un contexte socioéconomique défavorable (chômage, statut d'étudiant), et l'exposition fréquente aux médias sociaux/aux informations concernant le COVID-19 (7).

Cependant, la santé mentale de ces personnes était et reste systématiquement plus mauvaise que celle des personnes ne présentant pas ces troubles avant la pandémie. Ces personnes

. Tout ça a exacerbé les inégalités en matière de santé mentale.

Le COVID 19 est une menace sérieuse et une expérience exceptionnelle qui incite des préoccupations nombreuses. Il peut être difficile de faire une distinction entre une préoccupation appropriée et une anxiété excessive surtout que le TOC se nourrit de l'incertitude et du doute. Les obsessions et les compulsions pouvant se modifier en fonction de ce qui se passe autour des personnes déjà atteintes du TOC. Ces personnes se trouveraient dans un cercle vicieux suscité de l'intérieur et l'extérieur, cela peut donc conduire à des obsessions anxiogènes d'être infecté ou d'infecter les autres, des sentiments de responsabilité et de culpabilité déclenchant ainsi des comportements d'adaptation inutiles excessives de lavage des mains de nettoyage des surfaces, de vérification et autres comportements compulsifs .

Cependant, à l'heure actuelle, il existe un manque des travaux pour illustrer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les patients atteints de TOC à l'échelle internationale et une absence des travaux dans notre contexte marocain. Néanmoins, les conséquences de la pandémie sur le TOC ne sont pas toujours élucidées, elles sont étudiées plus chez l'adulte que chez les enfants et les adolescents. Il est donc essentiel de vérifier et d'analyser l'étendue de l'impact sur les TOC en termes d'aggravation des symptômes et de vérifier quels sont les symptômes variables et quelles étaient les modifications cognitives qui ont été impliquées. Et c'est exactement le but de notre étude longitudinale, qui a comme objectif principal d'évaluer l'impact de cette pandémie sur l'évolution clinique du trouble obsessionnel compulsif en se basant sur des échelles psychométriques appropriées.

étaient plus vulnérables face à un degré considérable de crainte, du stress et d'anxiété. Objectifs de l'étude : l'imprévisibilité et l'incertitude, les mesures de confinement, de distanciation physique, l'isolement social et autres stratégies d'endiguement associées à la

- Evaluer le taux de rechute ou/et aggravation des patients suivis pour TOC
- Analyser les déterminants socio-économiques, culturels, environnementaux du trouble suite à l'augmentation des sources d'information et l'usage important d'internet ainsi que obsessionnel compulsif.

la crise économique qui en résulte

Utilité de l'étude :

- Donner au personnel de la santé mentale et aux autorités de santé une idée sur l'impact de la crise sanitaire sur les patients ayant déjà un TOC.
- Identifier les facteurs de vulnérabilité du TOC
- Adapter la prise en charge de ces malades suivis pour TOC
- Mettre en place des mesures préventives afin d'éviter la rechute des patients suivis pour TOC



PROTOCOLE DE L'ETUDE



I. Lieu de l'étude :

Notre étude a été réalisée dans le centre hospitalier psychiatrique universitaire d'Inzegane et dans un centre ambulatoire de la wilaya d'Agadir.

II. Design de l'étude :

- Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive et analytique

III. Durée :

Nous avons initié notre étude le 1er avril 2020 jusqu'au 30 juin 2021 (15 mois),

En trois temps différents :

- T1 : du 01 avril 2020 – 30 juin 2020
- T2 : 01 juillet 2020 – 31 janvier 2021
- T3 : 01 février – 30 juin 2021.

IV. Population cible :

Notre population a été constituée de patients suivis pour un trouble obsessionnel compulsif en consultation et dont le diagnostic a été confirmé avant le début de la pandémie par un psychiatre sénior

V. Echantillonnage :

Tous les patients suivis en ambulatoire, répondant à la définition de cas et ayant donné un consentement éclairé.

Ils ont été recrutés progressivement, vu que les patients ayant un TOC sont peu nombreux, un recrutement qui a été le maximum possible exhaustif a eu lieu dans la consultation du secteur hospitalier et ambulatoire de la préfecture d'Agadir et de la préfecture d'Inezgane.

VI. Définition de cas :

Tout malade adulte, ancien ou nouveau cas de la consultation dont la maladie remonte avant la pandémie, consultant pour trouble obsessionnel compulsif selon les critères DSM 5

VII. Critères d'inclusion :

Notre population a inclus des patients suivis pour trouble obsessionnel compulsif en consultation ou en hospitalier avec tranche d'âge varié entre 16ans et 65 ans.

VIII. Critères d'exclusion :

Dans notre étude on a exclu tout malade non-consentant, non-coopérant et les patients avec une comorbidité neurologique ou psychiatrique en dehors de la dépression.

IX. Les variables de l'étude :

Après un consensus de l'équipe universitaire, un questionnaire (annexe 1) a été élaboré au niveau du service de Psychiatrie du CHU de Souss-Massa comprenant quatre parties ;

La première partie comprenait les renseignements démographiques personnels et professionnels, à savoir le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, le niveau scolaire, la profession, l'activité professionnelle ou scolaire avant le confinement et pendant le confinement, les ressources financières, le niveau socio-économique, la situation familiale, l'habitat ; le nombre de chambres, l'existence d'un espace extérieur, le nombre d'habitants sous le même toit et la sécurité sociale. Ainsi que des données spécifiques à la pandémie COVID-19 telles que la présence d'une personne positive au sein de la famille ou au sein du voisinage proche et la mise en quarantaine des patients.

Puis une **seconde partie** concernait les données cliniques du trouble obsessionnel compulsif regroupant un ensemble d'informations sur la maladie, l'ancienneté du trouble, le traitement pharmacologique, les antécédents de tentatives de suicide, les antécédents organiques et les antécédents toxiques.

La **troisième partie** comprenait les échelles psychométriques de l'enquête :

En premier lieu, le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) de TOC et du Risque Suicidaire, l'Inventaire de dépression de Beck, l'Inventaire d'anxiété de Beck et l'Echelle Révisée de l'Impact de l'Évènement (IES-R), l'échelle du Stress Perçu et les échelles visuelles analogiques.

X. Les instruments psychométriques :

1. Mini International Neuropsychiatric Interview :

Le M.I.N.I est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève, explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994 notamment le trouble obsessionnel compulsif (module H)).

- **Présentation :**

Le M.I.N.I. est divisé en modules identifiés par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs question(s) / filtre(s) correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs boîtes diagnostiques permet (tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

- **Instructions de cotation :**

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI.

2. Mini Risque suicidaire (module C) :

Evalue le risque suicidaire et spécifie le niveau de sévérité comme ci-dessous :

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

3. Échelle d'évaluation des obsessions et des compulsions de Yale-Brown (Yale-Brown obsessive-compulsive scale : Y-BOCS) :

- Type d'évaluation : Hétéro évaluation.
- Nombre d'items : 10.
- Déroulement :

L'entretien structuré se découpe en 3 étapes successives :

Donner la définition des obsessions et compulsions

Utiliser la check-list des obsessions et rituels passés et actuels.

Définir les 3 principales pensées obsédantes, les 3 principaux rituels moteurs, les 3 principales situations évitées.

Coter de 0 à 4 les 5 dimensions pour les obsessions et les compulsions.

- Cotation et interprétation :

L'échelle comprend 10 items qui mesurent 5 dimensions : durée, gêne dans la vie quotidienne, angoisse, résistance, degré de contrôle.

Chaque item est coté de 0 (pas de symptôme) à 4 (symptôme extrême).

L'échelle permet de distinguer un score d'obsessions : addition des 5 items ($0 \leq \text{score} \leq 20$) et un score de compulsions : addition des 5 items ($0 \leq \text{score} \leq 20$).

En fonction du score total obtenu ($0 \leq \text{score} \leq 40$), on distinguera :

- 10-18 : TOC léger causant une détresse, mais pas nécessairement un dysfonctionnement ; l'aide d'une tierce personne n'est pas réclamée ;
- 18-25 : détresse et handicap ;
- ≥ 30 : handicap sévère exigeant une aide extérieure.

Le score moyen des sujets souffrant de TOC en France est de 25. Les sujets "normaux" ont en général un score inférieur à 8, on peut donc parler de guérison si le score total est inférieur 8. On parle de rémission si le score total est < 16 . Une réduction du score total de 35% est considérée comme réponse positive au traitement et une réduction entre 25 et 35% comme une réponse partielle.

4. Inventaire de Beck pour la dépression (IDB) :

Type d'évaluation : auto-évaluation.

Nombre d'items : 21.

Temps de passation : environ 10 minutes.

- **Objectif du test**

L'outil permet une estimation quantitative de l'intensité des sentiments dépressifs.

Il comporte 21 items de symptômes et d'attitudes (il existe une version courte comprenant 13 items), qui décrivent une manifestation comportementale spécifique de la dépression, gradués de 0 à 3 par une série de 4 énoncés reflétant le degré de gravité du symptôme.

- **Exemples d'items**
 - (0) Je ne me sens pas triste.
 - (1) Je me sens triste.
 - (2) Je suis tout le temps triste, et j'ai du mal à supporter.
 - (3) Je suis tellement triste et malheureux que je n'arrive plus à supporter.
- **Cotation et interprétation**
 - 0-9 : indique une dépression mineure ;
 - 10-18 : indique une légère dépression ;
 - 19-29 : indique une dépression modérée ;
 - 30-63 : indique une dépression sévère.

5. Inventaire d'anxiété de Beck :

Type d'évaluation : auto-évaluation.

Nombre d'items : 21.

Temps de passation : 5 à 10 minutes.

- **Objectif du test**

L'inventaire d'anxiété de Beck est une liste de 21 symptômes d'anxiété développée auprès de grands échantillons cliniques. Les items correspondent aux symptômes principaux du Trouble Panique et de l'Anxiété Généralisée. La personne indique la fréquence du symptôme pendant les 7 derniers jours sur une échelle de 0 à 3.

- **Cotation et interprétation**

Les items sont basés sur une échelle de Likert en 4 points :

- « Pas du tout » = 0 point.
- « Un peu » = 1 point.
- « Modérément » = 2 points.

- « Beaucoup » = 3 points.

Le résultat total s'obtient par l'addition du score des items et peut donc varier de 0 à 63.

En général, on considère les valeurs suivantes :

- 0 à 7: anxiété mineure.
- 8-15: anxiété légère.
- 16-25: anxiété modérée.
- 26 à 63: anxiété sévère.

6. Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R) :

- **Type d'évaluation : auto-évaluation.**
- **Nombre d'items : 15.**
- **Temps de passation : Environ 15 minutes.**
- **Objectif du test**

Cette échelle permet d'évaluer les conséquences semi-retardées et retardées d'un événement stressant.

Elle comporte 3 dimensions importantes pour le diagnostic d'état de stress post-traumatique :

- Reviviscence (items: 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20).
- Évitement (items: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22).
- Hyper activation (items: 4, 10, 15, 18, 19, 21).

Exemples d'items

"J'ai eu du mal à m'endormir ou à rester endormi à cause d'images ou de pensées qui me revenaient à l'esprit";

"Je me suis tenu à l'écart de ce qui pouvait me rappeler cet événement"

- **Cotation et interprétation**

Chaque item est coté sur une échelle de Likert en 4 points allant de 0 (pas du tout) à 4 (Extrêmement).

- 0-39 = symptômes légers.
- 40-55 = symptômes modérés.
- 56 et + = symptômes sévères.

7. Échelle du stress perçu (PSS) :

Est un instrument classique d'évaluation du stress. L'outil, bien que développé à l'origine en 1983, reste un choix populaire pour nous aider à comprendre comment différentes situations affectent nos sentiments et notre stress perçu.

Le PSS comporte 10 questions et les scores individuels peuvent varier de 0 à 40, des scores plus élevés indiquant un stress perçu plus élevé.

- Les scores allant de 0 à 13 seraient considérés comme un stress faible.
- Les scores allant de 14 à 26 seraient considérés comme un stress modéré.
- Les scores allant de 27 à 40 seraient considérés comme un stress perçu élevé.

8. Echelle visuelle analogique :

L'EVA est une échelle allant de 0 à 10, présenté sous forme d'une réglette qui va servir à mesure l'intensité de l'impact de la pandémie COVID sur les loisirs, le travail ou les études et sur l'entourage.

XI. Procédure de la collecte des données :

Un médecin résident en psychiatrie a été chargé de remplir une fiche d'exploitation pour chaque patient inclut dans l'étude.

XII. Considération éthique :

L'équipe des enquêteurs a été constituée de trois résidents qui ont tenu d'expliquer à chaque patient individuellement le type, l'objectif de l'enquête après avoir eu son consentement.

XIII. Analyses Statistiques :

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel statistique Medcalc version 20.109.

Les variables qualitatives ont été présentées en nombre (effectif) et en pourcentage et l'approche descriptive et interprétative de l'analyse des données ont été utilisée pour présenter les données. Les variables quantitatives (ont été présentées sous forme de moyenne \pm SD. Le test de Shapiro-Wilk a été adopté pour tester la normalité des variables qualitatives (âge, durée de la maladie et scores).

Les données manquantes ont été traitées selon les recommandations proposées par le logiciel statistique Medcalc.

Des analyses uni-variées (Chi-deux et tests exacts de Fisher pour les variables qualitatives) ont été réalisées pour évaluer les associations statistiques entre les résultats étudiés et les Co variables. Les modèles de régression multi variée (un pour chaque résultat différent) ont été construits pour évaluer l'influence des variables indépendantes sur les résultats étudiés et les Odds Ratio (OR) ont été calculés avec les intervalles de confiance respectifs au niveau $p < 0,05$.



RESULTATS



Durant le parcours de l'étude on a pu recruter 61 patients.

I. Caractéristiques sociodémographiques des patients :

1. Age :

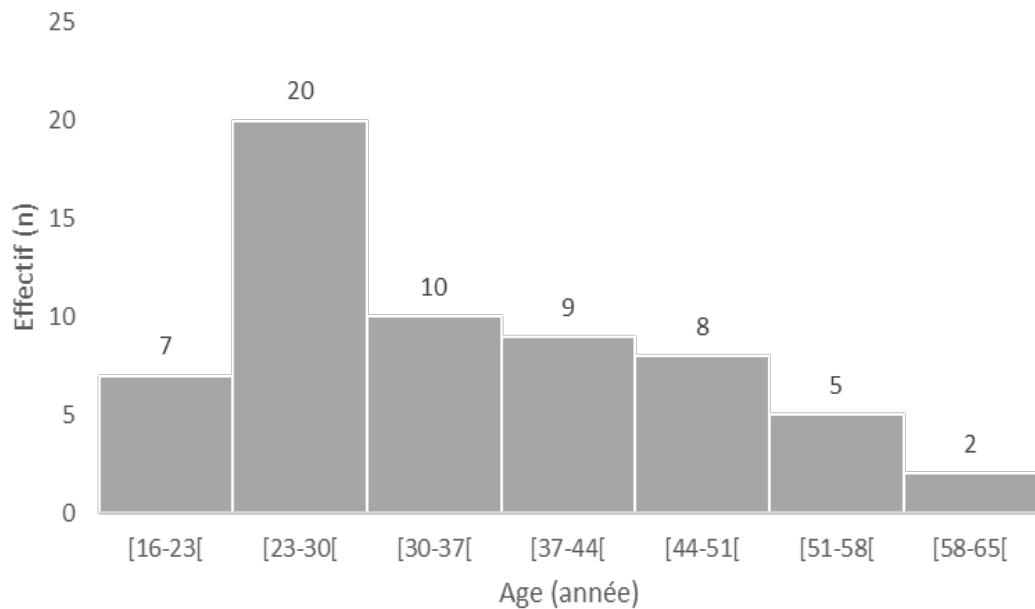


Figure 1 : La répartition des patients selon l'âge.

Comme le montre la figure 1, l'âge moyen des patients était de $35,1 \pm 11,4$ ans, avec des extrêmes allant de 16 à 63 ans.

La tranche d'âge 23-30 ans était la plus représentative au niveau de notre échantillon, soit 20 patients. En revanche, seulement 2 patients avaient entre 58-65ans.

2. Sexe :

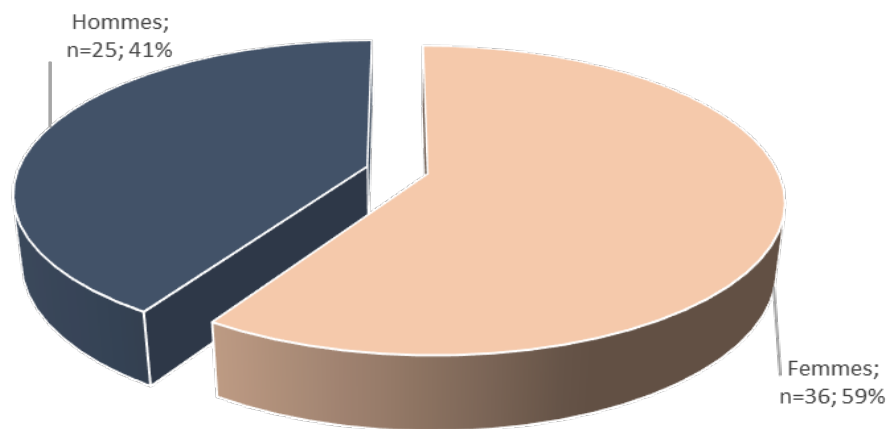


Figure 2 : La répartition des patients selon le sexe.

La répartition des participants selon le sexe montrait une prédominance féminine avec 59% (36 femmes), or 41% des patients étaient de sexe masculin (25 hommes), ce qui représente un sex-ratio (H / F) de 0 ,69.

3. Situation matrimoniale

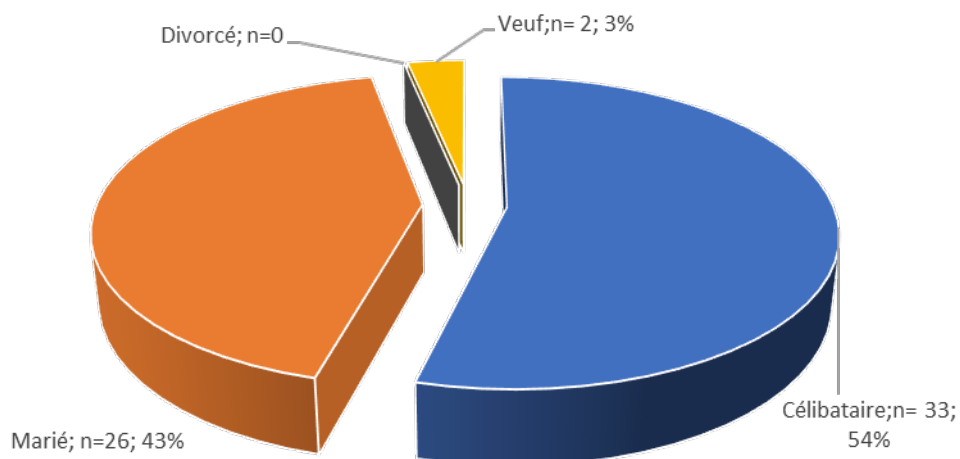


Figure 3 : La répartition des patients selon la situation matrimoniale.

Plus que la moitié des patients étaient célibataires (33) 54% et 43% des patients étaient mariés, pour les veufs (2) ne présentaient que 3%. Cependant, notre échantillon ne contenait aucun patient divorcé.

4. Niveau scolaire :

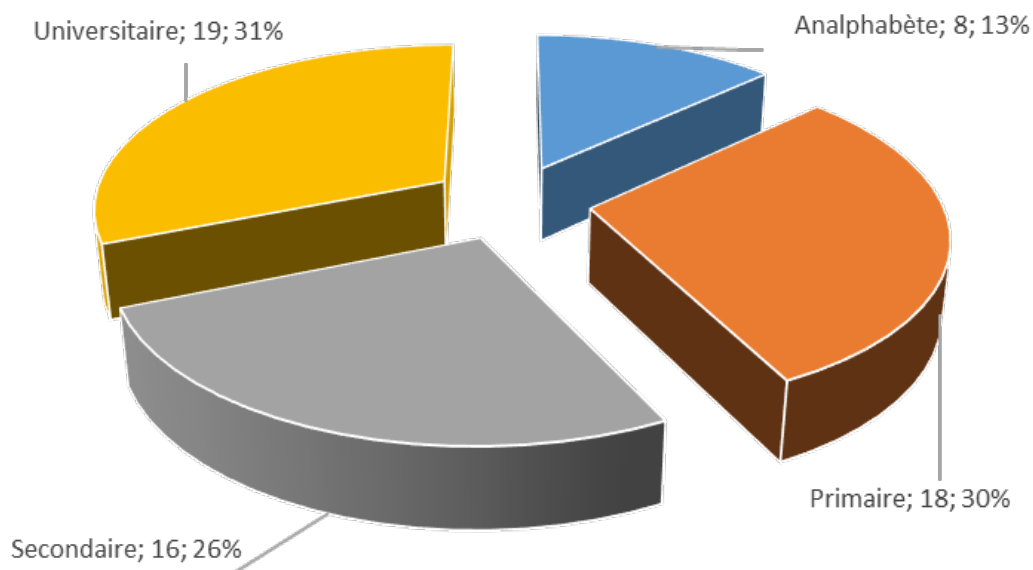


Figure 4 : La répartition des patients selon le niveau scolaire.

Notre échantillon était constitué de 31% des patients avec un niveau scolaire universitaire soit 19 patients, pour ceux qui avaient un niveau primaire (18 patients) présentaient 30%, et 26% des patients avaient un niveau secondaire (16 patients). En outre, les analphabètes (8 patients) ne présentaient que 13% de l'échantillon.

5. Activité professionnelle ou scolaire :

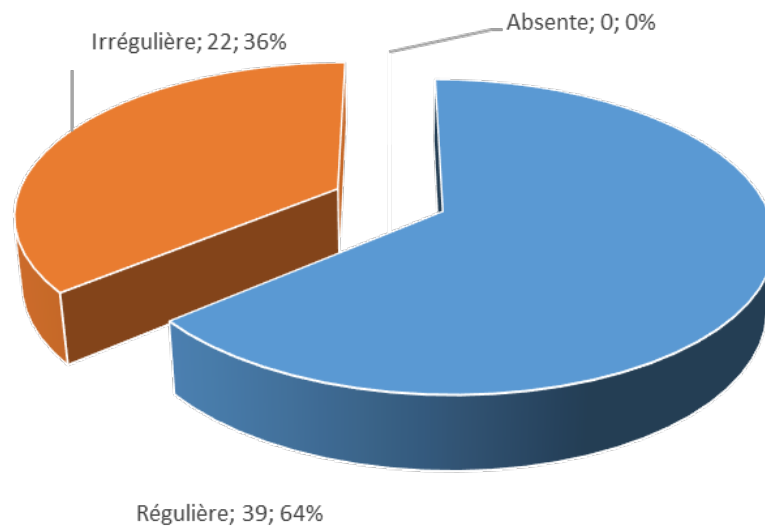


Figure 5 : La répartition des patients selon l'activité professionnelle ou scolaire.

Dans notre étude, presque les deux tiers des patients (39 cas) avaient une activité régulière 64%, et un tiers des patients 36% avaient une activité irrégulière (22 cas).

6. Ressources financières :

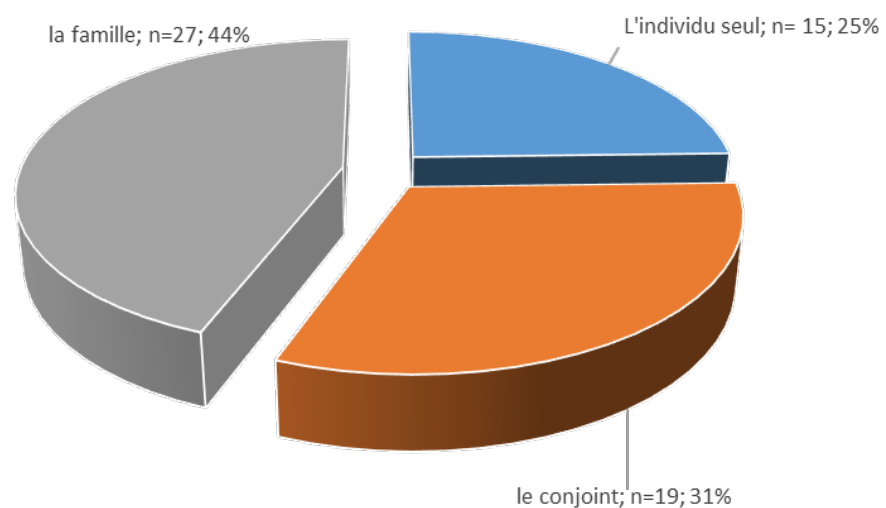


Figure 6 : La répartition des patients selon les ressources financières.

Au sein de notre échantillon, à peu près de la moitié des patients 44% (27) avaient des ressources financières émanant de leurs familles, 31% des patients avaient des ressources venant du conjoint et 25% des patients par eux-mêmes (15 patients).

7. Niveau socio-économique :

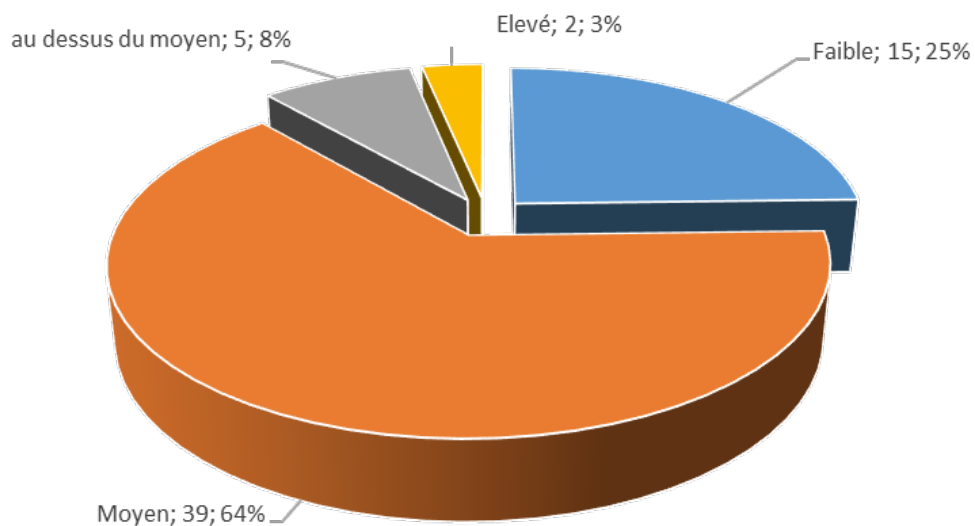


Figure 7 : La répartition des patients selon le niveau socio-économique.

Presque les deux tiers des patients 64% avaient un niveau socio-économique moyen (39 patients), un quart des patients 25% appartenaient à un niveau faible (15 patients) et 8% des patients avaient un niveau au-dessus du moyen (5 patients). Pourtant, 2% des patients avaient un niveau socio-économique élevé (3 patients).

8. Situation familiale :

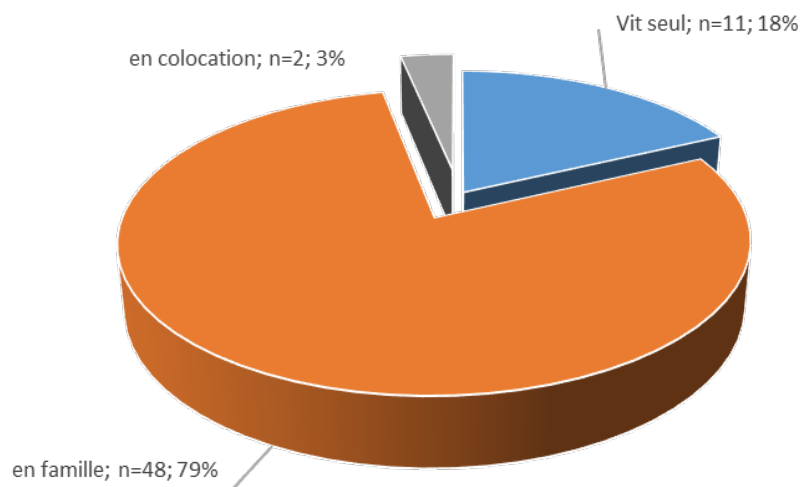


Figure 8 : La répartition des patients selon la situation familiale

La majorité des patients 79% vivaient en famille ,18% des patients vivaient seuls et seulement 3% des cas vivaient en colocation.

9. Nombre de personnes vivants dans la maison :

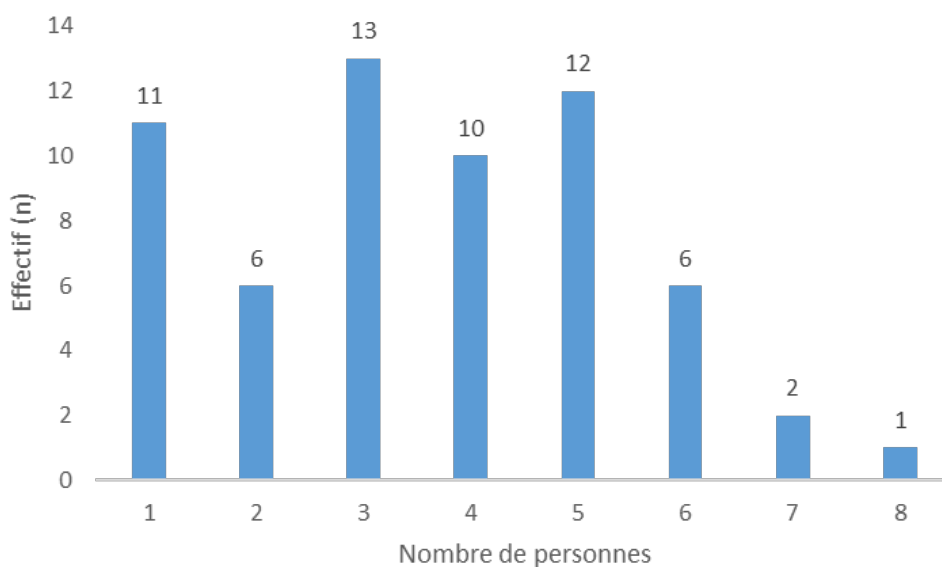


Figure 9 : La répartition des patients selon le nombre de personnes vivants dans la maison.

Dans notre échantillon, 13 patients vivaient avec 3 personnes, 12 patients vivaient avec 5 personnes et 11 patients avec une seule personne, par contre un seul patient vivait avec 8 personnes.

10. Activité sur les réseaux sociaux :

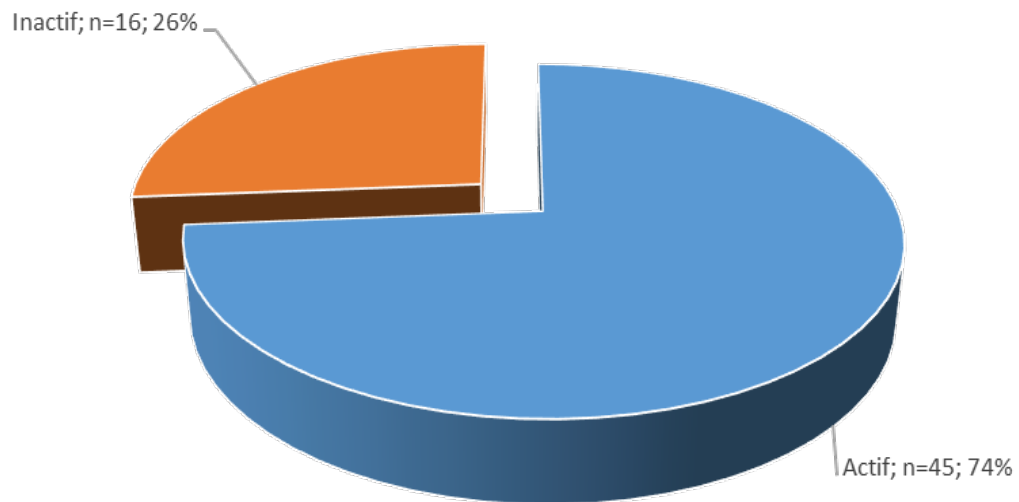


Figure 10 : La répartition des patients selon leur activité sur l'un des réseaux sociaux.

Les deux tiers des patients 74% étaient actifs sur les réseaux sociaux, néanmoins un tiers des patients 26% étaient inactifs.

11. Nombre d'heures de connexion par jour :

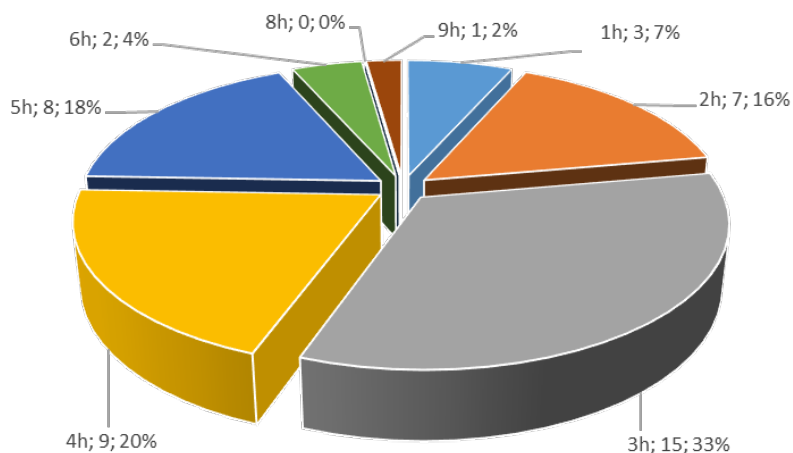


Figure 11 : La répartition des patients selon le nombre d'heures de connexion par jour.

Pour ce qui est le nombre de connexion par jour, 33% des patients passaient 3h de connexion/jour, par contre 2% des patients passaient 9h de connexion/ jour et 20% des patients passaient 4h de connexion par jour.

12. Personnes positives ou suspects au sein de la famille et voisins :

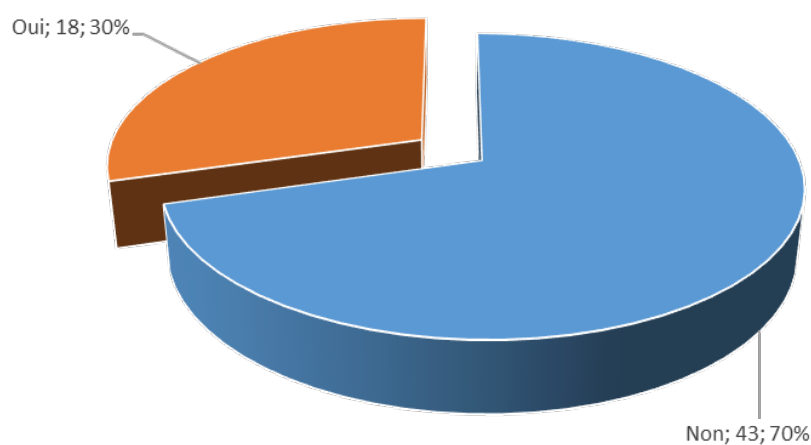


Figure 12 : La répartition des patients selon la présence d'une personne positive ou suspect au sein de la famille et voisins.

Presque les deux tiers des patients (70%) n'avaient pas des personnes positives ou suspects dans leurs familles ou voisins.

13. Mise en quarantaine :

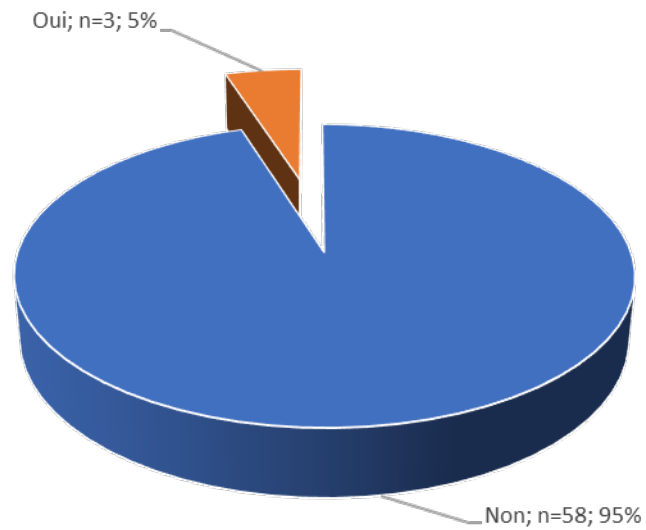


Figure 13 : La répartition des patients selon la mise en quarantaine.

L'étude montrait que les patients non mis en quarantaine étaient majoritaires 95% par rapport à ceux qui ont été mis en quarantaine 5%.

II. Substances psycho actives :

1. Consommation du tabac :

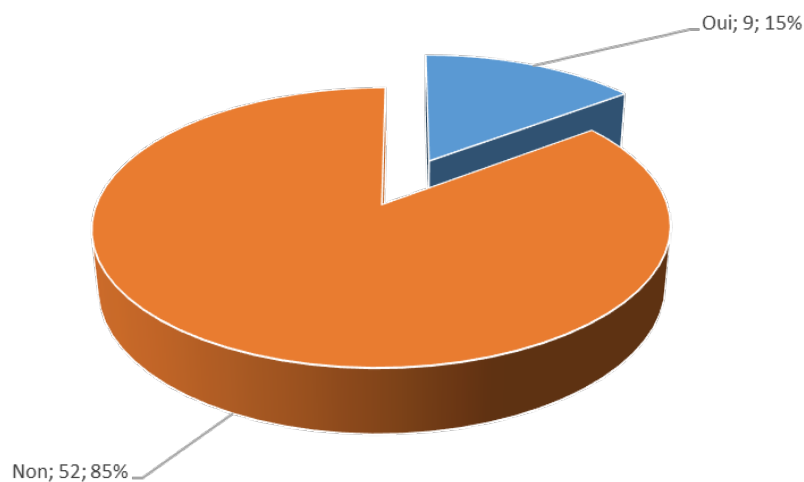


Figure 14 : La répartition des patients selon la consommation du tabac.

Notre étude retrouvait seulement 15% des patients étaient des consommateurs du tabac, soit 9 patients dans notre population, alors que 85% des patients étaient non-consommateurs.

2. Dépendance au tabac :

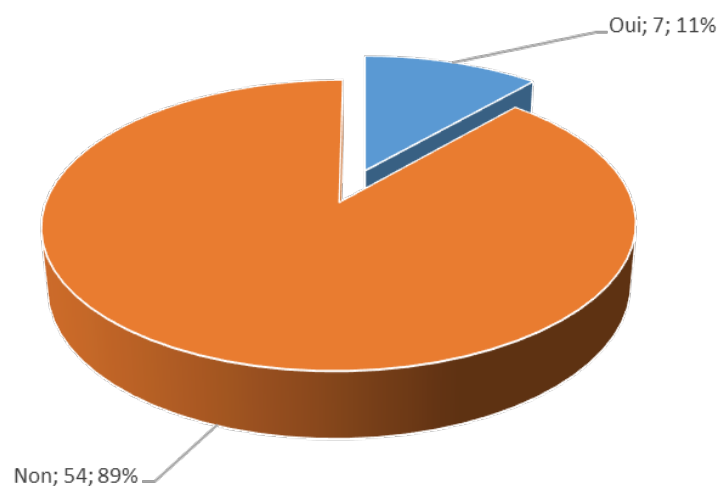


Figure 15 : La répartition des patients selon la dépendance du tabac.

Parmi les consommateurs du tabac seulement 11% des patients étaient dépendants du tabac (7 patients).

3. Consommation du cannabis :

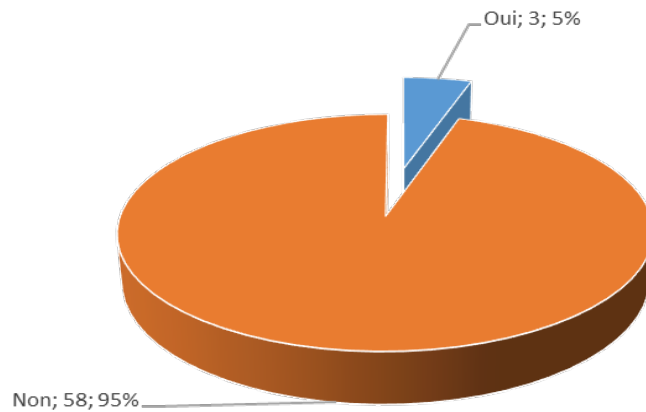


Figure 16 : La répartition des patients selon la consommation du cannabis.

Notre population était constituée de 5% des consommateurs du cannabis (3 patients), et 95% des patients étaient non-consommateurs (58 patients).

4. Dépendances du cannabis :

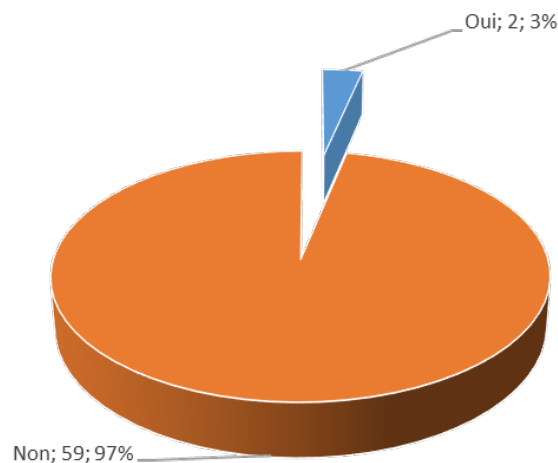


Figure 17 : La répartition des consommateurs du cannabis selon leurs dépendances au cannabis.

La majorité des consommateurs du cannabis étaient non dépendants 97% (59 patients).

5. Consommation de l'alcool :

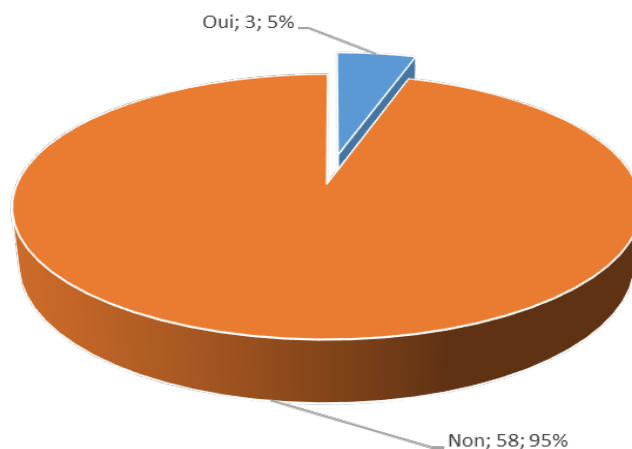


Figure 18 : La répartition des patients selon la consommation de l'alcool.

La figure 16 montrait que seulement 5% des patients étaient des consommateurs de l'alcool (3 patients).

6. Durée de consommation de substances :

Tableau I : La répartition des patients selon la durée de consommation du tabac, cannabis et alcool

	Durée de consommation (année)		
	Tabac	Cannabis	Alcool
Min	17	20	20
Max	26	21	40
Moyenne	20,8	20,3	30

En ce qui concerne la durée de consommation (année), les alcooliques majoraient avec une durée de consommation de 40 ans et une moyenne de 30ans, pour les tabagiques la durée maximale de consommation était de 26 ans et une moyenne de 20,8, ainsi les consommateurs du cannabis présentaient une durée maximale de 21 ans et une moyenne de 20,3 ans de consommation.

III. Antécédents :

1. Antécédents de tentatives de suicide :

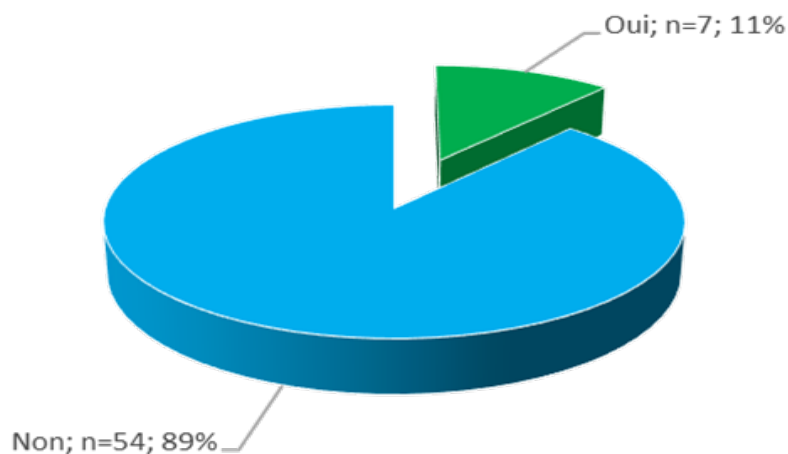


Figure 19 : La répartition des patients selon les antécédents des tentatives suicidaires

Seulement 11% des patients (7 patients) avaient des antécédents de tentatives de suicide.

2. Antécédents psychiatriques :

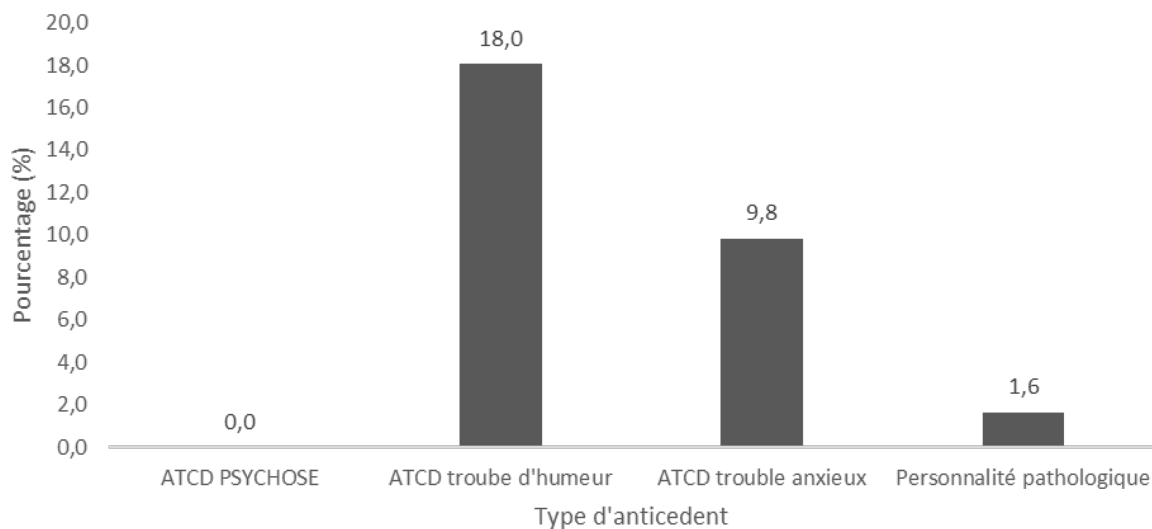


Figure 20 : La répartition des patients selon les antécédents psychiatriques

Dans notre population, 18% des patients présentaient des antécédents du trouble de l'humeur, 9,8% des patients avaient des antécédents du trouble anxieux, 1,6% des patients présentaient des personnalités pathologiques, et aucun des patients n'avait des antécédents de psychose.

3. Antécédents judiciaires :

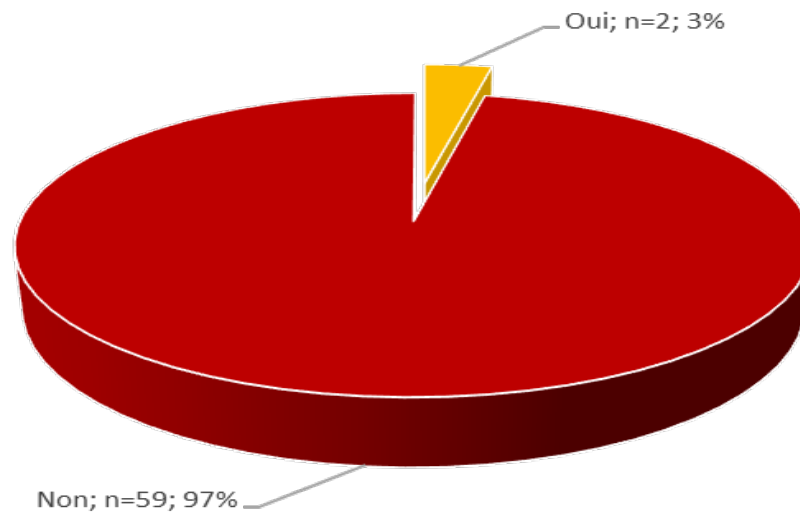


Figure 21 : La répartition des patients selon les antécédents judiciaires

Notre étude montrait une prédominance des patients qui n'avaient pas des antécédents judiciaires avec 97% (59 patients).

4. Antécédents chirurgicaux :

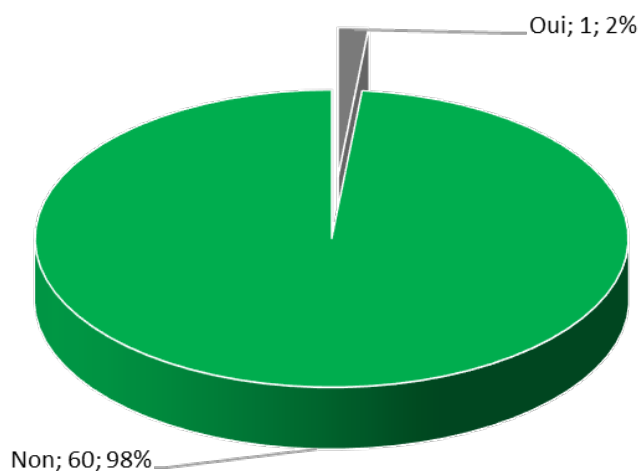


Figure 22 : La répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Pour ce qui est la répartition des patients selon les ATCDS chirurgicaux, presque la totalité des patients n'avait pas des antécédents chirurgicaux 98% (60 patients).

IV. Obsessions / Compulsions :

1. Date début du trouble :

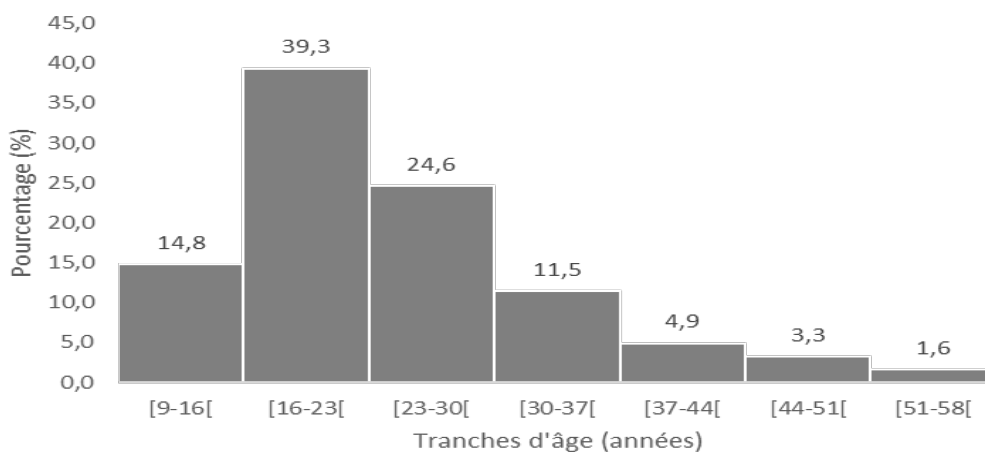


Figure 23 : La répartition des patients selon la date de début du trouble

Presque un tiers des patients (39,3% patients) avaient présenté le trouble à l'âge entre 16-23ans, en revanche 1,6% des patients avaient présenté le trouble à l'âge de 51-58ans.

2. Retard du diagnostic :

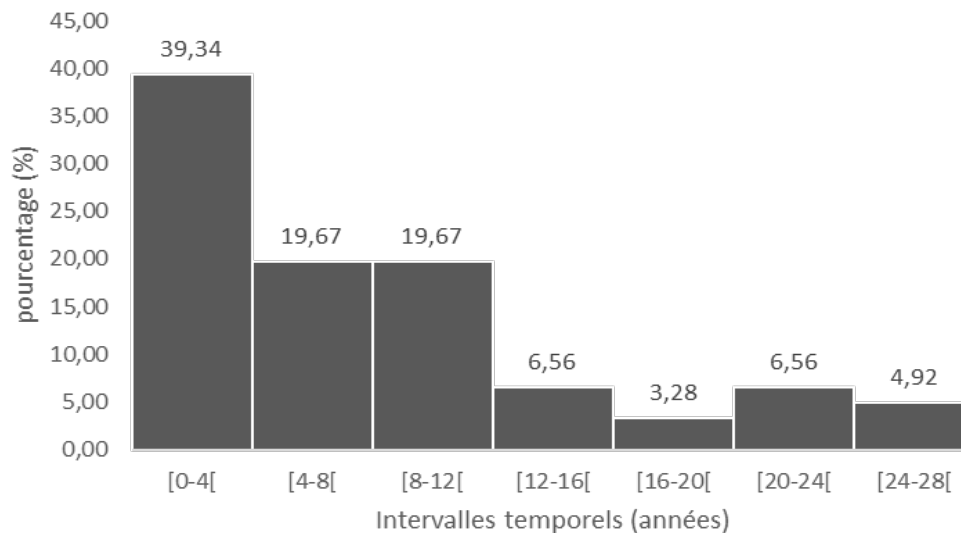


Figure 24 : La répartition des patients selon le retard du diagnostique

Dans notre population, 39,34% des patients avaient un retard du diagnostic au-dessous de 4 ans. Par contre, 4,92% des patients n'avaient diagnostiqué le trouble qu'après 24-28ans après le début de la maladie.

3. Thèmes des obsessions :

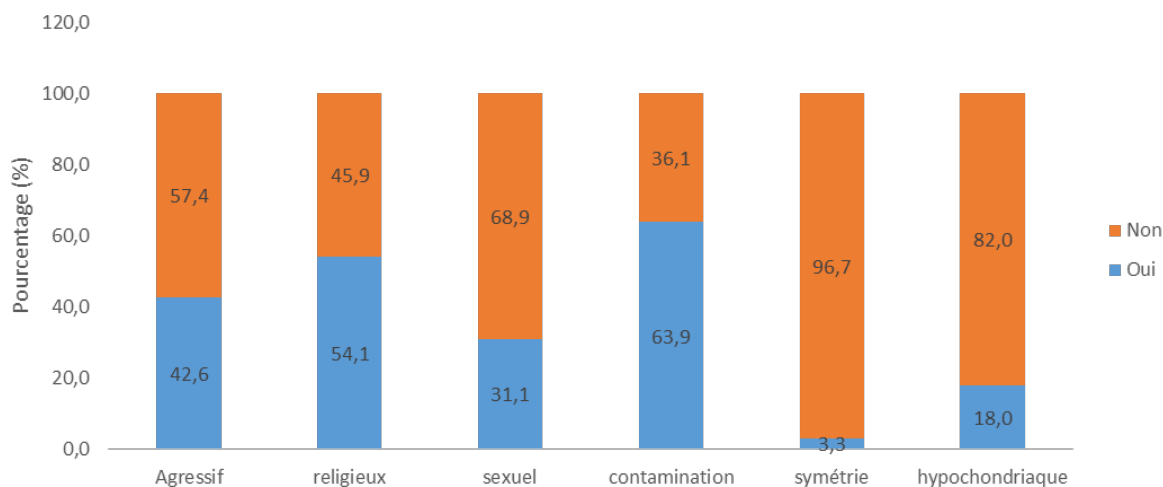


Figure 25 : La répartition des patients selon les thèmes des obsessions

Comme l'avait bien montré la figure ci-dessus, presque les deux tiers des patients avaient des obsessions de contamination 63%, suivis des patients avec des obsessions religieuses (54,1%) et 42,6% des patients avaient des obsessions d'agressivité, 31,1% des patients avaient des obsessions sexuelles, en outre 18% des patients étaient hypocondriaques et 3,3% des patients avaient des obsessions de symétrie.

4. Thèmes des compulsions :

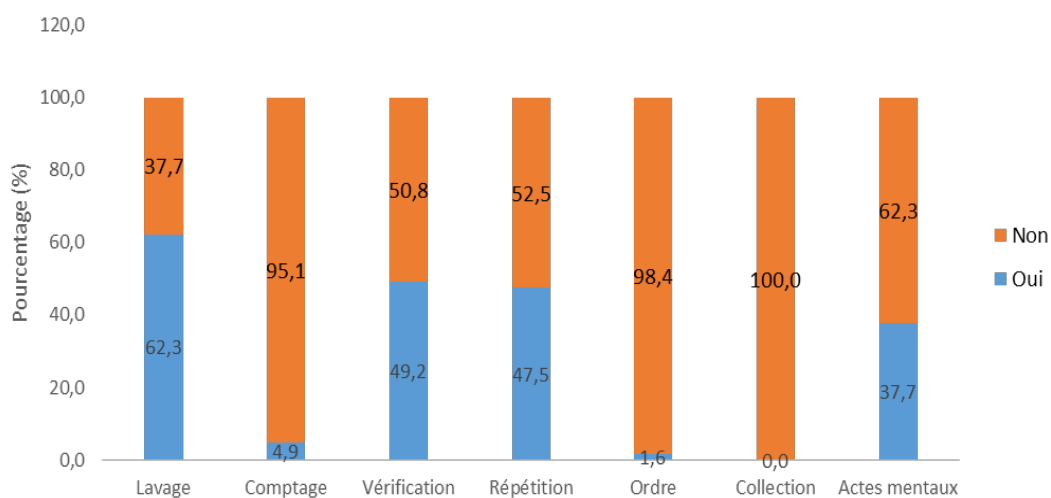


Figure 26 : La répartition des patients selon les thèmes des compulsions

Notre étude montrait que les compulsions de lavage étaient majoritaires chez 62,3% des patients ainsi que celles de vérifications présentaient 49,2% des patients et 47,5% des patients présentaient des compulsions de répétition.

5. Nombre de thèmes :

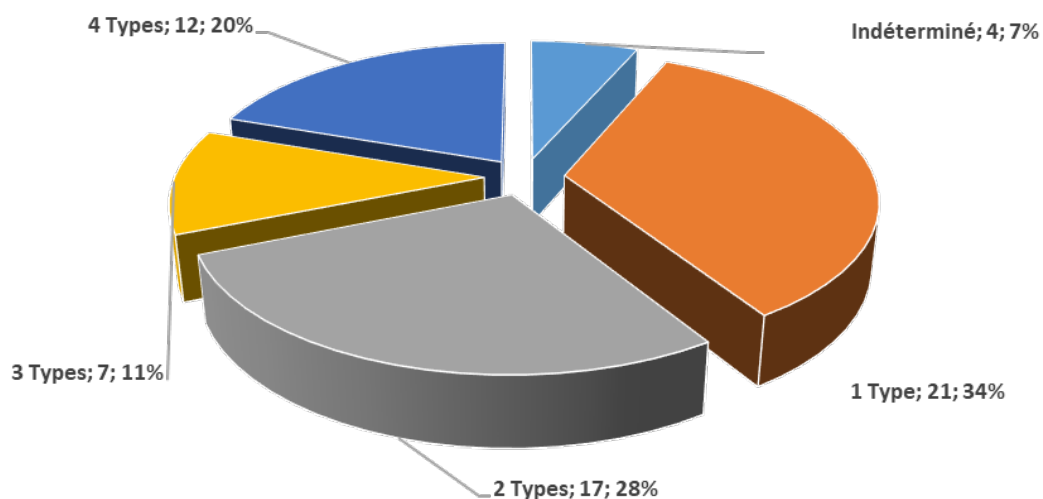


Figure 27 : La distribution des patients selon Le nombre de thèmes du TOC

Dans notre population, les patients qui avaient un seul thème du toc étaient majoritaires 34% des patients, soit (21 patients).

6. Thèmes du TOC :

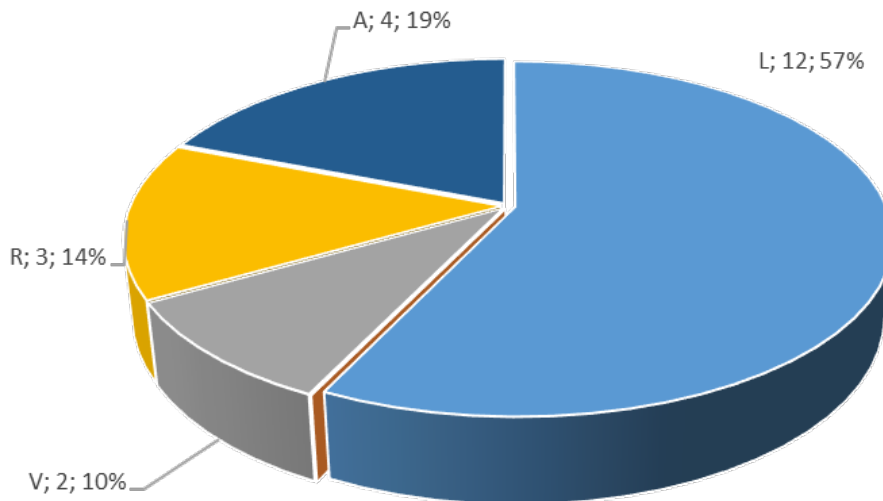


Figure 28 : La distribution des patients selon les thèmes du toc

Plus que la moitié des patients avaient un toc de lavage avec 57% soit (12 patients).

7. Association de deux types du toc :

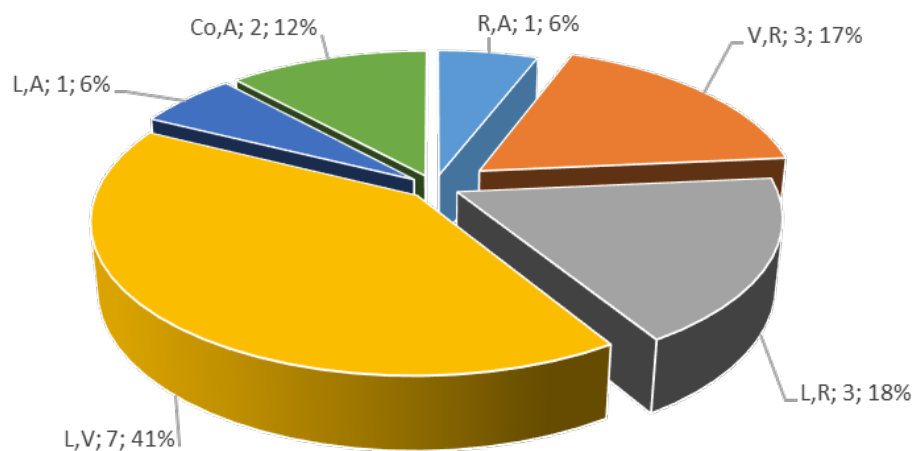


Figure 29 : La distribution des patients selon l'association de deux types du toc :

L'association de deux types du TOC de lavage et de vérification était la plus représentative 41% (7 patients).

8. Association des trois types de TOC :

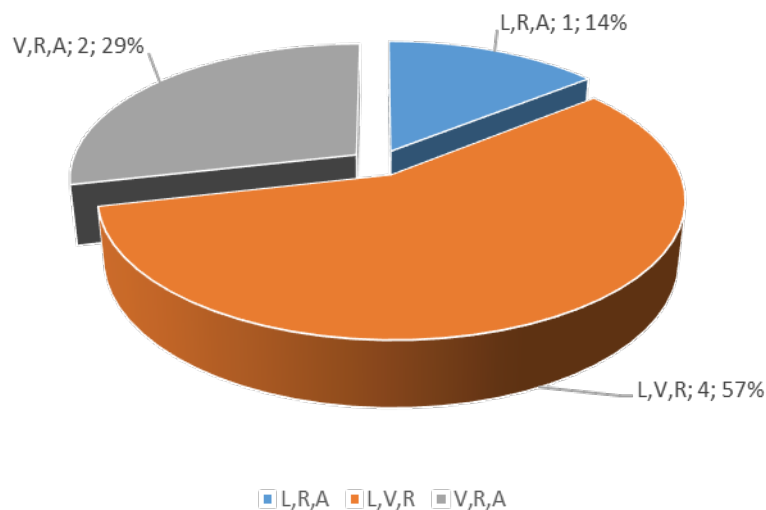


Figure 30 : La distribution des patients selon l'association des trois types du TOC

Plus que la moitié des patients présentaient une association de trois types du toc concernant le toc de lavage, de vérification, et de répétition 57% des patients soit (4 patients).

9. Association de quatre types du TOC :

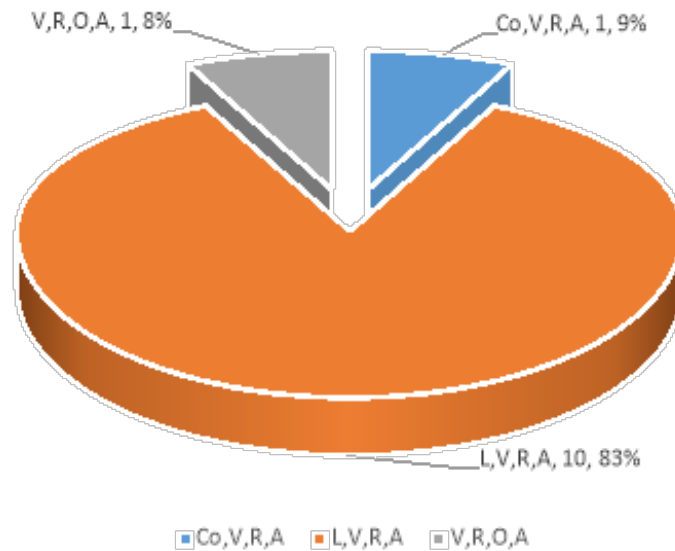


Figure 31 : La distribution des patients selon l'association de quatre types du toc :

Les patients qui avaient une association du TOC de lavage, de vérification, de répétition, et des actes mentaux étaient les plus représentatives avec 83% des patients soit (10 patients).

V. Prise en charge :

1. Type de traitement :

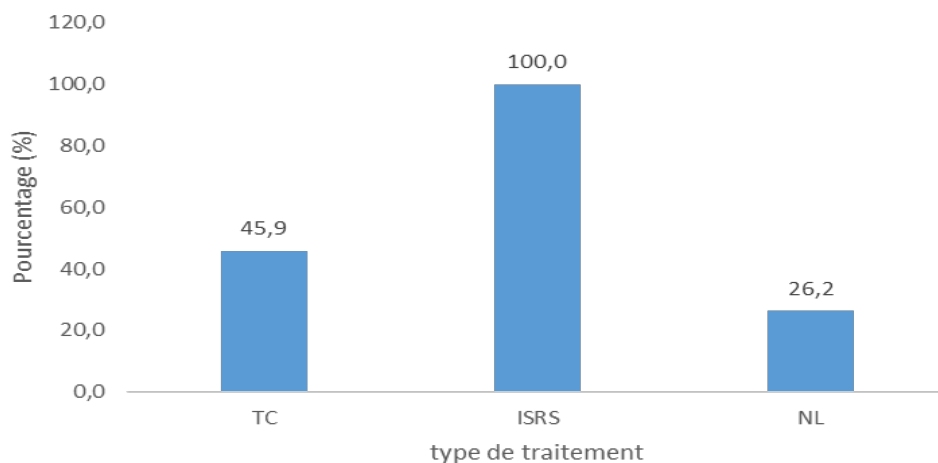


Figure 32 : La distribution des patients selon le type du traitement

En ce qui concerne le traitement, la totalité des patients prenaient les ISRS (100%), 45,9% des patients prenaient les TC et seulement 26,2% des patients utilisaient comme traitement les NL.

2. Nombre des traitements :

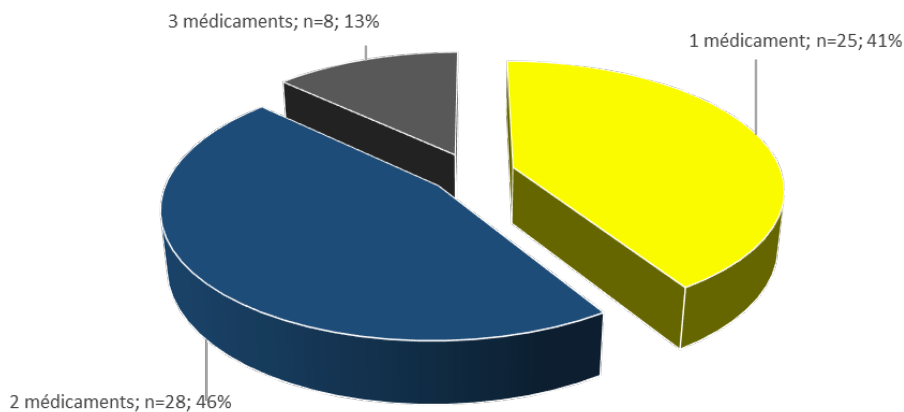


Figure 33 : La répartition des patients selon le nombre des traitements

Presque la moitié des patients 46% prenaient 2 médicaments (28 patients), 41% des patients prenaient 1 médicament, en revanche 13% des patients prenaient une trithérapie.

VI. Échelles d'évaluation :

1. Yale Brown score :

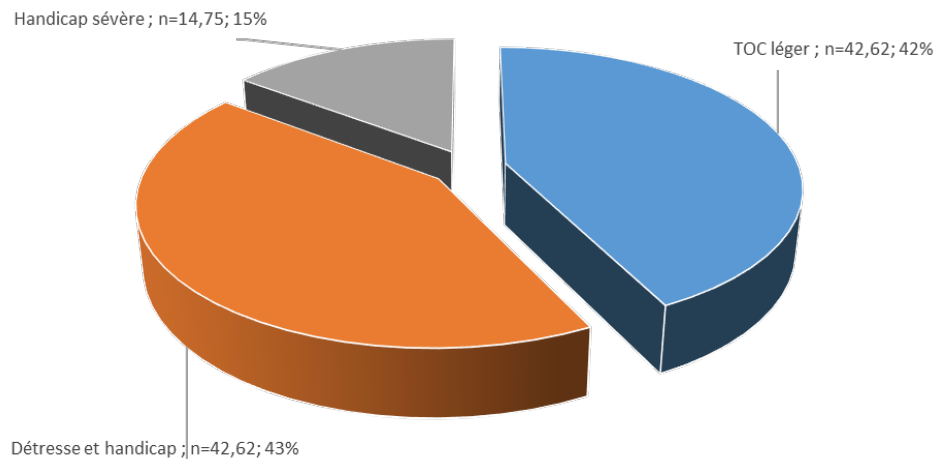


Figure 34 : La répartition des patients selon le score Yale Brown :

Dans notre échantillon, 42% des patients présentaient un TOC léger (42 patients) et 42% des patients présentaient une détresse et handicap, cependant 15% des patients présentaient un handicap sévère.

2. Scores de l'échelle de Beck :

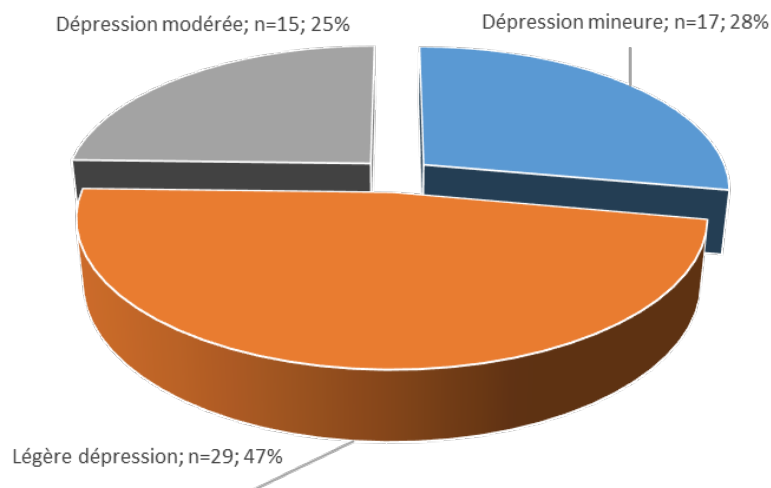


Figure 35 : La répartition des patients selon le score de l'échelle de Beck de la dépression

Presque la moitié des patients 47% présentaient une légère dépression, l'autre moitié se repartait entre des patients qui avaient une dépression mineure 28% et des patients qui avaient une dépression modérée 25%.

3. Score de l'impact de l'évènement (IES R) :

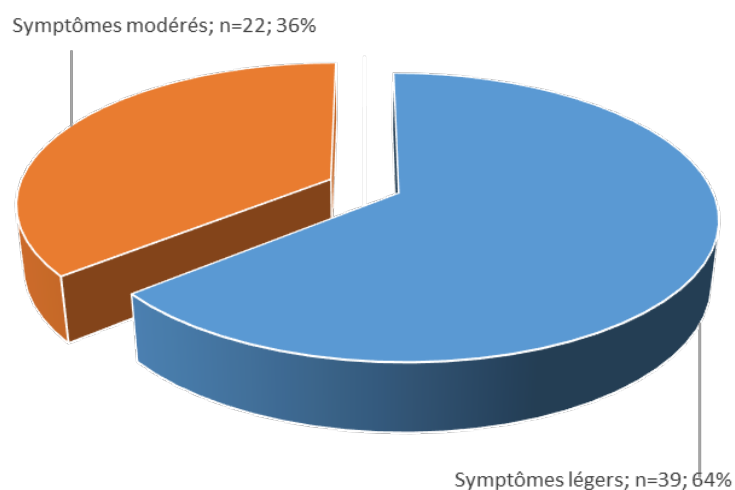


Figure 36 : La répartition des patients selon le score IES R

En ce qui concerne le score IES R, les deux tiers des patients présentaient des symptômes légers 64%.

4. Scores du stress perçu (PPS) :

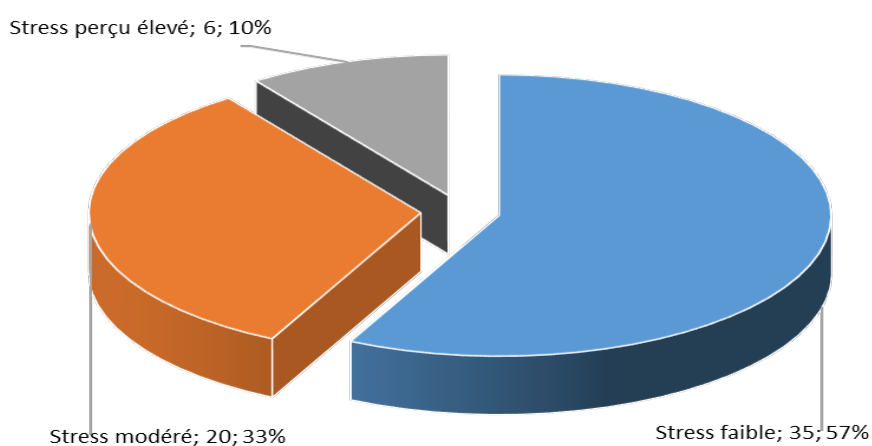


Figure 37 : La répartition des patients selon le score PPS

Plus que la moitié des patients 57% présentaient un stress faible, 33% des patients présentaient un stress modéré, par contre 10% des patients présentaient un stress élevé.

5. Evolution du score Yale Brown en fonction des trois temps de l'étude :

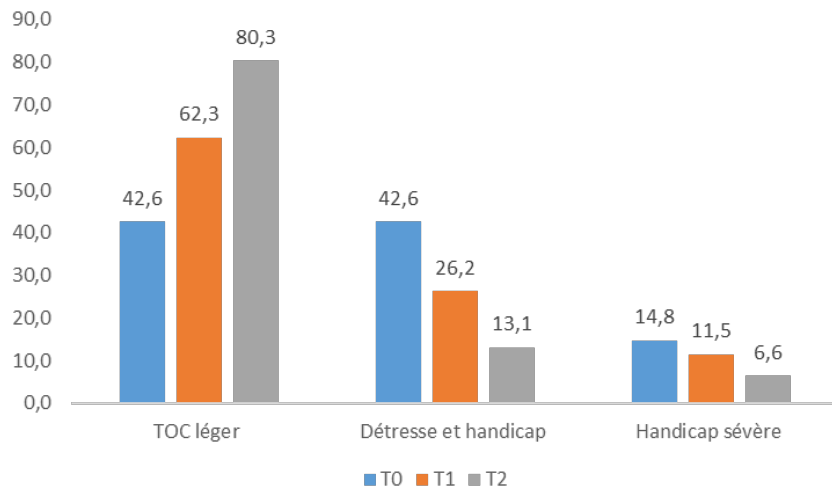


Figure 38 : La répartition des patients selon l'évolution du score Yale Brown en T0, T1, T2 :

Notre étude montrait une augmentation nette du score du Yale Brown pour les patients qui avaient un TOC léger en allant du T0 à T1 et T2, pour les patients qui avaient un détresse et handicap, le score présentait une diminution remarquable au cours des trois temps d'étude T0, T1, T2, en outre pour les patients qui avaient un handicap sévère, le score présentait une diminution légère de T0, T1 et T2.

6. Evolution du score du Yale Brown en fonction des temps d'étude et les types du TOC :

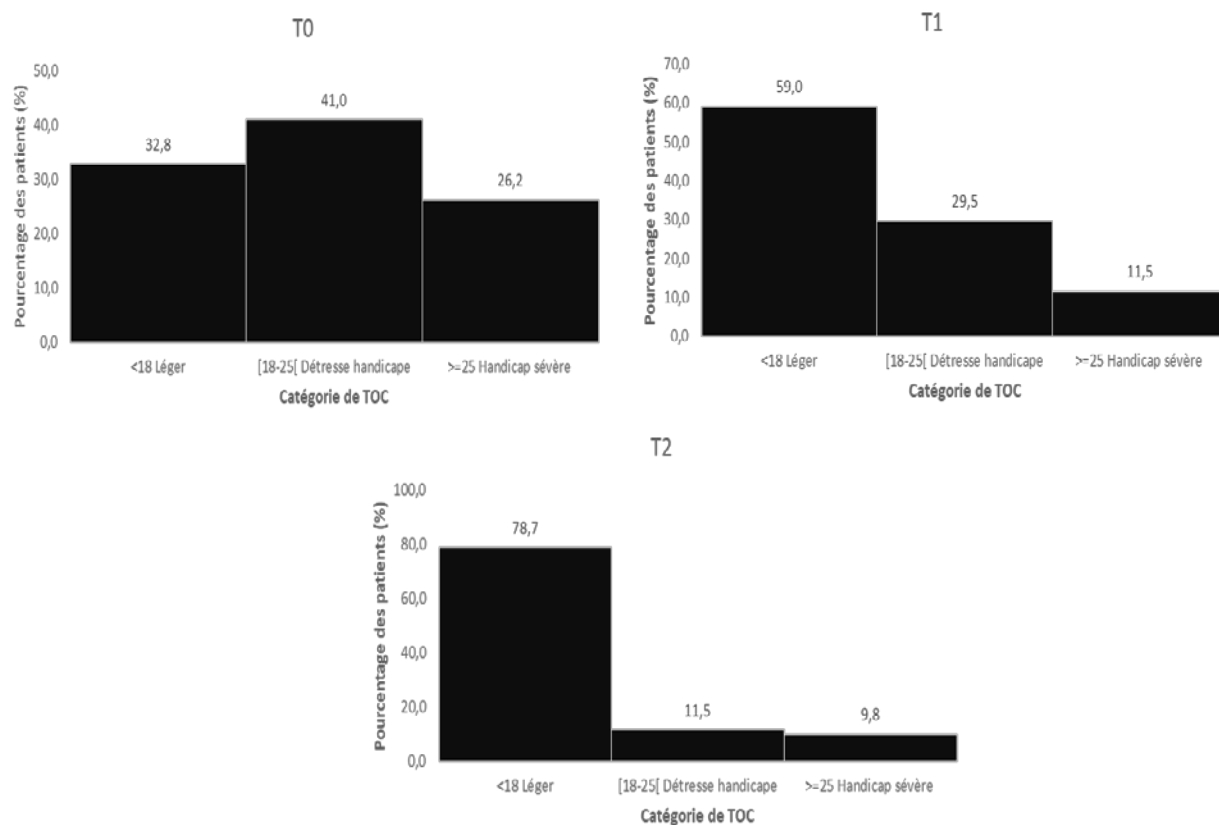


Figure 39 : Distribution des patients en fonction des trois types du TOC selon le score de Yale Brown total en T0.

A propos de la distribution des patients en fonction des trois types du TOC selon le score de Yale Brown total en fonction du temps, la catégorie Détresse et handicap était majoritaire avec 41% des patients soit (25 patients) en T0, en T1, et en T2 elle a subi une diminution avec 29,5% des patients soit (18 patients) en T1 et 11,5% des patients (7 patients) en T2.

Pour la catégorie qui avait un score léger, ils ont eu une augmentation au cours du temps, elle constituait 32,8% des patients soit (20 patients) en T0, en T1 elle présentait 59% des patients (36 patients) et en T2 elle atteignait son maximum avec 78,7% des patients (48 patients).

Néanmoins la catégorie des patients qui avaient un handicap sévère, ils ont eu une diminution au cours du temps en allant de T0, T1, T2 soit consécutivement 26,2% des patients en T0, 11,5% des patients en T1 et 9,8% des patients en T2.

7. Comparaison des TOC en fonction des temps d'étude :

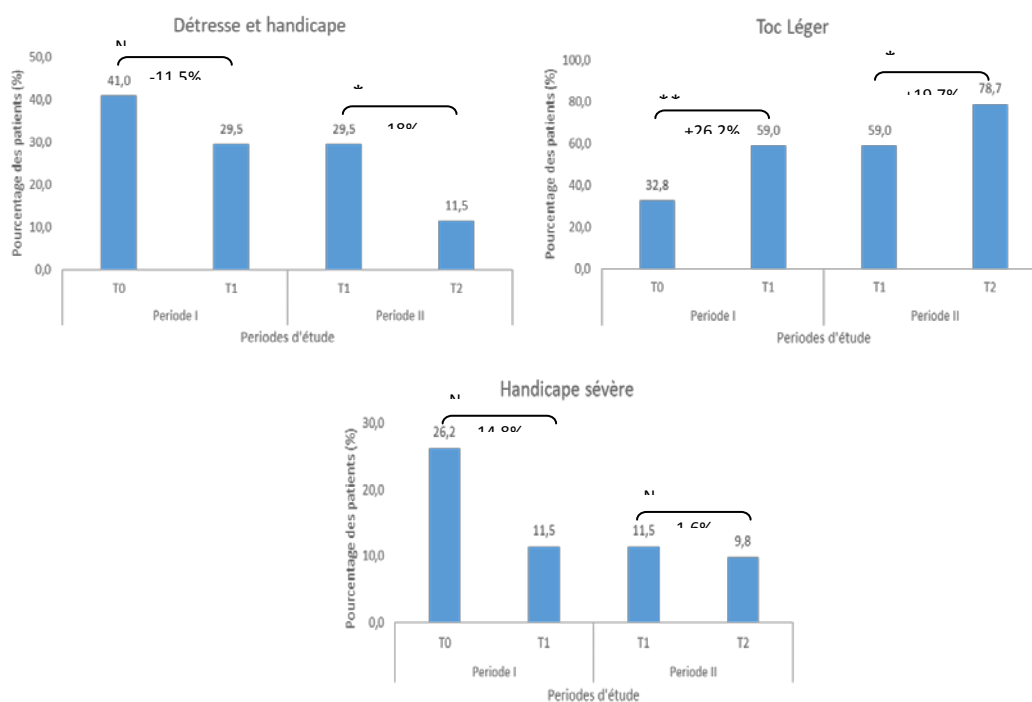


Figure 40 : Comparaison des pourcentages des trois catégories du TOC en fonction de la période d'étude.

*L'astérisque indique une différence significative du pourcentage entre deux temps (NS : Non Significative ; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$).*

En ce qui concerne la comparaison des pourcentages des trois catégories du TOC en fonction de la période d'étude, la catégorie détresse et handicap a eu une diminution non significative de l'ordre de 11,5% en période I ($p = 0,2$) et une diminution significative de 18% en période II ($p = 0,02$).

Pour la catégorie qui avait un score léger, elle présentait une augmentation très significative de 26,2% en période I ($p=0,004$) et une augmentation significative de 19,7% en période II ($p=0,03$).

Par contre, la catégorie handicap sévère présentait une diminution non significative en période I ($p=0,06$) de 14,8% et en période II ($p=0,9$) estimée à 1,6%.

Tableau II : L'évolution du score de Yale Brown total entre les trois temps T0, T1 et T2

	Entre T0-T1		Entre T0-T2		Entre T1-T2	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Augmentation	6	9,84	7	11,48	4	6,56
Diminution	52	85,25	52	85,25	51	83,61
Stable	3	4,92	2	3,28	6	9,84
Total	61	100	61	100	61	100

Tableau III : Taux d'évolution du score de Yale Brown total entre les trois temps T0, T1 et T2

	Entre T0-T1		Entre T0-T2		Entre T1-T2	
	min	max	min	max	min	max
Augmentation	4%	13%	4%	22%	6%	11%
Diminution	-4%	-45%	-4%	-69%	-4%	-55%

Dans notre échantillon, les patients ont connu une augmentation du score de Yale Brown Total, soit en T0-T1 de 9,84% avec (4% min ; 13% max), en T0-T2 elle était estimée à 11,48% avec (4 min, 22% max), et en T1-T2 elle présentait 6,65% avec (6%min ; 11%max), entre T1-T2 l'augmentation du score était de l'ordre de 84,61% avec (-4%min ; -55% max). Néanmoins les patients qui avaient une stabilisation du score ils présentaient 4,92% des patients entre T0-T1, 3,28% en T0-T2 et 9,84% des patients en T1-T2.

8. Migration des patients entre les trois catégories du TOC selon Yale Brown :

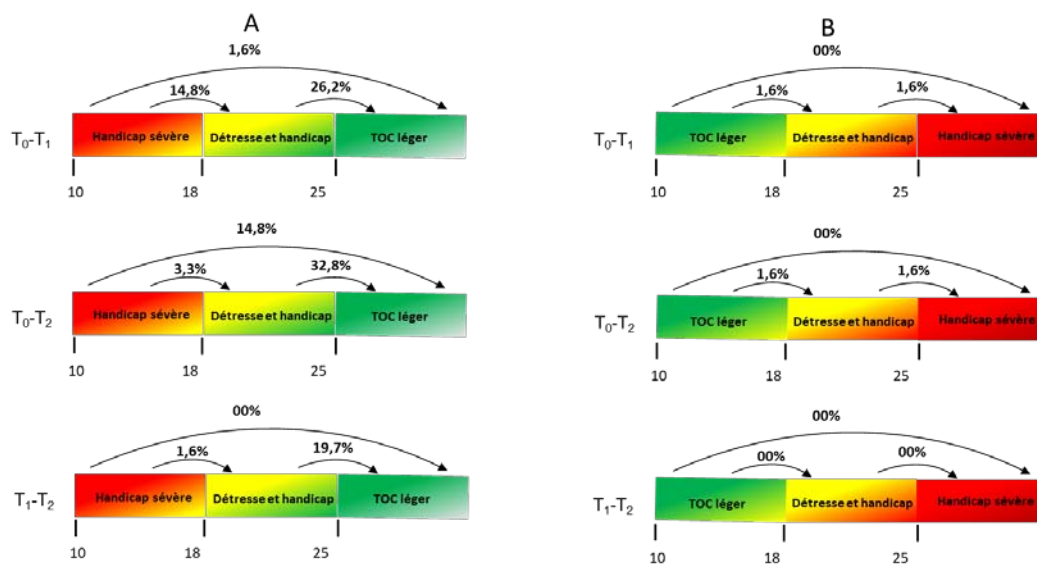


Figure 41: Migration des patients entre les trois catégories du TOC selon Yale Brown total : (A) migration vers amélioration ; (B) migration vers complication

L'étude du profil migratoire des patients entre les 3 catégories du toc selon le score Yale Brown Total avait retrouvé dans la figure A une amélioration nette par rapport aux 3 temps de l'étude, dont le taux de migration en allant de handicap sévère vers le toc léger constituait 1,6% en T₀-T₁, 14,8% en T₀-T₂ et nulle en T₁-T₂.

En outre la migration de la catégorie détresse et handicap vers le TOC léger subissait une augmentation dans les 3 temps, soit 26,2% en T₀-T₁, 32,8% en T₀-T₂ et 19,7% en T₁-T₂.

En revanche le taux de migration de la catégorie handicap sévère vers détresse et handicap connaissait une diminution en allant de T₀-T₁ soit 14,8% en T₀-T₂ 3,3% pour atteindre 1,6% à T₁-T₂.

Cependant, comme le montre bien la figure B, le taux de migration du TOC léger vers le handicap sévère était quasiment nul dans les 3 temps.

En contrepartie, le taux de migration du TOC léger vers la détresse et le handicap est estimé à 1,6%. Par contre en T₁-T₂ le taux de migration entre les catégories était chiffré à 0%.

9. Taux instantanés des patients dans chaque catégorie du TOC en fonction des temps d'étude :

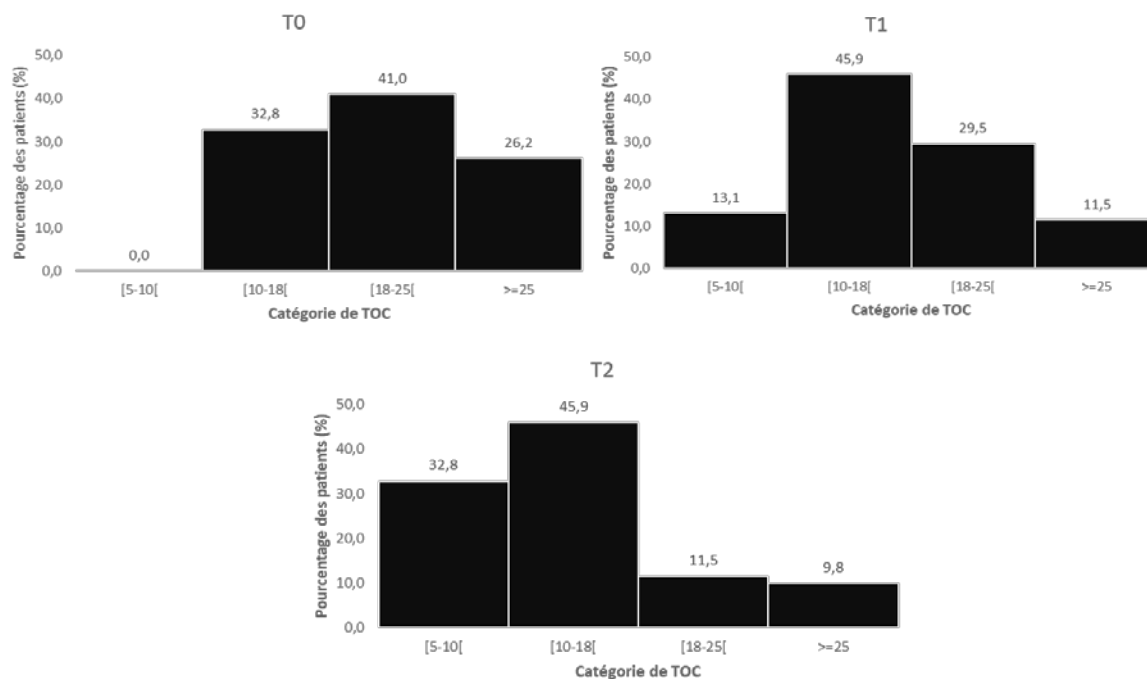


Figure 42 : Taux instantanés des patients dans chaque catégorie du TOC en fonction des temps T0, T1 et T2.

Concernant les taux instantanés des patients dans chaque catégorie de TOC, notre étude avait retrouvé la catégorie 18–25 du score Yale Brown total était la plus représentative en T0 soit 41% des patients, en T₁ elle présentait 29,5% des patients et en T₂ elle présentait 11,5% des patients.

Pour la catégorie 10–18, elle avait retrouvé un maximum des patients en T₁ même en T₂ avec 45,9% des patients et 33,8% en T₀. Passant à la catégorie >=25 en T0 elle représentait 26,2%, des patients, en T₁ elle représentait 11,5% des patients puis en T₂ 9,8% des patients. Par contre la catégorie [5,10[contenait en T₀ 0% des patients, en T₁ elle présentait 13,1% des patients et en T₂ elle présentait 32,8% des patients.

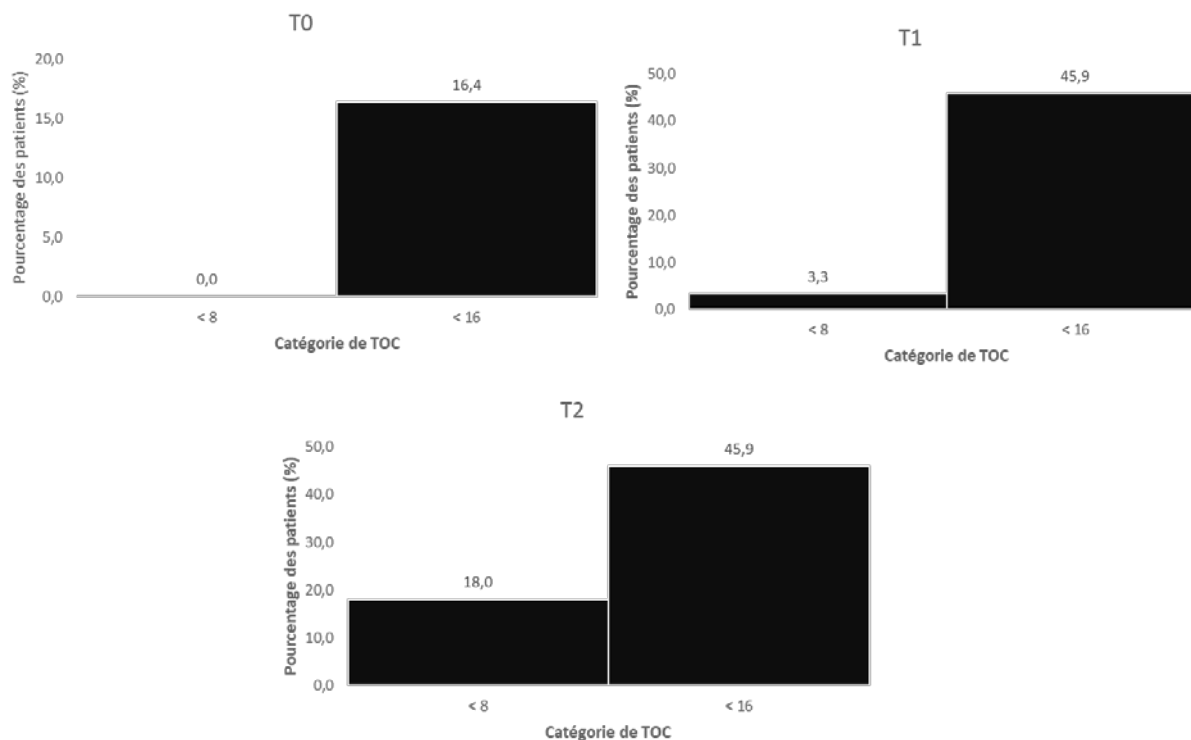


Figure 43 : Taux de guérison (<8) et de rémission (<16) en fonction des temps T0, T1 et T2.

10. Taux de guérison et de rémission en fonction des temps de l'étude :

Pour l'évolution des taux de guérison et de rémission, la figure ci-dessus avait montré que la catégorie ayant un score <16 constituait 16,4% des patients en T0 et 45,9 en T1 et en T₂. En revanche la catégorie <8 du score représentait 0% en T₀, 3,3% des patients en T1 et 18% des patients en T₂. Le taux de guérison avait connu une amélioration progressive entre les trois temps allant de 0% à T0 pour attendre 18% à T₂. Par contre le taux de rémission avait connu une amélioration de 29,5% entre T₀ et T₁ (de 16.4 à 45.9%) pour se stabiliser dans le même taux à T₂ (45%).

11. Score de Yale-Brown des compulsions :

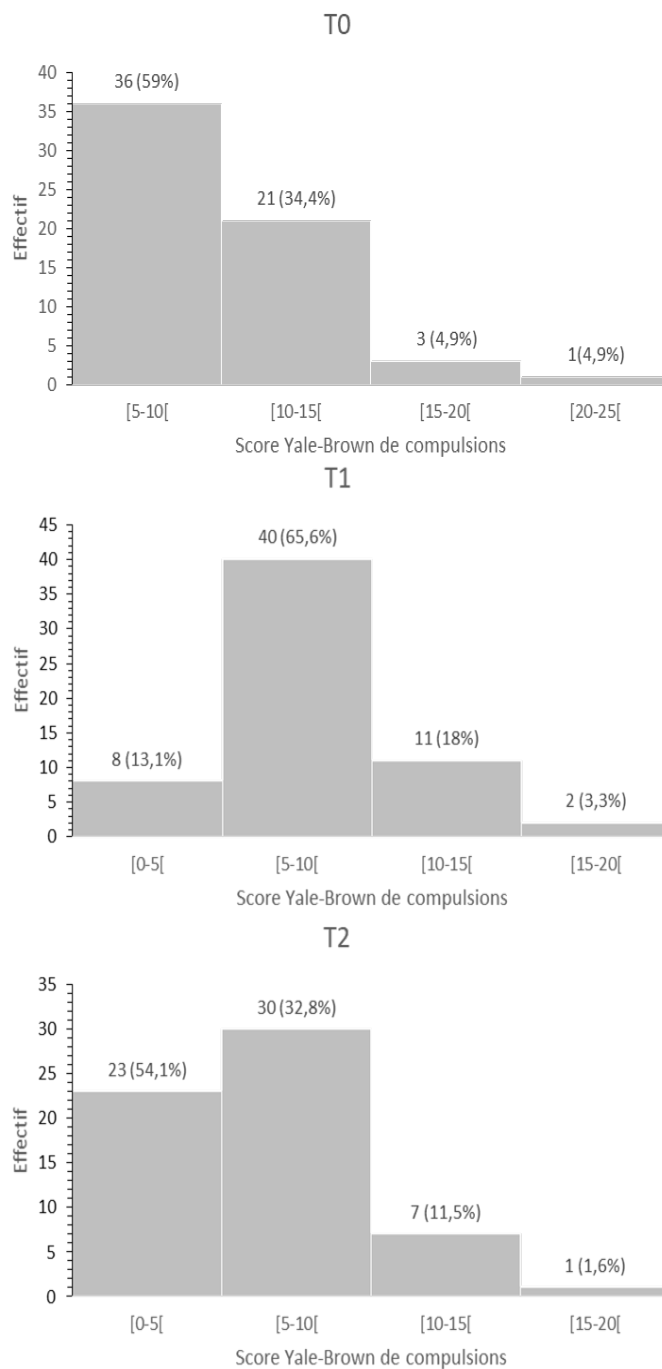


Figure 44 : Distribution des patients en fonction du score Yale-Brown des compulsions pendant les temps T0, T1 et T2.

La médiane de la distribution du score de compulsions montrait un changement de position d'un temps à l'autre en faveur des classes de bas scores. Cette médiane passait de 9 pendant T₀ à 7 au niveau de T₁ pour se stabiliser à 5 durant le T₂.

La diminution du score de Yale-Brown de compulsions de la cohorte étudiée au fil du temps, était à l'origine de l'augmentation de l'effectif de la classe [5-10[entre T₀ et T₁ avec un taux de 6%, et de l'apparition d'une nouvelle classe de bas score ([0-5]) avec une nette augmentation de son effectif en passant de 8 (13,1%) à 23 (54%) respectivement pendant les temps T₁ et T₂. Pendant les mêmes périodes d'étude, on notait la disparition de la classe [20-25[et une diminution importante de l'effectif des patients de la classe [10-15[, soit un taux de diminution de -23%, voire légère au niveau de la classe 15-20 soit une diminution de 3,3% pendant l'étude.

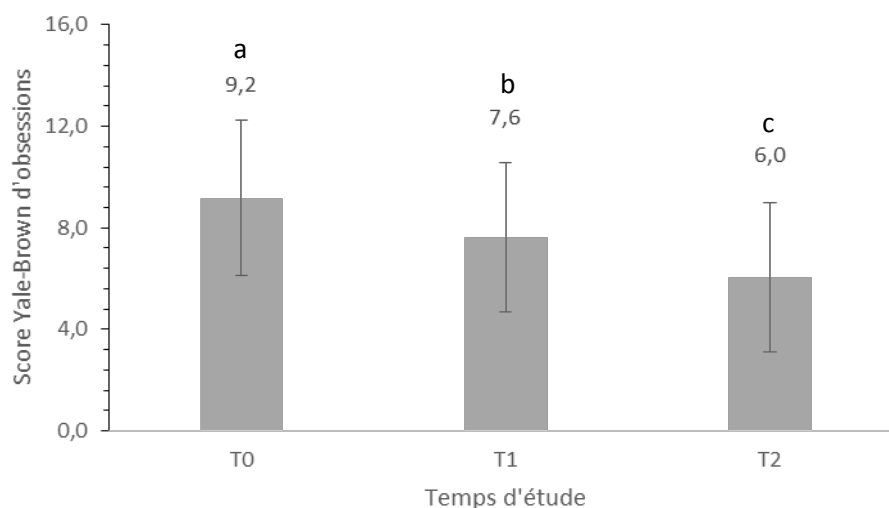


Figure 45 : Comparaison de la moyenne du score de Yale-Brown de compulsions entre les temps T1, T2 et T3.

Les histogrammes avec lettres différentes sont statistiquement différents au seuil de 95%.

La moyenne du score de Yale-Brown de compulsions de la cohorte mesurée pendant les temps T₀, T₁ et T₂ était respectivement de 9,2, 7,6 et 6. La comparaison de ces moyennes pendant les trois temps était statistiquement hautement significative ($P < 0,001$).

12. Score de Yale-Brown d'obsessions :

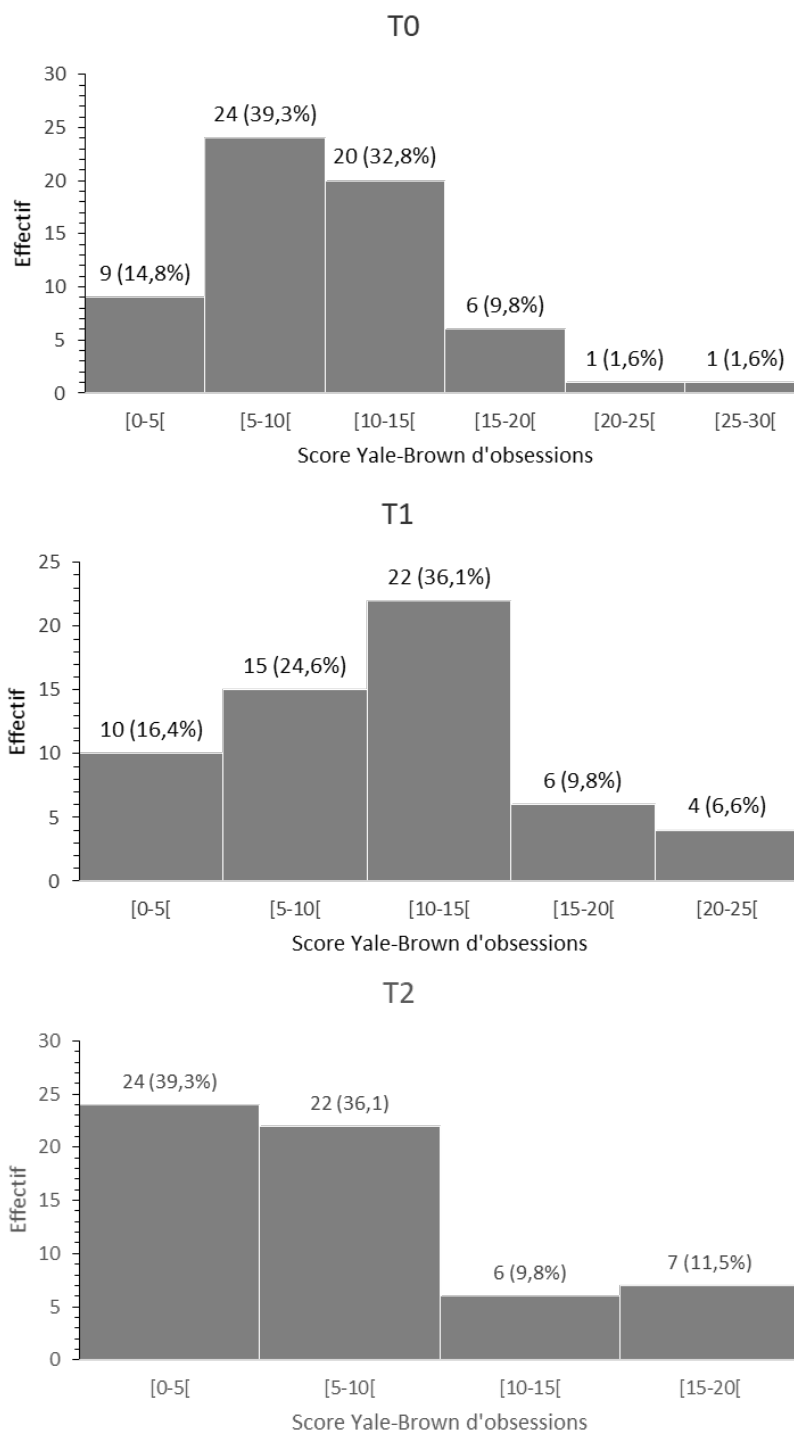


Figure 46 : Distribution des patients en fonction du score Yale-Brown d'obsessions pendant les temps T0, T1 et T2.

La médiane du score de Yale-Brown d'obsessions montrait un changement de position en fonction du temps en faveur des classes de bas score, cette médiane passait de 11% à T0, 9% à T1 et 6% à T2.

Concernant le Score de Yale-Brown d'obsession. La classe 0-5 montrait une augmentation au fil du temps estimée de 24,5% en allant de T0 à T2, un taux diminution de la classe 5-10 de 14,7% entre T0 et T1 puis une augmentation de 11,5% entre T1 et T2.

Dans les mêmes périodes d'étude on remarquait une disparition de la classe [25-30[, une légère augmentation de la classe 20-25 de 5% entre T0 et T1 qui se finissait par la disparition dans le reste des temps. Pour la classe 15-20, elle présentait une stabilisation à 9,8% en T0 et T1 puis une légère augmentation en T2 soit de 11,5%. Finalement la classe 10-15, elle montrait une légère augmentation de l'effectif de 3,3% entre T0 et T1 pour se stabiliser à 9,8% à T2.

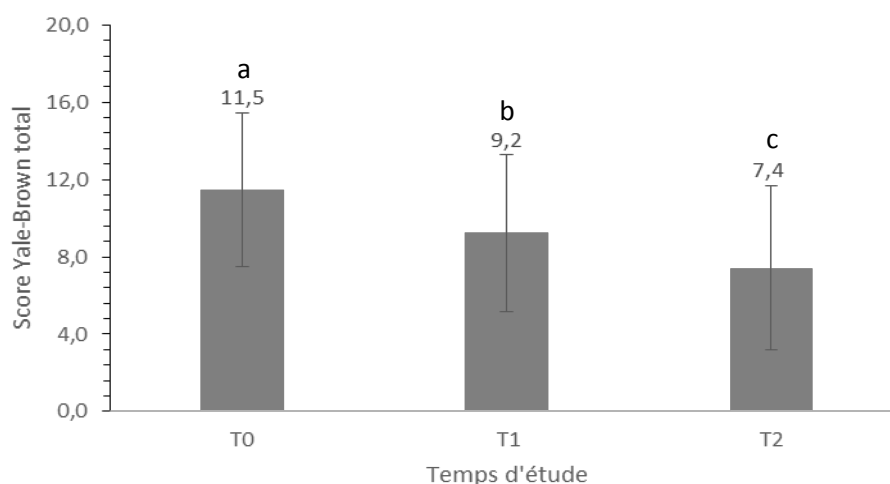


Figure 47 : Comparaison de la moyenne du score de Yale-Brown d'obsessions entre les temps T1, T2 et T3.

Les histogrammes avec lettres différentes sont statistiquement différents au seuil de 95%.

La moyenne du score de Yale-Brown d'obsessions mesurée entre les temps T0, T1, T2 présentait une diminution en allant de 11,5% à T0, 9,2% à T1 et 7,4% à T2.

La différence statistique entre les trois moyennes est aussi hautement significative ($P < 0,001$).

13. Score de Yale-Brown total :

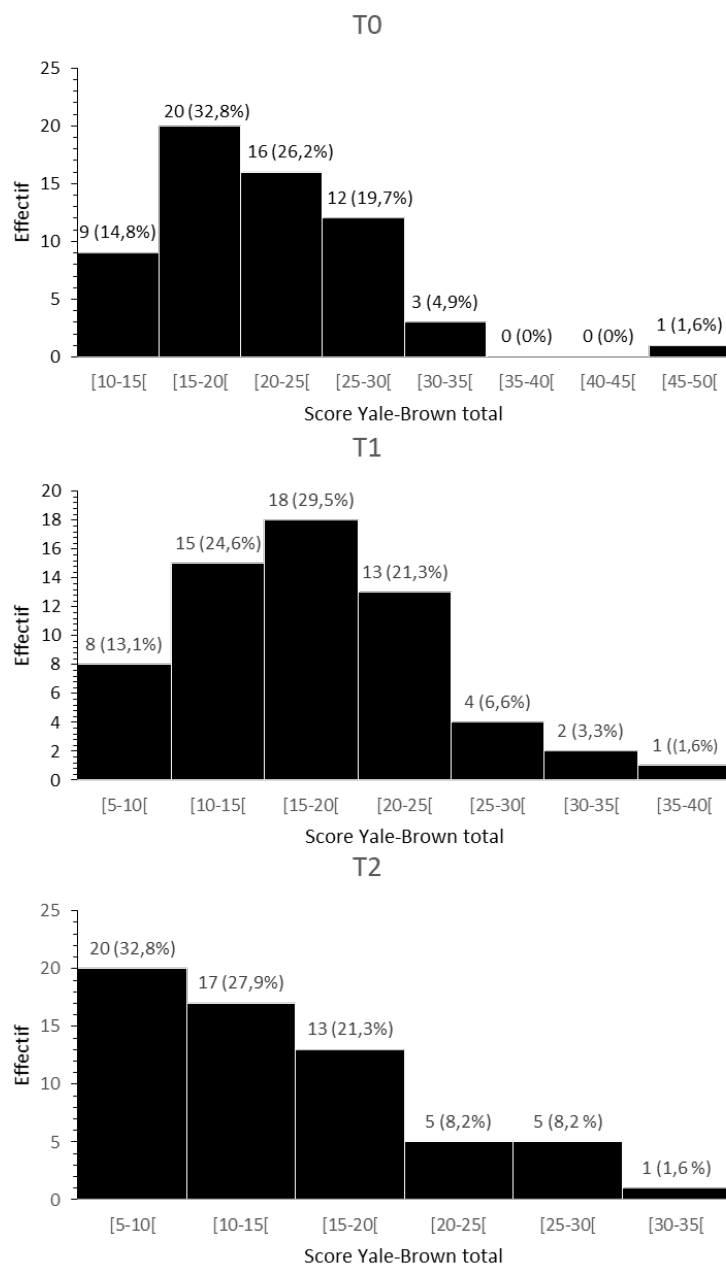


Figure 48 : Distribution des patients en fonction du score Yale-Brown total pendant les temps T0, T1 et T2.

La médiane du score Yale-Brown total montrait une diminution au cours du temps avec une prédominance des classes avec bas score, soit 20% à T0, 16% à T1 et 11% à T2.

Comme le montrent bien les figures ci-dessus ; les classes avec des bas scores étaient majoritaires. Pour la classe 45-50 qui avait un effectif de 1,6% à T0, elles disparaissaient en T1 et T2 ; en outre la classe 35-40 elle présentait une légère augmentation de 1% à T1, une diminution légère de l'effectif de la classe 30-35 en allant de 4,9% à T0, 3,3% à T1 et 1,5% à T2 et un taux de diminution de 11,5% pour la classe 25-30 entre T0 et T2. Passant à la classe 20-25 elle présentait une diminution nette de 18% entre T0 et T2, pour la classe 15-20 était prédominante à T0 avec 32,8% et à T1 avec 29,5% d'effectifs pour se stabiliser à 21,3% à T2.

En ce qui concerne la classe 10-15 ; on notait une augmentation de 13,1% entre T0 et T2 et l'apparition de la classe 5-10 à T1 qui augmentait en T2 avec un taux de 19,7%.

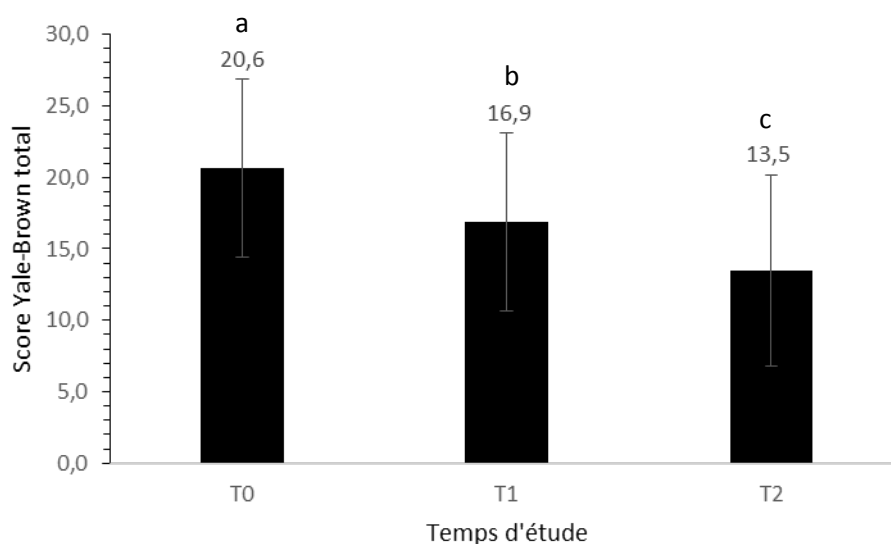


Figure 49 : Comparaison du score moyen de Yale-Brown total entre les temps T1, T2 et T3.

Les histogrammes avec lettres différentes sont statistiquement différents au seuil de 95%.

La moyenne du score de Yale-Brown total entre les temps T0, T1, T2 présentait une diminution de 7,1, soit 20,6 à T0 16,9 à T1 et 13,5 à T2.

La différence statistique entre les trois moyennes est aussi hautement significative ($P < 0,001$).



DISCUSSION GÉNÉRALE



I. Rappels :

1. Troubles obsessionnels-compulsifs :

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est l'un des troubles psychologiques les plus pénibles. Elle a un impact négatif sur la santé physique, la qualité de vie et les performances, entraînant un handicap avec des coûts considérables (8).

1.1. Obsession et compulsion :

Selon l'Association américaine de psychiatrie (AAP), l'**obsession** est définie comme une pensée intrusive non désirée, un doute, une image ou une envie qui s'insinue dans l'esprit de façon répétée". Les obsessions sont anxiogènes et égo-dystoniques, ce qui signifie qu'elles sont incompatibles avec les croyances de la personne. L'individu considère souvent ces intrusions comme illogiques et exagérées et tente d'y résister. Les pensées obsessionnelles comprennent généralement la peur de la maladie et de la contamination, des pensées agressives non désirées, d'autres pensées taboues concernant le sexe ou la religion, et le besoin de symétrie ou d'exactitude.

Les **compulsions** sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux qu'une personne se sent poussée à accomplir en réponse à une obsession". Elles sont le plus souvent involontaires et on y résiste rarement (9). Une **compulsion** peut être soit une action explicite que les autres peuvent observer (comme vérifier qu'une porte est fermée, nettoyer, arranger et chercher à être rassuré), soit un acte mental caché qui ne peut être observé (comme répéter une certaine phrase dans sa tête). Les compulsions servent généralement à compenser la détresse et l'anxiété produites par les obsessions (10).

Certaines études suggèrent que les TOC sont associés à un risque accru de mortalité, même après prise en compte des troubles comorbides de l'humeur et de la toxicomanie (11). Ce risque accru est observé pour des causes pathologiques ou à cause de suicide, le risque de décès par suicide étant triplé chez les individus souffrant de TOC par rapport à la population générale (12, 13).

1.2. Épidémiologie :

La prévalence du TOC au cours de la vie est de 2,3%, bien qu'il puisse s'agir d'une sous-représentation car, souvent, seuls les patients présentant des symptômes modérés à graves ont tendance à consulter. L'âge moyen d'apparition est de 19,5 ans, et il est rare que de nouveaux cas de TOC apparaissent après le début de la trentaine. Un sous-ensemble de patients, principalement des hommes, présentent un début précoce (avant l'âge de 10 ans). Le risque de développer un TOC au cours de la vie est plus élevé chez les hommes, qui développent généralement le trouble à l'adolescence (14).

1.3. Evolution de la maladie :

Le TOC a un effet considérable sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement (3). Il s'agit souvent d'un trouble chronique (60 à 70% des cas) et il est susceptible de persister s'il n'est pas traité efficacement (15). Une amélioration significative ou une rémission est possible lorsque des thérapies fondées sur des connaissances scientifiques sont appliquées. Les patients dont l'âge d'apparition est plus tardif, la durée des symptômes plus courte, la perspicacité et la réponse au traitement initial ont une probabilité accrue de rémission (16). Un traitement précoce et intensif du TOC, avec pour objectif la rémission, est importante pour une issue satisfaisante (17). Par conséquent, il est essentiel que les médecins de soins primaires soient en mesure de diagnostiquer et de traiter les patients atteints de TOC de manière appropriée. L'insuffisance du traitement et le manque de ressources spécifiques au TOC sont des problèmes importants dans la gestion de ce trouble (14).

1.4. Pathogenèse :

La pathogenèse du TOC est une interaction complexe entre la neurobiologie, la génétique et les influences environnementales. Historiquement, on a postulé que le dysfonctionnement du système sérotoninergique était le principal facteur de la pathogenèse du TOC, étant donné la réponse sélective aux médicaments sérotoninergiques.

Des recherches plus récentes ont également démontré le rôle du glutamate, de la dopamine et peut-être d'autres substances neurochimiques. Un modèle proposé pour le TOC suggère que la vulnérabilité génétique aux facteurs de stress environnementaux peut entraîner une modification de l'expression génétique dans les systèmes de neurotransmetteurs. Cette modification entraîne à son tour des changements dans les circuits et les fonctions du cerveau (18).

Tableau IV : Symptômes courants chez les patients souffrant de troubles obsessionnels compulsifs.

Obsession	Exemples Associés	Comportements compulsifs
Agressivité	Peur de faire du mal aux autres, images violentes récurrentes	Surveiller les nouvelles à la recherche de rapports de crimes violents, demande à être rassurée sur le fait qu'elle est une bonne personne
Contamination	Peur d'être contaminé ou de contaminer les autres ; peur d'être contaminé par des germes, des infections ou des facteurs environnementaux ; peur d'être contaminé par des individus mauvais ou immoraux.	Rituels de lavage ou de nettoyage
Doute pathologique, exhaustivité	Inquiétudes récurrentes de faire les choses de manière incorrecte ou incomplètes, ce qui aurait des conséquences négatives pour le patient ou d'autres personnes	Vérification excessive, exécution d'actions dans un ordre particulier
Religion	Pensées sur l'immoralité et la peine éternelle	Demander pardon, prier, chercher à être rassuré
Autocontrôle	Peur de faire des commentaires inappropriés en public	Éviter d'être en présence des autres
Sexuel	Pensées récurrentes d'être un pédophile ou un déviant sexuel ; pensées récurrentes d'agir de façon sexuellement inappropriée envers les autres.	Éviter les situations qui déclenchent les pensées, effectuer des rituels mentaux pour lutter contre ces pensées.
Superstition	Peur de certains nombres ou de certaines couleurs "mauvaises".	Compter de façon excessive
Symétrie et exactitude	Pensées récurrentes de devoir faire les choses de manière de manière équilibrée ou exacte	Ordonner et arranger

1.5. Diagnostic :

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition, le TOC est reconnu comme un trouble distinct de l'anxiété (tableau I) et est maintenant regroupé avec plusieurs autres troubles présentant des caractéristiques communes, souvent appelés troubles liés à l'obsession et à la compulsion (tableau II) (21).

Le TOC est un trouble complexe et hétérogène, et certaines manifestations sont méconnues. Par exemple, les pensées taboues peuvent être attribuées à d'autres causes ou ne pas sembler être associées à des compulsions apparentes. Même lorsque les compulsions ne sont pas facilement perceptibles, les patients atteints de TOC ont généralement des rituels mentaux. Les patients sont souvent réticents à signaler les symptômes du TOC pour diverses raisons, notamment l'embarras, la stigmatisation et la peur de la signification de l'obsession ou des conséquences de sa révélation (22).

Les médecins doivent envisager la possibilité d'un TOC chez les patients qui se plaignent généralement d'anxiété ou de dépression. Les patients peuvent fournir des indices en faisant allusion à des pensées intrusives ou à des comportements répétitifs. Les patients évitent des endroits ou des objets particuliers, se préoccupent excessivement de la maladie ou des blessures et cherchent à se rassurer de manière répétitive. Il est important de noter que le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive est une entité diagnostique distincte qui ne se caractérise pas par des pensées intrusives ou des comportements répétitifs. Il s'agit plutôt d'un ensemble de comportements envahissants qui mettent l'accent sur l'organisation, le perfectionnisme et le sentiment de contrôle (21). Si l'on soupçonne un véritable TOC, l'utilisation de quelques questions de dépistage simples peut être utile. Il existe des outils de diagnostic normalisés, mais la plupart ne sont pas pratiques à utiliser en soins primaires. Le TOC est souvent diagnostiqué à tort comme d'autres troubles (tableau V) (9) bien que le TOC soit une comorbidité courante pour beaucoup de ces troubles, et la possibilité de plus d'un diagnostic doit être envisagée. Une consultation psychiatrique est indiquée en cas d'incertitude diagnostique.

1.6. Comorbidités :

Les patients souffrant de TOC doivent faire l'objet d'une surveillance des comorbidités psychiatriques et du risque de suicide (13, 22). Au cours de leur vie, 90% des patients souffrant de TOC répondent aux critères d'au moins un autre diagnostic psychiatrique (14).

Les diagnostics comorbides les plus fréquents sont les troubles anxieux (75,8%), notamment le trouble panique, la phobie sociale, les phobies spécifiques et le syndrome de stress post-traumatique. Les autres comorbidités courantes sont les troubles de l'humeur (63,3%), en particulier le trouble dépressif majeur (40,7%), les troubles du contrôle des impulsions (55,9%) et les troubles liés à la consommation de substances (38,6%) (2). Le risque de suicide chez les personnes atteintes de TOC est élevé. Dans le cadre d'une enquête communautaire, 63% des personnes atteintes de TOC avaient pensées suicidaires et 26% avaient fait une tentative de suicide (23). La comorbidité avec la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, la toxicomanie ou les troubles du contrôle des impulsions augmente le risque de comportement suicidaire (13, 24).

Tableau V : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble obsessionnel-compulsif (9).

A. Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux :

Les obsessions sont définies par (1) et (2) :

1. Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui sont ressenties, à un moment donné pendant la perturbation, comme intrusives et non désirées, et qui, chez la plupart des individus, provoquent une anxiété ou une détresse marquée.
2. L'individu tente d'ignorer ou de réprimer ces pensées, ces envies ou ces images, ou de les neutraliser par d'autres pensées ou action (par exemple, en exécutant une compulsion).

Les compulsions sont définies par (1) et (2) :

1. Comportements répétitifs (par exemple, se laver les mains, commander, vérifier) ou actes mentaux (par exemple, prier, compter, répéter des mots silencieusement) que la personne se sent poussée à exécuter en réponse à une obsession ou conformément à des règles qui doivent être appliquées de manière rigide.
2. Les comportements ou les actes mentaux visent à éviter ou à réduire l'anxiété ou la détresse, ou à prévenir un événement ou une situation redoutée ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux n'ont pas de lien réel avec ce qu'ils sont censés neutraliser ou prévenir, ou sont clairement excessifs.

Note : Les jeunes enfants peuvent ne pas être en mesure de présenter les objectifs de ces comportements ou actes mentaux

B. Les obsessions ou les compulsions prennent beaucoup de temps (par exemple, plus d'une heure par jour) ou provoquent une détresse ou une altération cliniquement significative de la vie sociale, professionnelle ou d'autres domaines importants de la vie quotidienne.

C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou d'une autre condition médicale.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (par ex, inquiétudes excessives, comme dans le trouble d'anxiété généralisée ; préoccupation de l'apparence, comme dans le trouble de dysmorphie corporelle ; difficulté à se débarrasser ou à se séparer de ses biens, comme dans le trouble de thésaurisation ; arrachage de cheveux, comme dans la trichotillomanie [trouble de l'arrachage des cheveux] ; le fait de s'arracher la peau, comme dans le cas du trouble de l'excoriation ; les stéréotypies, comme dans le cas du trouble des mouvements stéréotypés ; le comportement alimentaire ritualisé, comme dans le cas des troubles de l'alimentation ; la préoccupation pour les substances ou le jeu, comme dans le cas des troubles liés aux substances et à la dépendance ; la peur d'être malade, comme dans les troubles anxieux ; les pulsions ou les fantasmes sexuels, comme dans les troubles paraphiliques ; les impulsions, comme dans les troubles perturbateurs, les troubles du contrôle des impulsions et les troubles des conduites ; les ruminations coupables, comme dans les troubles dépressifs majeurs ; l'insertion de pensées ou les préoccupations délirantes, comme dans le spectre de la schizophrénie et les troubles psychotiques ; ou les schémas de comportement répétitifs, comme dans les troubles du spectre autistique).

Précisez si :

Avec une bonne ou moyenne perspicacité : La personne reconnaît que les croyances relatives aux troubles obsessionnels compulsifs sont certainement ou probablement fausses ou qu'elles peuvent être ou non vraies.

Avec une faible perspicacité : La personne pense que les croyances relatives au trouble obsessionnel-compulsif sont probablement vraies.

Absence d'intuition/convictions délirantes : La personne est totalement convaincue que les croyances relatives aux troubles obsessionnels compulsifs sont vraies.

Précisez si :

Lié à un tic : L'individu a des antécédents actuels ou passés de trouble tic.

Tableau VI : Troubles liés aux obsessions et aux compulsions

Trouble	Critères de diagnostic	Caractéristiques cliniques	Traitement préféré
Trouble de la dysmorphie corporelle	Préoccupation pour des imperfections ou des défauts perçus dans l'apparence physique qui conduit à des comportements ou des actes mentaux répétitifs en réponse aux préoccupations apparentes.	Faible perspicacité. Recherche des soins auprès de dermatologues et de chirurgiens esthétiques pour remédier aux anomalies perçues. Apparition des symptômes à l'adolescence.	Thérapie cognitivo-comportementale (exposition et prévention de la réponse). Quelques preuves pour les ISRS.
Trouble de l'excoriation (trituration de la peau)	Picage récurrent de la peau entraînant des lésions cutanées. Tentatives répétées pour diminuer ou arrêter de se gratter la peau.	Plus fréquent chez les femmes. Apparition des symptômes au début de la puberté.	Thérapie d'inversion d'habitudes. Études limitées évaluant la réponse à pharmacothérapie.
Trouble de la thésaurisation.	Difficulté persistante à se débarrasser de ses biens ou à s'en séparer en raison d'une forte envie de les conserver et/ou d'une détresse à s'en débarrasser. Accumulation de possessions à un point tel que l'espace où elles s'accumulent ne peut être utilisée comme prévu.	75% des patients souffrant d'un trouble de la thésaurisation ont des troubles de l'humeur ou d'anxiété. L'amasement est à l'origine d'une détresse significative ou d'une altération des fonctions. Les symptômes apparaissent entre 11 et 15 ans. Les symptômes ou les comportements de thésaurisation s'aggravent progressivement.	Thérapie comportementale visant à éliminer les objets amassés et à réduire l'accumulation de nouveaux objets. Aucune donnée ne permet de soutenir la pharmacothérapie.
Trichotillomanie (arrachage de cheveux)	Arrachage répété des cheveux sur n'importe quelle partie du corps, entraînant une perte de cheveux. Tentatives répétées pour réduire ou arrêter l'arrachage des cheveux.	Plus fréquente chez les femmes. Apparition des symptômes au début de la puberté.	Thérapie d'inversion d'habitudes Réponse mixte ou faible aux ISRS

Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)

1.7. Traitements :

Une fois le TOC diagnostiqué, il est important de fournir au patient des informations et un soutien. Les patients et les membres de leur famille doivent être informés de la nature chronique du TOC et de l'importance des compétences d'autogestion. Les thérapies médicales et comportementales fondées sur des données probantes peuvent réduire la gravité et la fréquence des obsessions et des compulsions, et provoquer des rémissions.

Étant donné que l'efficacité de ces thérapies peut prendre des semaines, voire des mois, les médecins doivent informer les patients de ce retard dans la réponse au traitement et encourager l'observance pendant la phase initiale du traitement.

Il est utile de quantifier la gravité des symptômes et des troubles avant et pendant le traitement. Cela peut se faire à l'aide d'échelles d'évaluation standardisées ou par le biais du rapport du patient sur le temps consacré aux obsessions ou aux compulsions et le niveau de détresse qu'elles provoquent. L'échelle Yale Brown d'évaluation des troubles obsessionnels compulsifs – deuxième édition (Y-BOCS-II) est un outil fiable pour mesurer la gravité des symptômes des TOC (25).

Les patients doivent être évalués pour le risque de suicide et la présence de morbidités tout au long de leur maladie. Le traitement est indiqué lorsque les symptômes du TOC entravent le fonctionnement du patient ou lui causent une détresse importante. Les objectifs raisonnables du traitement sont de consacrer moins d'une heure par jour à des comportements obsessionnels-compulsifs et atteindre une interférence minimale avec les tâches quotidiennes (24).

Une consultation psychiatrique est recommandée pour les patients souffrant de TOC sévères, tels que mesurés par le Y-BOCS-II. La figure 1 est un algorithme pour le traitement du TOC (24, 26, 27).

a. Traitements psychologiques :

La thérapie cognitive-comportementale (TCC), plus précisément la prévention de l'exposition et de la réaction, est la méthode de psychothérapie la plus efficace pour traiter les TOC (24, 28). Les patients sont exposés à des stimuli anxiogènes et apprennent à ne pas adopter de comportements compulsifs en réponse. Dans l'idéal, la TCC devrait être administrée par un professionnel de la santé qualifié dans un format individuel ou de groupe, bien que des études aient suggéré que l'exposition auto dirigée et la prévention de la réponse combinée à un entretien motivationnel peuvent être efficaces (29). L'incorporation de l'entretien motivationnel peut augmenter l'engagement envers la thérapie et améliorer son efficacité. Il n'existe aucune preuve de l'utilisation de la psychothérapie psychodynamique ou de la " thérapie par la parole " pour traiter le TOC.

b. Pharmacothérapie :

Le TOC réagit de manière très sélective aux médicaments sérotoninergiques. La clomipramine (Anafranil), un antidépresseur tricyclique ayant un fort effet sérotoninergique, était auparavant le traitement pharmacologique de première ligne pour le TOC. Cependant, en raison de préoccupations concernant son innocuité et de ses effets indésirables, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont maintenant préférés comme traitement initial (24,28). Une revue Cochrane a confirmé l'efficacité des ISRS pour le traitement du TOC (réduction du risque absolu = 8% à 17% ; nombre nécessaire pour traiter = 6 à 12) (30). Fluoxétine (Prozac), la fluvoxamine, la paroxétine (Paxil) et la sertraline (Zoloft) ont été approuvées par la Food and Drug Administration (FDA) pour le traitement du TOC. Le citalopram (Celexa) et l'escitalopram (Lexapro) sont également couramment utilisés, mais en 2011, la FDA a commencé à recommander de limiter la dose de citalopram en raison de préoccupations concernant l'allongement de l'intervalle QT (31). Il n'existe pas de preuves suffisantes pour montrer qu'un ISRS est supérieur et le choix de l'ISRS doit être individualisé, en tenant compte des interactions médicamenteuses potentielles et de la tolérance (27).

Si le traitement médical donne de bons résultats, il doit être poursuivi pendant au moins un à deux ans, voire pendant une durée indéterminée (22, 27)

La prévention des rechutes par un traitement continu aux ISRS est un objectif thérapeutique raisonnable (33). Si le patient choisit d'arrêter la pharmacothérapie, la posologie doit être progressivement réduite sur plusieurs mois, et la posologie initiale reprise si les symptômes s'aggravent. La réponse aux traitements psychologiques peut durer plus longtemps que la réponse aux médicaments (32). Des sessions périodiques de "rappel" de l'exposition et de la prévention de la réponse sont recommandées pour réduire le risque de rechute lorsque la thérapie psychologique est interrompue (22).

1.8. Populations particulières :

a. Grossesse e Post-partum :

Les femmes enceintes ou en période post-partum sont 1,5 à 2 fois plus susceptibles de souffrir de TOC que la population féminine générale (33)

Les femmes qui souffraient d'un TOC avant la grossesse peuvent voir les symptômes du TOC s'aggraver et présentent un risque plus élevé de dépression post-partum (33,34, 35). Le TOC du post-partum peut se manifester par des pensées intrusives de faire du mal au nourrisson ; toutefois, ces femmes ne courent pas un risque accru de blesser leur nourrisson (33). LA TCC est recommandée comme traitement de première intention du TOC pendant la grossesse et la période post-partum. Une analyse individuelle des risques et des avantages doit être discutée lorsqu'on envisage un traitement aux ISRS pendant la grossesse et l'allaitement (35).

b. Enfants :

La prévalence du TOC chez l'enfant est de 1 à 2% aux États-Unis, et 50% de ces enfants présentent des troubles psychiatriques comorbides. La TCC avec exposition et prévention de la réponse est le traitement initial préféré pour les cas légers à modérés (36). La participation de la famille est importante pour obtenir de bons résultats (36, 37). Un traitement par ISRS, en plus de

la TCC, est indiqué pour les patients présentant des symptômes graves ou des troubles psychiatriques comorbides limitant la participation à la TCC. La TCC avec ou sans médicaments est supérieure aux médicaments seuls pour le traitement du TOC chez l'enfant (38).

L'apparition soudaine de symptômes obsessionnels-compulsifs chez l'enfant peut faire craindre un trouble neuropsychiatrique auto-immun pédiatrique associé à une infection streptococcique (PANDAS). Le terme PANDAS (Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome / Syndrome neuropsychiatrique d'apparition aiguë chez l'enfant) est en train de perdre de sa popularité en raison de la controverse concernant le rôle étiologique de l'infection streptococcique du groupe A. Une nouvelle appellation est proposée pour ce diagnostic : PANDAS. Une nouvelle étiquette proposée pour ce diagnostic est celle de symptômes neuropsychiatriques aigus de l'enfant (CANS) (39).

De nombreux facteurs étiologiques sont proposés pour le CANS, notamment des causes infectieuses, toxiques et métaboliques. Il n'existe pas actuellement de lignes directrices standard pour la prise en charge des CANS, mais une évaluation complète est recommandée et les antibiotiques empiriques ne sont pas indiqués (39).

2. Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) :

2.1. Historique :

Le terme "coronavirus" a été introduit pour la première fois par Almeida en raison de la disposition en forme de "couronne solaire" due aux pointes de glycoprotéine virale de surface, comme le révéla l'examen au microscope électronique HCoV 229E et HCoV OC43, connus sous le nom de bêtacoronavirus, sont les premiers coronavirus humains à être identifiés : ils provoquent des infections légères des voies respiratoires (40,41).

Les coronavirus sont des virus à ARN positif non segmentés et enveloppés appartenant à la famille des Coronaviridae et à l'ordre des Nidovirales. Ils sont largement répandus chez l'homme et les autres mammifères (42). Bien que la plupart des infections humaines à coronavirus soient bénignes, les épidémies des deux bêtacoronavirus, le coronavirus du

syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV) (43, 44, 45) et le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) (46) ont provoqué plus de 10 000 cas cumulés au cours des deux dernières décennies, avec des taux de mortalité de 10% pour le SARS-CoV et de 37% pour le MERS-CoV (47, 48). Les coronavirus déjà identifiés pourraient n'être que la partie émergée de l'iceberg, des événements zoonotiques potentiellement plus nouveaux et plus graves devant être révélés.

À la mi-décembre 2020, une épidémie d'un cluster de pneumonie atypique d'origine inconnue s'est éclatée dans la ville de Wuhan, dans la province du Hubei, et s'est rapidement propagée sur le continent en Chine. Par la suite, l'agent viral responsable a été identifié comme étant un nouveau coronavirus appelé SRAS-CoV2 (49).

Depuis lors, l'épidémie s'est propagée comme une traînée de poudre dans de nombreux autres pays, ce qui a incité le comité d'urgence de l'OMS à déclarer la maladie COVID-19 comme une urgence sanitaire mondiale. Jusqu'à présent (23 juillet 2022), plus de 569 millions cas infectés et presque 6.38 millions décès ont été confirmés dans le monde.

Depuis la fin des années soixante, le rythme de la recherche sur les coronavirus s'est ralenti, se contentant de quelques contrôles de routine sur l'homme. En conséquence, les informations sur l'effet des coronavirus humains (HCoV) sur les voies respiratoires sont sous-estimées, et les données épidémiologiques étaient rares. En 2003, de nouvelles études sur les caractéristiques cliniques des infections à HCoV ont été lancées suite à l'émergence de nouveaux HCoVs provoquant le syndrome respiratoire aigu sévère (SARS, induit par le SARS-CoV). Ceux-ci sont apparus dans Guangdong, en Chine, en 2002, puis se sont rapidement répandus dans le monde entier, provoquant 8437 infections et 813 décès (50).

Deux nouveaux membres de la famille du HCoV ont ensuite été identifiés, le HCoV-NL63 à New Haven en 2004 (51) et le CoV-HKU1 en 2005, chez un homme de 71 ans souffrant de pneumonie après son retour de Shenzhen, en Chine (52). Ces virus se propagent dans le monde entier avec une courte période d'incubation pendant l'hiver (53). Une autre épidémie s'est

produite en Arabie saoudite en septembre 2012, impliquant un membre du genre Beta coronavirus et causant le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS (54)). Depuis le 30 novembre 2019, l'OMS a rapporté 2494 infections liées au MERS-CoV avec 858 décès associés. Le 31 décembre 2019, un nouveau cluster de pneumonie s'est développé dans la ville de Wuhan, dans la province du Hubei, en Chine. Les analyses de laboratoire ont révélé l'émergence d'une nouvelle espèce de CoV qui n'était pas génétiquement liée au MERS-CoV. Ce virus a été nommé 2019-nCoV, mais par la suite, le Comité international sur la taxonomie des taxonomies des virus (ICTV) l'a appelé le virus SARS-CoV-2, car il présente des similitudes avec le SARS-CoV-2(55).

2.2. Caractéristiques cliniques et diagnostic du COVID-19 :

Les symptômes du COVID-19 sont multiples et très hétérogènes dans leur distribution. Ainsi, la grande majorité des patients présentent de la fièvre (83-99%), de la toux (59-82%), de la fatigue (44-70%), de l'anorexie (40-84%), un essoufflement (31-40%), une production de crachats (28-33%) et des myalgies (11-35%) (56, 57).

Parmi les symptômes mineurs exprimés au stade précoce de l'infection, 2/3 des patients COVID-19 développent une apparition soudaine de nombreuses odeurs et une altération du goût, un phénomène déclaré réversible après guérison (58). Ces caractéristiques d'anosmie et de trouble du goût semblent être spécifiques à COVID-19, contrairement aux autres symptômes indiquant une infection virale.

Il est rare que ces manifestations symptomatiques soient légères, avec des palpitations cardiaques et une oppression thoracique au lieu d'une détresse respiratoire. Dans de nombreux cas, les symptômes du COVID-19 peuvent être atypiques ou présenter un retard dans la présentation de la fièvre et des symptômes respiratoires, en particulier chez les personnes âgées (59) ou les patients présentant des comorbidités médicales (60). Une étude réalisée en Chine démontre que sur 1099 patients, seulement 44% présentent de la fièvre à l'admission à l'hôpital, mais elle atteint 89% pendant l'hospitalisation (56). Certaines études soulignent que moins de 10% des patients présentaient des maux de tête, des maux de gorge, une rhinorrhée, une

diarrhée, une confusion, une hémoptysie et des vomissements (61, 56). En outre, les symptômes gastro-intestinaux tels que les nausées et la diarrhée surviennent avant les symptômes des voies respiratoires inférieures et la fièvre (18). Une pléthore de caractéristiques concernant l'hôte génétique ayant un impact sur l'immunologie peut expliquer cette diversité de signes cliniques. La période d'incubation varie d'un patient à l'autre, mais peut atteindre 14 jours, avec une durée médiane de 4 à 5 jours (56).

2.3. Santé mentale et conséquences associées à COVID-19 :

En plus des conséquences physiques associées au COVID-19, la pandémie a également affecté la santé mentale de la population mondiale (62). Le confinement, la perte de revenus, la menace du virus et l'accès restreint aux services ont causé beaucoup de détresse et d'anxiété (63). De multiples études dans le monde ont exploré les répercussions de la pandémie sur la santé mentale des adultes et ont fait état de niveaux inquiétants de dépression, d'anxiété, de stress et même de syndrome de stress post-traumatique (64).

Alors que la pandémie de COVID-19 continue de faire des ravages, les spécialistes préviennent qu'elle pourrait affecter la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes (63, 65). En plus des inquiétudes et de l'incertitude ressentie à l'échelle mondiale, les jeunes sont confrontés à leur propre série de défis. On s'attend à ce que la distanciation sociale et la scolarité en ligne soient particulièrement néfastes pour la santé mentale des jeunes, d'autant que les relations sociales sont cruciales dans leur vie (66).

Parmi les patients souffrant de TOC, les effets de la pandémie sur leur prise en charge ont fait l'objet d'une attention limitée, notamment en ce qui concerne la thérapie par exposition et prévention de la réponse (ERP). Actuellement, le traitement du TOC comprend l'exposition avec prévention de la réponse (ERP), les médicaments sérotoninergiques et la combinaison ERP-médicaments (67). Le fait que la recherche épidémiologique montre qu'environ 50% des personnes souffrant de TOC, toutes cultures confondues, déclarent avoir au moins une certaine peur de la contamination complique le traitement pendant la pandémie de COVID-19 (68).

La pandémie actuelle de COVID-19 a suscité un débat sur la manière de fournir en toute sécurité une exposition avec prévention de la réponse (ERP) en cas de crainte de contamination (69). Avant de discuter des récentes recommandations, l'approche adoptée lors d'épidémies infectieuses antérieures montre que l'ERP peut être fourni en toute sécurité même lorsque les risques infectieux sont comparativement élevés.

II. Discussion :

Dans cette étude, nous avons examiné l'impact de la pandémie de COVID-19 et les déterminants du changement de la sévérité des symptômes chez les personnes atteintes de TOC. Nos résultats étaient assez inattendus puisque la majorité (85%) de nos patients s'est améliorée de manière très significative. De même, nous avons noté une stabilité des thèmes obsessionnels à travers les différents temps d'évaluation.

Ceci est cohérent avec les études cliniques qui montrent une amélioration des symptômes, notamment l'étude de (Tandt et al, 2021) portant sur 49 patients atteints de TOC, évalués à quatre moments : avant la pandémie, au début de l'enfermement, entre deux vagues et au milieu de la deuxième vague. Les résultats ont montré une diminution des symptômes au quatrième trimestre avec une amélioration significative au deuxième et au troisième trimestre, puis entre le deuxième et le quatrième trimestre.

Le tableau 7 présente une revue des études publiées qui ont évalué l'impact de COVID-19 sur les symptômes obsessionnels-compulsifs. Les résultats de ces études sont très divergents et difficilement comparables en raison des différences méthodologiques incluant le type d'étude, la méthode de collecte des données (souvent des questionnaires en ligne), et l'hétérogénéité des échantillons (population générale, patients souffrant de TOC, adultes, adolescents, enfants...).

De plus, le diagnostic n'est pas toujours confirmé par un clinicien, et l'impact de la pandémie est parfois jugé subjectivement par le patient lui-même ou par son médecin mais sans utiliser d'évaluation quantitative.

La plupart des études (mais pas toutes) montrent une aggravation des symptômes de TOC évalués par le YBOCS (70, 71). L'étude de Liao et al. (72) a montré que les symptômes du TOC s'aggravaient au départ, et que l'impact négatif persistait après un an de suivi. Van Ameringen et al. (73) ont constaté que la majorité de leurs patients ont vu leurs symptômes obsessionnels s'aggraver et ont dû augmenter leurs doses de traitement. (74) en particulier chez les personnes ayant des obsessions de contamination.

Alonso et al. (75) ont insisté sur le fait que bien que 65,3% des patients soient aggravés, seuls 31,4% ont eu une augmentation du Y-BOCS de plus de 25%.

Dans le même sens, plusieurs études (76,77) ont constaté une stabilisation des symptômes du TOC.

D'autres études visaient à évaluer l'apparition de symptômes d'obsession dans la population générale (78). La plus répandue a inclus plus de 9 millions d'individus et a trouvé une réduction significative des symptômes obsessionnels, surtout après le confinement.

Losen et al ont mené une étude longitudinale avec un suivi de trois mois sur deux échantillons sains. Ils ont constaté que les symptômes de TOC augmentaient, même après l'assouplissement des restrictions du COVID-19. Ces symptômes étaient liés à la recherche d'informations sur le COVID et à une plus grande adhésion aux directives gouvernementales.

Deux études transversales publiées en 2021 (79,80), ont montré une augmentation des symptômes obsessionnels dans la population générale. Selon Knowles. (81), il y a eu une augmentation des symptômes obsessionnels lorsqu'on compare les données pré et post pandémie d'une population générale de 108 participants non malades.

Le premier défi pour nos patients a été le strict confinement imposé par le gouvernement marocain. Avec des conséquences désastreuses sur la vie quotidienne de nos patients comme l'arrêt des études, le chômage, le confinement des familles nombreuses dans des logements exigus sans espace extérieur pour la plupart de nos patients (95%), et certains patients ont été bloqués dans des villes loin de leurs familles. Heureusement, la plupart de nos patients vivent avec leur famille (48 soit 79%).

Selon nos résultats et comme prévu, l'obsession de la contamination (67%) était la plus fréquente avec des compulsions de lavage (62%) mais ce pourcentage est bien supérieur aux chiffres retrouvés dans la littérature en dehors de toute pandémie.

Dans notre étude, il n'y a pas eu de changements majeurs dans les thèmes obsessionnels au cours des trois périodes. Cependant, certaines études ont montré une augmentation des obsessions de contamination chez les patients suivis pour un TOC (82)

Khosravani et al. (83) ont montré que les patients souffrant de TOC avec des dimensions spécifiques de symptômes de contamination et de TOC sévères sont plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires pendant la pandémie.

Fontenelle et al. (79) ont constaté que les participants à son étude ont rapporté que les symptômes de TOC se sont aggravés de manière significative pendant la pandémie, tout comme les sentiments d'incapacité, les symptômes affectifs et la qualité de vie.

Les symptômes obsessionnels-compulsifs liés à la contamination et les inquiétudes liées au corps prédisaient chacun une anxiété plus grave liée à la pandémie. L'obsession de nuire à autrui est également apparue comme un facteur prédictif de l'anxiété (84). Les symptômes de TOC prédisent de manière significative l'anxiété et les comportements adaptatifs et inadaptés liés au coronavirus (85). Bien que la peur de la contamination et les symptômes de lavage obsessionnel ne prédisent pas significativement l'anxiété liée au coronavirus, la peur de la contamination prédit significativement l'utilisation de comportements de sécurité en réponse au COVID-19 (81).

Concernant la sévérité des TOC, nos patients ont noté une amélioration significative que ce soit en T2 ou en T3 (voir les évaluations en 3 étapes). Ceci pourrait s'expliquer par leur capacité de résilience (76), la continuité des soins durant l'enfermement, l'adaptation du traitement, la bonne observance du traitement durant les trois temps d'évaluation, la bonne perspicacité de nos patients évaluée subjectivement durant les entretiens et la faible association avec les comorbidités.

Certains auteurs (86) ont émis l'hypothèse que l'inévitabilité de l'infection par le coronavirus, dont on estime qu'elle touchera 70% de la population mondiale, pourrait fonctionner comme une sorte d'inondation massive, entraînant une diminution plutôt qu'une augmentation de la sévérité des symptômes du TOC. Cependant, cette hypothèse était peu probable car les patients souffrant de TOC peuvent avoir plusieurs thèmes obsessionnels en dehors de la contamination.

De plus, l'universalité de la pandémie et sa propagation dans le monde entier, ainsi que le fait que tout le monde craignait l'infection, auraient contribué à réduire la peur des patients souffrant de TOC et auraient constitué un facteur de consolation pour eux.

L'impact de la pandémie de COVID-19 s'est également fait sentir dans le changement des habitudes quotidiennes toxiques qui ont augmenté. Ainsi, plusieurs changements de comportements ont été observés : regarder la télévision, jouer en ligne, faire du streaming, faire des achats en ligne, rechercher des informations et modifier les horaires de sommeil (73).

Les auteurs se sont intéressés à l'impact de l'insomnie sur les symptômes obsessionnels et les résultats ont suggéré que les personnes souffrant d'insomnie pré-pandémique pourraient être vulnérables à une augmentation de la sévérité de certains symptômes de TOC pendant la pandémie (87).

Plusieurs autres études ont été menées sur des enfants et des adolescents suivis pour un TOC. La plupart ont montré une aggravation des symptômes obsessionnels. Les symptômes les plus touchés étaient les obsessions de contamination, mais d'autres thèmes se sont également aggravés (88).

La prise en charge des patients souffrant de TOC par les psychiatres du monde entier a changé en grande partie en raison des mesures de distanciation. Ainsi, la plupart des consultations se sont faites par télémedecine. Les recherches sur cette technique ont commencé avant même la pandémie de COVID-19, mais la rapidité avec laquelle elles ont été menées a été stimulée par les gouvernements qui ont fourni les fonds nécessaires pour permettre la continuité

des soins même en période de confinement total. La télémédecine a bien sûr ses avantages et ses inconvénients. Les études s'accordent à dire que si le traitement recommandé est bien prescrit et bien suivi (ISRS +/- ERP), il sera aussi efficace même si le suivi se fait à distance. Des cliniciens ont même noté la supériorité de la télémédecine dans certaines populations mal desservies (rurales) et ont également réduit le nombre de patients perdus de vue (89).

Nous rappelons que notre travail présente des atouts indéniables dans la mesure où il fait partie des premières études nationales et internationales à aborder l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les patients atteints de TOC. Le suivi longitudinal de nos patients avec des évaluations en face-à-face et l'adoption d'échelles de mesure de la sévérité symptomatique sont également des points forts de notre étude, car la plupart des études réalisées jusqu'à présent étaient des études transversales et étaient recrutées en ligne et les participants avaient été auto-déclarés comme souffrant de TOC mais non confirmés par un psychiatre.

Enfin, nous soulignons que notre travail avait également certaines limites, notamment l'absence de données pré-pandémiques de nos patients pour avoir une référence pour comparer ces données avec les données au milieu de la pandémie de COVID. De plus, le recrutement de nos patients s'est fait progressivement, car les consultations psychiatriques pour symptômes obsessionnels étaient peu nombreuses malgré la variation des sites de recrutement des patients.

Tableau VII : Principales études sur l'impact de Covid-19 sur les symptômes obsessionnels et compulsifs.

Auteurs (année) Pays	Conception de l'étude	Périodes comparées dans l'étude Echantillon	Effectifs	Mesures	Principaux résultats
Van Ameringen et al (2022) Canada	Transversale	La collecte des données a été échelonnée sur 14 mois	417 patients TOC	OCI-R	La majorité (76%) des patients ont signalé une aggravation des symptômes obsessionnels, 45% d'entre eux ont dû augmenter les doses de traitement.
Tulaci et al (2022) Turquie	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	58 patients TOC	YBOCS	Les scores de l'Y-BOCS pendant la pandémie étaient significativement plus élevés que ceux obtenus avant la pandémie.
Moreira-de- Oliveira et al (2022) Brazil	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	30 patients TOC	MINI YBOCS OCI-R	Pas de changement significatif dans la sévérité des symptômes obsessionnels après un an de suivi.
Pinciotti et al (2022) USA	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	65 patients TOC	Un instrument adapté de l'attaque terroriste du 11 septembre 2001	COVID-19 a démontré un impact global moins important sur les patients que sur les prestataires.

Impact de la pandémie COVID-19 sur l'évolution clinique du trouble obsessionnel compulsif

Hezel et al (2022) USA	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie (1,2, 6 mois)	personnes en bonne santé (n = 30) et personnes souffrant de TOC (n = 33)	MINI OCI-R	Il n'y a pas eu de changements significatifs au fil du temps dans la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs, dépressifs ou anxieux dans chaque groupe de diagnostic.
Tandt et al (2021) Belgique	Longitudinale	Un mois après le début de l'enfermement (T1), pendant le relâchement progressif (T2), entre les deux vagues (T3), et la deuxième vague (T4)	49 patients souffrant de TOC et 26 membres de leur famille	Y-BOCS CPDI	Les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif ont diminué à T4 mais se sont améliorés de manière significative de T2 à T3 ($p < .05$) et de T2 à T4 ($p < .01$).
Storch et al (2021) USA	Transversale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	137 cliniciens, 232 patients souffrant du TOC	YBOCS NIMH-GOCS	Les cliniciens ont estimé que les symptômes de 38% de leurs patients s'étaient aggravés, que ceux de 47% étaient restés les mêmes et que ceux de 10% s'étaient améliorés.
Sharma et al (2021) India	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	240 patients souffrant du TOC	YBOCS	Les sujets atteints de TOC n'ont pas semblé voir leur maladie s'aggraver au cours de la pandémie.

Impact de la pandémie COVID-19 sur l'évolution clinique du trouble obsessionnel compulsif

Schwartz-Lifshitz et al (2021) Israël	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	29 patients souffrant du TOC; Enfants et adolescents	OCI-CV	Il n'a pas été constaté d'exacerbation des symptômes obsessionnels-compulsifs au cours de la période étudiée.
Samuels et al (2021) Israël	Transversale	Pendant la pandémie	2117 d'un échantillon non-clinique	Y-BOCS OCIR	Le score du comportement COVID-19 était significativement associé aux obsessions de contamination et à une augmentation du score OCIR global.
Pan et al (2021) The Netherlands	Transversale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	285 patients souffrant du TOC	DSM IV	La maladie préexistante ne semblait pas nécessairement prédisposer à un niveau plus élevé de réactivité émotionnelle à la pandémie de COVID-19.
Ojalehto et al (2021) USA	Transversale	Pendant la pandémie	438 d'un échantillon non-clinique	DOCS	Les symptômes obsessionnels-compulsifs liés à la contamination et à la peur du mal prédisaient une anxiété plus grave liée à la pandémie.
Meşterelu et al (2021) Romania	Longitudinale	Pendant la pandémie, à l'intervalle de huit mois	159 d'un échantillon non-clinique	OCI	Les symptômes de TOC permettaient de prédire de manière significative l'anxiété liée au coronavirus et les comportements adaptatifs et inadaptés.

Impact de la pandémie COVID-19 sur l'évolution clinique du trouble obsessionnel compulsif

Loosen et al (2021) UK	Longitudinale	Pendant la pandémie, à trois mois d'intervalle	T1 échantillon non-clinique de 406 Echantillon non-clinique T2 de 296	PI-WSUR	Les symptômes du TOC ont augmenté, même après l'assouplissement des restrictions Covid19. Ces symptômes Du TOC étaient liés à la recherche d'informations sur le COVID et à une plus grande adhésion aux directives gouvernementales.
Liao et al (2021) China	Longitudinale	Ligne de base, début de la pandémie et suivi d'un an.	110 patients souffrant du TOC	OCI-R	Les symptômes du TOC se sont aggravés au début de COVID-19, et l'impact négatif a persisté lors du suivi d'un an.
Khosravani et al (2021) Iran	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	270 patients souffrant du TOC	DOCS YBOCS	Les patients souffrant du TOC avec des dimensions spécifiques de symptômes du TOC sévères sont plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires pendant la pandémie.
Jelinek et al (2021) Germany	Transversale	Pendant la pandémie	394 patients souffrant du TOC	OCI-R	72% des participants ont signalé une augmentation des TOC, en particulier chez les laveurs.
Fontenelle et al (2021) USA	Transversale	Pendant la pandémie	829 d'un échantillon non-clinique	DOCS VOCIMC	Les participants ont signalé que les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif se sont considérablement aggravés pendant la pandémie.
Cox et al., 2021 USA	Transversale	Pendant la pandémie	369 d'un échantillon non-clinique	OCIR	Petite augmentation significative des symptômes du TOC après la pandémie de coronavirus

Impact de la pandémie COVID-19 sur l'évolution clinique du trouble obsessionnel compulsif

Carmi et al (2021) Israël	Longitudinale	Deux échantillons distincts ont été prélevés pendant la pandémie.	113 patients souffrant du TOC lors du suivi à 2 mois ; 90 patients lors du suivi à 6 mois.	CGI	Les patients souffrant du TOC qui suivaient un traitement ERP et pharmacologique actif n'ont pas vu leurs symptômes s'exacerber pendant l'étude COVID-19, lors de leurs suivis à 2 et 6 mois.
Alonso et al (2021) Spain	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	127 patients souffrant du TOC contre échantillon non clinique	YBOCS	65,3% des patients ont décrit une aggravation des symptômes, 31,4% seulement ont valeur Y-BOCS augmenté de plus de 25%.
Meda et al (2021) Italie	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie et post-confinement.	358d'un échantillon non-clinique	OCIR	Les scores de l'OCI-R ont diminué après la levée du confinement.
Mansfield et al (2021) UK	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	>9 d'un échantillon non-clinique	Gravité non évaluée	Réduction significative du nombre de contacts pour les symptômes du TOC après le confinement.
Knowles and Olatunji (2021) USA	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	108 échantillons non-cliniques de Volontaires sains	PI-WSUR OCI-R	Augmentation significative des symptômes de lavage des TOC par rapport à avant la pandémie

Impact de la pandémie COVID-19 sur l'évolution clinique du trouble obsessionnel compulsif

Højgaard et al (2021) Danemark	Transversale	Pendant la pandémie	201 patients souffrant du TOC	Questions adaptées d'YBOCS	61,2% des participants ont signalé une augmentation de la sévérité du TOC.
Chakraborty and Karmakar (2020) IRAN	Transversale	Deux mois pendant la pandémie	84 patients souffrant du TOC	YBOCS	La plupart des patients (94%) n'ont pas signalé de détérioration des symptômes due à la pandémie.
Kaveladze et al (2021) USA	Transversale	Deux mois pendant la pandémie	196 patients souffrant du TOC	DOCS	92,9% des personnes interrogées ont signalé une aggravation des symptômes de TOC pendant la pandémie.
Tundo et al (2021) Italie	Transversale	Trois mois pendant la pandémie	29 patients souffrant du TOC	YBOCS	13,8% des patients souffrant du TOC ont signalé une aggravation de leurs symptômes.
Wheaton et al (2021) USA	Transversale	Un an pendant la pandémie	252 patients souffrant du TOC	DOCS	La plupart des patients atteints du TOC (76,2%) ont signalé une aggravation de leurs symptômes pendant la pandémie.
Cost et al (2021) Canada	Transversale	Deux mois pendant la pandémie	347 patients (un sous-ensemble non spécifié d'entre eux souffrait du TOC)	international CRISIS questionnaire	Les symptômes de TOC se sont aggravés chez 23% des répondants.

Impact de la pandémie COVID-19 sur l'évolution clinique du trouble obsessionnel compulsif

Alateeq et al (2021) Saudi Arabia	Transversale	Un mois pendant la pandémie	2909 d'un échantillon non-clinique	BOCS	Un stress perçu élevé était significativement corrélé à l'apparition de nouveaux TOC pendant la pandémie.
(Tanir et al., 2020) Turquie	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	61 patients souffrant du TOC	CGI-S Children's Y-BOCS	La fréquence des obsessions de contamination, des compulsions de nettoyage/lavage et la gravité des TOC ont augmenté pendant la pandémie.
Nissen et al. (2020) Danemark	Transversale	Un mois pendant la pandémie	Deux échantillons cliniques, 65 participants au total	CY-BOCS	44,6% du 1er groupe et 73% du 2e groupe ont signalé une aggravation de leurs symptômes.
Matsunaga et al (2020) Japon	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	60 patients souffrant du TOC	YBOCS	10% d'aggravation minimale des symptômes du TOC (augmentation du score total Y-BOCS de >3).
Ji et al (2020) China	Longitudinale	Trois échantillons distincts ont été prélevés pendant la pandémie	4006 d'un échantillon non-clinique	YBOCS	Le score moyen de l'Y-BOCS a diminué de manière significative au fil du temps.
Davide et al (2020) Italie	Longitudinale	Pré-pandémie et pendant la pandémie	30 patients souffrant du TOC	YBOCS	Augmentation significative des obsessions, des compulsions et du score total de l'YBOCS pendant la pandémie.
Benatti et al (2020) Italie	Transversale	Non indiqué	123 patients souffrant du TOC	Non indiqué	35,8% des patients ont signalé une aggravation de leurs symptômes pendant la pandémie.



CONCLUSION



La pandémie de COVID-19 a généré des défis sans précédent en termes de santé publique, système de soins et vie quotidienne. La propagation de la COVID-19 à l'échelle mondiale a laissé la place à une épidémie des troubles mentaux chez la population générale et particulièrement chez des personnes suivis pour troubles psychiatriques ;

Nous avons essayé dans ce travail longitudinal de dévoiler l'impact de la pandémie COVID-19 sur l'évolution clinique du trouble obsessionnel compulsif à partir de 3 grands axes socio démographiques, cliniques et échelles psychométriques.

A la lumière de notre étude, les résultats étaient surprenants, nous avons constaté l'amélioration des patients au fil du temps sans un véritable changement des thèmes obsessionnels ce qui concorde avec certaines études et contrarie d'autres en contribuant à la diversité des résultats en terme scientifique. Ces études sont variables d'un pays à l'autre, et il faut souligner que la plupart des études ont été conduites en Chine ou dans les pays occidentaux.

Ces résultats peuvent être expliqués du fait que la plupart de nos patients sont stables sur le plan social et économique, la durée minimale aux réseaux sociaux, la non-consommation des drogues, le soutien familial, et la bonne observance thérapeutique

La pandémie du COVID-19 constitue alors une période bouleversante de la stabilité psychique et de l'intégrité de la santé mentale, de rechute et un moment de réflexion et de rétrospection. Des études de suivi longitudinal sont nécessaires pour mieux identifier les effets de la pandémie sur la santé mentale des différentes populations, afin de définir également des stratégies de prévention ciblées



RESUMES



Résumé

L'étude visait à évaluer l'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'évolution clinique du trouble obsessionnel compulsif (TOC), et s'est déroulée sur une durée de 15 mois, du 1er avril 2020 au 30 juin 2021, en trois temps distincts (T0, T1 et T3). Les évaluations comprenaient les facteurs les échelles de Yale Brown, l'impact de l'événement, le stress perçu et les inventaires de dépression de Beck. L'échantillon comprenait 61 patients. Les compulsions de lavage étaient majoritaires (62,3%) suivies des compulsions de contrôle (49,2%) et de répétition (47,5%).

Il y avait une amélioration substantielle des symptômes obsessionnels de nos patients. L'amélioration était de 85,25% entre T0-T1 et elle est restée la même en T2 avec des diminutions des scores totaux de Yale-Brown allant de 4 à 45%. Le taux de rémission s'est également amélioré de 29,5% entre T0 et T1 (de 16,4 à 45,9%) pour se stabiliser au même rythme à T2 (45%). Les facteurs sociodémographiques ayant le plus d'impact sur les scores de Yale-Brown sont le nombre de chambres à coucher et le fait d'avoir un espace extérieur dans la maison ; l'activité sur les réseaux sociaux a également un impact très significatif ($<0,001$) et constant durant les trois temps d'évaluation ; quarantaine évaluée en T2 (0,004) ; tabagisme et consommation du cannabis ; ainsi que le retard du diagnostic.

Pour les scores de dépression, seules les ressources financières avaient un impact statistiquement significatif. Les niveaux d'anxiété de nos patients étaient fortement liés (0,006) à la consommation d'alcool. Le stress perçu se reflétait chez nos patients à travers leurs activités sur les réseaux sociaux de manière statistiquement significative (0,01).

En conclusion, l'impact du Covid-19 sur les patients avec TOC reste un sujet essentiel à étudier, surtout sur le plan longitudinal.

Abstract

The study aimed to assess the impact of the Covid-19 pandemic on the clinical course of obsessive-compulsive disorder (OCD), and was conducted over a 15-month period, from 1 April 2020 to 30 June 2021, in three separate time points (T0, T1 and T3). Assessments included factors on the Yale Brown scales, event impact, perceived stress and Beck depression inventories. The sample comprised 61 patients. Washing compulsions were in the majority (62.3%), followed by control compulsions (49.2%) and repetition compulsions (47.5%).

There was a substantial improvement in the obsessive symptoms of our patients. The improvement was 85.25% between T0-T1 and remained the same at T2 with decreases in total Yale-Brown scores ranging from 4% to 45%. The remission rate also improved by 29.5% between T0 and T1 (from 16.4% to 45.9%) and stabilised at the same rate at T2 (45%). The socio-demographic factors with the greatest impact on the Yale-Brown scores were the number of bedrooms and having an outdoor space in the house; social networking activity also had a highly significant (<0.001) and consistent impact over the three assessment periods; quarantine assessed at T2 (0.004); smoking and cannabis use; and delay in diagnosis.

For depression scores, only financial resources had a statistically significant impact. Our patients' anxiety levels were strongly related (0.006) to alcohol consumption. Perceived stress was reflected in our patients' social networking activities in a statistically significant way (0.01).

In conclusion, the impact of Covid-19 on patients with OCD remains an essential subject to be studied, especially longitudinally.

ملخص

تهدف الدراسة إلى تقييم تأثير جائحة كوفيد-19 على المضاعفات السريرية لاضطراب الوسواس القهري (TOC) عند عينة مكونة من 61 مريضاً، وقد تمت هذه الدراسة على مدار فترة تمتد لمدة 15 شهراً، من 1 أبريل 2020 إلى 30 يونيو 2021، في ثلاث فترات زمنية منفصلة (T0 و T1 و T3). تشمل التقييمات المعتمد عليها في هذه الدراسة على كل من، مقاييس "بييل براون"، وتأثير الأحداث، والإجهاد المدرك، و النموذج المعرفي لبيك Beck. وقد جاء في المرتبة الأولى الأفعال القهرية المرتبطة بالغسيل بنسبة (62.3%)، ثم بعد ذلك الأفعال القهرية المرتبطة بالتحقق بنسبة (49.2%)، ثم الأفعال القهرية المرتبطة بالتكرار بنسبة (47.5%).

لوحظ ان هناك تحسن ملموس في أعراض الهوس لدى مرضانا. وقد بلغت نسبة التحسن إلى حدود 85.25% بين الفترتين T0 و T1 وظلت ثابتة خلال الفترة T2 مع انخفاض في معدل مقاييس "بييل براون" تراوح ما بين 4 إلى 45%. كما تحسن معدل التعافي بنسبة 29.5% بين T0 و T1 (من 16.4% إلى 45.9%) ليستقر على نفس الوتيرة في الفترة T2 بنسبة (45%). يُعتبر عدد غرف النوم ووجود مساحة خارجية في المنزل من أكثر العوامل الاجتماعية والديموغرافية التي لها تأثير على نتائج مقاييس "بييل براون". كما سجل تأثير جد مهم مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية للأنشطة على وسائل التواصل الاجتماعي طوال الفترات الثلاثة من التقييم بقيمة احتمالية ($p < 0.001$) مع تقييم لفترة الحجر الصحي في T2 بقيمة احتمالية ($p = 0.004$) كما لوحظ تأثير لكل من التدخين واستهلاك القنب وتأخير التشخيص أيضاً.

بالنسبة لنتائج الاكتئاب، كانت الموارد المالية هي العامل الوحيد الذي له تأثير إحصائي مهم. فيما كانت مستويات القلق لدى مرضانا مرتبطة بشدة كبير بتعاطي الكحول ($p = 0.006$). وكان التوتر المدرك متجسداً لدى مرضانا من خلال أنشطتهم على وسائل التواصل الاجتماعي بشكل إحصائي مهم بقيمة احتمالية تساوي 0.01.

كخلاصة لهذه الدراسة، يبقى تأثير فيروس كوفيد-19 على المرضى المصابين بالاضطرابات الوسواسية القهرية موضوعاً أساسياً يجب دراسته، خاصة من الناحية الطويلة المدى.



ANNEXES



Annexes

Annexe 1: Questionnaire suivi des TOC durant la pandémie Covid-19

Nom : Date de l'examen :

Fiche n° :

Temps : 0 1 2

Tél n° :

.....

Examineur : Dr

1. Données sociodémographiques

- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Sexe : Masculin Féminin
- Statut marital : Célibataire Marié(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve)
- Nombre d'enfant :
- Niveau d'instruction : absent primaire secondaire
universitaire
- Profession :
- Activité professionnelle ou scolaire avant le confinement: régulière
irrégulière absente
- Ressources financières reposant sur : l'individu seul conjoint
famille
- Niveau socio-économique : faible moyen au-dessus du
moyen élevé
- Situation familiale : vit seul(e) en famille en colocation
- Milieu de provenance : Rurale Urbain
- Habitat : Nombre de chambres : Disposant d'un espace extérieur : Oui
Non
- Sécurité sociale : Mutualiste Ramediste Aucun
- Actif sur un des réseaux sociaux : Oui
Non

- Nombre d'heures de connexion dans les réseaux sociaux par jour :
.....
- Présence d'une personne positive au sein de famille proche : Oui
Non
- Présence d'un suspect au sein de famille proche : Oui
Non
- Présence d'une personne positive ou suspecte au sein du voisinage proche : Oui
Non
- Mis en quarantaine : Oui
 Non

2. Antécédents

Psychiatriques personnels : Psychose...Troubles anxieux.....Troubles de l'humeur :

Personnalité pathologique :Hypochondrie.....Tics.....

Usage de substance :

Substance	Occasionnel Oui/Non	Régulier Oui/non	Dépendance Six derniers mois Oui/non	Dépendance Sur un an Oui/non	Usage avant TOC Oui/Non	Changement de consommation durant confinement Réduction ou augmentation des quantités ou mêmes doses	Nouvelle substance durant confinement
Tabac							
Alcool							
Cannabis							
Autre :							

- Tentative de suicide :.....
- Judiciaires :.....
- Médicaux-chirurgicaux :.....
- Ayant bénéficié d'une TCC : Oui Non
- ✓ Familiaux : TOC Dépression TS

3. Obsessions / Compulsions

- Date de début des symptômes obsessionnels :Age de début des troubles :
- Date de la 1ère consultation psy :
- Obsessions agressives, OUI/NON
- Obsessions sexuelles OUI/NON
- Obsessions /religieuses OUI/NON
- Obsessions de symétrie et de l'ordre OUI/NON
- Compulsion de comptage OUI/NON,
- Obsessions de propreté et contamination OUI/NON
- Compulsions de lavage OUI/NON
- Compulsion de collectionner / hoarding,. OUI/NON
- Autres :
- Répétitions compulsives de vérification : oui/non
- Actes mentaux compulsifs : Oui/Non
- Souci obsédant de l'apparence OUI/NON
- Obsessions hypochondriaques OUI/NON
- Evaluation des troubles apparentés
- Trouble dysmorphique : Oui/non
- Tics moteurs ou verbaux : Oui/non
- Thématiques obsessionnels avant confinement :
- **Thématiques nouvelles après confinement :**

4. La prise en charge

- Suivi en psychiatrie : OUI NON
- Médicaments antidépresseurs pris : TC ISRS TC+ISRS IRSNA
- Antipsychotiques associés : Oui Non

Echelles visuelle analogique de 0 à10 du retentissement :

1/incapacité pour les loisirs, T0 : .. T1 :.. T2 :....

2/ Incapacité au travail ou études T0 : .. T1 :.. T2 :....

3/ implication de l'entourage dans la réalisation des rituels T0 : .. T1 :.. T2 :....

5. Les échelles d'évaluation :

	T0	T1	T2
Mini TOC	X		
Yale Brown score total	X	X	X
Yale Brown score obsession	X	X	X
Yale Brown score compulsion	X	X	X
Beck dépression	X	X	X
Mini Suicide	X	X	X
Echelle insight	X		

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

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1	<p>خلال الشهر الأخير , واش حانتك في أغلب الأوقات أفكار أو نزعات خافية, ماشي في محلها أو كتحلع وللي كترجع لك بدون انقطاع, بالرغم أنك ما باغيهاش. مثلا كتظن أنك مسخ أو عندك مكروبات أو غادي تضرب شي واحد بالرغم منك أو كتصرف بلا ما تخمم أو حاوك بزاف دبال الوسواس عندها علاقة بالجنس, أو شكوك ماكتقدرش تحكم فيها أو ضرورة ترتب الأشياء في واحد النظام معين.</p>	NON	OUI	1	
<p>NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES</p>					
<p>SI H1=NON, PASSER A H4</p>					
H2	<p>واش حاولت , ولكن بلا نتيجة , تقاوم بعض هاد الأفكار , تتجاهلهم أو تفك منهم ؟</p>	NON	OUI	2	
<p>SI H2=NON, PASSER A H4</p>					
H3	<p>واش كتضن أن هذا الأفكار حايا من عندك و مش مفروضة عليك من الخارج؟</p>	NON	OUI	3	
H4	<p>في الشهر الاخير , واش حسيت براسك مرغوم أنك تقوم بأشياء بدون انقطاع بلا ما تقدر تجيب راسك مثلا : تغسل يديك , تحسب أو تقلب الحاحة وتعاود تقلبها تجمع , تقاد الحوايج أو لا تقوم بشي أفعال عندها علاقة بالدين مثلا تعاود الوضوء أو الصلاة.</p>	NON	OUI	4	
<p>H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?</p>					
		→	NON	OUI	
H5	<p>واش أنت عارف بأن هذا الوسواس و هذا التصرفات القهرية مشي معقولة أو فائنة القياس</p>	→	NON	OUI	5
H6	<p>واش هذ الأفكار الوسواسية أو هذ التصرفات القهرية (المتكررة) كتأثر بصفة كبيرة على حياتك اليومية , في الخدمة ديالك , في الحياة الاجتماعية و العلاقات مع الناس ؟ أو كتأخذ ليك أكثر من ساعة في النهار من الوقت ديالك</p>	NON	OUI	6	
<p>H6 EST-ELLE COTEE OUI ?</p>					
		<p>NON OUI TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF ACTUEL</p>			

Annexe2: Mini International Neuropsychiatric Interview Mini International Neuropsychiatric Interview

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	خلال 2 الأسابيع الأخيرة , واش شعرت بنفسك حزين أكثر من اللازم , مكتئب , مضطرب أغلب النهار تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	1
A2	خلال 2 الأسابيع الأخيرة , واش شعرت أن خاطرك ضيق وشعورك باللذة نقصوا بالنسبة الأشياء اللي كيعجبوك عادة وهذ شي في أغلبية الأوقات .	NON	OUI	2
A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?		→ NON	OUI	
A3	خلال 2 أسابيع اللي كنت تتحس فيها براسك مكتئب أو/ وما عندكش اهتمام لأغلب الأشياء :			
a	واش الشهية ديالك نقصت أو زادت ؟ واش الوزن ديالك نقص ولا زاد بلا ما حاولت تنقص أو تزيد فيه (مثلا 5% في الشهر من الوزن ديالك أو 3.5 كغ بالنسبة لشخص كيوزن 65 كغ) COTER OUI SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	واش كانت عندك مشاكل في النعاس تقريبا كل ليلة (صعوبة في النعاس , كتفريق وسط الليل , كتفريق بكري أو كتنعس بزاف ...) ؟	NON	OUI	4
c	واش كنت تنهدر ولا تتحرك أقل من العادة أو كنت مقلق وممرتاحش وما بقيتيش قادر تبقي كالس في بلاصتك وهاذشي تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	5
d	واش كنت تتحس براسك عيان أو ما عندكش الجهد تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	6
e	واش كنت تتحس براسك ما عندكش قيمة أو تبقى تلوم نفسك. وهاذشي تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	7
f	واش عندك صعوبة في التركيز أو في اتخاذ قرارات وهاذشي تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	8
g	واش جاوك بزاف المرات أفكار كحلة بحال تفكر أن من الأحسن تموت أو تأدي راسك	NON	OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON) SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL		
A5a	خلال حياتك واش وقعوا ليك فترات أخرى ديال 2 أسابيع أو أكثر اللي فيها كنت مكتئب أو بدون اهتمام لأغلب الأشياء واللي خلالها كانوا عندك المشاكل اللي تكلمنا عليها دابا	→ NON	OUI	10
b	قبل ما تحس مكتئب حزين أو فقدتي الاهتمام بالأشياء واش كنت الخاطر ديالك مزيان على الأقل شهرين	NON	OUI	11
A5b EST-ELLE COTEE OUI ?		NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE		

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

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI	
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON) SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL		
A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	NON	OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON	OUI	11
	A5b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE		

M-I-N-I- 5-0-0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

Y. Lecubier, E. Weller, T. Hergueta, P. Amorin, L. Sonore, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Jenava, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

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

Au cours de votre vie,

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
----	--	-----	-----	---

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

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

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

NON	OUI
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL	
LEGER	<input type="checkbox"/>
MOYEN	<input type="checkbox"/>
ELEVE	<input type="checkbox"/>

Annexe 3: « BECK DEPRESSION »

Questionnaire abrégé de « BECK » ملخص استمارة Traduction arabe :
Pr. S. RAMOUZ – Dr. H. IDOUMHAIDI – Pr. H. JAMAL HAMMOUMI

الجنس : ذكر

أنثى

تاريخ الازدياد :

تاريخ ملئ الاستمارة :

طريقة الاستعمال :

تضمن هذه الاستمارة سلميات من أربع اقتراحات. اقرأ الاختيارات الأربع في كل سلسلة و اختر تلك التي تصف حالتك الحالية. أعط الرقم المقابل للاختيار المناسب إذا رأيت أن مجموعة من الاختيارات داخل نفس السلسلة المناسبة أعطها بخط

- أ -

0..... لا أحس بأنني حزين

1..... أحس بأنني كئيب أو حزين

2..... أحس بالكآبة و الحزن طوال الوقت و لا أستطيع تجاوز هذا الإحساس

3..... أحس بالحزن و الألم لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك

- ب -

0..... أنا لست محبطاً أو متشائماً في ما يخص المستقبل

1..... أحس بالإحباط تجاه المستقبل

2..... بالنسبة لمستقبلي ليس لدي ما يدعوني للأمل

3..... أحس أنه لا أمل لدي في المستقبل، وضعيتي لن تتحسن

- ج -

0..... ليس لدي إحساس بالفشل في حياتي

1..... أحس أنني فشلت في حياتي أكثر من أغلب الناس

2..... عندما أتأمل حياتي الماضية لا أجد فيها سوى الفشل

3..... عندي إحساس بالفشل التام في كل حياتي الشخصية (في علاقتي مع أبوي، زوجي أو زوجتي و أطفالي)

- د -

0..... لا أحس بعدم الرضا.....

1..... لا أستغل القمص بشكل جيد.....

2..... لا أحس بالرضا في أي شيء.....

3..... أنا مستاء من كل شيء.....

- ه -

0..... لا أحس أنني مثذب.....

1..... أحس في غالب الأوقات أنني سيء.....

2..... أحس أنني مثذب.....

3..... أقول أنني سيء و لدي تطبايح بأنني لا مساوي شيئا.....

- و -

0..... لميت أنا سبب إيجابتي.....

1..... أنا سبب إيجابتي.....

2..... اشتمز من نفسي.....

3..... أكره نفسي.....

- ز -

0..... لا أفكر في إيذاء نفسي.....

1..... أهدن أن الموت سيخلصني.....

2..... لدي مخطط معين للانتحار.....

3..... لو أنني أستطيع لقتلت نفسي.....

- ح -

0..... لم أفقد الاهتمام بالناس.....

ل -

- 0..... أنا قادر على أخذ قراراتي بسهولة كالمعتاد.
- 1..... أحاول عدم أخذ قراراتي بنفسى.....
- 2..... أخذ صعوبة كبيرة في أخذ قراراتي.
- 3..... لا أستطيع أخذ أبسط قراراتي

م -

- 0..... لا أحسن أمتي أفرح من ذي قبل
- 1..... أحاف ان أبدو عجوزا أو قبيحا
- 2..... لدي انطباع بأن هناك تغيرا مستمرا في مظهري (شكلى) قبيحا.....
- 3..... لدي انطباع بأننى قبيح و منفر

ن -

- 0..... أصعب بسهولة كذاي
- قبل
- 1..... على بذل مجهود إضافي لأبدأ بفعل شيء ما
- 2..... على بذل مجهود كبير لأفعل أي شيء
- 3..... أنا غير قادر على القيام بأبسط فعل

ح -

- 0..... أنا لست أكثر تعباً من المعتاد
- 1..... أنا أتعب بسهولة أكثر من المعتاد
- 2..... فعل أي شيء يتعبنى
- 3..... لا أستطيع القيام بأي عمل

ط -

- 0..... شهيتي دائما على ما يرام

Annexe 4:

« IES-R »

Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS en ce qui concerne

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4

IES-R; Weiss et Marmar (1997), Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, de Pascale Brillon Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets, sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Score IES-R

Reviviscence	1	2	3	6	9	14	16	20	
Évitement	5	7	8	11	12	13	17	22	
Hyperactivation	4	10	15	18	19	21			

0-39 = symptômes légers

40-55 = symptômes modérés

56 et + = symptômes sévères

IES-R; Weiss et Marmar (1997). Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

Tiré du livre : *Commentant aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, de Pascale Brillon Ph. D., 2007.

Le Groupe JP Robin

Annexe5:

« Y Bocs »

ÉCHELLE YALE-BROWN SUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

NOM : _____ DATE : _____ RÉSULTAT : _____

Les questions 1 à 5 ont trait à vos obsessions.

Les obsessions sont des idées, des images ou des impulsions qui s'insinuent dans votre esprit contre votre gré en dépit de vos efforts pour leur résister. Elles ont habituellement comme thèmes la violence, la menace et le danger. Des obsessions courantes sont une peur excessive de la contamination, un pressentiment récurrent de danger, un souci exagéré d'ordre ou de symétrie, une minutie extrême ou la peur de perdre des choses importantes.

Répondez à chacune des questions en inscrivant le chiffre approprié dans la case adjacente.

1. Temps accaparé par les pensées obsédantes

Vos pensées obsédantes occupent quelle partie de votre temps?

- 0 = aucune
1 = moins de 1 heure par jour/occasionnelles
2 = entre 1 et 3 heures par jour/fréquentes
3 = entre 3 et 8 heures par jour/très fréquentes
4 = plus de 8 heures par jour/presque constantes

4. Résistance opposée aux obsessions

Quels efforts faites-vous pour résister à vos pensées obsédantes? Essayez-vous de ne pas en tenir compte ou de les chasser de votre esprit?

- 0 = j'essaie toujours de leur résister
1 = j'essaie de leur résister la plupart du temps
2 = je fais certains efforts pour leur résister
3 = je cède à toutes mes obsessions sans essayer de les dominer, mais un peu à contrecoeur
4 = je cède complètement et volontiers à toutes mes obsessions

2. Interférence causée par les pensées obsédantes

À quel point vos pensées obsédantes nuisent-elles à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos obsessions?

- 0 = aucune interférence
1 = nuisent un peu à mes activités sociales ou autres, mais ne m'empêchent pas de fonctionner
2 = nuisent sans aucun doute à mes activités sociales ou professionnelles, mais j'arrive quand même à fonctionner
3 = nuisent considérablement à ma vie sociale ou à mon travail
4 = m'empêchent de fonctionner

5. Degré d'emprise sur les pensées obsédantes

Quelle emprise avez-vous sur vos pensées obsédantes? À quel point réussissez-vous à refréner ou à détourner votre attention de vos obsessions? Pouvez-vous les chasser de votre esprit?

- 0 = je les maîtrise complètement
1 = j'arrive généralement à les refréner ou à les détourner avec des efforts et de la concentration
2 = j'arrive parfois à les refréner ou à les détourner
3 = j'arrive rarement et avec peine à les refréner ou à les chasser de mon esprit
4 = je n'ai aucune emprise sur mes obsessions, j'arrive rarement à détourner mon attention même momentanément

3. Détresse occasionnée par les pensées obsédantes

Vos pensées obsédantes vous dérangent-elles?

- 0 = pas du tout
1 = un peu
2 = à un niveau tolérable
3 = énormément
4 = je me sens presque constamment dans un état de détresse invalidante

*Cette adaptation de l'échelle Y-BOCS a été abrégée à partir de la version originale avec l'autorisation de Wayne Goodman. Pour plus d'information sur l'échelle Y-BOCS, adressez-vous au Dr Wayne Goodman, University of Florida, College of Medicine, Gainesville, Floride 32610. La version originale (anglaise) a été publiée par : Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I : Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 1989; 46 : 1006-11

Les 5 questions suivantes se rapportent à vos comportements compulsifs

Les compulsions sont des actes que le sujet est poussé à accomplir pour atténuer son angoisse ou son malaise. Ces actes prennent souvent la forme de comportements répétitifs, réglés et intentionnels appelés rituels. L'acte lui-même peut sembler approprié mais il devient un rituel quand il est accompli à l'excès. Des exemples de compulsions sont des rituels de lavage ou de désinfection, de vérifications interminables, des répétitions incessantes, le besoin de constamment ranger ou redresser des objets et le collectionnisme. Certains rituels sont d'ordre intellectuel, par exemple ressasser toujours les mêmes choses.

6. Temps accaparé par les comportements compulsifs

Quelle partie de votre temps passez-vous à accomplir des actes compulsifs? Combien de temps supplémentaire (par rapport à la plupart des gens) vous faut-il pour effectuer vos activités journalières à cause de vos rituels? Quelle est la fréquence de vos rituels?

- 0 = aucune
1 = moins de 1 heure par jour/occasionnels
2 = entre 1 et 3 heures par jour/fréquents
3 = entre 3 et 8 heures par jour/très fréquents
4 = plus de 8 heures par jour/presque constants (trop nombreux pour les compter)

7. Interférence causée par les comportements compulsifs

À quel point vos comportements compulsifs nuisent-ils à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos compulsions?

- 0 = aucune interférence
1 = nuisent un peu à mes activités sociales ou autres, mais ne m'empêchent pas de fonctionner normalement
2 = nuisent sans aucun doute à mes activités sociales ou professionnelles, mais j'arrive quand même à fonctionner
3 = nuisent considérablement à vie sociale ou à mon travail
4 = m'empêchent de fonctionner

8. Détresse occasionnée par les comportements compulsifs

Comment vous sentiriez-vous si on vous empêchait de donner libre cours à vos compulsions? Est-ce que cela vous angoisserait?

- 0 = je ne me sentirais nullement angoissé(e)
1 = je me sentirais un peu angoissé(e)
2 = je me sentirais angoissé(e) mais à un niveau tolérable
3 = je me sentirais très angoissé(e)
4 = je me sentirais extrêmement angoissé(e) au point d'être incapable de fonctionner

9. Résistance opposée aux compulsions

Quels efforts faites-vous pour résister à vos compulsions?

- 0 = j'essaie toujours de leur résister
1 = j'essaie de leur résister la plupart du temps
2 = je fais certains efforts pour leur résister
3 = je cède à presque toutes mes compulsions sans essayer de les dominer, mais un peu à contrecoeur
4 = je cède complètement et volontiers à toutes mes compulsions

10. Degré d'emprise sur les compulsions

Quelle emprise avez-vous sur vos compulsions? À quel point vous sentez-vous contraint(e) d'accomplir un acte compulsif?

- 0 = je les maîtrise complètement
1 = je me sens poussé(e) à accomplir un acte compulsif mais j'arrive généralement à me dominer
2 = je ressens une forte envie d'accomplir un acte compulsif mais j'arrive à me dominer avec beaucoup d'efforts
3 = j'éprouve un besoin pressant d'accomplir un acte compulsif, j'arrive seulement à en retarder l'accomplissement et avec peine
4 = j'éprouve un besoin irrésistible d'accomplir un acte compulsif, je n'ai aucune emprise sur mes compulsions, j'arrive rarement à me retenir ne serait-ce que quelques instants

Score total





BIBLIOGRAPHIE



1. **OMS (2022).**
Corona virus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 94.(2).
OMS (2022).
2. **COVID-19 –**
Chronologie de l'action de l'OMS. Déclaration.
3. **DCAF (2020).**
Gestion de l'état d'urgence sanitaire au Maroc Gouvernance sécuritaire et droits humains.
4. **OMS (2022).**
COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide.
5. **Mallet J, Massini C, Dubreucq J, Padovani R, Fond G, Guessouh S B (2022).**
Santé mentale et Covid : toutes et tous concernés. Une revue narrative.
Ann Med Psychol (Paris). 180(7): 707-712. DOI : 10.1016/j.amp.2022.07.019
6. **Pan K.Y., Kok A.A.L., Eikelenboom M., Horsfall M., Jörg F., Luteijn R.A., et al.**
The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts.
Lancet Psychiatry. 2021;8:121-129. DOI : 10.1016/S2215-0366(20)30491-0.
7. **Xiong J., Lipsitz O., Nasri F., Lui L.M.W., Gill H., Phan L., et al.**
Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review.
J Affect Disord. 2020; 277:55-64. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.001.
8. **DuPont, R. L., Rice, D. P., Shiraki, S., & Rowland, C. R. (1995).**
Economic costs of obsessive-compulsive disorder.
Medical Interface, 8(4), 102-109.
9. **A.A.P. (1994).**
Diagnostic and statistical manual of mental disorders
(4th ed.). Washington, Dc: Author.

10. **Goodman, W. K., Grice, D. E., Lapidus, K. A., & Coffey, B. J. (2014).**
Obsessive compulsive disorder. Psychiatria Clinica, 37, 257-267.
11. **Meier, S. M., Mattheisen, M., Mors, O., Schendel, D. E., Mortensen, P. B., & Plessen, K. J. (2016).**
Mortality among persons with obsessive-compulsive disorder in Denmark.
JAMA Psychiatry, 73(3), 268-274.
12. **Alonso, P., Segal`as, C., Real, E., Pertusa, A., Labad, J., Jim´enez-Murcia, S., et al. (2010).**
Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders, 124(3), 300-3008.*
13. **TorresAR, Ramos-Cerqueira AT, Ferrão YA, Fontenelle LF, do Rosário MC, Miguel EC (2011).**
Suicidality in obsessive compulsive disorder.
J Clin Psychiatry. 72(1):17-26.
14. **Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC (2010).**
The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication.
Mol Psychiatry. 15(1):53-63.
15. **PintoA, Mancebo MC, Eisen JL (2006).**
The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study.
J Clin Psychiatry. 67(5) :703-711.
16. **CherianAV, Math SB, Kandavel T, Reddy YC (2014).**
A 5-year prospective follow-up study of patients with obsessive-compulsive disorder treated with serotonin reuptake inhibitors.
J Affect Disord. 152-154 :387-394.
17. **EisenJL, Sibrava NJ, Boisseau CL (2013).**
Five-year course of obsessive compulsive disorder.
J Clin Psychiatry. 74(3) :233-239.

18. **Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA (2014).**
Obsessive-compulsive disorder.
Nat Rev Neurosci. 15(6) :410-424.
19. **Grant JE. Clinical practice .**
obsessive-compulsive disorder.
N Engl J Med. 371(7) :646-653.
20. **Jill N Fenske, Ketti Petersen (2015).**
Obsessive-Compulsive Disorder : Diagnosis and Management.
American Family Physician. 15 ;92(10) :896-903.
21. **.A.P.A (2013).**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
22. **Fineberg NA, Krishnaiah RB, Moberg J, O'Doherty C (2008).**
Clinical screening for obsessive-compulsive and related disorders.
Isr J Psychiatry Relat Sci. 45(3):151-163.
23. **Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Helen Blair Simpson, Search articles by 'Helen Blair Simpson, Simpson HB (2007).**
Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder.
Am J Psychiatry. 164(7suppl):5-53.
24. **Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N (2006).**
Obsessive-compulsive disorder.
Am J Psychiatry. 163(11):1978-1
25. **Kamath P, Reddy YC, Kandavel T (2007).**
Suicidal behavior in obsessive compulsive disorder.
J Clin Psychiatry. 68(11):1741-1750.

26. **Storch, E. A, Rasmussen, S. A, Price, L. H., Larson, M. J., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2010).**
Development and psychometric evaluation of the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale—Second Edition. *Psychological Assessment, 22(2)*, 223–232.
27. **Rosa–Alcázar AI, Sánchez–Meca J, Gómez–Conesa A, Marín–Martínez F (2008).**
Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder.
Clin Psychol Rev. 28(8):1310–1325.
28. **Naomi A, Fineberg NA, Angus Brown A, Samar Reghunandanan S, Ilenia Pampaloni I (2012).**
Evidence–based pharmacotherapy of obsessive–compulsive disorder.
Int J Neuropsychopharmacol. 15(8):1173–1191.
29. **C.P.A (2006).**
Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders [published correction appears in *Can J Psychiatry, Canadian Psychiatric Association. 51(10):623*].
Can J Psychiatry. 51(8suppl 2):95–915
.
30. **Tolin DF, Diefenbach GJ, Gilliam CM (2011).**
Stepped care versus standard cognitive–behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder.
Depress Anxiety. 28(4):314–323.
31. **Soomro GM, Altman D, Rajagopal S, Oakley–Browne M (2008).**
Selective serotonin re–uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD).
Cochrane Database Syst Rev. (1):CD001765.
32. **F.D.A(2014).**
Revised recommendations for Celexa (citalopram hydrobromide) related to a potential risk of abnormal heart rhythms with high doses, Food and Drug Administration.
<http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm297391.htm>. Accessed December 10, 2014.

- 33. Whittal ML, Robichaud M, Thordarson DS, McLean PD (2008).**
Group and individual treatment of obsessive compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention.
J Consult Clin Psychol. 76(6):1003–1014.
- 34. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D (2013).**
Risk of obsessive–compulsive disorder in pregnant and postpartum women.
J Clin Psychiatry. 74(4):377–385.
- 35. Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougale CJ, Epperson CN (2010).**
Onset and exacerbation of obsessive–compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period.
J Clin Psychiatry. 71(8):1061–1068.
- 36. uz–Haddad S, Nulman I (2014).**
Safety of treatment of obsessive–compulsive disorder in pregnancy and puerperium.
Can Fam Physician. 60(2):133–136.
- 37. Daniel A. Geller, M.B.B.S. John March, M.D (2012).**
Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive–compulsive disorder.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 51(1):98–113.
- 38. P.O.T.S (2014).**
Cognitive–behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive–compulsive disorder.
Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. JAMA. 2004;292(16):1969–1976.
- 39. Singer HS, Gilbert DL, Wolf DS, Mink JW, Kurlan R (2012).**
Moving from PANDAS to CANS [published correction appears in *J Pediatr.* 160(5):888].
J Pediatr. 2012;160(5):725–731.
- 40. Bradburne, A.F, Bynoe, M.L, Tyrrell, D.A.J (1967).**
Effects of a “new” human respiratory virus in volunteers.
Br. Med. J. 3 (5568), 767–769.

41. **McIntosh, K, Dees, J.H, Becker, W.B., Kapikian, A.Z., Chanock, R.M (1967).** Recovery in tracheal organ cultures of novel viruses from patients with respiratory disease. *Proc. Natl. Acad. Sci. Unit. States Am.* 57 (4), 933-940.
42. **Richman DD, Whitley RJ, Hayden FG. 4thedn. ASM Press; Washington (2016).** *Clinical virology.*
43. **Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS (2003).**
A novel corona virus associated with severe acute respiratory syndrome.
N Engl J Med. 348:1953-1966.
44. **Kuiken T, Fouchier RAM, Schutten M (2003).**
Newly discovered corona virus as the primary cause of severe acute respiratory syndrome.
Lancet. 2003;362:263-270.
45. **Drosten C, Günther S, Preiser W (2003).**
Identification of a novel corona virus in patients with severe acute respiratory syndrome.
N Engl J Med. 348:1967-1976. [Pub Med] [Google Scholar]
46. **De Groot RJ, Baker SC, Baric RS (2013).**
Middle East respiratory syndrome corona virus (MERS-CoV): announcement of the Corona virus Study Group.
J Virol. 87:7790-7792.
47. **WHO Middle East respiratory syndrome corona virus (MERS-CoV) November, 2019.**
<http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>.
48. **WHO Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003. Dec 31, 2003.**
https://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/.

49. **Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B (2020).**
Clinical features of patients infected with 2019 novel corona virus in Wuhan, China.
Lancet Feb 15;395(10223):497–506. doi: 10.1016/S0140–6736(20)30183–5. Epub 2020 Jan 24. Erratum in: *Lancet*. 2020 Jan 30;: PMID: 31986264; PMCID: PMC7159299.
50. **Zhong, N, Zheng, B, Li, Y, Poon, L, Xie, Z, Chan, K., Guan, Y (2003).**
Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003.
Lancet 362 (9393), 1353–1358.
51. **Fouchier, R.A.M, Hartwig, N.G, Bestebroer, T.M, Niemeyer, B, De Jong, J.C., Simon, J.H., Osterhaus, A.D.M.E (2004).**
A previously undescribed corona virus associated with respiratory disease in humans.
Proc. Nat. Acad. Sci. U.S.A. 101 (16), 6212–6216.
52. **Woo, P.C.Y, Lau, S.K.P, Chu, C, Chan, K., Tsoi, H., Huang, Y, Yuen, K (2005).**
Characterization and complete genome sequence of a novel corona virus, corona virus HKU1, from patients with pneumonia.
J. Virol. 79 (2), 884–895.
53. **Gerna, G, Campanini, G, Rovida, F, Percivalle, E., Sarasini, A, Marchi, A, Baldanti, F (2006).**
Genetic variability of human corona virus OC43-, 229E-, and NL63-like strains and their association with lower respiratory tract infections of hospitalized infants and immunocompromised patients.
J. Med. Virol. 78 (7), 938–949.
54. **Assiri, A, McGeer, A., Perl, T.M, Price, C.S., Al Rabeeah, A.A, Cummings, D.A.T, Memish, Z.A (2013).**
Hospital outbreak of Middle East respiratory syndrome corona virus.
N. Engl. J. Med. 369 (5), 407–416.

55. **Casella, M., Rajnik, M., Cuomo, A, Dulebohn, S.C, Di Napoli, R, 2020.**
Features, evaluation and treatment corona virus (COVID-19).
StatPearls (S.l.) : (s.n.). Repéré à. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32150360>.
56. **Guan, W, Ni, Z., Hu, Y, Liang, W., Ou, C, He, J, Zhong, N (2020).**
Clinical characteristics of corona virus disease 2019 in China.
N. Engl. J. Med. 382 (18), 1708-1720.
57. **Huang, C, Wang, Y, Li, X, Ren, L., Zhao, J, Hu, Y., Cao, B (2020).**
Clinical features of patients infected with 2019 novel corona virus in Wuhan, China.
Lancet 395 (10223), 497-506.
58. **Moratto, D., Chiarini, M., Giustini, V., Serana, F., Magro, P., Roccaro, A.M., QuirosRoldan, E (2020).**
Flow cytometry identifies risk factors and dynamic changes in patients with COVID-19.
J. Clin. Immunol.
59. **Zhou, F, Yu, T, Du, R, Fan, G, Liu, Y, Liu, Z, Cao, B (2020a).**
Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study.
Lancet 395 (10229), 1054-1062.
60. **Yang, G, Tan, Z, Zhou, L, Yang, M, Peng, L., Liu, J., He, S (2020a).**
Effects of angiotensin II receptor blockers and ACE (Angiotensin-Converting enzyme) inhibitors on virus infection, inflammatory status, and clinical outcomes in patients with COVID-19 and hypertension.
Hypertension 76 (1), 51-58.
61. **Chen, N, Zhou, M., Dong, X, Qu, J., Gong, F, Han, Y, Zhang, L (2020a).** Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel corona virus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study.
Lancet 395 (10223), 507-513.

62. **Xiong, J., Lipsitz, O, Nasri, F, Lui, L.M.W, Gill, H, Phan, L, Chen-Li, D, Iacobucci, M., Ho, R, Majeed, A, McIntyre, R.S (2020).**
Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review.
J. Affect. Disord. 277, 55-64.
63. **Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, Lahiri D, Lavie CJ (2020).**
Psychosocial impact of COVID-19.
Diabetes MetabSyndr, 14, pp. 779-788.
64. **Forte, G., Favieri, F, Tambelli, R, Casagrande, M (2020).**
COVID-19 pandemic in the Italian population: validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology
Int J Env Res Pub He 17, 41-51.
65. **Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C, Mei S (2020).**
The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health.
Psychiat Quart, 91 , pp. 841-852.
66. **Orben A, Tomova L, Blakemore S.-J (2020).**
The effects of social deprivation on adolescent development and mental health.
Lancet Child Adolesc Health, 4 , pp. 634-640.
67. **Pittenger C (2017).**
Obsessive-compulsive disorder: Phenomenology, pathophysiology, and treatment.
Oxford University Press.
68. **Williams M. T, Chapman L. K., Simms J. V, &Tellawi G (2017).**
Cross-cultural phenomenology of obsessive-compulsive disorder.
In *The Wiley handbook of obsessive-compulsive disorders* (Vol. 1-2, pp. 56-74). Wiley-Blackwel.

69. **Fineberg, N. A, Van Ameringen, M, Drummond, L, Hollander, E, Stein, D. J, Geller, D, Dell'Osso, B (2020).**
How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European *College of Neuropsychopharmacology*.
Comprehensive Psychiatry, 100, Article 152174.
70. **Højgaard, D. R. M. A., Duholm, C., Nissen, J. B., Jensen, S., & Thomsen, P. H. (2021).**
Immediate reactions to the COVID-19 pandemic in adults with obsessive-compulsive disorder: A self-report survey.
Nordic Journal of Psychiatry, 75(8). [https://doi.org/ 10.1080/08039488.2021.1912823](https://doi.org/10.1080/08039488.2021.1912823).
71. **Kaveladze, B., Chang, K., Siev, J., & Schueller, S. M. (2021).**
Impact of the COVID-19 pandemic on online obsessive-compulsive disorder support community members: Survey study.
JMIR Mental Health, 8(2), Article e26715. [https://doi.org/10.2196/ 26715](https://doi.org/10.2196/26715).
72. **Liao J, Liu L, Fu X, Feng Y, Liu W, Yue W, Yan J.**
The immediate and long-term impacts of the COVID-19 pandemic on patients with obsessive-compulsive disorder: a one-year follow-up study.
Psychiatry Res. 2021; 306:114268. doi: 10.1016/j.psychres.2021.114268.
73. **Van Ameringen M, Patterson B, Turna J, Lethbridge G, Goldman Bergmann C, Lamberti N, Rahat M, Sideris B, Francisco A.P, Fineberg N, Pallanti S, Grassi G, Vismara M, Albert U, GedankeShavitt R, Hollander E, Feusner J, Rodriguez C.I, Morgado P, Dell'Osso B (2022).**
Obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic.
74. **Jelinek, A.S. Göritz, F. Miegel, S. Moritz, L. Kriston (2021).**
Predictors of trajectories of obsessive-compulsive symptoms during the COVID-19 pandemic in the general population in Germany
Translational Psychiatry, 11 (323), 10.1038/s41398-021-01419-2.

75. **Alonso P., Bertolín S., Segalàs J., Tubío M., Real E., Mar-Barrutia L., Fernández M., Carvalho S.R., Carracedo A., Menchón J.**
How is COVID-19 Affecting Patients with Obsessive-Compulsive Disorder? A longitudinal study on the initial phase of the pandemic in a Spanish cohort. *Eur. Psychiatr.* 2021;1-27. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.2214.
76. **Hezel D.M., Rapp A.M., Wheaton M.G., Kayser R.R., Rose S.V., Messner G.R., Middleton R., Simpson H.B.** Resilience predicts positive mental health outcomes during the COVID-19 pandemic in New Yorkers with and without obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research.* 2022; 150:165-172. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.03.040.
77. **Pinciotti, C. M., Piacsek, K., Kay, B., Bailey, B., & Riemann, B. C.** (2021). OCD in the time of COVID-19: A global pandemic's impact on mental health patients and their treatment providers. *Bulletin of the Menninger Clinic.* Advanced online publication. https://doi.org/10.1521/bumc_2021_85_04.
78. **Mansfield K.E., Mathur R., Tazare J., Henderson A.D., Mulick A.R., Carreira H., Matthews A.A., et al .**
Indirect acute effects of the COVID-19 pandemic on physical and mental health in the UK: a *population-based study.* *Lancet Digit Health.* 2021;3(4): e217-e230.
79. **Fontenelle L.F., Albertella L., Brierley M.-E., Thompson E.M., Destrée L., Chamberlain S.R., Yücel M.**
Correlates of obsessive-compulsive and related disorders symptom severity during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychiatric Research.* 2021; 143:471-480. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.03.046.
80. **Lyons, M., Evison, P., Berrios, R., Castro, S., & Brooks, H.** (2020). The lived experience of psychosis in Nicaragua: A qualitative examination of the views of *service users.* *Journal of Mental Health,* 1-8. 10.1080/09638237.2020.1844871.

- 81. Knowles K.A, Olatunji B.O. (2021).**
Anxiety and safety behavior usage during the COVID-19 pandemic: The prospective role of contamination fear
J. Anxiety Disord., 77 (2021), Article 102323, 10.1016/j.janxdis.2020.102323.
- 82. Benatti B, Albert U, Maina G, Fiorillo A, Celebre L, Girone N (2022).**
What happened to patients with obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic? A multicentre report from tertiary clinics in northern Italy,
Frontiers in Psychiatry, 11 (July), pp. 1-5, 10.3389/fpsyt.2020.0072.
- 83. Khosravani V., Asmundson G.J.G., Taylor S., Bastan F.S., Ardestani S.M.S (2021).**
The Persian COVID Stress Scales (Persian-CSS) and COVID 19-related stress reactions among patients with obsessive-compulsive and anxiety disorders.
Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 28doi: 10.1016/j.jocrd.2020.100615.
- 84. Ojalehto H.J., Abramowitz J.S., Hellberg S.N., Butcher M.W., Buchholz J.L.**
Predicting COVID-19-related anxiety: The role of obsessive-compulsive symptom dimensions, anxiety sensitivity, and body vigilance.
Journal of Anxiety Disorders. 2021;83doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102460. 102460-102460.
- 85. Meşterelu, I., Rîmbu, R., Blaga, P., & Stefan, S. (2021).**
Obsessive-compulsive symptoms and reactions to the COVID-19 pandemic.
Psychiatry Research, 302, Article 114021. 10.1016/j.psychres.2021.114021.
- 86. Fontenelle L.F, Miguel E.C. (2020).**
The impact of corona virus (COVID-19) in the diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder, *Depress.*
Anxiety, 37 (6) (2020), pp. 510-511, 10.1002/da.23037.
- 87. Cox R.C., Olatunji B.O.**
Linking insomnia and OCD symptoms during the corona virus pandemic: examination of prospective associations.
J. Anxiety Disord. 2021;77doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102341.

88. Cuning C., Hodes M.

The COVID-19 pandemic and obsessive-compulsive disorder in young people: systematic review.

Clin. Child Psychol. Psychiatr. 2022;27(1):18-34. doi: 10.1177/13591045211028169.

89. Maye, C. E., Wojcik, K. D., Candelari, A. E., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2022).

Obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic: A brief review of course, psychological assessment and treatment considerations.

Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorders, 33, 100722.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100722>.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب

والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون اختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

207

أطروحة رقم

سنة 2023

تأثير جائحة COVID-19 على المسار السريري لاضطراب الوسواس القهري

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/06/09

من طرف

السيدة أميمة ماريغ

المزداة في 07 مارس 1994 بالخربية

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

كوفيد 19 – الوسواس القهري - بيل براون

اللجنة

الرئيسة	السيدة	ف. منودي
		أستاذة في الطب النفسي
المشرف	السيد	خ. موهادي
		أستاذ مبرز في الطب النفسي
الحكم	السيد	إ. رموز
		أستاذ في الطب النفسي

