

PLAN

SOMMAIRE

Introduction :	7
1 Épidémiologie du psoriasis :	10
1.1 Au monde :.....	10
1.2 En Afrique :.....	11
1.3 Au Maroc :	12
2 Psoriasis et dépression et anxiété :	12
2.1 Impact du Psoriasis sur la dépression et l'anxiété :	12
2.2 La prévention de la dépression et l'anxiété comme objectif du traitement du psoriasis :.....	13
LES OBJECTIFS	14
Matériels et méthodes	16
1 Matériels :	17
2 Méthodes :	17
2.1 Type et lieu d'étude :	17
2.2 Population d'étude :.....	17
2.3 Le recueil des données :.....	18
2.4 Analyse statistique :.....	19
2.5 Considérations éthiques :.....	20
RESULTATS	21
Etude descriptive :	22

1 La description des paramètres sociodémographiques et cliniques :	22
1.1 Les caractéristiques socio-démographiques :	22
1.2 Description des paramètres cliniques :	30
2 Dépression :	34
3 Anxiété :	35
Étude analytique :	35
1 Les facteurs associés aux troubles psychiques :	35
1.1 Dépression :	35
1.1.1 Analyse uni-variée des facteurs associés à la dépression :	35
1.1.1.1 Paramètres sociodémographiques :	35
1.1.1.2 Paramètres cliniques :	37
1.1.2 Analyse multi-variée des facteurs associés à la dépression :	39
1.2 Anxiété :	40
1.2.1 Analyse univariée des facteurs associés à l'anxiété :	40
1.2.1.1 Paramètres socio-démographiques :	40
1.2.1.2 Paramètres cliniques :	42
1.2.2 Analyse multivariée des facteurs associés à l'anxiété :	43
Discussion	44
Conclusion et recommandations	48
Résumé	49

Annexes	54
Bibliographie	61

LISTE DES FIGURES :

Figure 1: Répartition de l'échantillon en fonction des tranches d'âge	22
Figure 2: Répartition de l'échantillon en fonction du sexe	23
Figure 3: Répartition de la population d'étude selon le statut marital	24
Figure 4: Répartition de l'échantillon en fonction du milieu d'habitat	25
Figure 5: Répartition de la population d'étude selon le niveau d'éducation ..	26
Figure 6: Répartition de la population d'étude selon le niveau socio-économique	27
Figure 7: Répartition de la population d'étude selon la couverture sociale....	28
Figure 8: Répartition de l'échantillon en fonction de la consommation du tabac	29
Figure 9: Nombre de patients inclus dans l'étude ayant des antécédents personnels	30
Figure 10: Répartition de l'échantillon en fonction de la durée de l'évolution	31
Figure 11: Répartition de l'échantillon selon la surface cutanée atteinte	32
Figure 12: Topographie des lésions chez les patients inclus dans l'étude....	33
Figure 13: Répartition de la population d'étude selon la présence ou l'absence du prurit.....	34
Figure 14: Prévalence de la dépression chez les patients inclus dans l'échantillon	34
Figure 15: Prévalence de l'anxiété chez les patients inclus dans l'échantillon	35

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1: Les facteurs socio-démographiques associés à la dépression.....	36
Tableau 2: Les facteurs cliniques associés à la dépression	38
Tableau 3: Etude multivariée des facteurs associés à la dépression.....	39
Tableau 4: Les facteurs socio-démographiques associés à l'anxiété.....	41
Tableau 5: Paramètres cliniques associés à l'anxiété.....	42
Tableau 6: Etude multivariée des facteurs associés à l'anxiété	43

INTRODUCTION :

Introduction

Le psoriasis est une hyperprolifération des kératinocytes épidermiques associée à une inflammation de l'épiderme et du derme.[1]C'est une maladie courante, chronique, récurrente et à médiation immunitaire de la peau. [2]

Les lésions sont soit asymptomatiques, soit prurigineuses et sont le plus souvent localisées sur le cuir chevelu, la surface d'extension des coudes et des genoux, le sacrum, les fesses, les organes génitaux, les ongles, les sourcils, les aisselles, l'ombilic et/ou la région périnéale.[1]

La cause du psoriasis est mal connue mais implique une stimulation immunitaire des kératinocytes épidermiques ; les lymphocytes T semblent jouer un rôle central. Un facteur de déclenchement environnemental pourrait entraîner une réponse inflammatoire et, par la suite, une hyperprolifération des kératinocytes, par exemple : Blessures (phénomène de Koebner), Coup de soleil, Infection par le VIH, tabagisme. [1]

L'anamnèse et l'examen clinique sont généralement les seuls éléments nécessaires au diagnostic, la plupart des praticiens expérimentés établissent le diagnostic par la reconnaissance des formes.[3]

Les comorbidités du psoriasis comprennent l'arthrite psoriasique, la maladie de Crohn, le cancer, la dépression, la stéatose hépatique non alcoolique, le syndrome métabolique (ou ses composantes), et les maladies cardiovasculaires, qui contribuent toutes de façon substantielle à la morbidité et à la mortalité des patients psoriasiques.[4]

Dans notre société, l'apparence physique est fréquemment considérée comme un facteur de jugement. Par conséquent, tout ce qui affecte notre peau aura éventuellement une influence sur notre bien-être général. C'est pour cela que, selon les experts, le psoriasis peut être tout aussi invalidant d'un point de vue mental que d'autres pathologies plus dangereuses pour la vie. La lourde charge émotionnelle rattachée au psoriasis réside principalement dans la visibilité des squames et la rougeur des plaques. Ceci explique pourquoi la plupart des personnes atteintes de psoriasis sont complexées par l'aspect de leur peau et souhaiteraient avoir une peau saine. Par conséquent, le fardeau émotionnel lié au psoriasis, à la crainte d'une nouvelle poussée, aux traitements, à l'aspect physique, peut se manifester au travers de divers troubles mentaux : la dépression et l'anxiété.[5]

1 Épidémiologie du psoriasis :

1.1 Au monde :

Les données publiées sur la prévalence du psoriasis dans les pays varient entre 0,09% et 11,4%. La prévalence varie dans différentes régions du monde, dans la plupart des pays développés, la prévalence se situe entre 1,5 et 5 %, plusieurs données suggèrent également que la prévalence du psoriasis pourrait augmenter.[6]

Comme observation générale, la prévalence du psoriasis est également plus élevée parmi les populations qui vivent plus loin de l'équateur.[7]

C'est la maladie auto-immune la plus courante aux Etats-Unis, avec 7,5 millions d'Américains environ qui souffrent. Il a une tige héréditaire intense, avec un de trois patients ont un membre de famille proche atteint du psoriasis.[7]

L'incidence du psoriasis dans l'État du Minnesota, aux États-Unis, entre 1980 et 1983, a été estimée à 60,4 pour 100 000, l'incidence était plus élevée chez les femmes par rapport aux hommes (60,2 et 54,4 pour 100 000 respectivement). Le taux d'incidence aux Pays-Bas était de 130 et 120 pour 100 000 en 1987-1988 et 1995 respectivement. L'incidence au Royaume-Uni a été estimée à 140 pour 100 000.[8]

Les estimations de la prévalence du psoriasis en Europe allaient de 0,73 % au Royaume-Uni à 2,90% en Italie. En chine, les taux variaient entre 0,12% et 1,49%. Et entre 1,43% et 5,1% en Amérique du nord.[8]

Certaines études indiquent que le pic du psoriasis est bimodal avec deux pics : le premier entre 16 et 22 ans le second entre 57 et 60 ans, par contre d'autres études ont conclu que la moyenne d'âge d'apparition du psoriasis est de 33 ans

et 75% des cas se développent avant 46 ans, sachant que le psoriasis peut survenir à tout âge.[6]

La prévalence du psoriasis est considérée comme égale chez les deux sexes. Toutefois, parmi toutes les études qui ont fait objet d'une prévalence par sexe (figure 1), certaines ont conclu que le psoriasis est plus fréquent chez les hommes mais les valeurs retrouvées ne sont pas statistiquement significatives.[6]

L'arthrite psoriasique se développe dix ans ou plus après diagnostic de psoriasis, entre les âges de 30 et de 50, c'est un état successif du psoriasis qui affecte entre 10–30% de patients présentant le psoriasis dans le monde.[7]

1.2 En Afrique :

En Afrique subsaharienne, les études sont hospitalières et proviennent des services de dermatologie ; celles-ci rapportent en Afrique de l'ouest une prévalence entre 0,8% et 0,9 % au Nigeria, 0,4 % au Ghana, 0,05 % au Mali et 0,3 % en Angola. En Afrique orientale (Kenya, Ouganda, Tanzanie) les prévalences rapportées sont respectivement de 3,5 %, 2,8 et 3 % nettement au-dessus de ceux rapportés en Afrique de l'Ouest.[9]

Une étude réalisée en Afrique du Sud montre que la prévalence du psoriasis est plus forte chez les caucasiens (4 %) que chez les populations bantous (1,5 %).[9]

Au Maghreb, en 2012 une étude de dépistage du psoriasis de deux semaines par consultation médicale a été réalisée à trois pays simultanément où la fréquence des nouveaux cas de psoriasis était de 10,26/1 000 en Algérie, 15,04/1 000 au Maroc et 13,26/1 000 en Tunisie, et donc 12,08/1 000 au Maghreb.[10]

1.3 Au Maroc :

La prévalence au Maroc est de 1,79 / 1000 habitants soit une incidence annuelle de 1 à 2%. Le psoriasis a une distribution bimodale caractéristique, la majorité des cas (environ 75%) ont un début avant l'âge de 40 ans, avec une association fréquente de l'antigène d'histocompatibilité (HLA)-Cw6[11]. Alors que 15% des patients atteints sont des enfants, selon la Société marocaine de dermatologie (SMD).[12]

2 Psoriasis et dépression et anxiété :

2.1 Impact du Psoriasis sur la dépression et l'anxiété :

Une étude a démontré que 62 % des personnes atteintes de psoriasis souffraient aussi d'une dépression cliniquement significative. En outre, la superficie totale de la peau affectée par le psoriasis est le principal indicateur de la gravité de la dépression, qui est plus importante lorsque 50 % ou plus de la peau est atteinte. En outre, au moins 7 % des personnes atteintes de psoriasis ont tendance à avoir des pensées suicidaires. De plus, le fait qu'une rémission ne soit pas entièrement garantie et qu'une nouvelle poussée puisse survenir peut encore être un élément déclencheur de dépression. La dépression peut être grave au point de donner envie d'abandonner son traitement.[5]

Vue le combat mené au quotidien pour gérer les symptômes associés au psoriasis et à son traitement, selon une étude, 45 % des personnes atteintes de psoriasis souffrent d'anxiété[13]. Environ 35 % de proches ont affirmé que leurs relations avec les membres de leur famille atteints de psoriasis se détérioraient[14]. Selon une autre étude, environ 35 % des personnes atteintes de

psoriasis reconnaissent se sentir peu attirantes et avoir du mal à entretenir des relations intimes[15].

2.2 La prévention de la dépression et l'anxiété comme objectif du traitement du psoriasis :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire systémique avec un impact sanitaire et psychosocial qui va au-delà du traitement des lésions cutanées. Les traitements actuels ont pour but l'amélioration rapide des lésions cutanées et leur disparition complète en permettant au malade de mener une vie presque normale, de conserver une bonne santé mentale, d'aller à l'école ou de poursuivre ses études comme les autres et de maintenir son insertion socio-professionnelle.

Le traitement pharmacologique idéal du psoriasis devrait autant prolonger son évolution rapide qu'améliorer le bien-être général et l'état fonctionnel affecté par la maladie, et par conséquent prévenir la dépression et l'anxiété.

LES OBJECTIFS

a) L'objectif principal :

L'objectif principal de ce travail est d'estimer la prévalence de la dépression et l'anxiété chez les patients atteints du psoriasis suivis au sein du service de dermatologie au CHU Hassan II de Fès.

b) Les objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires sont d'identifier les facteurs associés à la dépression et l'anxiété chez les patients atteints du psoriasis.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Matériels :

2. Méthodes :

2.1 Type et lieu d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au service de Dermatologie du CHU HASSAN II de Fès au Maroc entre décembre 2019 et septembre 2020 avec un arrêt pendant la pandémie Covid-19 (6mois).

2.2 Population d'étude :

On a recruté des patients suivis en consultation de dermatologie ou hospitalisés pour psoriasis.

➤ Critères d'inclusion :

- Patients atteints de psoriasis cutané.
- Patients suivis en consultation de dermatologie.
- Age adulte des patients (plus de 18ans).

➤ Critères d'exclusion :

- Tous les patients chez qui le diagnostic était incertain.
- Les patients qui sont suivis pour des troubles psychiatriques majeurs(schizophrénie) ou des troubles de comportement ou de compréhension
- Les patients qui ont refusé d'y participer.

2.3 Le recueil des données :

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire anonyme rempli par un enquêteur qualifié, comportant les données suivantes :

- Données sociodémographiques :
 - L'âge et le sexe
 - Le milieu d'habitas
 - Le statut matrimonial
 - La couverture sociale
- Donnés socio-économiques :
 - La profession et le revenu mensuel
 - Le niveau d'étude
- Données cliniques :
 - Les comorbidités
 - La date du diagnostic du psoriasis et la durée de l'évolution
 - Localisation et nombre de lésions
 - Traitement
- HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) :

L'échelle hospitalière de l'anxiété et de la dépression (HADS) a été conçue pour le dépistage des troubles anxieux et dépressifs dans la pratique médicale.

L'échelle a été validée dans divers contextes pour évaluer la gravité de la dépression et de l'anxiété dans les établissements de soins primaires et

secondaires. Elle a été utilisée et validée chez des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral et a montré une bonne performance tant en auto-administration qu'en administration par l'enquêteur.[16]

Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).[17][18]

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

-7 ou moins : absence de symptomatologie

-8 à 10 : symptomatologie douteuse

-11 et plus : symptomatologie certaine.

- ✓ On a retenu la dépression chez les patients ayant un score de dépression supérieur ou égal à 11.
- ✓ On a retenu l'anxiété chez les patients ayant un score de l'anxiété supérieur ou égal à 11.

2.4 Analyse statistique :

- Nous avons utilisé les moyennes et les pourcentages pour la description des données de notre échantillon.
- Nous avons utilisé les tests de comparaison de moyenne et de pourcentage (test T et test de Khi-2) pour identifier les facteurs associés aux troubles psychiques et on les a ajustés par la régression logistique binaire.
- Les données ont été saisies sur le logiciel Excel 2010 et analysées en utilisant SPSS statistics version 23.

2.5 Considérations éthiques :

L'anonymat des patients interrogés a été garanti. Ils ont été informés dès le départ des objectifs de l'enquête et n'ont été inclus que ceux qui ont accepté de participer et de répondre au questionnaire. L'accord du comité d'éthique de la faculté de médecine de pharmacie et de médecine dentaire de Fès a été obtenu.

RESULTATS

Un total de 133 patients psoriasiques et qui étaient suivis au service de Dermatologie du CHU de Fès ont été inclus dans l'étude.

Etude descriptive :

1 La description des paramètres sociodémographiques et cliniques:

1.1 Les caractéristiques socio-démographiques :

a. Âge :

Dans notre échantillon, l'âge moyen était de 42,95+/-16,13ans, avec des extrémités allant de 18 à 90ans, dont 75% avait plus de 35 ans comme le montre la figure ci-dessous.

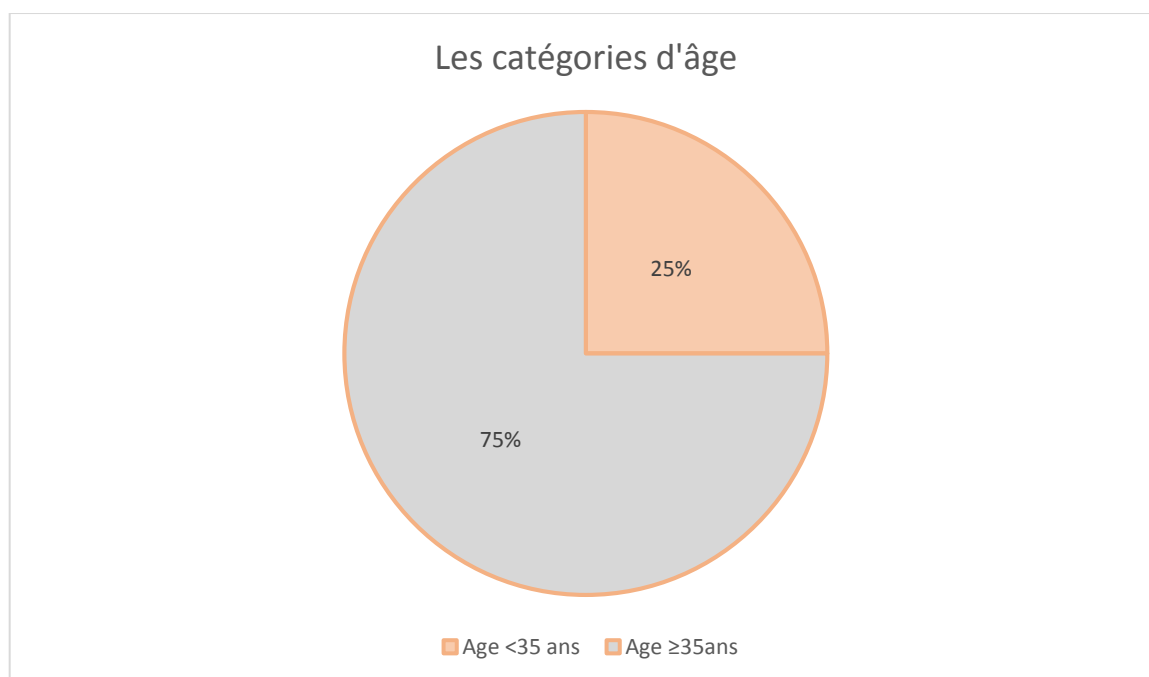


Figure 1: Répartition de l'échantillon en fonction des tranches d'âge

b. Sexe :

Dans notre série, le sexe masculin était légèrement prédominant par rapport au sexe féminins avec un pourcentage de 52,6%.

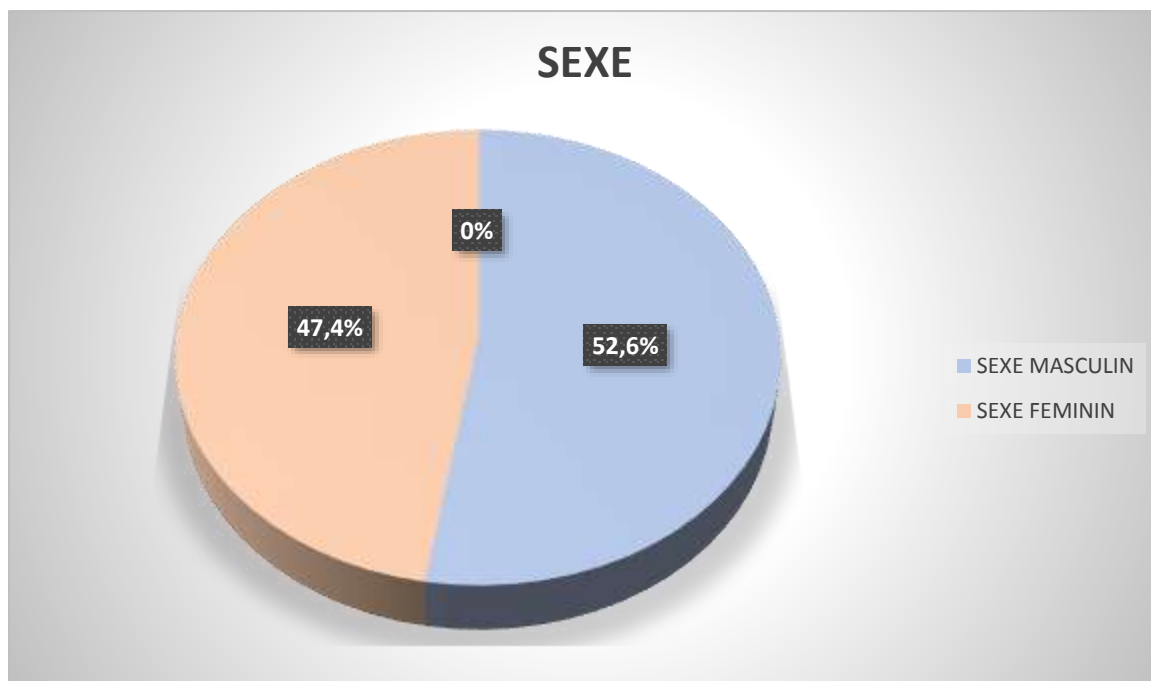


Figure 2: Répartition de l'échantillon en fonction du sexe

c. Statut marital :

Presque les 2 tiers des patients (63,2%) étaient mariés, 36,8% étaient célibataires comme le montre la figure 3.

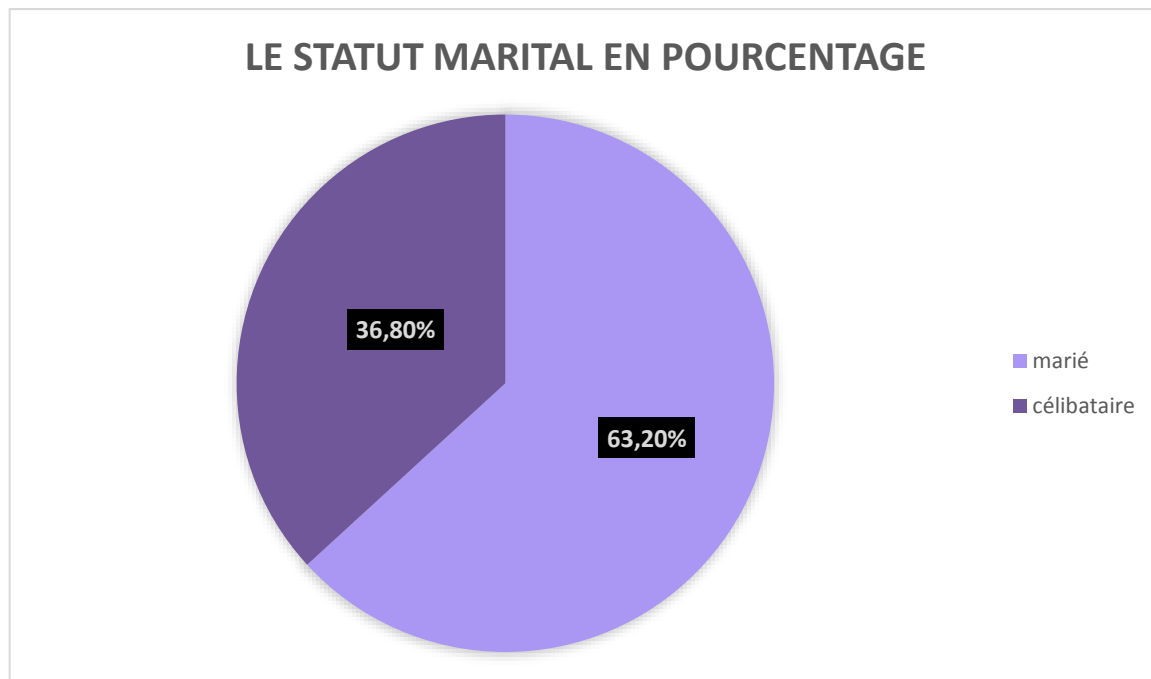


Figure 3: Répartition de la population d'étude selon le statut marital

d. Le milieu d'habitat :

Presque les trois quarts des patients de notre échantillon habitaient en milieu urbain (77,4%) comme le montre la figure 4.

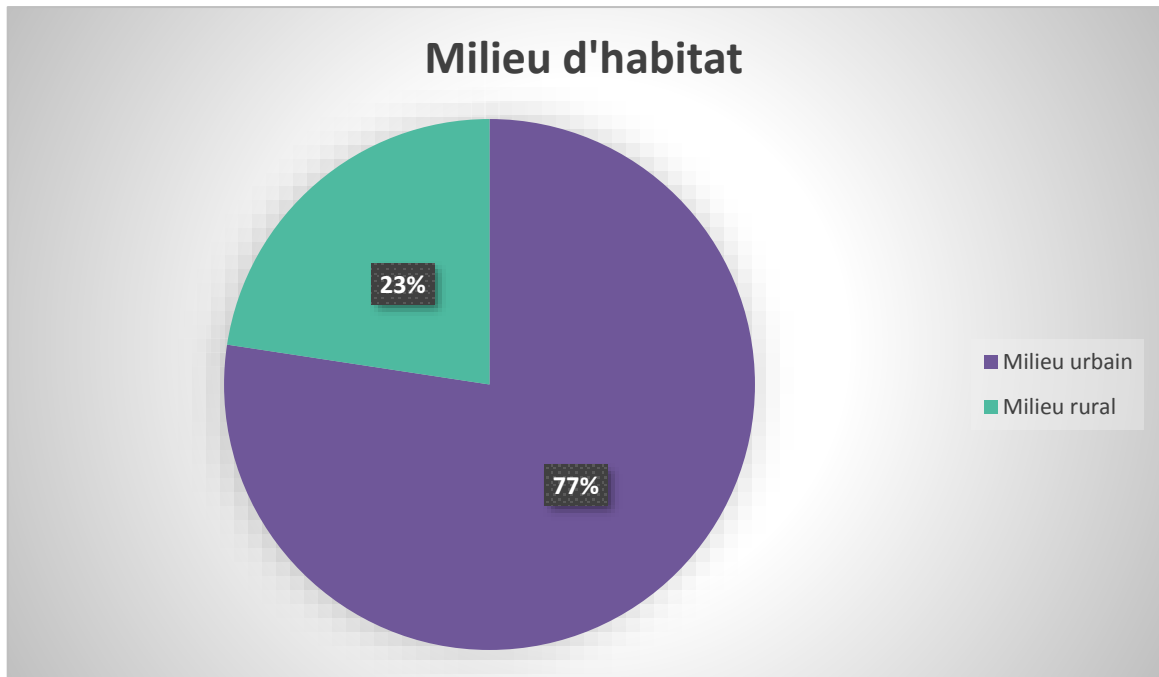


Figure 4: Répartition de l'échantillon en fonction du milieu d'habitat

e. Le niveau d'étude :

Concernant le niveau d'étude, 28,6% étaient analphabète, 21% avaient un niveau primaire, 33,1% avaient un niveau secondaire, 17,3% ont fait des études supérieures comme le montre la figure 5.

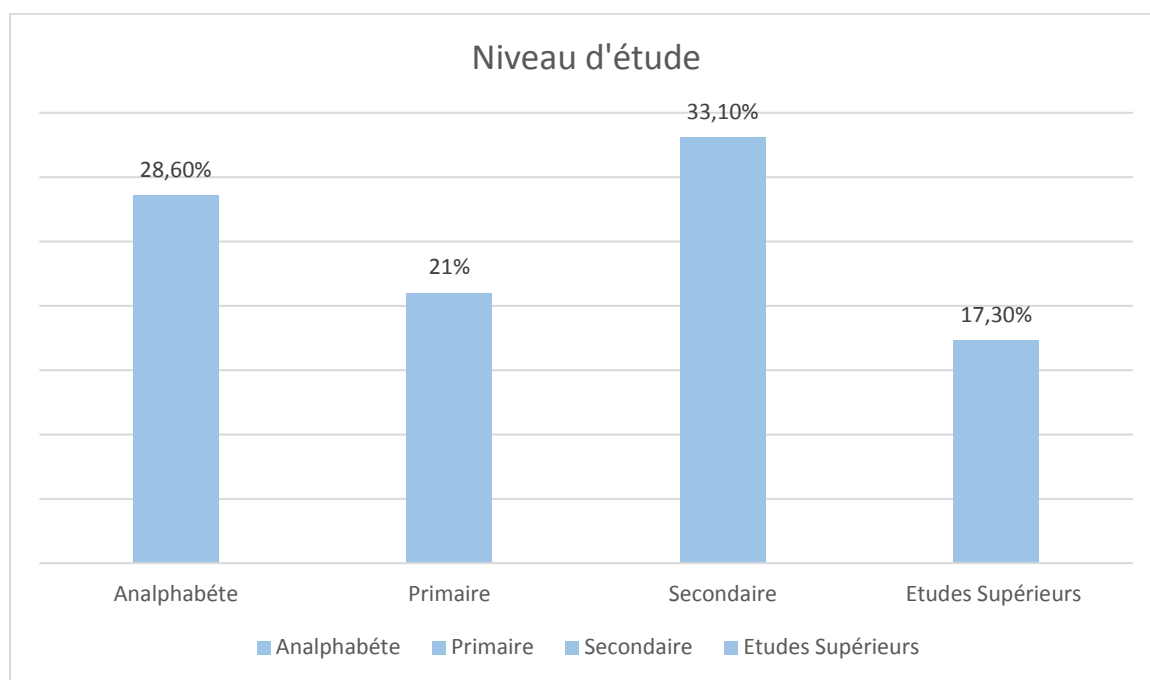


Figure 5: Répartition de la population d'étude selon le niveau d'éducation

f. Niveau socio-économique :

Les 2 tiers des patients inclus dans notre étude avaient un bas niveau socio-économique (66,9%), 22,6% avec un niveau socio-économique moyen, et 10,5% avec un bon niveau socio-économique comme le montre la figure 6.

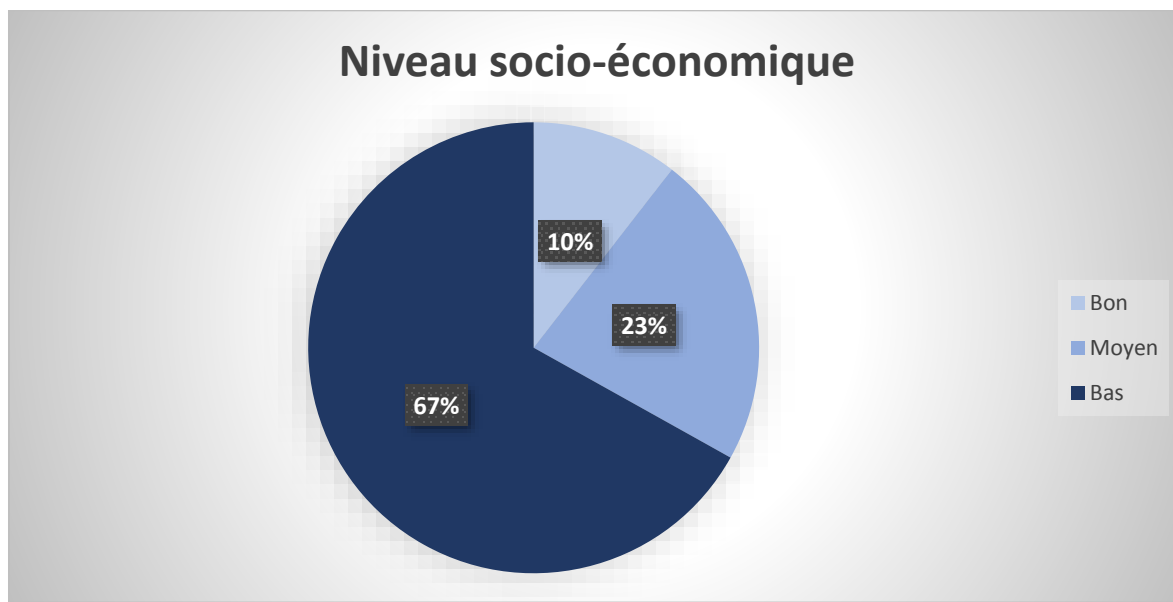


Figure 6: Répartition de la population d'étude selon le niveau socio-économique

g. Couverture sociale :

Presque la moitié des patients étaient ramedistes (47,4%), 22,6% étaient mutualistes, donc au total 69,9% ont une couverture sociale, 30,1% n'étaient pas assurés.

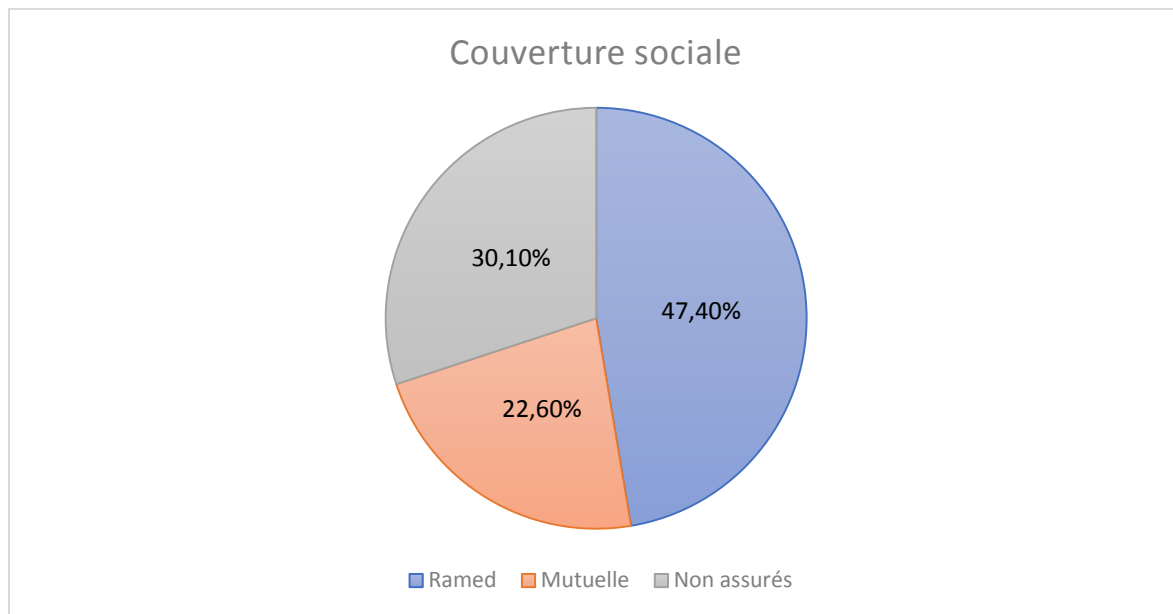


Figure 7: Répartition de la population d'étude selon la couverture sociale

h. Consommation du tabac :

Dans notre étude, près d'un patient sur cinq (18,8%) était fumeur ou ex-fumeur.

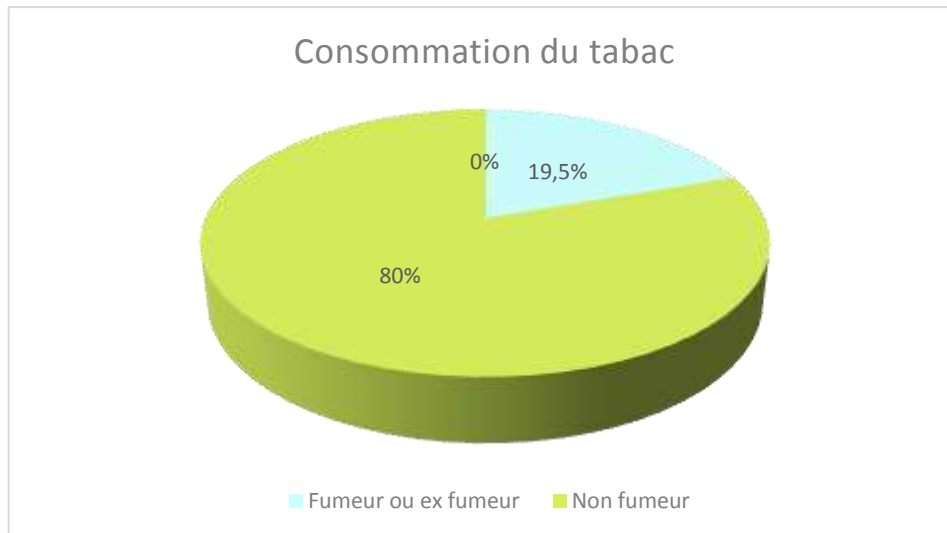


Figure 8: Répartition de l'échantillon en fonction de la consommation du tabac

1.2 Description des paramètres cliniques :

a. Antécédents personnels :

Dans notre étude, les antécédents personnels sont hétérogènes, cependant certains sont largement majoritaires par rapport à d'autres : 24,1% des patients avaient des antécédents personnels, dont 9,8% avaient le diabète, 8,3% avaient des antécédents chirurgicaux comme le montre la figure 9.

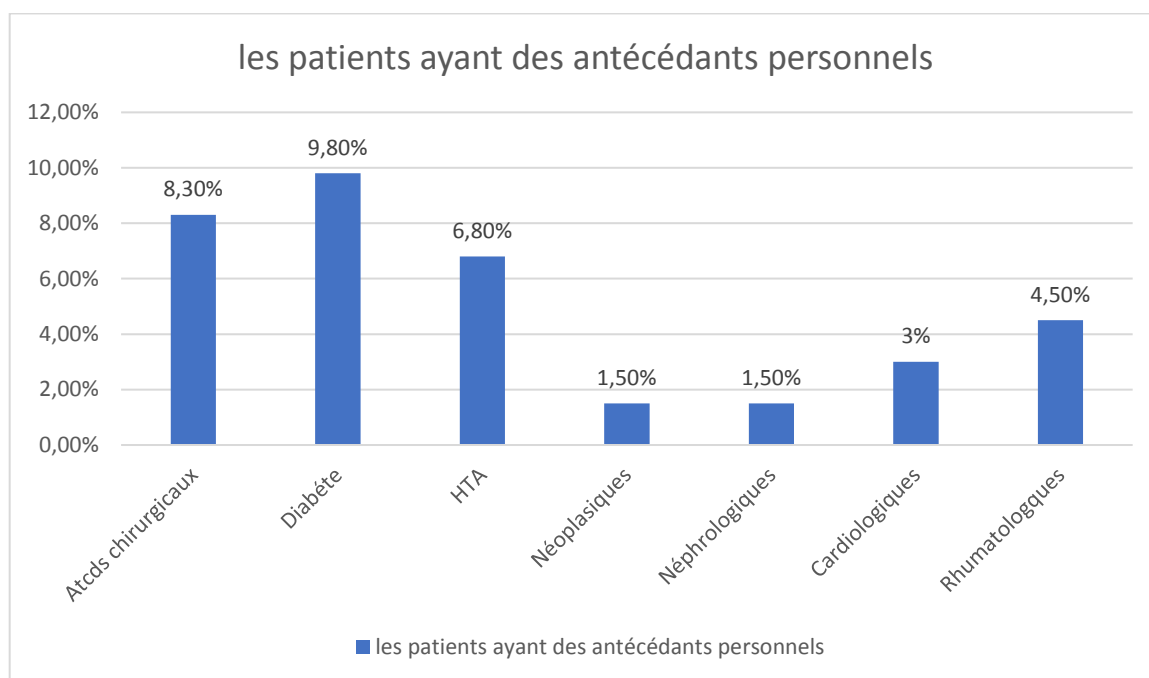


Figure 9: Nombre de patients inclus dans l'étude ayant des antécédents personnels

b. Durée de l'évolution :

La durée moyenne d'évolution du psoriasis chez les patients inclus dans notre étude était de 9,3 +/- 8,2 ans avec des extrêmes allant de 1 à 37 ans. Presque deux tiers des patients avait du psoriasis évoluant sur une durée de moins de 10 ans.

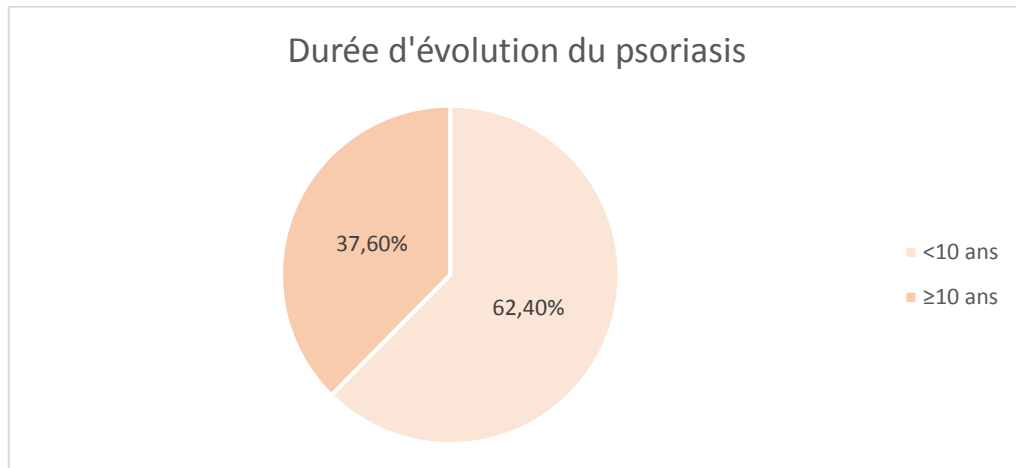


Figure 10: Répartition de l'échantillon en fonction de la durée de l'évolution

c. Surface cutanée :

La surface corporelle atteinte du psoriasis dans notre échantillon était en moyenne $11,9 \pm 16,4\%$. 39,1% des patients ont une atteinte limitée à $<5\%$, 39,8% entre 5-14%, et 21,1% est étendue à $\geq 15\%$.

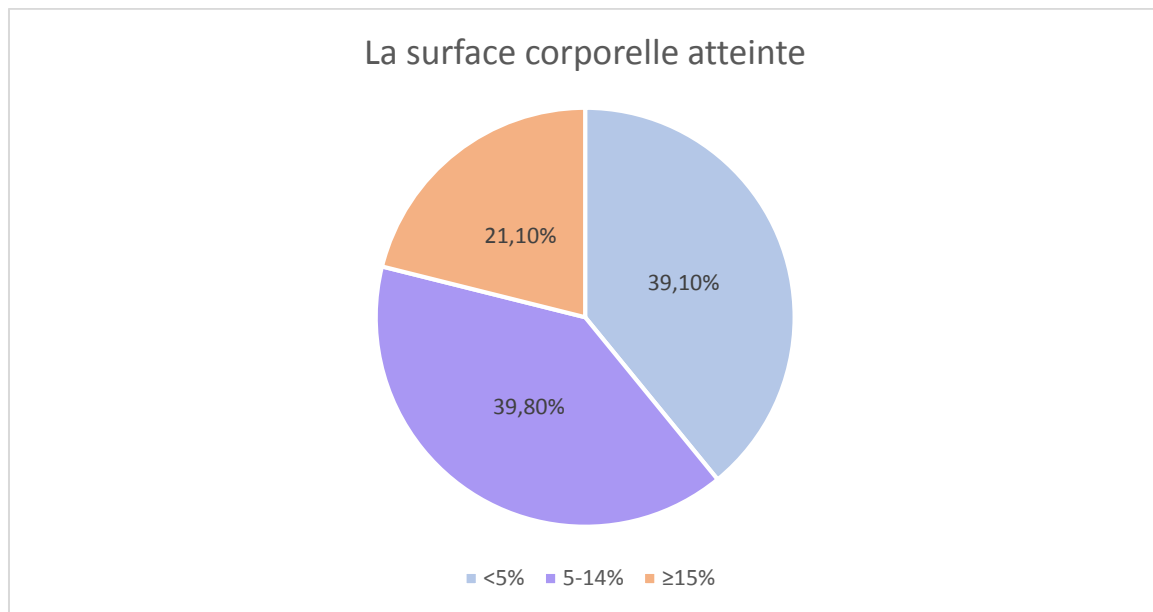


Figure 11: Répartition de l'échantillon selon la surface cutanée atteinte

d. La topographie du psoriasis :

Dans cette étude la topographie des atteintes des patients étaient hétérogènes : les atteintes au niveau du tronc (57,9%), les membres supérieurs (54,9%), les membres inférieurs (59,4%), et le cuir chevelu (48,9), et 31,6% des patients avaient des lésions apparentes (21,8% au niveau du visage et 18% au niveau du cou).

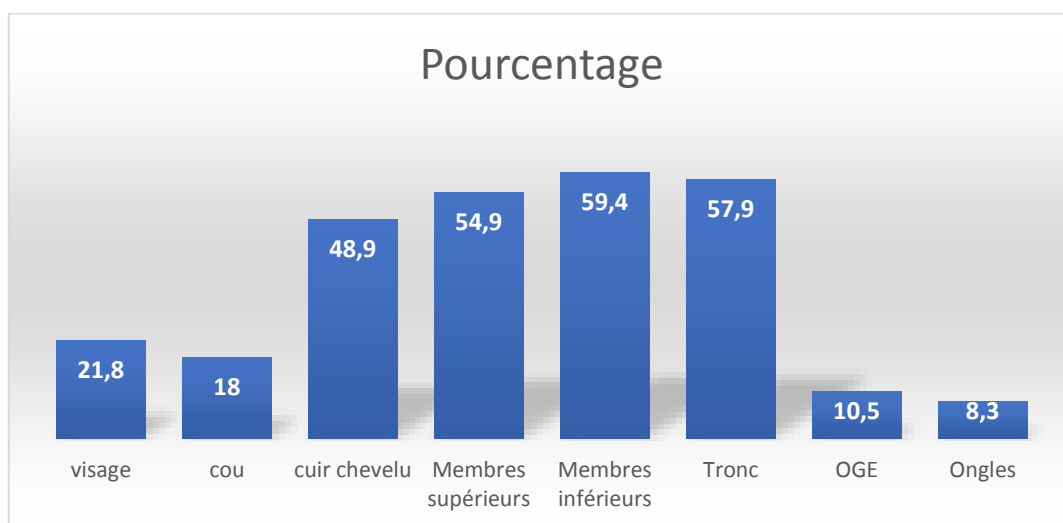


Figure 12: Topographie des lésions chez les patients inclus dans l'étude

e. Atteinte d'autres organes :

Près d'un patient sur six avaient une atteinte articulaire associées (15%).

f. Présence de prurit :

Plus de la moitié des patients dans notre échantillon ont des lésions prurigineuses comme le montre la figure 13.

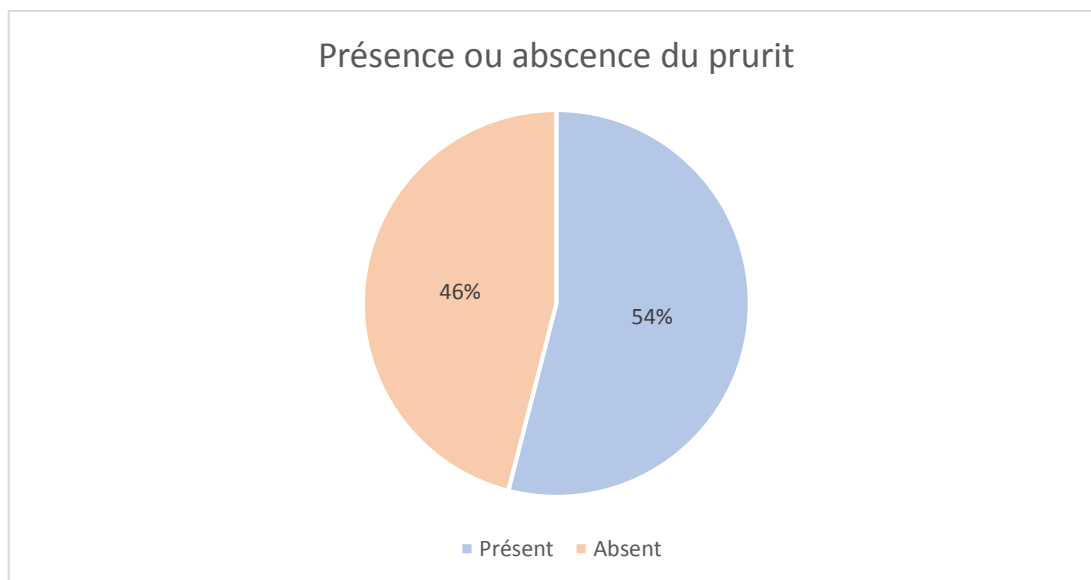


Figure 13: Répartition de la population d'étude selon la présence ou l'absence du prurit

2 Dépression :

Dans notre étude, 28,6% des patients inclus ont développé une dépression.

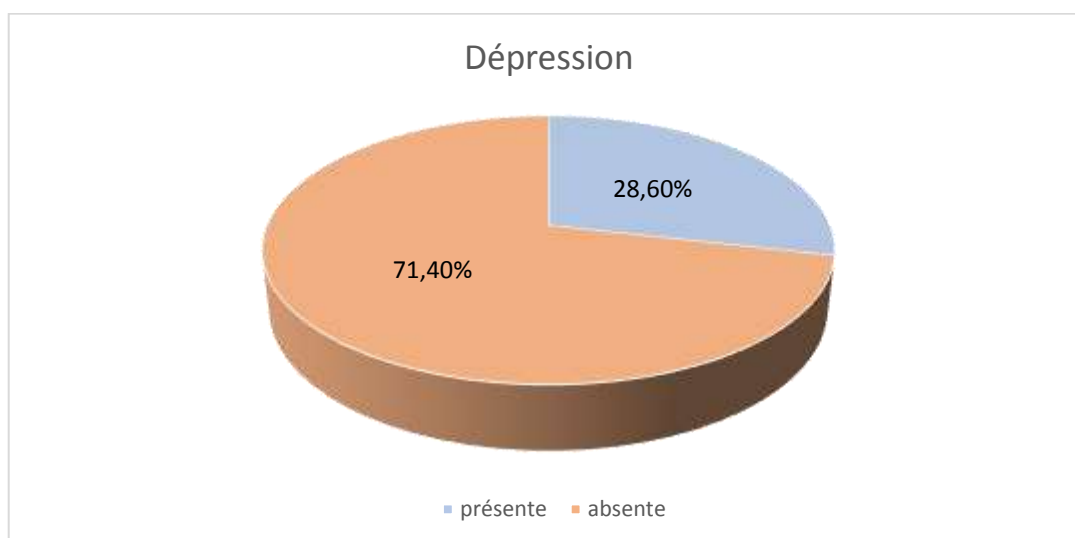


Figure 14: Prévalence de la dépression chez les patients inclus dans l'échantillon

3 Anxiété :

41,4% des patients inclus dans notre échantillon ont développés une anxiété.

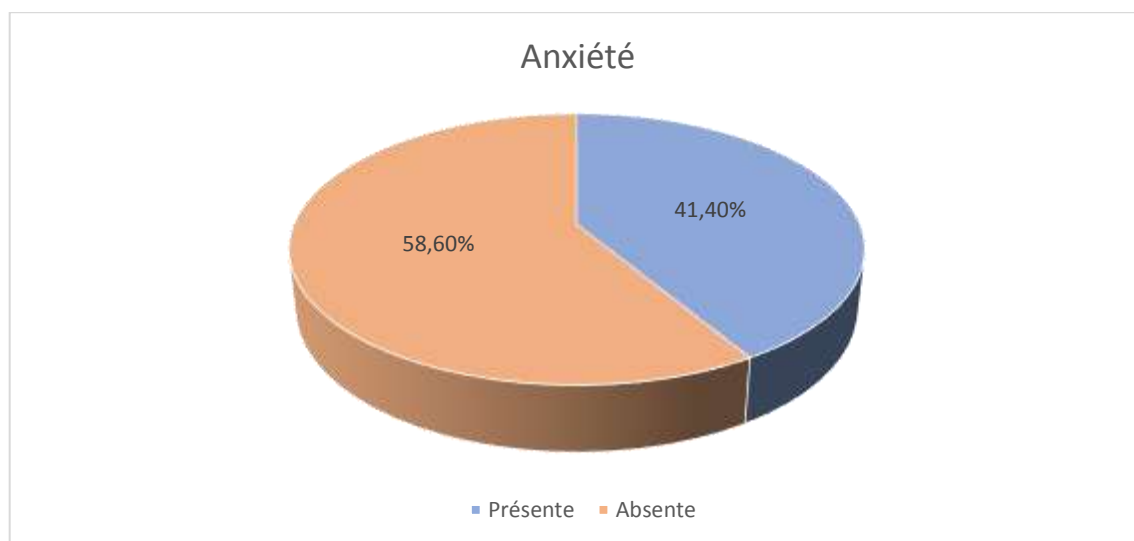


Figure 15: Prévalence de l'anxiété chez les patients inclus dans l'échantillon

Étude analytique :

1 Les facteurs associés aux troubles psychiques :

1.1 Dépression :

1.1.1 Analyse uni-variée des facteurs associés à la dépression :

1.1.1.1 Paramètres sociodémographiques :

Dans notre étude, les femmes étaient plus touchées par la dépression 36 (59%), et cette différence est statistiquement significative ($p=0,015$).

En outre, les patients âgés de ≥ 35 ans, et les sujets mariés développaient la dépression plus que les moins âgés et les célibataires avec des pourcentages de 93,4% et 83,6% respectivement avec une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$). Par ailleurs, plus les patients ont un niveau d'étude élevé plus ils développaient moins la dépression, 45,9% des patients analphabètes avaient la

dépression contre 14,8% des patients qui avaient un niveau universitaire, et cette différence était statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Notre étude a montré que la dépression chez nos patients psoriasiques n'était pas associée au niveau socio-économique bas ($p = 0,771$), à la couverture sociale, et au milieu d'habitat urbain ($p = 0,408$).

Tableau 1: Les facteurs socio-démographiques associés à la dépression

Variables		N(%)	P
Âge	<35ans	4 (6,6%)	<0,0001
	≥35ans	57 (93,4%)	
Sexe	Féminin	36 (59%)	0,015
	Masculin	25 (41%)	
Niveau d'étude	Analphabète	28 (45,9%)	<0,0001
	Primaire	15 (24,6%)	
	Secondaire	9 (14,8%)	
	Universitaire	9 (14,8%)	
Statut marital	Célibataire	10 (16,4%)	<0,0001
	Marié	51 (83,6%)	
Niveau socio-économique	Bas	42 (68,9%)	NS (0,771)
	Moyen	14 (23%)	
	Bon	5 (8,2%)	
Couverture sociale		44 (72,1%)	NS
Environnement	Rural	16 (26,2%)	NS (0,408)
	Urbain	45 (73,8%)	

1.1.1.2 Paramètres cliniques :

Dans notre échantillon, 34,4% des patients avec une surface cutanée atteinte entre 5% et 14% avaient la dépression, de même pour les sujets ayant $\geq 15\%$ de surface cutanée atteinte, et cette différence est statistiquement significative ($p=0,002$).

En outre, les patients ayant une atteinte apparente (visage et cou) avaient la dépression plus que les autres (42,6%) avec une différence statistiquement significative ($p=0,015$).

D'autre part, la consommation du tabac, les antécédents personnels et chirurgicales, la durée d'évolution, l'atteinte des organes génitaux externes, l'atteinte articulaire et le prurit n'étaient pas associés à la dépression chez nos patients psoriasiques.

Tableau 2: Les facteurs cliniques associés à la dépression

Variables		N (%)	p
Tabac		10 (16,4%)	NS
Antécédents médicaux et chirurgicaux		18 (29,5%)	NS
Durée d'évolution	<10ans	34 (55,7%)	NS
	≥10ans	27 (44,3%)	
Surface cutanée atteinte	<5%	19 (31,4%)	0,002
	5-14%	21 (34,4%)	
	≥15%	21 (34,4%)	
Zones du corps apparentes (visage et cou)		26 (42,6%)	0,015
Atteinte des organes génitaux externes		5 (35,7%)	NS
Prurit		28 (29,9%)	NS
Atteinte articulaire		9 (14,8%)	NS

1.1.2 Analyse multi-variée des facteurs associés à la dépression :

L'analyse multivariée a montré que les patients ayant développés une dépression dans notre échantillon était liée à l'âge >35ans avec un OR=8.96 (IC :2.50-32.15), au sexe féminin avec un OR=3.83 (IC :1.54-9.55), au mariage avec un OR= 3.007 (IC: 1.03-8.76), à la surface cutanée atteinte entre 5 et 14% avec un OR=1.07 (IC : 0.41-2.78), à la surface cutanée atteinte >15% avec un OR=4.60 (IC : 1.37-15.46).

Tableau 3: Etude multivariée des facteurs associés à la dépression

Variables	ORA	Intervalle de confiance
Age >35 ans	8,96	2,50-32,15
Sexe féminin	3,83	1,54-9,55
Sujet marié	3,007	1,03-8,76
Surface cutanée atteinte entre 5% et 14%	1,07	0,41-2,78
Surface cutanée >15%	4,60	1,37-15,46

1.2 Anxiété :

1.2.1 Analyse univariée des facteurs associés à l'anxiété :

1.2.1.1 Paramètres socio-démographiques :

Dans notre étude, les femmes ont développé l'anxiété (57,7%) plus que les hommes, cette différence était statistiquement plus significative ($p=0,015$).

En outre, on a trouvé que 78,9% des patients âgé de ≥ 35 ans ont une anxiété avec une différence statistiquement significative ($p=0,005$).

De même pour les patients analphabètes (39,4%), les patients mariés (73,2%), et les sujets avec un bas niveau socio-économique (76,1%) qui ont une différence statistiquement significative ($p=0,014$, $p=0,004$, $p=0,037$ respectivement).

Notre étude a montré que l'anxiété chez nos patients psoriasiques n'était pas associée à la couverture sociale, et au milieu d'habitat urbain.

Tableau 4: Les facteurs socio-démographiques associés à l'anxiété

Variables		N (%)	p
Age	<35ans	15 (21,1%)	0,005
	≥35ans	56 (78,9%)	
Sexe	Féminin	41 (57,7%)	0,015
	Masculin	30 (42,3%)	
Niveau d'étude	Analphabète	28 (39,4%)	0,014
	Primaire	15 (21,1%)	
	Secondaire	20 (28,2%)	
	Universitaire	8 (11,3%)	
Statut marital	Célibataire	19 (26,8%)	0,004
	Marié	52 (73,2%)	
Niveau socio-économique	Bas	54 (76,1%)	0,037
	Moyen	13 (18,3%)	
	Bon	4 (5,6%)	
Couverture sociale		52 (73,2%)	NS
Environnement	Rural	16 (22,5%)	NS
	Urbain	55 (77,5%)	

1.2.1.2 Paramètres cliniques :

Dans notre échantillon, seulement les patients ayant une atteinte apparente (visage, cou) avaient l'anxiété (39,4%) avec une différence statistiquement significative ($p=0,041$).

Contrairement à la consommation du tabac, antécédents médicaux et chirurgicaux, le pourcentage de la surface cutanée atteinte, la durée d'évolution, l'atteinte articulaire, le prurit, et l'atteinte des organes génitaux externes n'étaient pas associés à l'anxiété chez nos patients psoriasiques.

Tableau 5: Paramètres cliniques associés à l'anxiété

Variables		N (%)	p
Tabac		11 (15,5%)	NS
Antécédents médicaux et chirurgicaux		19 (28,6%)	NS
Durée d'évolution	<10 ans	41 (57,7%)	NS
	≥ 10 ans	30 (42,3%)	
Surface cutanée atteinte	<5%	29 (40,8%)	NS
	5-14%	25 (35,2%)	
	≥ 15%	17 (23,9%)	
Zones apparentes du corps		28 (39,4%)	0,041
Atteinte des organes génitaux externes		8 (57,1%)	NS
Prurit		35 (36,5%)	NS
Atteinte articulaire		12 (16,9%)	NS

1.2.2 Analyse multivariée des facteurs associés à l'anxiété :

L'analyse multivariée a montré que les patients ayant développés une anxiété dans notre échantillon était liée au sexe féminin avec OR=2,64 (IC :1,27-5,50), et au mariage avec un OR=3,09 (IC :1,46-6,54).

Tableau 6:Etude multivariée des facteurs associés à l'anxiété

Variable	OR	Intervalle de confiance
Sexe féminin	2,64	1,27-5,50
Sujets mariés	3,09	1,46-6,54

DISCUSSION

Notre travail étudie, d'une part, la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints du psoriasis, et d'autre part, il cherche les facteurs associés à la présence de ces troubles psychologiques chez ces patients.

C'est une étude transversale qui a été menée dans le service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès en utilisant le questionnaire HADS.

Dans notre étude, nous avons constaté que 28,6% des patients atteints de psoriasis souffraient de dépression et 41,4% souffraient d'anxiété. Ces nombres sont majoritairement plus élevés que les autres études internationales ; 19% et 30% des participants souffraient respectivement de dépression et d'anxiété dans une étude à un hôpital publique brésilien ; 13,9% présentaient la dépression et 10,6% l'anxiété des patients chinois atteints de psoriasis présentaient respectivement des symptômes de dépression et d'anxiété [19]. Cette augmentation de la prévalence par rapport à d'autres études pourrait également s'expliquer par la pandémie de covid-19 et son impact sur la détérioration du niveau socio-économique[20][21].

La prévalence de la dépression dans la population marocaine générale ; dans la première enquête épidémiologique sur la santé mentale menée sur un échantillon représentatif ; est de 26,5% [22]. Elle est légèrement basse par rapport à la prévalence de la dépression lors de notre présente étude. Également pour la prévalence de l'anxiété qui est très élevée par rapport à la prévalence (9,3%) dans la population générale.

L'échelle HAD est un instrument facile et rapide qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs chez les personnes atteintes de maladies somatiques, largement utilisé dans la littérature internationale.

Les résultats de notre étude ont montré l'association de la dépression avec l'âge, le sexe, l'état matrimonial et la surface corporelle affectée par le psoriasis et l'association de l'anxiété avec l'état général et matrimonial.

Les personnes âgées ont un risque accru de dépression, une étude précédente a montré des résultats similaires [23].

Nous avons trouvé que le risque de dépression et d'anxiété était plus élevé chez les femmes atteintes de psoriasis. Certaines études menées dans des pays occidentaux tels que le Royaume-Uni, la Pologne et l'Italie ont montré que les femmes atteintes de psoriasis présentaient un risque plus élevé de dépression[24]. Cependant, deux études de Singapour, l'une ciblant la population chinoise à Singapour [25] et une autre étude menée sur 69% de la population chinoise[26] n'ont montré aucune différence significative entre les patients atteints de psoriasis masculins et féminins. Dans la présente étude, nous avons constaté que le risque de dépression et d'anxiété était plus élevé chez les patients mariés atteints de psoriasis vu que c'est un statut social caractérisé par une responsabilité intense, établissant d'importantes charges psychosociales. D'autres études ont également constaté que le statut marié prédit des troubles psychologiques, y compris l'étude de Karachi[27].

Les patients atteints de psoriasis avec un score BSA élevé (>10%) étaient plus à risque de développer une dépression, une autre étude a montré des résultats similaires [28].

Dans la présente étude, nous avons également constaté qu'il n'y avait aucune association entre la durée de la progression du psoriasis et l'apparition de troubles psychiques tels que l'étude pakistanaise [27] qui n'a pas trouvé d'association

entre la durée et les troubles de l'humeur, qui peut être expliqué par le fait que les patients apprennent à vivre et à accepter leur maladie. Par contre, une étude indienne a suggéré une corrélation positive entre la durée de la maladie et les scores de dépression[29], à cause du stress psychologique accru chez les patients atteints de psoriasis à long terme.

Ces résultats sont limités par l'utilisation de données d'auto-évaluation concernant les patients qui ont eu une résolution des lésions pendant le traitement.

Malgré ces limites, notre étude a conclu que les patients atteints du psoriasis ont de forte chance de développer la dépression et l'anxiété, qui pourrait être explorée dans de futures études multicentriques. En l'absence de données longitudinales, il est difficile de déduire comment ces variables sont liées au fil du temps. Cependant, cette étude et son interprétation sont renforcées par l'utilisation d'un échantillon homogène et représentatif de la communauté.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse chronique, d'expression polymorphe et non contagieuse, qui peut débiter à n'importe quel âge, elle se manifeste sous forme de plaques rouges squameuses au niveau des parties visibles sur le corps et cause une gêne chronique qui influence de manière conséquente sur la psychologie générale, entraînant une sorte de dépression, et d'anxiété.

La dépression et l'anxiété sont des complications redoutables du psoriasis, d'où la nécessité d'une prise en charge précoce et adéquate pour éviter tout retentissement sur la psychique du patient.

Au terme de cette étude, on constate que :

- Les patients souffrant du psoriasis ont une prévalence potentiellement significative de la dépression et de l'anxiété.
- Certains facteurs tels que le sexe, l'âge, le niveau d'étude, la surface corporelle atteinte et l'atteinte des zones apparentes (le visage et cou) augmentent le risque de la dépression, tandis que l'anxiété est influencée par le sexe, l'âge, le niveau d'étude, le statut marital, le niveau socio-économique et l'atteinte des zones apparentes du corps.

Les résultats de ce travail pourraient suggérer les recommandations suivantes :

- Un accès facile et rapide aux soins et aux traitements, ce qui pourrait en conséquent améliorer la psychique voire éviter la dépression et l'anxiété chez les patients atteints de psoriasis.
- L'implication des familles dans le circuit de prise en charge en raison de l'impact du soutien familial dans l'amélioration de la psychologie générale.

- Prendre en compte l'impact psychique du psoriasis dans la prise en charge par le personnel médical et paramédical, en insistant sur l'intérêt majeur de cette entité dans les formations.
- Administration des traitements et les thérapies nécessaires par le personnel soignant adéquat.
- Des séances de soutien psychologique et d'assistance sociale pourraient nettement améliorer la dépression et l'anxiété de ces patients et aider à une meilleure acceptation de leur maladie et une réinsertion sociale et professionnelle adaptée.

RÉSUMÉS

RÉSUMÉ :

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse chronique, d'expression polymorphe et non contagieuse, sa prévalence varie entre 0,09% et 11,4%, ce qui souligne l'importance d'évaluer la dépression et l'anxiété des patients psoriasiques.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la dépression et l'anxiété des patients atteints de psoriasis suivis au sein du service de dermatologie au CHU Hassan II de Fès, et d'identifier les facteurs qui l'influencent.

Une étude transversale observationnelle a été menée entre décembre 2019 et septembre 2020. La dépression et l'anxiété a été évaluée à l'aide de l'échelle HAD traduit et validé en dialecte arabe. Nous avons inclus 133 sujets dans l'étude, l'âge moyen était de 42,95 ($\pm 16,13$) ans, et la durée d'évolution de la maladie chez ses patients était de 9,3 ($\pm 8,2$) ans.

La prévalence de la dépression était de 28,6% et la prévalence de l'anxiété était de 41,4%.

Une association significative a été trouvée entre la dépression et le sexe, l'âge, le niveau d'étude d'une part, la surface corporelle atteinte et l'atteinte des zones apparentes (le visage et cou) d'autre part.

L'anxiété était significativement associée à l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le statut marital, le niveau socio-économique et l'atteinte des zones apparentes.

Les résultats de notre étude suggèrent une prise en charge précoce du psoriasis pour éviter le retentissement sur la psychologie générale, avec une

évaluation psychique continue pour dépister une éventuelle dépression ou anxiété tout au long du circuit thérapeutique.

SUMMARY :

Psoriasis is a chronic erythematous–squamous dermatosis, of polymorphic expression and non–contagious, its prevalence varies between 0,09% and 11,4%, which implies the importance of assessing the importance of evaluating the depression and anxiety of psoriasis patients.

The aim of this study is to evaluate the depression and anxiety of psoriasis patients followed at the dermatology department at CHU Hassan II of Fes, and to identify the factors that influence it.

An observational cross–sectional study was conducted between December 2019 and September 2020. Depression and anxiety was been evaluated using the HAD scale translated and validated in Arabic dialect. We included 133 subjects in the study, the mean age was 42.95 (\pm 16.13) years, and the duration of the disease was 9.3 (\pm 8.2) years.

The prevalence of depression was 28.6% and the prevalence of anxiety was 41.4%.

A significant association was found between depression and gender, age, education level on the one hand, and the body surface area affected and the visible areas (face and neck) on the other hand.

Anxiety was significantly associated with age, gender, education, marital status, socioeconomic level and affected visible areas.

The results of our study suggest an early management of psoriasis to avoid the impact on the general psychology, with a continuous psychic evaluation to detect a possible depression or anxiety throughout the therapeutic circuit.

ملخص

- الصدفية هي جلد حمامي حرشفية مزمنة، متعددة الأشكال وغير معدية، وتتراوح نسبة انتشارها بين 0.09% و11.4%، مما يبرز أهمية تقييم الاكتئاب والقلق لدى مرضى الصدفية.

- الهدف من هذا العمل هو تقييم الاكتئاب والقلق لدى مرضى الصدفية المتبعين في قسم الأمراض الجلدية بمستشفى الحسن الثاني بفاس، والتعرف على العوامل التي تؤثر عليه.

- من أجل هذا أجرينا دراسة قائمة على الملاحظة ما بين دجنبر 2019 وشتنبر 2020، وتم تقييم الاكتئاب والقلق باستخدام التبيان HAD المترجم والمصادق عليه باللهجة العربية المغربية. بلغ عدد المرضى المدرجين في هذه الدراسة 133 وكان متوسط العمر للمرضى هو $(42,95(16,13\pm)$ سنة، والمدة الزمنية لتطور الصدفية لدى هؤلاء المرضى بلغت $(9,3(8,2) \pm$ سنة .

- كان انتشار الاكتئاب 28.6% وانتشار القلق 41.4%.

- تم العثور على ارتباط كبير بين الاكتئاب والجنس والعمر ومستوى الدراسة من ناحية، ومساحة سطح الجسم المتضررة والأضرار التي لحقت المناطق الظاهرة (الوجه والرقبة) من ناحية أخرى.

- ويرتبط القلق ارتباطا كبيرا بالعمر ونوع الجنس ومستوى التعليم والحالة الاجتماعية والاقتصادية وإصابة المناطق الظاهرة.

- تشير نتائج دراستنا إلى العلاج المبكر للصدفية لتجنب التأثير على نفسية المريض، مع تقييم نفسي مستمر للكشف عن الاكتئاب أو القلق في جميع مراحل العلاج.

ANNEXES

Annexe 1 : FICHE DE RECUEIL D'INFORMATION

1. Identifiant du patient.....
2. Numéro du tel :
3. âge :
4. Sexe : Féminin Masculin
5. Niveau d'études : analphabète Primaire Secondaire Universitaire
6. Profession :
7. Statut marital : Célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve)
8. Revenu mensuel : <2000 2000–4000 4000–6000 >6000
9. Couverture sociale : Mutuelle Ramed Non assuré
10. Habitat : Rural Urbain
11. Vit : Seul En famille En couple
12. Statut tabagique : Non–fumeur Ex–fumeur Fumeur
13. Si fumeur : Nombre de paquet par jour : Nombre d'année de tabagisme :
14. alcool : Non Ancien (arrêt plus de 3mois) Moins d'une fois par semaine
Plus d'une fois par semaine Quotidiennement
15. antécédents pathologiques personnels : Aucun HTA diabète
cardiopathie néphropathie néoplasie
16. Atteinte d'autres organes (à préciser) :
17. Durée d'évolution :
18. nombre de lésions :
19. Localisation : Visage cou tronc membres supérieurs membres inférieurs cuir chevelu organes génitaux externes unguéale
20. Taille de la plus grande lésion en centimètre :
21. Biopsie : oui non si oui : au secteur : Public Privé

22. Traitement : Dermocorticoïdes Calcipotriol /Bétaméthasone (daivobet gel dermique) crème hydratante (vaseline...) Exérèse chirurgicale Chimiothérapie autre :.....

23. Nombre de consultation par an :

Annexe 2 : HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) en arabe

هذا الاستبيان يساعد الطبيب لمعرفة مشاعرك وقراءة احساسك ، لذا يرجى إحاطة الرقم الموازي لأفضل اختيار يصف حالتك خلال الأسبوع الماضي. ليس من المطلوب الاستغراق في التفكير لإختيار الإجابة، وإنما تفضل الإجابات العظيمة التلقائية.

من فضلك، قم بإختيار الإجابة المناسبة بوضع دائرة طية:

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS):		من فضلك، قم بإختيار الإجابة المناسبة بوضع دائرة طية:	
A	أشعر بالهوتر الشديد: • أكثر الوقت 3 • عدة مرات 2 • أحياناً 1 • لا أشعر بذلك مطلقاً 0	D	أحس بأنني هامد (فاقده للعاقلة) : • تقريباً في كل وقت 3 • في كثير من الأحيان 2 • في بعض الأوقات 1 • لا أشعر بذلك مطلقاً 0
D	أنا لا زلت ألتصق بالأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها: • بالتأكيد، كما كنت 0 • ليس تماماً 1 • قليلاً 2 • بالتأكيد، على الإطلاق 3	A	يتناهي شعور بالخوف: • لا، على الإطلاق 0 • أحياناً 1 • كثيراً 2 • في أغلب الأوقات 3
A	أشعر بنوع من الخوف، وكان ذنباً مروعاً علي وشك الحدوث: • بالتأكيد، وبشكل مزعج 3 • نعم، ولكن أقل سوءاً 2 • قليلاً، لكنه لا يقلقني 1 • لا أشعر بذلك على الإطلاق 0	D	لقد فقدت الإهتمام بمظهري: • بالتأكيد فقدت كل الإهتمام 3 • أنا لا أهتم بمظهري كما يجب أن أهتم 2 • قد لا أهتم بمظهري كما يجب 1 • أهتم بمظهري بشكل جيد كما كنت سابقاً 0
D	أستطيع الضحك و رؤية الجوانب الممتعة في الأشياء: • كما كنت سابقاً 0 • أقل مما كنت سابقاً 1 • بالتأكيد، ليس كثيراً الآن 2 • لا أشعر بذلك على الإطلاق 3	A	الإحساس بضيق الصدر دون مجهود جسدي: • في الواقع، كثيراً جداً 3 • كثيراً، لا بأس به 2 • أشعر بذلك قليلاً 1 • لا أشعر بذلك على الإطلاق 0
A	تأتيني دائماً الأفكار مقلقة: • أغلب الأوقات 3 • معظم الأوقات 2 • من وقت لآخر، ولكن ليس كثيراً 1 • أحياناً 0	D	أنا أتطلع للأشياء من حولي باستمتاع: • بقدر ما يمكنني فعله 0 • نوعاً ما أقل مما اعتدت على فعله 1 • بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله 2 • لا، على الإطلاق 3
D	أشعر بالهجة: • لا، على الإطلاق 3 • ليس كثيراً 2 • في بعض الأحيان 1 • في أغلب الأوقات 0	A	يتناهي إحساس مفاجئ بالقلق: • في الواقع، في كثير من الأحيان 3 • غالباً 2 • ليس كثيراً 1 • لا أشعر بذلك على الإطلاق 0
A	يمكنني الجلوس براحة و الشعور بالاسترخاء: • بكل التأكيد 0 • عادة ما 1 • ليس كثيراً 2 • لا يمكنني ذلك على الإطلاق 3	D	يمكنني الإستمتاع بقراءة كتاب جيد أو مشاهدة الترامج التلفزيونية أو الإستماع إلى الإذاعة: • غالباً 0 • في بعض الأحيان 1 • ليس كثيراً 2 • نادراً جداً 3

BIBLIOGRAPHIE

- [1] « Psoriasis – Dermatologic Disorders », *MSD Manual Professional Edition*.
<https://www.msmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/psoriasis-and-scaling-diseases/psoriasis> (consulté le 13 février 2022).
- [2] R. G. B. Langlely, G. G. Krueger, et C. E. M. Griffiths, « Psoriasis : epidemiology, clinical features, and quality of life », *Ann Rheum Dis*, vol. 64 Suppl 2, p. ii18–23; discussion ii24–25, mars 2005, doi: 10.1136/ard.2004.033217.
- [3] « P. Clarke, « Psoriasis », *Aust Fam Physician*, vol. 40, no 7, p. 468-473, juill. 2011. »
- [4] « W.-H. Boehncke et M. P. Schön, « Psoriasis », *Lancet*, vol. 386, no 9997, p. 983-994, sept. 2015, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61909-7. »
- [5] « Psoriasis rime souvent avec dépression ! », *Psoriasis-Contact ASBL*, 16 avril 2018. <https://www.psoriasis-contact.be/psoriasis-rime-souvent-avec-depression/> (consulté le 13 février 2022).
- [6] « World Health Organization, Global report on psoriasis. 2016. Consulté le: déc. 08, 2020. [En ligne]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf ».
- [7] « Épidémiologie de psoriasis », *News-Medical.net*, 21 novembre 2009. [https://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Epidemiology-\(French\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Epidemiology-(French).aspx) (consulté le 13 février 2022).
- [8] « I. M. Michalek, B. Loring, et S. M. John, « A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis », *J Eur Acad Dermatol Venereol*, vol. 31, no 2, p. 205-212, févr. 2017, doi: 10.1111/jdv.13854. »

- [9] « N. K. Somé et al., « Profil sociodémographique et anatomoclinique du psoriasis en milieu hospitalier et tropical à Ouagadougou », *The Pan African Medical Journal*, vol. 23, no 110, Art. no 110, mars 2016, doi: 10.11604/pamj.2016.23.110.8445. »
- [10] « A. Ammar-Khodja et al., « EPIMAG: International Cross-Sectional Epidemiological Psoriasis Study in the Maghreb », *Dermatology*, vol. 231, no 2, p. 134-144, 2015, doi: 10.1159/000382123. »
- [11] « SMD, « Méthotrexate et psoriasis: à propos de 46 cas - SMD ». <http://smdermato.org/PSO/index.php/2018/04/18/methotrexate-et-psoriasis-a-propos-de-46-cas/> (consulté le déc. 09, 2020). »
- [12] « Au moins 3% de la population marocaine affectée par le psoriasis », *Hespress Français*, 27 octobre 2018. <https://fr.hespress.com/25380-au-moins-3-de-la-population-marocaine-affectee-par-le-psoriasis.html> (consulté le 14 février 2022).
- [13] « Masoud Golpour et al. Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study. *Dermatol Res Pract*. 2012; 2012: 381905. ».
- [14] « Eghlileb, A. M. et al. (2007). Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *British Journal of Dermatology*, 156(6), 1245-1250. »
- [15] « Sampogna, F. et al. (2007). Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology*, 214(2), 144-150. »
- [16] « Ayis SA, Ayerbe L, Ashworth M, da Wolfe C. Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in screening stroke patients for symptoms: Item Response Theory (IRT) analysis. *Journal of Affective Disorders* [Internet].

- 2018;228(September 2017):33–40. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.037>. »
- [17] « Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361–370. »
- [18] « J.D. Guelfi, L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31. »
- [19] « TIAN Z, HUANG Y, YUE T, ZHOU J, TAO L, HAN L, ET AL. UNE étude transversale CHINESE SUR LES SYMPTÔMES DE DÉPRESSION ET D'ANXIÉTÉ CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE PSORIASIS VULGAIRE. *PSYCHOLOGIE, SANTÉ ET MÉDECINE* 2019;24:269–80.
[HTTPS://DOI.ORG/10.1080/13548506.2018.1529323](https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1529323). »
- [20] « CHOI EPH, HUI BPH, WAN EYF. DÉPRESSION ET ANXIÉTÉ À HONG KONG PENDANT LA COVID-19. *IJERPH* 2020;17:3740.
[HTTPS://DOI.ORG/10.3390/IJERPH17103740](https://doi.org/10.3390/IJERPH17103740). »
- [21] « HAWES MT, SZENCZY AK, KLEIN DN, HAJCAK G, NELSON BD. AUGMENTATION DES SYMPTÔMES DE DÉPRESSION ET D'ANXIÉTÉ CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19. *PSYCHOL MED* 2021:1–9. [HTTPS://DOI.ORG/10.1017/S0033291720005358](https://doi.org/10.1017/S0033291720005358). »
- [22] « ASOUAB F, AGOUB M, KADRI N, MOUSSAOUI D, RACHIDI S, TOUFIQ J. PREVALENCES DES TROUBLES MENTAUX DANS LA POPULATION GENERALE MAROCAINE 2005:38. »
- [23] « POLLO CF, MIOT HA, MATOS TD DE S, SOUZA JM, JORGE MFS, MIOT LDB, ET AL. PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉPRESSION ET À L'ANXIÉTÉ

- CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE PSORIASIS. J CLIN NURS 2020;JOCN.15577.
HTTPS://DOI.ORG/10.1111/JOCN.15577. »
- [24] « PETRAŠKIENĖ R, VALIUKEVIČIENĖ S, MACIJAUSKIENĖ J. ASSOCIATIONS DE LA QUALITÉ DE VIE ET DE L'ÉTAT PSYCHOÉMOTIONNEL avec des FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE PSORIASIS. MEDICINA (KAUNAS) 2016;52:238-43. HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.MEDICI.2016.07.001. »
- [25] « THE PSORIASIS DISABILITY INDEX IN CHINESE PATIENTS: CONTRIBUTION OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL VARIABLES – YANG – 2005 – INTERNATIONAL JOURNAL OF DERMATOLOGY – WILEY ONLINE LIBRARY S.D. HTTPS://ONLINELIBRARY.WILEY.COM/DOI/ABS/10.1111/J.1365-4632.2004.02237.X (CONSULTÉ LE 12 MARS 2021). »
- [26] « TEE SI, LIM ZV, THENG CT, CHAN KL, GIAM YC. UNE ÉTUDE TRANSVERSALE PROSPECTIVE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE PSORIASIS À SINGAPOUR. J EUR ACAD DERMATOL VENEREOL 2016;30:1159-64. HTTPS://DOI.ORG/10.1111/JDV.13615. »
- [27] « NASREEN S, AHMED I, EFFENDI S. FREQUENCY AND MAGNITUDE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH PSORIASIS VULGARIS 2008;18:4. »
- [28] « ŁAKUTA P, PRZYBYŁA-BASISTA H. VERS UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DE L'ANXIÉTÉ SOCIALE ET DE LA DÉPRESSION CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE PSORIASIS: LE RÔLE DES DÉTERMINANTS, DES MÉDIATEURS ETdesMÉDIATEURS. JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH 2017;94:32-8. HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.JPSYCHORES.2017.01.007. »
- [29] « LAKSHMY S, BALASUNDARAM S, SARKAR S, AUDHYA M, SUBRAMANIAM E. UNE ÉTUDE TRANSVERSALE DE LA PRÉVALENCE ET DES IMPLICATIONS DE LA

DÉPRESSION ET DE L'ANXIÉTÉ DANS LE PSORIASIS. INDIAN JOURNAL OF
PSYCHOLOGICAL MEDICINE 2015;37:434-40.
[HTTPS://DOI.ORG/10.4103/0253-7176.168587.](https://doi.org/10.4103/0253-7176.168587) »



أطروحة رقم 22/125

سنة 2022

الإكتئاب والقلق عند مرضى الصدفية بجهة فاس مكناس

(بصدد 133 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/03/29

من طرف

الآنسة قباج جهان

المزدادة في 01 يونيو 1997 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

الصدفية - الإكتئاب - القلق - HADS

اللجنة

الرئيس	السيد براحو محمد أستاذ في علم الأوبئة
المشرف	السيد تاشفوتي نبيل أستاذ في علم الأوبئة
أعضاء	السيدة الفقيرسميرة أستاذة في علم الأوبئة
	السيدة باي باي حنان أستاذة مبرزة في طب الأمراض الجلدية