



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

Année 2020

Thèse N° 088

Analyse critique des questionnaires de qualité de vie utilisés en dermatologie

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/06/2020

PAR

Mlle. **Aziza ZOZO**

Née le 29 Janvier 1994 à Fquih Ben Salah

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES :

Analyses - QdV - DLQI - Skindex 16

JURY

M.	M. AMINE Professeur d'Epidémiologie clinique	PRESIDENTE
M.	S. AMAL Professeur de Dermatologie	RAPPORTEUR
Mme.	O. HOCAR Professeur agrégée de Dermatologie	JUGES
Mme.	F. MANOUDI Professeur agrégée de Psychiatrie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني
تبت إليك وإني من المسلمين"



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

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation

AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato-orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie-clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUI Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation

BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUCHE Aïcha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie-clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie

ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ATMANE EI Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardiovasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique

EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale

BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio- organique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 24/09/2019



DÉDICACES



Je Dédie cette thèse...

A Allah, Tout puissant

Qui m'a inspiré et m'a guidé vers le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements pour votre clémence et votre miséricorde.

A ma très chère mère El Amria ELHACHIMI

*Mon exemple éternel, mon soutien moral et source de joie et de bonheur,
celle qui s'est toujours sacrifiée pour me voir réussir.*

*Puisse Dieu, le tout puissant, te protéger et t'accorder meilleure santé et
longue vie, afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.*

A mon cher père Bouzekri ZOZO

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et
ma considération pour les sacrifices que tu as consentis pour mon
instruction et mon bien être.*

*Je me rappelle de tous les moments où tu m'as poussé à travailler et à
réussir.*

Merci,

Je vous aime MAMAN, PAPA

" ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا "

A la mémoire de mes grands parents maternels et paternels

*Le destin nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble et de
vous exprimer tout mon respect.*

Puisse dieu tout puissant vous accorder

Sa clémence, sa miséricorde et vous accueille dans son saint paradis.

*A mon cher frère Salah Eddine ZOZO, mon deuxième père
Mon estime pour ta personne est sans limites, tu es l'exemple de frère
parfait...*

*Merci pour ton grand soutien qui m'a toujours rendu plus forte, merci
d'avoir toujours été là dans les bons comme les pires moments.*

*Nous y voilà arrivés enfin à ce jour durement attendu
Que mon travail soit témoignage de mon grand amour.*

A ma grande sœur Amal ZOZO

*Je te dédie ce travail en témoignage de l'amour que je te porte.
J'ai grandi en suivant tes pas, tu m'as épaulée durant les épreuves de la
vie.*

Que dieu t'apporte le bonheur que tu mérites.

A ma très chère petite sœur Noura ZOZO

*Voilà que le temps passe rapidement et que tu as grandi, mais tu resteras
toujours ma petite sœur adorable que j'aime.*

Plus ce qu'une sœur, tu es ma meilleure amie, ma confidente.

Je suis fière de toi.

Que Dieu nous garde ensemble et nous apporte le bonheur incha Allah.

A cher Rachid ELQARFI mon deuxième frère

*J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondé en moi et je vous
rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance
éternelle pour votre précieuse aide durant mon parcours.*

Merci infiniment.

A ma chère Souad EL AZZOUZI

*J'espère que tu trouves en ce travail le témoignage de mon amour et ma
reconnaissance pour ta sympathie.*

Que Dieu t'apporte le bonheur du monde et beaucoup de réussite.

*A mes petits de choux Fatima Zahra, Mohamed, Youssef, Arif
et Mohamed Amine*

Vous m'avez rendu la tante la plus heureuse du monde...

Mon amour pour vous est sans limites.

Que Dieu vous bénisse.

*A mon confident, Mon ami, mon fiancé et mon futur mari
Ayoub EL KADRI*

Quand je t'ai connu, j'ai trouvé l'homme de ma vie et mon âme sœur.

*Sans ton soutien, ta gentillesse, ton profond attachement, tes conseils, ton
aide et tes encouragements ce travail n'aurait vu le jour.*

Que Dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein.

*J'aurai bien que tu trouves dans ce travail l'expression de mes sentiments
de reconnaissance les plus sincères.*

A mes beaux parents,

*Ma belle mère Malika SAHI et mon beau père Mohamed
EL KADRI*

Mes beaux frères, Ma belle sœur et leurs époux et enfants

Vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille.

*En témoignage de l'attachement, de respect et de l'amour que je porte
pour vous je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de
santé et de réussite.*

*A ma deuxième mère Fatima EL JAMAAOUI, mon deuxième
père Elhaj ZOZO, Mes très chères oncles et leurs femmes, Mes
tantes et leurs époux, Mes cousins et mes cousines et leurs
époux, Hamid, Redouane, Karim, Mohamed, Hicham, Hamid
DARFAOUI, Maria, Jalila, Nezha, Donia,...*

Vous aviez toujours su rendre, les moments les plus difficiles, plus joyeux.

J'ai une chance d'être née dans une famille si aimante, si généreuse si chaleureuse. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en souvenirs de notre indéfectible union.

Que Dieu vous garde pour moi.

A mes chères Latifa OBEIDAT et Ibtissam OBEIDAT

Grace à vous j'ai pu avoir les meilleurs souvenirs de mon enfance, Et mon adolescence, chères fleurettes. Malgré la distance vous étiez à mes côtés pendant toutes les étapes de ma vie.

Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de notre amitié faisant plus de 20 ans et notre union fraternel éternel.

Je vous souhaite tout le bonheur et la réussite dans votre vie.

A Mes chères amies Imane BOUDAY et Samira CHOUKRANI

Votre amitié est très précieuse à mes yeux

Merci pour tous les magnifiques moments qu'on a partagés ensemble.

Que ce travail soit un témoignage de mon amour le plus sincère pour vous.

A mes très chères amies Marieme EL HASSNAOUI, Loubna AIT ELHAJ, Samira LAAMARI, Aziza LAAMARI, Sara KECHNAOUI, Soukayna NOUBAIL et Wiam OUAHIB

D'abord, je trouve du mal à vous appeler mes amies, vous êtes mes sœurs.

Vous n'avez jamais hésité à être à mes côtés soit pour partager mon bonheur ou pour m'épauler afin de rendre mon malheur plus léger.

Je remercie le bon Dieu d'avoir croisé nos chemins.

Que notre amitié soit éternelle incha Allahi.

*A ma puce chérie Sanae ZRAIBI et son mari Abdellah
BELHOUARI*

*Vous êtes le modèle idéal des meilleurs et fidèles amis que tout le monde
rêve d'avoir. Vous étiez là pour me prendre la main lors de mes moments
les plus sombres.*

*Nos chemins seront séparés mais notre amitié demeurera à jamais.
En témoignage de nos beaux souvenirs, rires et les moments qu'on a
partagée ensemble je vous dédie ce travail.*

A la plus douce Fatima Ezzahra BEJJOU

*La douceur et la gentillesse absolue, nos bons souvenirs et moments
partagés resteront gravés à jamais dans ma mémoire.*

Que notre amitié soit éternelle incha Allah.

*A mes frères Salah Eddine BEN MOUMEN et Mohamed Ali
RAIHANI*

Vous êtes vraiment quelqu'un de bien à mes yeux.

*Nul ne sait ce que la vie nous réserve, mais notre amitié fait partie des
choses que je ne veux jamais voir changer.*

*A mes chères amies: Soumia AIT AMI, Asmaa FATHI, Imane
QANOUNE, Fatima ezzahra EL IDRISSE, Khaoula
BOUTRAIH, Hajar, Assia, Imane, Bouchra, khaoula, Salma,
Hind, Hajar ENNAIMI...*

*Les personnes à qui je rends grâce durant mon cursus d'étude pour leur
don de solidarité et de générosité je suis reconnaissante pour ce que vous
avez fait pour moi.*

*A tous mes professeurs de primaires, de secondaires et de lycée,
A tous mes amis : Ghizlane BASSIR, Rachida DAHNI, Salma
NAFIDI, Asmae LHOUB, Sanae CHAHIR, Fatimazahrae
KADDARI, Meryem Safir, Fatima GUIDOUNI, karima
BOUHDA, Fatima ezzahra shaimi, Kaoutar EL KACIMI,
Fatima Dakir, Hanae EL QANNAA, Wissal EL QANNAA...
A tous ceux qui comptent beaucoup pour moi et que j'ai omis
involontairement de citer*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de mon respect, amour et
reconnaissance.*



REMERCIEMENTS



A Notre Maître Et Président du Jury De Thèse

Monsieur le professeur : Mohamed AMINE

Chef de service d'épidémiologie clinique

Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

A Notre Maître Et Rapporteur De Thèse

Monsieur le professeur: Saïd AMAL

Chef de service de Dermatologie hôpital ERRAZI

Les plus grandes leçons ne sont pas tirées d'un livre mais d'un enseignant tel que vous professeur. Votre passion pour la médecine et votre sagesse étaient toujours une source d'inspiration et de motivation pour moi. Je vous remercie d'avoir m'honoré et accepté de me confier et diriger ce travail malgré vos obligations professionnels. J'espère que j'étais à la hauteur de cette confiance. Vous avez eu toujours l'amabilité et les mots justes pour m'encourager et me dresser les raies du ce travail.

Veillez accepter ma gratitude, mon admiration et mon profond respect.

*A notre maître et juge de thèse
Madame le professeur: Imane ADALI
Professeur agrégée de Psychiatrie*

Je suis particulièrement touchée par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et m'inspirent une grande admiration. Permettez-moi, chère maître de vous exprimer mon profond respect et ma haute considération.

*A notre maître et juge de thèse
Madame le professeur: Fatima MANOUDI
Professeur agrégée de Psychiatrie*

Je vous remercie de la spontanéité et de la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail. Je garderai de vous l'image d'un maître dévoué et serviable. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et mes remerciements les plus sincères.

*A Notre Maître Et Juge De Thèse
Madame le professeur : Ouafa HOCAR
Professeur agrégée de Dermatologie*

Vous avez accepté avec grande amabilité de juger ce travail. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer.

Cher maître, nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

*À tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Marrakech*

A Dr. Mustapha KHARMOUDI

*Je vous remercie de votre patience, votre disponibilité et vos
précieux conseils dans la réalisation de ce travail.*

A Docteur KANDRI

*Résidente au service de Dermatologie vénéréologie à l'hôpital
ERRAZI*

*Je te remercie sincèrement pour l'aide précieuse et
incomparable que tu m'as prodigué.*

*Au service d'Epidémiologie clinique au Centre de Recherche
Clinique CHU Mohamed VI*

*Nous sommes très reconnaissants pour l'aide apporté lors
de la réalisation de ce travail.*

*Veillez accepter mes sincères remerciements de même
que le témoignage de mon profond respect.*



TABLEAUX ET FIGURES



Liste des figures

Figure 1 : La version originale du DLQI en anglais.

Figure 2 : La version finale du DLQI en dialecte marocain.

Figure 3 : La version originale du Skindex 16 en anglais.

Figure 4 : La version finale du Skindex 16 en dialecte marocain.

Figure 5 : La répartition des patients selon le sexe.

Figure 6 : Le niveau d'étude des patients.

Figure 7 : Le niveau socio-économique des patients

Figure 8 : Le Statut matrimonial des patients

Figure 9 : L'habitat des patients

Figure 10 : La région des patients

Figure 11 : Type de la lésion chez les patients.

Figure 12 : L'ancienneté des lésions des patients.

Figure 13 : Répartition des malades en fonction de la catégorie de DLQI en français.

Figure 14 : Répartition des malades en fonction de la catégorie de DLQI en dialecte marocain.

Figure 15 : Répartition des malades en fonction de la catégorie de Skindex 16 en français.

Figure 16 : Répartition des malades en fonction de la catégorie de Skindex 16 en dialecte marocain.

Figure 17 : Cohérence Arabo-française du score global d'échelle DLQI.

Figure 18 : Pourcentage des patients qui ont répondu "non concerné" aux questions de l'échelle DLQI en dialecte marocain.

Figure 19 : Pourcentage des patients qui ont répondu "pas du tout" aux questions de l'échelle DLQI en dialecte marocain.

Figure 20 : Cohérence Arabo-française du score global d'échelle SKINDEX 16.

Figure 21 : Graphique représentant les différentes étapes de l'adaptation transculturelle recommandées.

Liste des tableaux

Tableau I : L'âge des patients

Tableau II : Catégorie de QDV selon le score du DLQI en dialecte marocain

Tableau III : Etude du rapport entre l'âge et la QDV

Tableau III-a : Etude du rapport entre l'âge et la QDV (calcul de la moyenne et écart-type)

Tableau III-b: Etude du rapport entre l'âge et la QDV (degré de signification)

Tableau IV : Etude du rapport entre le sexe et la QDV

Tableau V: Etude du rapport entre le NSE et la QDV

Tableau VI : Etude du rapport entre le niveau d'étude et la QDV

Tableau VII : Etude du rapport entre l'habitat et la QDV

Tableau VIII : Etude du rapport entre la région et la QDV

Tableau IX : Etude du rapport entre la durée de la maladie et la QDV

Tableaux X : Etude du rapport entre le type de la lésion et la QDV

Tableau XI-a: Corrélation entre le DLQI et Skindex16 (calcul de la moyenne et écart-type)

Tableau XI-b : Corrélation entre le DLQI et Skindex16 (Coefficient de corrélation)



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
QdV	:	Qualité De Vie
DLQI	:	Dermatology Life Quality Index
SF-36	:	Short Form-36 Health Survey
VQ	:	Vector Quantization
CCI	:	Coefficient de Corrélacion Intraclasse
QoL	:	Quality of life



PLAN



INTRODUCTION	01
PATIENTS ET METHODES	04
I. Première étape : Traduction et validation des questionnaires DLQI et Skindex 16	05
1. DLQI	05
1.1. Questionnaire DLQI en anglais	05
1.2. Traduction du questionnaire en dialecte marocain	07
1.3. La version finale du DLQI en dialecte marocain	08
2. Skindex 16	09
2.1. Questionnaire Skindex 16 en anglais	09
2.2. Traduction du questionnaire en dialecte marocain	10
2.3. La version finale du Skindex 16 en dialecte marocain	11
II. Deuxième étape : Etude de comparaison des questionnaires DLQI et Skindex 16 entre les deux versions dialectale marocaine et française	12
1. Patients	12
1.1. Type de l'étude	12
1.2. Date de l'étude	12
1.3. Lieu d'étude	12
1.4. Population d'étude	12
2. Méthodes	13
2.1. La fiche d'exploitation	13
III. Méthodes statistiques	14
RESULTATS	15
I. Etude descriptive	16
1. Caractéristique des patients	16
1.1. Sexe	16
1.2. Age	16
1.3. Niveau d'étude	17
1.4. Le niveau socio-économique	17
1.5. Le statut matrimonial	18
1.6. Habitat	19
1.7. La région	19
2. Caractéristiques de la lésion	20

2.1. Type de la lésion	20
2.2. L'ancienneté des lésions	20
3. Evaluation de la qualité de vie des patients par l'échelle de DLQI	21
3.1. La version française	21
3.2. La version dialectale marocaine	21
4. Evaluation de la qualité de vie des patients par l'échelle deSkindex16	23
4.1. La version française	23
4.2. La version dialectale marocaine	23
II. Etude analytique	24
1. Lien entre les caractéristiques démographiques, socio-économiques des patients et la qualité de vie (DLQI)	24
1.1. Influence de l'âge sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo	24
1.2. Influence du sexe sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo	25
1.3. Influence du niveau socio-économique sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo	26
1.4. Influence du niveau d'étude sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo	26
1.5. L'influence de l'habitat sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo	27
1.6. L'influence de la région sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo	27
2. Lien entre les caractéristiques du psoriasis et du vitiligo et la qualité de vie	28
2.1. L'influence de la durée de la maladie sur la QDV des patients atteints du psoriasis et du vitiligo	28
2.2. L'influence du type de lésion sur la qualité de vie	28
3. La corrélation entre les scores du DLQI et du Skindex16	29
4. Echelle DLQI	29
4.1. La cohérence arabo-française du score globale chez tous les patients	29
4.2. Cohérence Arabo-française des questions chez tous les patients	30
4.3. Pourcentage des patients qui ont répondu par "non concerné" pour chaque question de l'échelle DLQI en dialecte marocain	33
4.4. Pourcentage des patients qui ont répondu "pas du tout" aux questions de l'échelle DLQI en dialecte marocain	34
5. Echelle SKINDEX 16	34

5.1. La comparaison des deux versions dialectale marocaine et française du score globale chez tous les patients	34
5.2. Cohérence Arabo-française des questions chez tous les patients	35
DISCUSSION	40
I. Généralités	41
1. Les mesures de QdV en dermatologie	41
2. Choix des instruments	42
2.1. Validité	42
2.2. Fiabilité	42
2.3. Adaptation culturelle :	43
3. Méthodologie de traduction et de validation des scores de la qualité de vie	43
3.1. Les étapes de la traduction et de l'adaptation transculturelle des instruments de mesure de qualité de vie	43
3.2. La validation de la version traduite	48
4. Le psoriasis et le vitiligo	49
II. Analyses critiques des questionnaires	50
1. DLQI	50
1.1. Analyse du processus de traduction et de validation du DLQI en dialecte marocain	50
1.2. L'analyse des résultats des questionnaires de notre étude	52
2. SKINDEX 16	55
2.1. Analyse du processus de traduction et de validation en dialecte marocain	55
2.2. L'analyse des résultats des questionnaires de notre étude	56
III. Limites des questionnaires DLQI et SKINDEX 16	58
CONCLUSION	59
ANNEXES	61
RESUMES	67
BIBLIOGRAPHIE	74



INTRODUCTION



La notion de qualité de vie (QdV) est apparue dans le monde médical anglo-saxon depuis environ 40ans.

Pour l'organisation mondiale de la santé, « la qualité de vie est la perception d'un individu de sa place dans l'existence dans le contexte culturel et le système de valeur dans lequel il vit, en fonction de ses objectifs, de ses attentes et de ses inquiétudes ». [1]

Il s'agit là d'une définition très large, affectée de façon complexe par la santé physique, l'état psychologique, les croyances personnelles, les relations sociales, et les relations avec l'environnement. [2,3]

La mesure de la QdV chez les malades atteints d'affections dermatologiques apporte un aspect complémentaire dans l'appréciation des symptômes car elle permet une autre perception par le malade de son affection. [4]

En effet, la QdV des malades est affectée par les conséquences des différentes interventions de santé qu'ils subissent.

Une critique très sévère des mesures de la qualité de vie a été faite par Gill et Feinstein en 1994 [5].

La mesure de QdV est particulièrement utile au cours des affections chroniques [6]. Si dans la plupart des cas, les maladies dermatologiques ne mettent pas en jeu le pronostic vital, elles ont un impact majeur sur l'état psychologique des malades, leurs relations sociales, et leurs activités quotidiennes.

Les échelles de QdV sont des instruments qui évaluent cet impact en prenant en compte la perception de l'affection par les malades. Cette donnée peut être utilisée notamment dans les essais cliniques pour l'évaluation d'agents thérapeutiques, mais aussi pour la prise en charge des malades.

L'évaluation de la répercussion ressentie par les malades, des interventions médicales sur la QdV est un impératif éthique de la recherche thérapeutique. Cette évaluation peut être faite par des questionnaires administrés aux patients [7].

Les indices de qualité de vie appliqués aux pathologies dermatologiques sont nombreux, le Dermatology Life Quality Index (DLQI) [8,9] est le score le plus utilisé pour mesurer cet impact, c'est une échelle simple d'utilisation comprenant 10 questions avec pour chacune d'entre elles 4 réponses possibles.

Le Skindex [10] est un auto questionnaire évaluant lui aussi la qualité de vie liée à la santé, la version du Skindex 16 comporte 16 questions explorant les composantes à la fois physiques et psychiques de la QdV.

Ces deux échelles ont été traduites en plusieurs langues validées et publiées :

Pour le DLQI a été traduit en français, en dialecte marocain, en Egypte, en Tunisie, en Arabie Saoudite et en Nord africain, etc.... [11, 12, 13, 14 et 15], et pour le Skindex 16 a été traduit en français, en dialecte marocain, en Allemagne, en Arabie Saoudite, en Japon et en Ouganda, etc.... [16, 17, 18, 19,20]

Le but de notre étude est de faire une analyse critique des questionnaires de qualité de vie utilisés en dermatologie particulièrement le DLQI et le skindex à travers la littérature en se basant sur les version originales dans leur langue initiale (anglaise), puis le processus de traduction et de validation transculturelle de la version dialectale marocaine et de faire une comparaison entre les deux versions dialectale marocaine et française chez nos patients souffrant de vitiligo et de psoriasis vus en consultation de dermatologie de CHU Mohammed VI de Marrakech et de CHR de Beni Mellal, et d'évaluer le degré de concordance entre ces deux échelles.



PATIENTS ET METHODES



Notre étude consiste à faire une analyses critique de ces deux questionnaires DLQI et skindex 16 sur deux étapes :

1^{ère} étape :

L'analyse critique à travers la littérature en se basant sur la version originale dans leur langue initiale (anglaise), puis le processus de traduction et de validation transculturelle de la version dialectale marocaine.

2^{ème} étape :

L'analyse critique à travers des questionnaires administrés aux patients souffrant de psoriasis et de vitiligo dans les deux versions dialectale marocaine et française.

I. Première étape : Traduction et validation des questionnaires

DLQI et Skindex 16

1. DLQI :

1.1. Questionnaire DLQI en anglais (Figure 1):

Le DLQI est un auto questionnaire à 10 items, qui comporte 6 dimensions (symptôme, psychique, fonctionnement, relationnelle, sexuelle et traitement) évaluant le retentissement des problèmes de la peau sur la qualité de vie des patients.

Ce questionnaire a été élaboré par A.Y.FINLAY à Britain en 23 Septembre 1993[8].

Analyse critique des questionnaires de qualité de vie utilisés en dermatologie

Over the last week...	0/Not at all	1/ A little	2/A lot	3/Very much	4/ Not relevant
1/How itchy, sore, painful, or stinging has your skin been?					
2/ How embarrassed or self conscious have you been because of your skin?					
3/ How much has your skin interfered with you going shopping or locking after your home or garden?					
4/How much has your skin influenced the clothes you wear?					
5/How much has your skin affected any social or leisure activities?					
6/ How much has your skin made it difficult for you to do any sport?					
7/Has your skin prevented you from working or studying? If « No »: how much has your skin been a problem at work or studying?					
8/ How much has your skin created problems with your partner or any of your close friends or relatives?					
9/How much has your skin caused any sexual difficulties?					
10/How much of a problem has the treatment for your skin been, for example by making your home messy, or by taking up time?					

Please check you have answered every question. Thank You.

Figure 1 : La version originale du DLQI en anglais [8].

Le score de chaque réponse est comme suit:

Une réponse (Very much) est équivalente à 3 points

Une réponse (A lot) est équivalente à 2 points

Une réponse (A little) est équivalente à 1 point

Une réponse (Not at all) est équivalente à 0 point

Pour chaque question le patient dispose de 4 possibilités de réponse qui sont ensuite quantifier selon une échelle de 0 à 3, la sommation est ensuite faite.

Le résultat se situe entre 0 et 30. L'importance du score détermine l'importance de l'altération de la qualité de vie (Plus le score augmente, plus la qualité de vie est altérée).

Les significations des scores obtenus sont :

0-1 = aucun effet sur la vie du patient;

2-5 = faible effet sur la vie du patient;

6-10 = effet modéré sur la vie du patient;

11-20 = effet important sur la vie du patient;

21-30 effet extrêmement important sur la vie du patient.

1.2. Traduction du questionnaire en dialecte marocain :

L'étape de la traduction a été effectuée selon la méthode de traduction/contre-traduction recommandée par Beaton et al [21].

La version dialectale marocaine a été réalisée par Pr. Ibtissam KHOUDRI et son équipe à Rabat en 2013. [11]

1.3. La version finale du DLQI en dialecte marocain (Figure 2) :

DLQI المقياس الجلدي لجودة الحياة بالدارجة المغربية

4/ حتى علاقة بالموضوع	3/ كثير بزاف	2/ بزاف	1/ قليل	0 / والو بالمرة	في السمانة اللي فاتت
					1 / قداش جاتك الحكمة ولا الحريق ولا الفريص ولا كانت حساسة الجلد ديالك؟
					2 / قداش كنتي مقلق ولا حسيتي الراسك بالمشاكل ديال الجلد ديالك؟
					3 / قداش تدخلات ليك المشاكل ديال الجلد ديالك في التقدية ولا فالشغال الدار؟
					4 / قداش اترت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على الحوايج اللي كتلبس؟
					5 / قداش اترت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على علاقتك مع الناس ولا على الهوايات ديالك؟
					6 / قداش دارت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك مشاكل فالرياضة؟
					7 / واش ما خللكش المشاكل ديال الجلد ديالك تخدم و لا تقرا؟ إلى ما خللكش، قداش خلقات ليك الجلدة ديالك مشاكل فالخدمة ولا مع صحابك لقراب ولا مع عائلتك؟
					8 / قداش جبات ليك الجلدة ديالك المشاكل مع راجلك/مراتك ولا مع صحابك لقراب ولا مع عائلتك؟
					9 / قداش دارت ليك الجلدة ديالك مشاكل فالعلاقات الجنسية ديالك؟
					10 / قداش دار ليك الدوا ديال الجلد ديالك مشاكل فحياتك؟ مثلا: شحال من مرة خلتي دارك مرونة ولا ضيع ليك وقتك؟

عفاك تأكد بيلا جاوبتي على كولشي. شكرا

Figure 2 : La version finale du DLQI en dialecte marocain [11].

2. Skindex 16 :

2.1. Questionnaire Skindex 16 en anglais (Figure 3) :

Le Skindex16 [10] est une échelle générique pour mesurer la QdV qui comporte 16 questions qui constitue 3 dimensions (symptôme, émotions, fonctionnement) a été élaboré par Mary–Margaret Chren à San Francisco en 21 mars 2001.

During the past week, bow often have you been bothered by:	0	1	2	3	4
1. Your skin condition itching					
2. Your skin condition burning or stinging					
3. Your skin condition hurting					
4. Your skin condition being irritated					
5. The persistence/reoccurrence of your skin condition					
6. Worry about your skin condition (For example: that it Will spread, get worse, scar, be unpredictable, etc.)					
7. The appearance of your skin condition					
8. Frustration about your skin condition					
9. Embarrassment about your skin condition					
10. Being annoyed about your skin condition					
11. Feeling depressed about your skin condition					
12. The effects of your skin condition on your interactions with others (For example: interactions with family, friends, close relationships, etc.)					
13. The effects of your skin condition on your desire to be with people					
14. Your skin condition making it hard to show affection					
15. The effects of your skin condition on your daily Activities.					
16. Your skin condition making it hard to work or do what you enjoy					

Figure 3: La version originale du Skindex 16 en anglais [22]

- **Le score de chaque réponse est comme suit:**

Une réponse (4) est équivalente à 4 points

Une réponse (3) est équivalente à 3 points

Une réponse (2) est équivalente à 2 point

Une réponse (1) est équivalente à 1 point

Une réponse (0) est équivalente à 0point

Le score de chaque dimension est situé entre 0 et 4 avec des chiffres élevés indiquant un impact important sur la QDV (Plus le score augmente, plus la qualité de vie est altérée).

Les scores peuvent être également obtenus par la somme algébrique de valeurs finales des items composant chaque dimension. Le résultat se situe entre 0 et 64.

Les significations des scores obtenus sont :

- <10 = faible retentissement sur QdV.
- 11– 49 = moyen retentissement sur QdV.
- >50= important retentissement sur QdV.

2.2. Traduction du questionnaire en dialectal marocain :

Le Skindex-16 a été traduit en arabe marocain local, les étapes de la traduction ont été réalisées conformément à des lignes directrices pour l'adaptation interculturelle de la qualité de vie liée à la santé [21,23].

Dans le processus de la traduction du questionnaire de l'anglais vers le dialecte marocain, plusieurs éléments ont été substitués pour adapter la terminologie de la culture locale. Une version finale du Skindex-16 en dialecte marocain a été élaborée par Pr. Samira EL FAKIR et son équipe à Fès en 20 février 2012 [16].

2.3. La version finale du Skindex 16 en dialecte marocain (Figure 4) :

Skindex 16 المقياس الجلدي لجودة الحياة بالدارجة المغربية

4	3	2	1	0	فالأسبوع اللي فات شحال من مرة تبرزطي بسباب؟
					1/ الحكمة ديال الجلد
					2/ جلدك اللي كيحرقك ولا كيدك
					3/ جلدك اللي كيضرك
					4/ الطيب ديال جلدك
					5/ جلدك اللي مكيتحسنش/ كييرجع يمرض
					6/ الخوف ديالك على جلدك
					7/ كي كيبان جلدك
					8/ أنك مصدوم من الحالة جلدك
					9/ أنك محشماك الحالة ديال جلدك
					10/ أنك مضيقاك أو فاقساك الحالة ديال جلدك/ طالع ليك الدم
					11/ أنك مأزماك الحالة ديال جلدك/ تنكستي بسبب الحالة ديال جلدك
					12/ أن الحالة ديال جلدك اثرات على التعامل ديالك مع الناس / مثلا العائلة أو الأصحاب
					13/ تأثير جلدك على الرغبة باش تكون مع الناس
					14/ أن الحالة ديال جلدك كتصعب عليك تبين للناس المعزة ديالك (الحب ديالك)
					15/ تأثير الحالة ديال جلدك على نشاطاتك اليومية (الخدمة-القراية-شغال الدار)
					16/ الحالة ديال جلدك اللي كتصعب عليك تخدم أو لا تنشط

Figure 4 : La version finale du Skindex 16 en dialecte marocain [16].

II. Deuxième étape : Etude de comparaison des questionnaires DLQI et Skindex 16 entre les deux versions dialectale marocaine et française

1. Patients :

1.1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive avec un recueil de données des patients souffrant de psoriasis et vitiligo suivis à la consultation de Dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech et à la consultation de Dermatologie du CHR de Beni Mellal.

Une analyse descriptive et analytique a été faite

1.2. Date de l'étude :

Etude prospective sur une période d'une année d'Octobre 2018 à décembre 2019.

1.3. Lieu d'étude :

Un échantillon accidentel de 100 patients souffrant de psoriasis et de vitiligo a été colligé au niveau :

- Consultation de dermatologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech.
- Consultation de dermatologie du centre hospitalier régional de Beni Mellal.

1.4. Population d'étude :

- Critères d'inclusion : Ont été inclus dans l'étude tous les patients souffrant de psoriasis et de vitiligo ayant un âge plus de 12 ans et ayant un niveau d'instruction au minimum primaire.
- Critères d'exclusion : Tous les patients chez qui le diagnostic de psoriasis ou de vitiligo était incertain et les patients analphabètes ont été exclus de l'analyse.

2. Méthodes

Notre étude s'est déroulée sous forme d'entretien.

Le recueil des informations a été réalisé à l'issue de l'interrogatoire des malades permettant de remplir la fiche du questionnaire, puis un auto remplissage des questionnaires a été fait pour les deux versions dialectale marocaine et française.

Le nombre de sujets participants : 100 malades.

Les patients recrutés ont été informés du but de l'étude.

Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés.

2.1. La fiche d'exploitation (Annexe 1) :

Elle comporte :

➤ **Des données démographiques et socio-économiques des malades :**

Âge, sexe, niveau socio-économique, niveau d'étude, habitat, statut matrimonial, profession, couverture médicale, des antécédents et des cas similaires dans la famille.

➤ **Evaluation de la qualité de vie :**

Pour évaluer le retentissement de ces pathologies dermatologiques sur la qualité de vie des patients, nous avons utilisé les deux scores : Skindex16 et Dermatology life Quality index (DLQI) en deux versions ; dialectale marocaine et française.

Un score élevé indique une qualité de vie altérée.

III. Méthodes statistiques :

On a fait appel aux méthodes d'analyses statistiques suivantes :

- **Une analyse descriptive uni variée** : pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages et pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts- types.
- **Une analyse bi variée** : au cours de cette analyse, nous avons utilisé le test T de Student pour comparer deux moyennes. L'étude de liaison entre deux variables quantitatives a été effectuée grâce à l'utilisation du coefficient de corrélation de Pearson.
- **Une analyse de concordance** entre le score du DLQI et du Skindex16.

Pour tous les tests statistiques, le seuil de signification p a été fixé à 0,05. Ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS dans sa version 16 et les graphiques sont élaborés grâce au tableur Excel 2007. L'analyse a été faite au service d'épidémiologie en centre de recherche clinique au CHU Mohammed VI.



RESULTATS



I. Etude descriptive :

1. Caractéristique des patients :

1.1. Sexe :

Parmi les 100 patients, 57 étaient des femmes soit 57% de la population étudiée et 43 étaient des hommes soit 43% de la population étudiée (Figure 5), avec un sexe ratio homme/femme de 0,75.

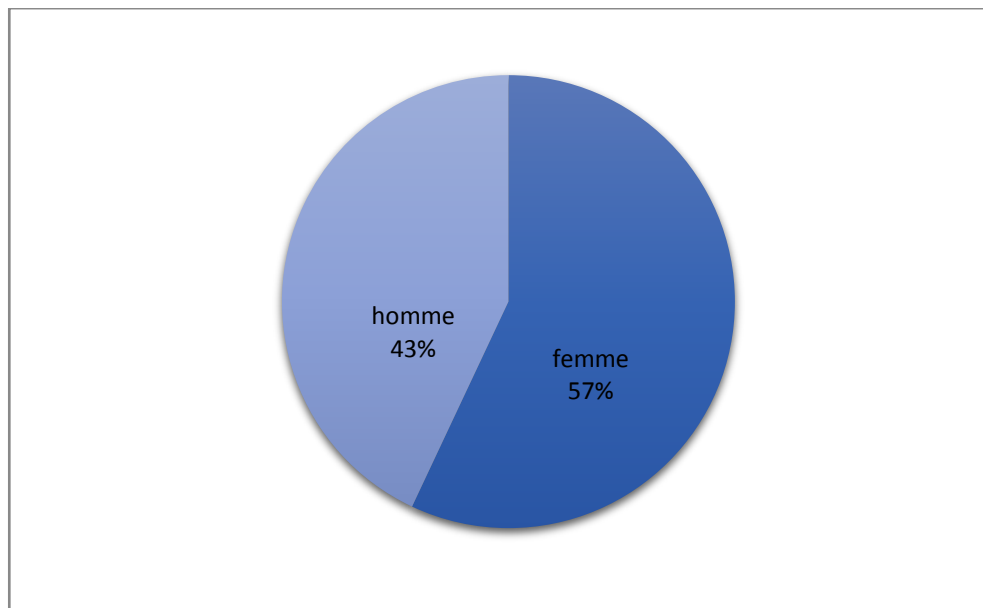


Figure 5 : La répartition des patients selon le sexe.

1.2. Age :

La moyenne d'âge des patients recrutés était de 40 avec des âges extrêmes allant de 13 ans à 69 ans.

On a divisé les patients en 2 groupes comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau I : L'âge des patients :

Groupe d'âge	Nombre de patients	% de patients
< ou = 40 ans	52	52%
>40 ans	48	48%
Total	100	100%

1.3. Niveau d'étude :

La plupart des patients, soit 41% de la population de l'étude avaient un niveau primaire, 38% avaient un niveau secondaire et 21% avaient un niveau supérieur (Figure 6).

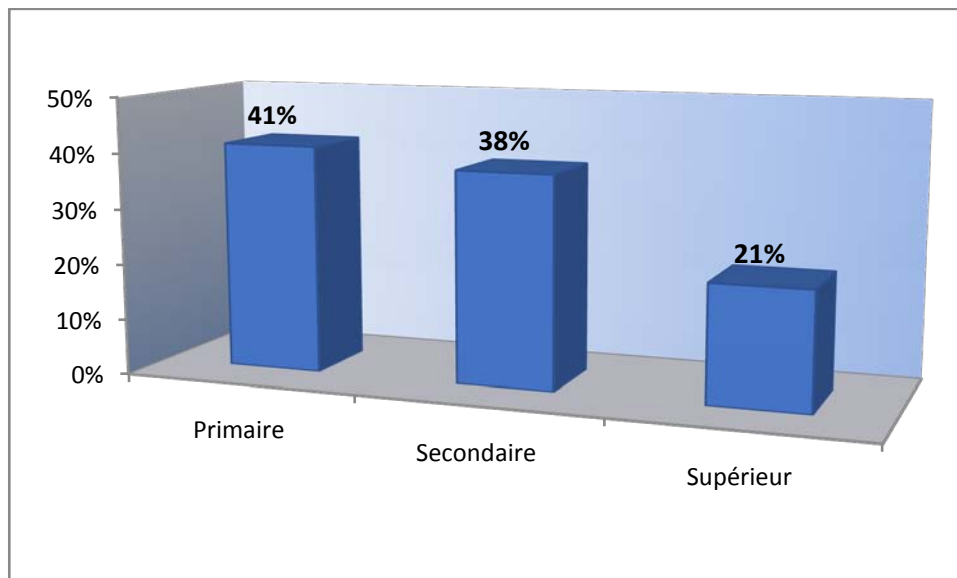


Figure 6 : Le niveau d'étude des patients.

1.4. Le niveau socio-économique :

L'étude du niveau socio-économique chez nos malades a montré une prédominance des patients ayant un niveau moyen, soit 65% de la population étudiée, 30% avaient un niveau bas et 5% avaient un niveau élevé (Figure 7).

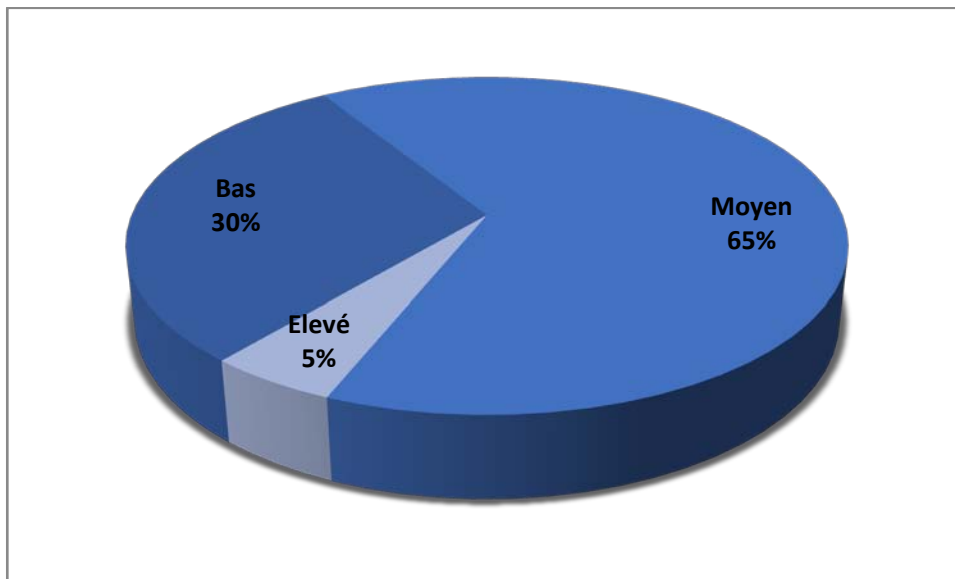


Figure 7 : Le niveau socio-économique des patients

1.5. Le statut matrimonial

Parmi les 100 patients, 65 patients sont mariés soit 65% de la population étudiée, 28 patients sont célibataires, 5 patients sont veufs et 2 patients sont divorcés (Figure 8)

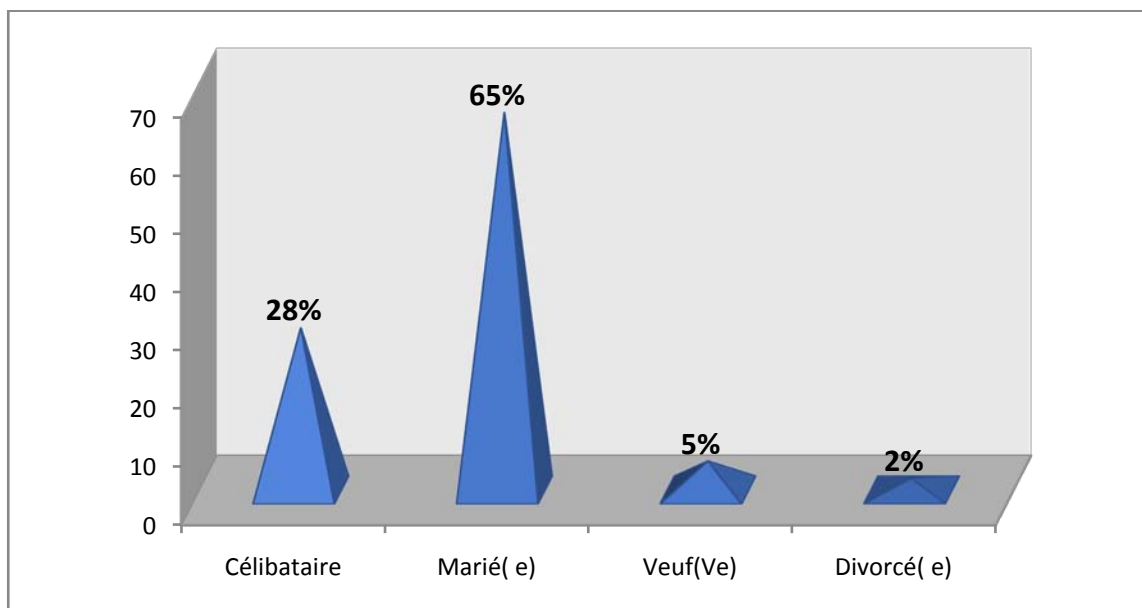


Figure 8 : Le Statut matrimonial des patients

1.6. Habitat :

L'étude de l'habitat chez nos malades a montré une prédominance urbaine soit 78% de la population étudiée (Figure 9).

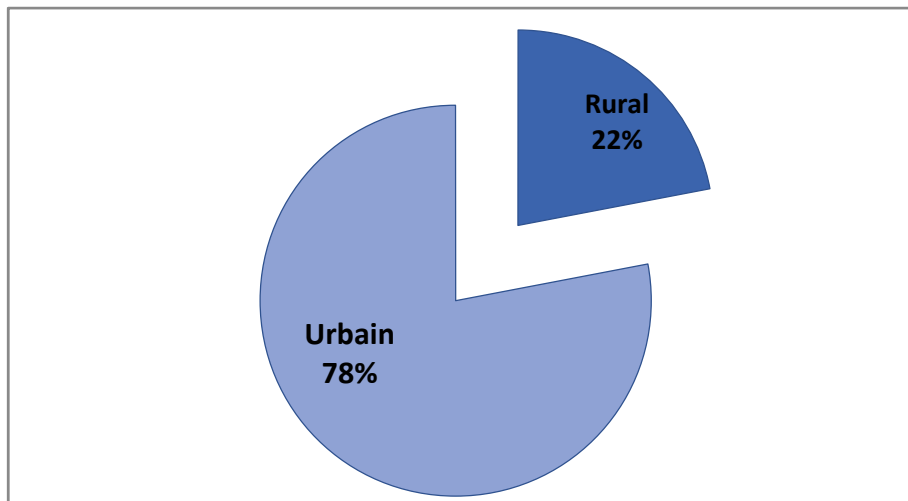


Figure 9 : L'habitat des patients

1.7. La région :

La majorité des patients, soit 75% de la population de l'étude étaient de Marrakech, alors 25% habitaient à Beni Mellal (Figure 10).

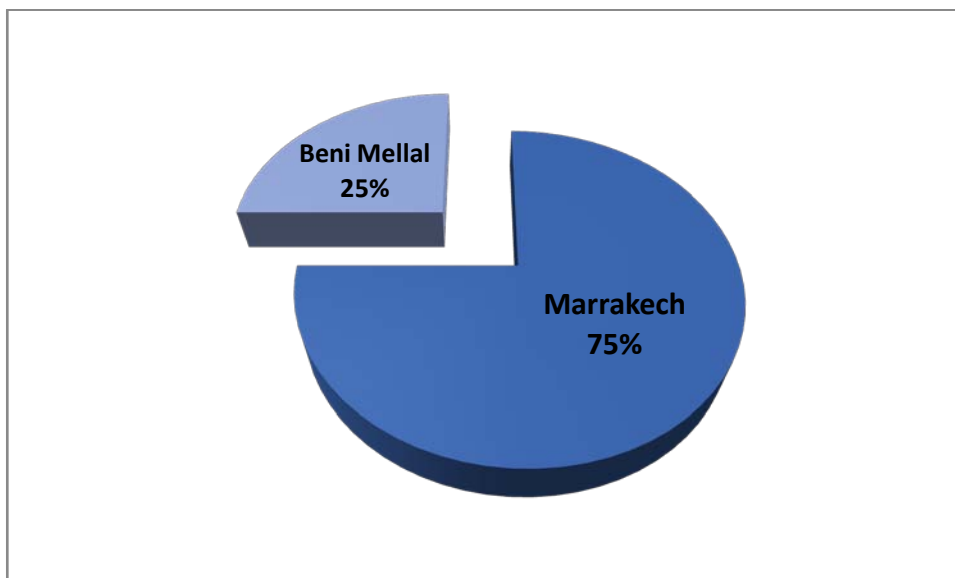


Figure 10 : La région des patients

2. Caractéristiques de la lésion :

2.1. Type de la lésion :

La plupart des patients, soit 65% de la population étudiée souffrant de psoriasis (Figure 11).

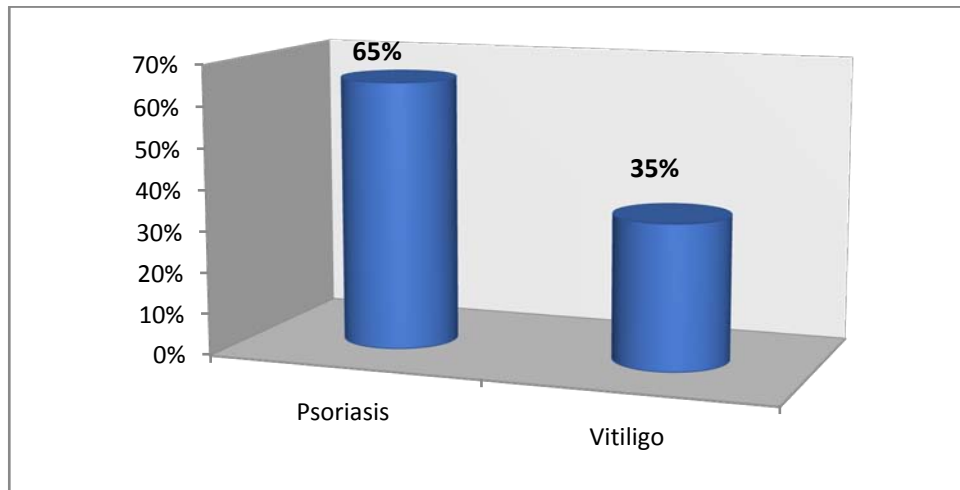


Figure 11 : Type de la lésion chez les patients.

2.2. L'ancienneté des lésions :

La moyenne d'ancienneté des lésions était de 6ans avec des extrêmes allant de 1 an à 30 ans. On a divisé les patients en 3 groupes comme le montre la figure ci- dessous (Figure 12).

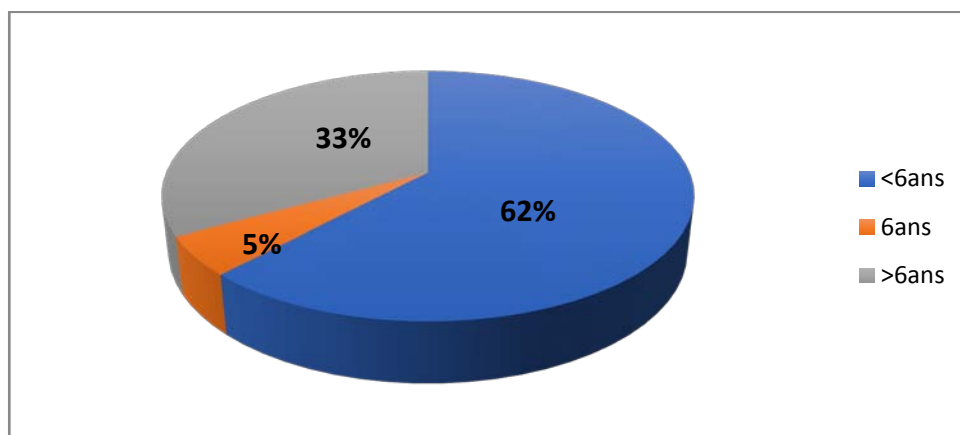


Figure 12 : L'ancienneté des lésions des patients.

3. Evaluation de la qualité de vie des patients par l'échelle de DLQI :

3.1. La version française :

34% des patients estimaient que ces lésions avaient un effet important sur leur vie, 29% des malades avaient un effet modéré et 21% avait un faible effet sur leur qualité de vie, 11% des patients avaient un effet extrêmement important, alors que 5% estimait que ces lésions n'avaient aucun impact sur leur qualité de vie (Figure 13).

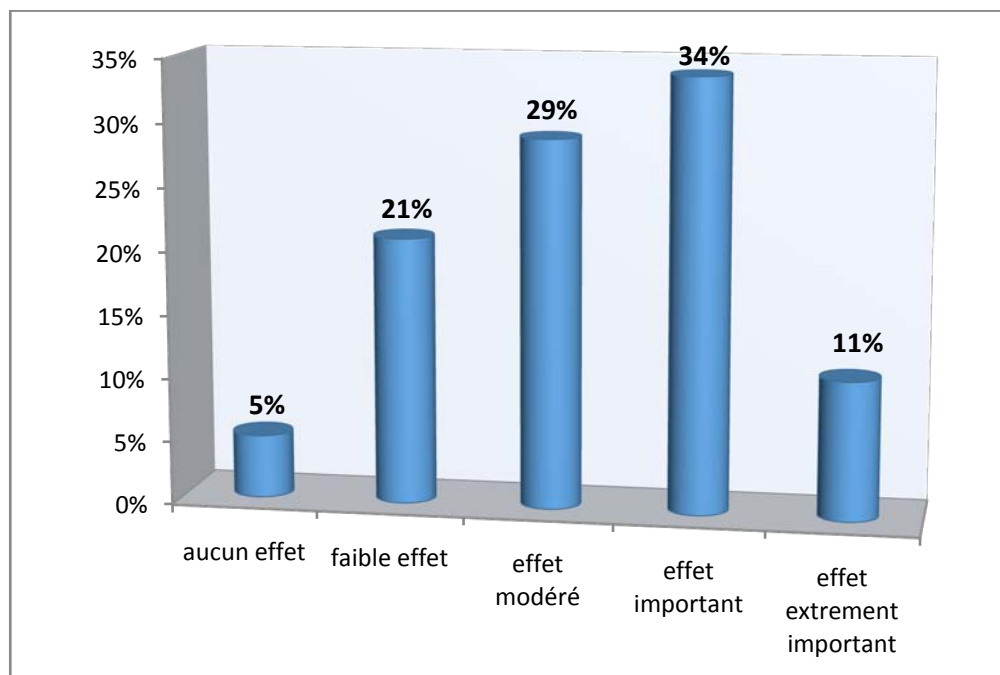


Figure 13: Répartition des malades en fonction de la catégorie de DLQI en français.

3.2. La version dialectale marocaine :

37% des patients estimaient que ces lésions avaient un effet important sur leur vie, 29% des malades avaient un effet modéré et 19% avait un faible effet sur leur qualité de vie, 10% des patients avaient un effet extrêmement important, alors que 5% estimait que ces lésions n'avaient aucun impact sur leur qualité de vie (Figure 14).

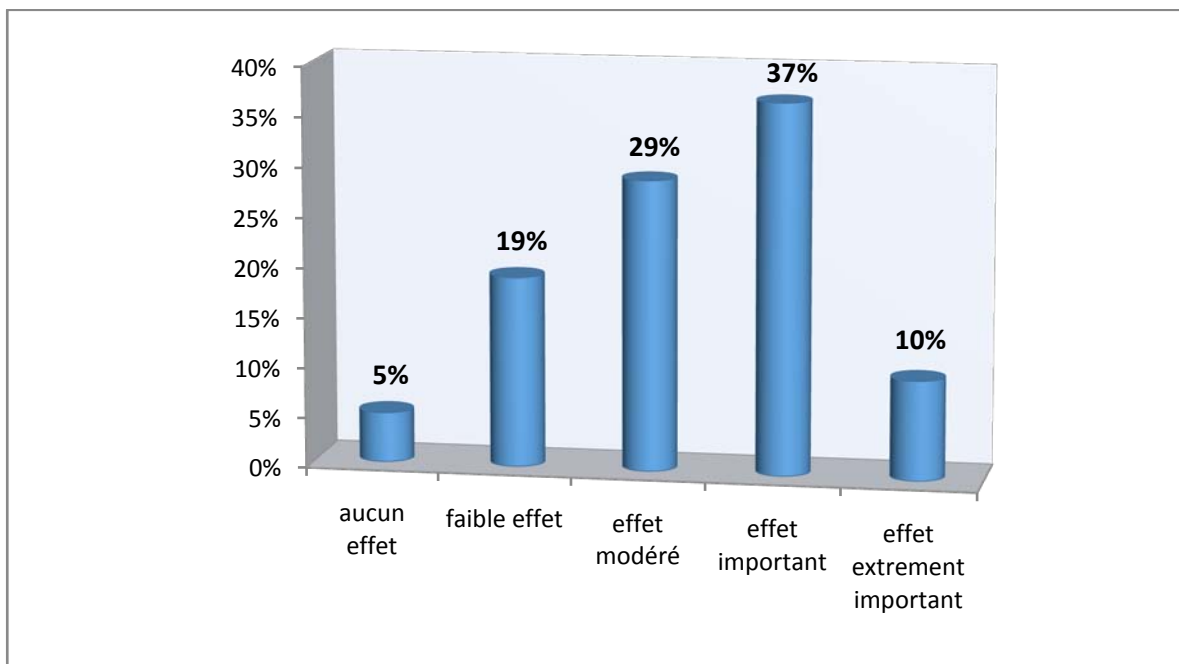


Figure 14: Répartition des malades en fonction de la catégorie de DLQI en dialecte marocain.

D'autre part, on a classé l'impact de psoriasis sur la QDV par le DLQI en 2 catégories :

- DLQI < à 10 = impact moyen à absent (bonne QDV).
- DLQI > à 10 = grand impact (mauvaise QDV).

Ainsi, 47% de nos patients avaient une altération importante de leur qualité de vie (Tableau 2).

Tableau II : Catégorie de QDV selon le score du DLQI en dialectal marocain :

Catégorie de QDV	Nbre de patients	% de patients
Impact moyen à absent (bonne QDV)	53	53%
Grand Impact (mauvaise QDV)	47	47%
Total	100	100%

4. Evaluation de la qualité de vie des patients par l'échelle de Skindex16 :

4.1. La version française :

La majorité des malades soit 78% estimait que ces lésions avaient un retentissement moyen sur leur QDV vie. Alors que 14% avaient un impact faible et 8% des cas avaient un important retentissement sur leur qualité de vie (Figure 15).

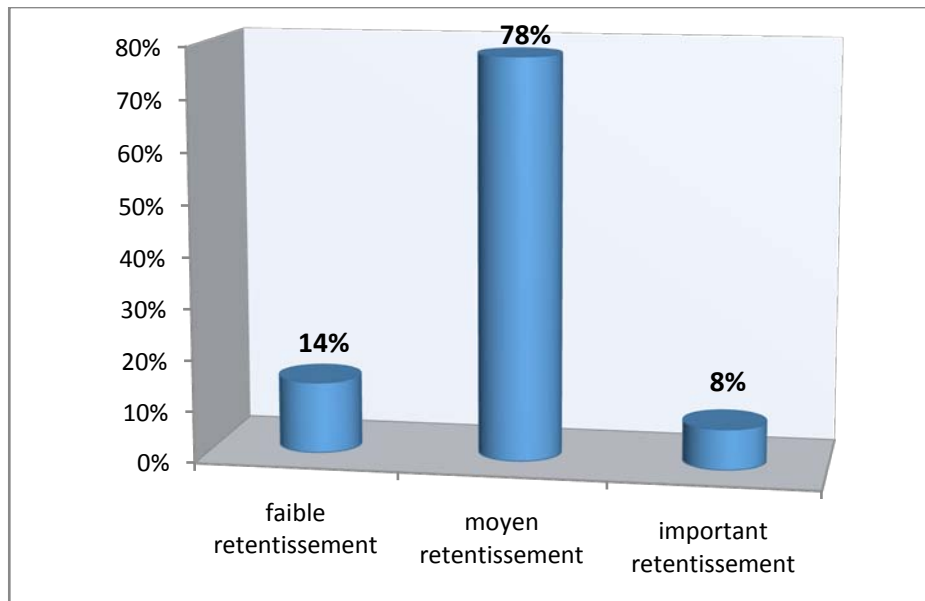


Figure 15: Répartition des malades en fonction de la catégorie de Skindex 16 en français.

4.2. La version dialectale marocaine :

La majorité des malades soit 80% estimait que ces lésions avaient un retentissement moyen sur leur QDV vie. Alors que 13% avaient un impact faible et 7% des cas avaient un important retentissement sur leur qualité de vie (Figure 16).

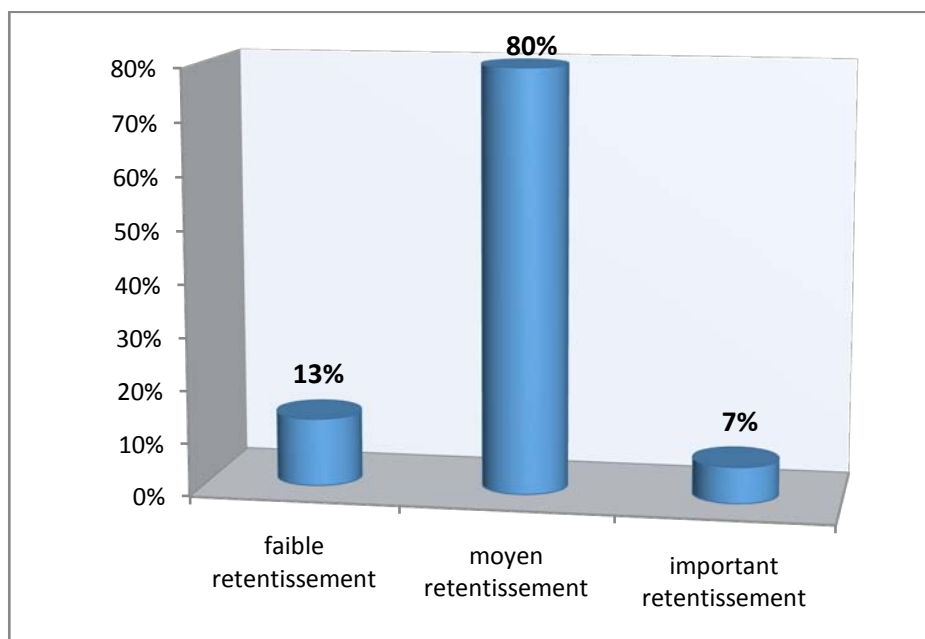


Figure 16: Répartition des malades en fonction de la catégorie de Skindex 16 en dialecte marocain.

II. Etude analytique :

1. Lien entre les caractéristiques démographiques, socio-économiques des patients et la qualité de vie (DLQI):

1.1. Influence de l'âge sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo :

Tableau III : Etude du rapport entre l'âge et la QDV :

Tableau III-a : Etude du rapport entre l'âge et la QDV (calcul de la moyenne et écart-type)

Catégories de qualité de vie (DLQI)		Nbre	Moyenne	Ecart-type
Age	Impact moyen à absent (bonne QDV)	53	43,41	12,640
	Grand impact (mauvaise QDV)	47	34,84	10,245

Tableau III-b: Etude du rapport entre l'âge et la QDV (degré de signification) :

Age	Catégories de qualité de vie (DLQI)		p*
	Impact moyen à absent (bonne qualité de vie)	Grand impact (mauvaise qualité de vie)	
<40 ans	21 (40,4%)	31 (59,6%)	0,001
>40 ans	32 (66,7%)	16 (33,3%)	
Total	53	47	

*p : degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la qualité de vie. ($p < 0.001$).

La moyenne d'âge des sujets ayant une bonne qualité de vie était 43,41. Alors que la moyenne d'âge des patients ayant une mauvaise QDV était 34,84.

59,6% des patients ayant un âge < à 40 ans avaient une mauvaise qualité de vie.

1.2. Influence du sexe sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo:

Tableau IV : Etude du rapport entre le sexe et la QDV

Sexe	Catégories de qualité de vie (DLQI)		p*
	Impact moyen à absent (bonne qualité de vie)	Grand impact (mauvaise qualité de vie)	
Masculin	20 (46,5%)	23 (53,5%)	0,45
Féminin	33 (57,9%)	24 (42,1%)	
Total	53	47	

*p : degré de signification

On note une prédominance d'une bonne qualité de vie chez les femmes soit 57,9%. Mais il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le sexe et la qualité de vie. ($p=0.45$).

1.3. Influence du niveau socio économique sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo:

Tableau V: Etude du rapport entre le NSE et la QDV :

NSE	Catégories de qualité de vie (DLQI)		p*
	Impact moyen à absent (bonne qualité de vie)	Grand impact (mauvaise qualité de vie)	
Bas	16 (53,3%)	14 (46,7%)	0,088
Moyen	34 (52,3%)	31 (47,7%)	
Elevé	3 (60%)	2 (40%)	
Total	53	47	

*p : degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre le NSE et la qualité de vie. (p=0.088).

1.4. Influence du niveau d'étude sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo :

Tableau VI : Etude du rapport entre le niveau d'étude et la QDV :

Niveau étude	Catégories de qualité de vie (DLQI)		p*
	Impact moyen à absent (bonne qualité de vie)	Grand impact (mauvaise qualité de vie)	
Primaire	28 (68,3%)	13 (31,7%)	0,030
Secondaire	17 (44,7%)	21 (55,3%)	
Supérieur	8 (38,1%)	13 (61,9%)	
Total	53	47	

*p : degré de signification

Il y a un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude et la qualité de vie. 68,3% des patients avec un niveau primaire avaient une bonne qualité de vie, alors que 61,9% des patients ayant un niveau d'étude supérieur avait une mauvaise qualité de vie. ($p=0,03$).

1.5. L'influence de l'habitat sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo :

Tableau VII : Etude du rapport entre l'habitat et la QDV :

Habitat	Catégories de qualité de vie (DLQI)		P*
	Impact moyen à absent (bonne qualité de vie)	Grand impact (mauvaise qualité de vie)	
Rural	13 (59,1%)	9 (40,9%)	0,063
Urbain	40 (51,3%)	38 (48,7%)	
Total	53	47	

*p : degré de signification

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'habitat et la qualité de vie ($p=0,063$).

1.6. L'influence de la région sur la qualité de vie des patients atteints du psoriasis et du vitiligo:

Tableau VIII: Etude du rapport entre la région et la QDV :

Région	Catégories de qualité de vie (DLQI)		P*
	Impact moyen à absent (bonne qualité de vie)	Grand impact (mauvaise qualité de vie)	
Marrakech	39 (52%)	36 (48%)	0,476
Beni mellah	14 (56%)	11 (44%)	
Total	53	47	

*p : degré de signification

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la région et la QDV. ($p=0.476$)

2. Lien entre les caractéristiques du psoriasis et du vitiligo et la qualité de vie :

2.1. L'influence de la durée de la maladie sur la QDV des patients atteints du psoriasis et du vitiligo:

Tableau IX: Etude du rapport entre la durée de la maladie et la QDV :

Catégories de qualité de vie (DLQI)		Nombre	Moyenne	Ecart type	P*
Ancienneté de la lésion	Impact moyen à absent (bonne QDV)	53	3,2580	7,31070	0,058
	Grand impact (mauvaise QDV)	47	3,6896	4,14352	

*p : degré de signification

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la durée d'évolution de la maladie et la QDV. (p=0,058).

2.2. L'influence du type de lésion sur la qualité de vie:

Tableaux X: Etude du rapport entre le type de la lésion et la QDV :

Type de lésion	Catégories de qualité de vie (DLQI)		P*
	impact moyen à absent (bonne qualité de vie)	Grand impact (mauvaise qualité de vie)	
Psoriasis	34 (52,3%)	31 (47,7%)	0,218
Vitiligo	19 (54,3%)	16 (45,7%)	
Total	53	47	

*p : degré de signification

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le type de la lésion (le psoriasis et le vitiligo) et la QDV. (p=0,218)

3. La corrélation entre les scores du DLQI et du Skindex16 en dialecte marocain :

Tableau XI: Corrélation entre le DLQI et Skindex16 :

Tableau XI-a: Corrélation entre le DLQI et Skindex16 (calcul de la moyenne et écart-type)

	Moyenne	Écart type	N
DLQI score	2,43	1,112	100
Skindex score	1,92	0,486	100

Tableau XI-b: Corrélation entre le DLQI et Skindex16 (Coefficient de corrélation)

Coefficient de corrélation		DLQI score	Skindex score
DLQI score	Pearson Corrélation	1	0,457**
	Sig. (Bilatérale)		0,000
Skindex score	Pearson Corrélation	0,457**	1
	Sig. (Bilatérale)	0,000	

** . La corrélation est significative au niveau de 0,01 (bilatérale)

Il existe une corrélation entre les deux échelles de la qualité de la vie le DLQI et le Skindex16 ($p=0,000$; $r=0,457$).

4. Echelle DLQI

4.1. La cohérence arabo-française du score globale chez tous les patients

L'étude de la cohérence entre les versions dialectale marocaine et française du score global d'échelle DLQI a montré une cohérence chez 89% de nos malades alors que 11% d'entre eux avaient un score global différent entre les deux versions (Figure 17).

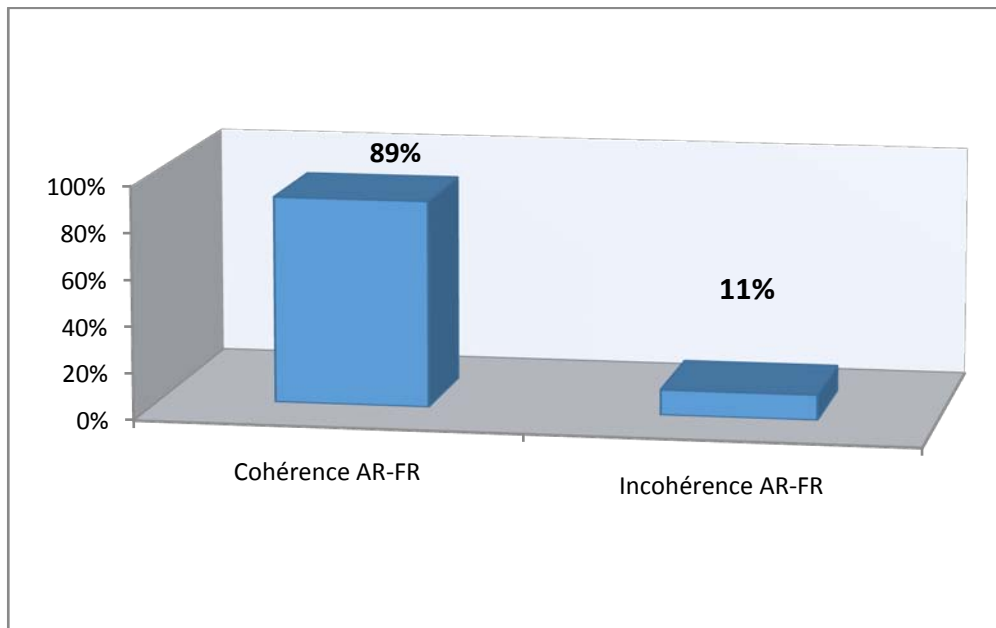


Figure 17 : Cohérence Arabo-française du score global d'échelle DLQI.

4.2. Cohérence Arabo-française des questions chez tous les patients :

a. Question 1 :

Votre peau vous a-t-elle démangé(e)/gratté(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?

قداش جاتك الحكة ولا الحريق ولا القريص ولا كانت حساسة الجلد ديالك؟

Parmi les 100 patients, 98 patients ont la même réponse que se soit en Arabe ou en français soit 98% de la population étudiée, alors 2 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

b. Question 2 :

Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?

قداش كنتي مقلق ولا حسيتي الراسك بالمشاكل ديال الجلد ديالك؟

Parmi les 100 patients, 73 patients ont la même réponse que se soit en Arabe ou en français soit 73% de la population étudiée, alors 27 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

c. Question 3 :

Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire vos courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?

قداش تدخلات ليك المشاكل ديال الجلد ديالك في التقدية ولا فالشغال الدار؟

Parmi les 100 patients, 67 patients ont la même réponse que se soit en Arabe ou en français soit 67% de la population étudiée, alors 33 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

d. Question 4 :

Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez?

قداش اترت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على الحوايج اللي كتلبس ؟

Parmi les 100 patients, 95 patients ont la même réponse que se soit en Arabe ou en français soit 95% de la population étudiée, alors 5 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

e. Question 5 :

Votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?

قداش اترت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على علاقتك مع الناس ولا على الهوايات ديالك؟

Parmi les 100 patients, 98 patients ont la même réponse que se soit en Arabe ou en français soit 98% de la population étudiée, alors 2 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

f. Question 6 :

Avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?

قداش دارت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك مشاكل فالرياضة؟

Parmi les 100 patients, 96 patients ont la même réponse que se soit en Arabe ou en français soit 96% de la population étudiée, alors 4 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

g. Question 7:

Votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ?

Si la réponse est « non » : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?

واش ما خلالتكش المشاكل ديال الجلد ديالك تخدم ولا تقرا؟

إلى ما خلالتكش، قداش خلقات ليك الجلدة ديالك مشاكل فالخدمة ولا مع صحابك لقراب ولا مع عائلتك؟

Parmi les 100 patients, 99 patients ont la même réponse que se soit en Arabe ou en français soit 99% de la population étudiée, alors un seul patient qui a une réponse différente entre les deux versions.

h. Question 8 :

Votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?

قداش جيدات ليك الجلدة ديالك المشاكل مع راجلك/مراتك ولا مع صحابك لقراب ولا مع عائلتك؟

Parmi les 100 patients, 97 patients ont la même réponse que se soit en Arabe ou en français soit 97% de la population étudiée, alors 3 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

i. Question 9 :

Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?

قداش دارت ليك الجلدة ديالك مشاكل فالعلاقات الجنسية ديالك؟

Parmi les 100 patients, 92 patients ont la même réponse que se soit en Arabe ou en français soit 92% de la population étudiée, alors 8 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

j. Question 10 :

Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?

قداش دار ليك الدوا ديال الجلد دياك مشاكل فحياتك؟ مثلا: شحال من مرة خليتي دارك مرونة ولا ضيع ليك

وقتك؟

Parmi les 100 patients, 91 patients ont la même réponse que se soit en Arabe ou en français soit 91% de la population étudiée, alors 9 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

4.3. Pourcentage des patients qui ont répondu par “non concerné” pour chaque question de l’échelle DLQI en dialecte marocain :

Parmi les 100 patients, 78 patients qui ont répondu “non concerné” pour la question quatre soit 78% de la population étudiée, 33 patients pour la question neuf, 16 patients pour la question six et la question dix, et 11 patients pour la question cinq, 8 patients pour la question huit et 4 patients pour la question sept (Figure18).

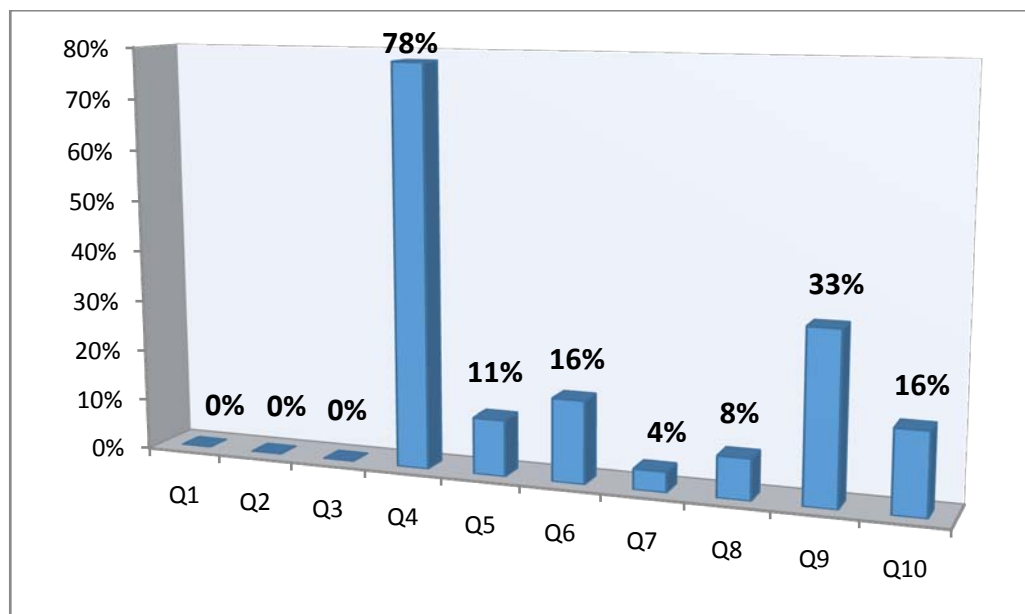


Figure 18 : Pourcentage des patients qui ont répondu “non concerné”

Pour chaque question de l’échelle DLQI en dialecte marocain.

4.4. Pourcentage des patients qui ont répondu “pas du tout” aux questions de l’échelle DLQI en dialecte marocain :

Parmi les 100 patients, 68 patients qui ont répondu “pas du tout” à la question cinq soit 68% de la population étudiée, 64 patients à la question six, 61 patients à la question huit, 59 patients à la question neuf, 56 patients à la question dix, 52 patients à la question sept, 44 patients à la question trois, 29 patients à la question une, 12 patients à la question deux, et 11 patients à la question quatre (Figure 19).

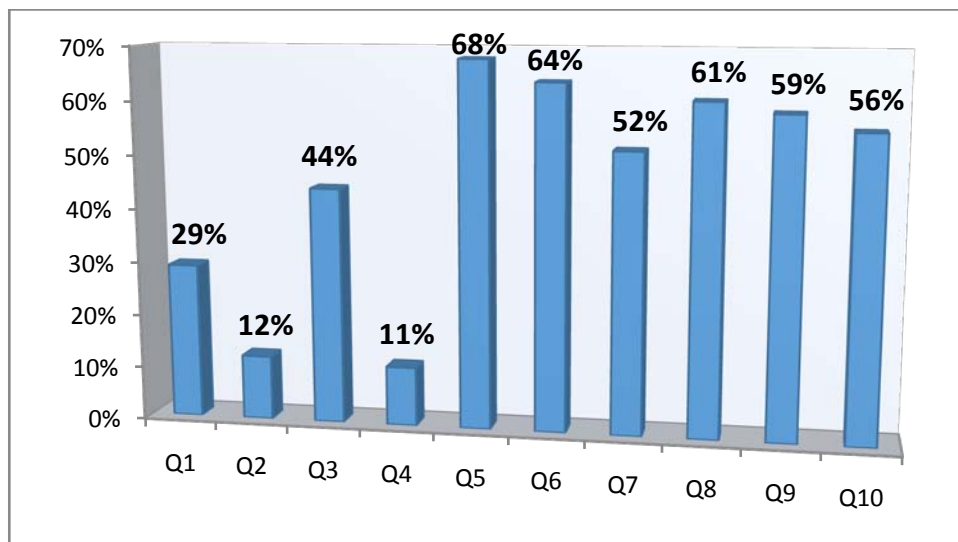


Figure 19 : Pourcentage des patients qui ont répondu “pas du tout” aux questions de l’échelle DLQI en dialecte marocain.

5. Echelle SKINDEX 16

5.1. La comparaison des deux versions dialectale marocaine et française du score globale chez tous les patients :

L’étude de la cohérence entre les versions dialectale marocaine et française du score global d’échelle Skindex 16 a montré une cohérence chez 98% de nos malades alors que 2% d’entre eux avaient un score global différent entre les deux versions (Figure 20).

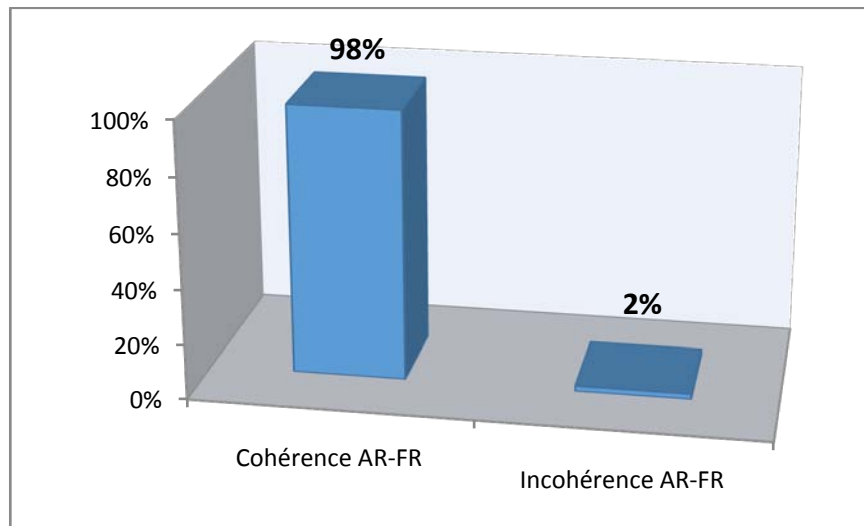


Figure 20 : Cohérence Arabo-française du score global d'échelle SKINEX 16

5.2. Cohérence Arabo-française des questions chez tous les patients :

Avec quelle fréquence, au cours des 7 derniers jours les phrases suivantes s'appliquent-elles à votre cas ?

فالأسبوع اللي فات شحال من مرة تبرزطي بسباب ؟

a. Question 1 :

Ma peau me démange

الحكة ديال الجلد

Parmi les 100 patients, 98 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 98% de la population étudiée, alors 2 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

b. Question 2 :

Mon problème de peau me cause des sensations de brûlures ou de picotements

جلدك اللي كيجرقك ولا كيدك

Parmi les 100 patients, 94 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 94% de la population étudiée, alors 6 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

c. Question 3 :

Ma peau me fait mal

جلدك اللي كيضرك

Parmi les 100 patients, 99 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 99% de la population étudiée, alors un seul patient qui a une réponse différente entre les deux versions.

d. Question 4 :

Ma peau est irritée

الطياب ديال جلدك

Parmi les 100 patients, 71 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 71% de la population étudiée, alors 29 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

e. Question 5 :

J'ai peur que mon problème de peau s'aggrave

جلدك اللي مكيتحسنش / كييرجع يمرض

Parmi les 100 patients, 96 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 96% de la population étudiée, alors 4 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

f. Question 6 :

Je crains que mon problème de peau soit grave

الخوف ديالك على جلدك

Parmi les 100 patients, 97 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 97% de la population étudiée, alors 3 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

g. Question 7 :

Je suis gêné(e) par mon problème de peau

كي كيبان جلدك

Parmi les 100 patients, 94 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 94% de la population étudiée, alors 6 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

h. Question 8 :

Je me sens frustré(e) à cause de mon problème de peau

أنك مصدوم من الحالة ديال جلدك

Parmi les 100 patients, 95 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 95% de la population étudiée, alors 5 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

i. Question 9 :

J'ai honte de mon problème de peau

أنك محشماك الحالة ديال جلدك

Parmi les 100 patients, 97 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 97% de la population étudiée, alors 3 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

j. Question 10 :

Mon problème de peau me met en colère

أنك مضيقاك أو فافسالك الحالة ديال جلدك/ طالع ليك الدم

Parmi les 100 patients, 92 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 92% de la population étudiée, alors 8 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

k. Question 11 :

Mon problème de peau me déprime

أنك مأزماك الحالة ديال جلدك/ تنكستي بسبب الحالة ديال جلدك

Parmi les 100 patients, 96 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 96% de la population étudiée, alors 4 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

l. Question 12 :

Mon problème de peau perturbe mes relations avec les autres

أن الحالة ديال جلدك اثرات على التعامل ديالك مع الناس / مثلا العائلة أو الأصحاب

Parmi les 100 patients, 98 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 98% de la population étudiée, alors 2 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

m. Question 13 :

mon problème de peau modifie mon désir d'être avec les gens

تأثير جلدك على الرغبة باش تكون مع الناس

Parmi les 100 patients, 97 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 97% de la population étudiée, alors 3 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

n. Question 14 :

L'état de ma peau rend les démonstrations d'affection difficiles

أن الحالة ديال جلدك كتصعب عليك تبين للناس المعزة ديالك (الحب ديالك)

Parmi les 100 patients, 62 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 62% de la population étudiée, alors 38 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

o. Question 15:

Mon problème de peau influence ma vie sociale

تأثير الحالة ديال جلدك على نشاطاتك اليومية (الخدمة-القرابية-شغال الدار)

Parmi les 100 patients, 95 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 95% de la population étudiée, alors 5 patients qui ont une réponse différente entre les deux versions.

p. Question 16 :

J'ai du mal à travailler ou à avoir des activités à cause de mon problème de peau

الحالة ديال جلدك اللي كتصعب عليك تخدم أولا تنشط

Parmi les 100 patients, 100 patients ont la même réponse que se soit en dialecte marocain ou en français soit 100% de la population étudiée, alors aucun patient n'a donné une réponse différente entre les deux versions.



DISCUSSION:



I. Généralités :

1. Les mesures de QdV en dermatologie :

Les mesures de QdV, aussi appelées échelles, analysent les réponses à un questionnaire standardisé et validé. Ces échelles visent à évaluer le jugement que porte le patient sur sa QdV.

En dermatologie, la mesure de la QdV peut faire appel à des échelles génériques (non dermatologiques), à des échelles génériques dermatologiques ou à des échelles spécifiques de maladies [24, 25, 26].

- Les instruments génériques :

Il s'agit d'instruments qui permettent d'évaluer tous les effets sur les différents aspects de la santé. Leurs avantages essentiels sont de pouvoir comparer des affections très différentes.

En pratique, ils permettent de comparer par exemple l'impact de l'asthme, d'un cancer et d'un psoriasis sur la QdV. L'inconvénient principal d'un instrument générique est qu'il ne s'adapte pas forcément bien au type d'affections qui nous intéresse, et qu'il peut donc ne pas avoir une bonne sensibilité.

- Les instruments spécifiques et hyper spécifiques :

Certains instruments de mesure de QdV sont ciblés sur des situations particulières. Certains sont spécifiques d'un groupe d'affections, par exemples les cancers évolués, spécifiques d'une population, par exemple les sujets âgés ou les enfants, ou encore spécifiques d'une fonction, par exemple la locomotion, ou enfin spécifiques d'un problème comme la douleur. Certains sont même hyper spécifiques d'une affection isolée par exemple le psoriasis, voire d'une affection dans une population donnée, par exemple de l'acné chez l'adolescent. L'avantage essentiel de ce type d'instrument est d'être très sensible aux variations dans le champ exploré. On a ainsi pu montrer que deux échelles de dermatologie comme Skindex en anglais [10] et VQ Dermato en français [27] sont plus sensible au changement d'état dermatologique que les échelles généralistes comme la SF36 dans la même langue [28].

L'inconvénient principal de ces échelles spécifiques et hyper spécifiques est qu'il est impossible de comparer l'impact de deux troubles différents.

Les auteurs anglo-saxons ont proposé un grand nombre de ces instruments ; il est difficile pour l'instant d'en évaluer les avantages et les inconvénients. Il n'existe pas de consensus définissant et validant l'intérêt et les règles d'utilisation de ces échelles. La plupart des scores ne sont disponibles qu'en anglais et le concept de QdV et son expression sont fortement dépendants du contexte culturel. Leur simple traduction est donc insuffisante. Un véritable processus d'adaptation est nécessaire pour établir une équivalence culturelle. Devant la difficulté de la construction et de la validation d'une échelle de QdV liée à la santé, cette démarche d'adaptation culturelle est souvent préférée permettant d'économiser la phase d'élaboration : choix des questions et validation du contenu.

2. Choix des instruments :

2.1. Validité :

Le processus de validation des échelles de QdV est bien codifié et remis en question régulièrement [29]. Une échelle de QdV faut fournir des résultats fiables, valides et sensibles au changement, ce processus de validation doit apporter la démonstration de ces qualités. La validation se fait habituellement dans une population donnée, à une période donnée, pour un objectif donné. L'échelle ne sera donc valide que dans le même contexte.

2.2. Fiabilité :

Une échelle est fiable si elle donne des résultats comparables dans des situations comparables [30]. Une échelle est valide si elle mesure bien ce qu'elle est destinée à mesurer ; la validité sera testée par rapport à une référence si elle existe ou à l'aide de techniques psychométriques complexes. Une échelle est sensible au changement si elle a la capacité à détecter une modification de QdV chez un sujet à des moments différents de l'évolution de sa maladie ou sous l'influence d'un traitement [31].

2.3. Adaptation culturelle :

Le concept de QdV est fortement dépendant du contexte culturel et la simple traduction d'un questionnaire de QdV est totalement insuffisante. En effet l'instrument doit posséder le même mode d'administration dans les différentes langues mais d'un point de vue visuel ou syntaxique il sera plus ou moins bien accepté culturellement ou linguistiquement [32].

Pour qu'un instrument soit transculturel il faut qu'il y ait un consensus minimum entre la perception de la santé, l'économie de la santé, la culture médicale et l'importance de la santé dans le public dans ces différentes cultures. Le processus d'adaptation nécessite une traduction avec évaluation conceptuelle et linguistique, une contre-traduction, une comparaison des versions obtenues, une analyse des propriétés psychométriques du nouvel instrument obtenu. Toutes ces contraintes rendent peut-être illusoire la construction d'un instrument universel.

3. Méthodologie de traduction et de validation des scores de la qualité de vie

La traduction des auto-questionnaires implique le passage d'un univers source abritant un langage, une culture et un espace sémantique à un univers homogène et différent.

Le but de la traduction des tests est d'obtenir 2 versions : une version source et une version cible équivalente et ceci en recourant à une traduction dite symétrique.

Celle -ci implique une adaptation du test à l'univers cible.

Plusieurs méthodes d'adaptation transculturelle ont été proposées, pour les deux questionnaires DLQI et Skindex 16, ils ont suivi les étapes de traduction et d'adaptation transculturelle recommandée par Beaton et al [21].

3.1. Les étapes de la traduction et de l'adaptation transculturelle des instruments de mesure de qualité de vie

a. La traduction directe :

Elle consiste à reproduire 2 à 3 versions de la langue source à la langue cible. Il est souhaitable que chaque version soit fournie par une équipe plutôt que d'une façon individuelle. Ceci permet la détection des erreurs et des interprétations divergentes des items ambigus de la

version originelle. Si la traduction est faite dans un dialecte, les traducteurs doivent bien connaître la langue source et la langue cible et être capable d'utiliser la syntaxe régionale et les idiomes locaux [33].

b. La synthèse des deux traductions :

Les 2 traductions obtenues ont été par la suite critiquées et évaluées par un groupe d'experts. Le but est d'avoir une traduction commune T1-2 à partir des traductions initiales T1 et T2. A l'issue de cette réunion, des modifications mineures de cette première version ont été effectuées et la version dialectale marocaine préliminaire a été produite.

c. La retro traduction :

Elle produit autant de rétro traductions que de traductions à partir de la version commune T1-2. Les retro traducteurs ne doivent pas figurer parmi les traducteurs. Ils doivent bien connaître les expressions idiomatiques et familières de la langue source et ne doivent pas regarder la version originale des indices traduits [21]. Le trajet langue source à langue cible puis langue cible à langue source permet de conserver les nuances sémantique, de dépister par ampliation les erreurs commises au cours de la traduction et de mettre en évidence les ambiguïtés de formulation de la version source.

d. Le comité d'experts :

C'est une démarche indispensable. De la qualité du comité va dépendre celle de la traduction finale [21]. Il doit être multidisciplinaire et rassembler des experts bilingues. Il comprend au maximum des méthodologistes, des professionnels dans des domaines de la santé, de la langue, les traducteurs et les retro traducteurs. Le comité utilisera des techniques structurées pour résoudre les discordances et vérifier l'équivalence des versions source et cible. Il pourra demander la répétition du processus de traduction-retro traduction, une modification de format des consignes de passation, la modification ou l'élimination des items inadéquats ou ambigus et la création des substituts culturels plus adéquats. Les experts doivent vérifier la règle de l'équivalence transculturelle de la version source et cible en tenant compte des différentes

formes d'équivalence : sémantique, idiomatique, conceptuelle et liée à l'expérience. C'est-à-dire qu'il soit possible de produire les mêmes inférences à partir de la version traduite qu'avec l'instrument originel. La correspondance entre les mots (équivalence sémantique) est difficilement réalisable d'une culture à l'autre compte tenu du vocabulaire et de la grammaire propre à chaque langue. Certaines expressions traduites littéralement n'ont pas de sens dans une autre culture et des expressions propres à la culture ciblée et conservant le sens des items doivent être trouvées (équivalence des expressions). Certaines situations qui sont évoquées dans la culture de l'instrument d'origine peuvent ne pas correspondre à la réalité dans une autre culture, ces items devront être remplacés par d'autres situations appropriées à cette culture tout en préservant l'objectif et le sens visé par ces items (équivalence expérientielle).

Enfin, le même exercice doit être appliqué pour certains concepts, qui traduits littéralement, ne permettent pas la même représentation d'une culture à l'autre (équivalence conceptuelle).

Pour cela il faut avoir recours à une comparaison des versions source et cible par des sujets bilingues et une comparaison des versions source et rétro traduite par des monolingue.

e. Le pré-test :

Il permet l'évaluation de la version pré finale. Un échantillon de sujet parlant la langue cible répond à chaque item de la version cible et est interrogé sur la signification de l'item et sur le sens de sa réponse.

Les pré-tests seront répétés dans des conditions de l'étude jusqu'à l'obtention d'une équivalence satisfaisante entre version source et cible.

L'estimation de la QdV d'un malade par un médecin ou autre intervenant risque d'être erronée ou influencée par les différences de conception de chacun concernant une bonne QdV [34]. Voilà pourquoi les malades doivent idéalement répondre eux-mêmes aux diverses questions concernant leur QdV.

f. La version finale :

Elle représente la version finalisée fournie par le comité d'expert à la suite des pré-tests.

A partir de la version finale se fait l'étude des propriétés psychométrique de l'instrument de mesure traduit et adapté.

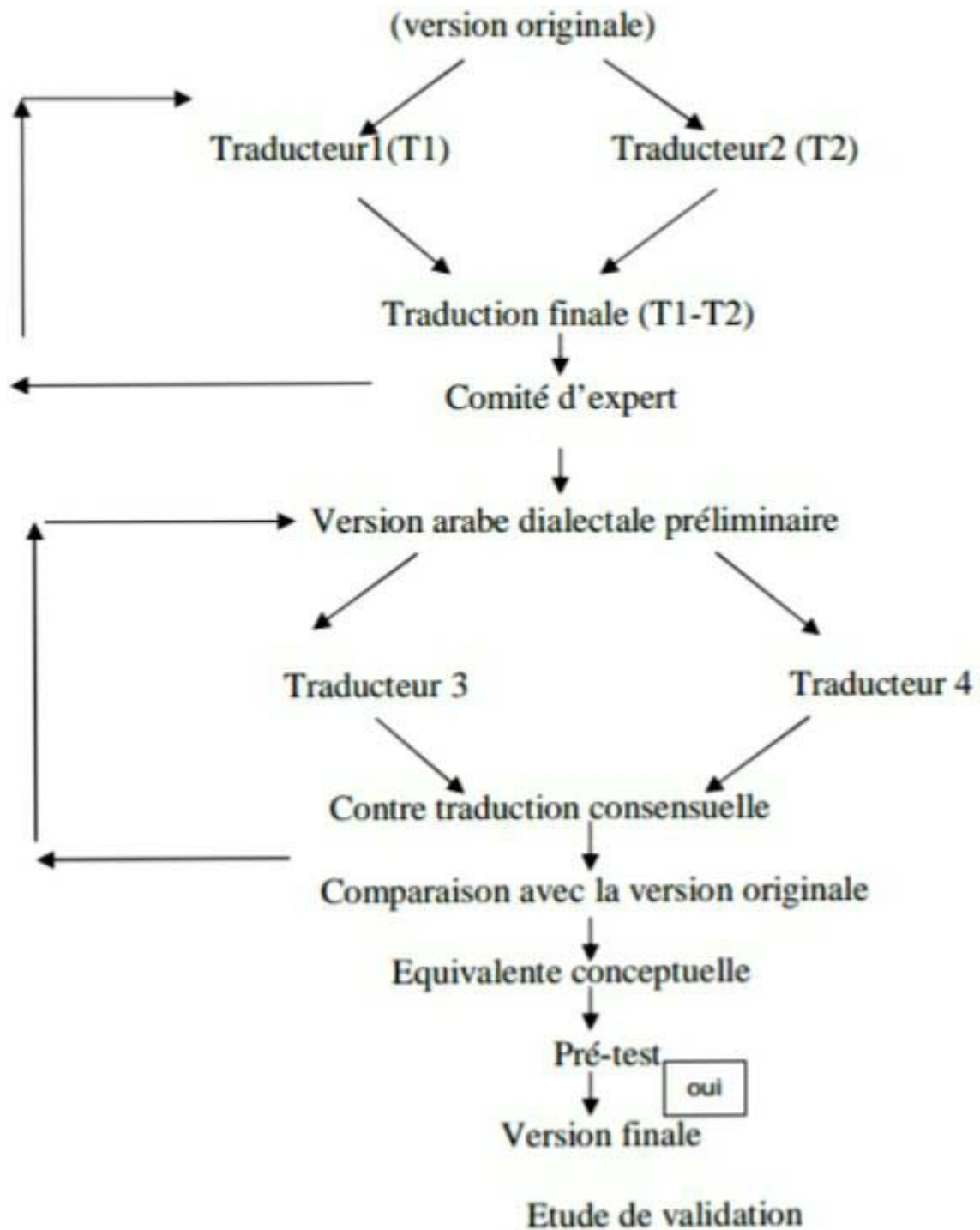


Figure 21 : Graphique représentant les différentes étapes de l'adaptation transculturelle recommandées.

3.2. La validation de la version traduite :

Quel que soit le soin avec lequel ont été réalisées les différentes étapes de la traduction et de l'adaptation culturelle d'un instrument, il est absolument nécessaire de toujours vérifier empiriquement et a posteriori les propriétés psychométriques de l'instrument résultant dans le contexte où il est prévu de l'utiliser.

La validation de l'échelle traduite représente l'ensemble du processus visant à démontrer que l'échelle est fiable et valide [35].

❖ **La fiabilité :**

La fiabilité d'un outil est sa capacité à donner les mêmes résultats si on mesure plusieurs fois le même phénomène. Un outil est fiable s'il donne des résultats comparables dans des situations comparables. On distingue deux niveaux de fiabilité :

➤ **Fiabilité interne (cohérence et homogénéité) :**

La fiabilité interne d'un test concerne sa capacité à mesurer un construit de manière cohérente. Le questionnaire ou les dimensions sont homogènes si les items qui les composent mesurent le même concept. En pratique, l'homogénéité est estimée par le coefficient alpha de Cronbach. Celui-ci calcule de manière synthétique la moyenne des corrélations des réponses aux différentes questions mesurant une même dimension. Ce coefficient varie de 0 à 1. L'American Psychological Association considère un questionnaire comme homogène quand le coefficient alpha est supérieur à 0,7. Au dessus de 0,9, on peut suspecter qu'il y a redondance.

➤ **Stabilité ou reproductibilité :**

C'est la capacité de l'échelle à fournir les mêmes résultats si elle est administrée dans des conditions semblables. Un outil de mesure est stable lorsque ses résultats ne sont pas sujets à des sources de variabilité externe. Parmi les sources de variation, il y a la variabilité entre observateur, la variabilité intraobservateur, l'effet du temps, et l'effet des conditions d'utilisation de l'outil.

L'évaluation de la stabilité consiste à appliquer l'outil de manière répétée, dans différentes circonstances qui seraient des sources potentielles de variabilité et d'estimer la concordance des résultats entre les différentes mesures.

En pratique, seules les variabilités inter et intra-observateurs sont utilisées.

L'étude de la stabilité consiste alors dans l'utilisation répétée de l'outil chez le même observateur (test/retest) et la répétition de la mesure par plusieurs observateurs (variabilité inter observateur) [36].

C'est-à-dire l'administration du questionnaire a été effectuée par le même investigateur à deux semaines d'intervalle au maximum et par un autre investigateur le même jour de la première administration.

4. Le psoriasis et le vitiligo :

Le choix de ces deux affections cliniques dans cette étude est motivé par l'importance de retentissement psycho-social de ces affections et l'altération de la qualité de vie.

Plusieurs études réalisées concernent le psoriasis et le vitiligo montrent l'impact sévère que ces dermatoses peuvent induire sur tous les aspects de la vie des sujets atteints.

Tous les aspects de vie : aspects psycho-sociaux, financiers, familiaux, professionnels, vie sexuelle sont très significativement affectés. L'évaluation de la qualité de vie chez ces patients est donc une étape fondamentale de la prise en charge de ces derniers. [37], [38], [39], [40].

II. Analyses critiques des questionnaires :

1. DLQI :

1.1. Analyse du processus de traduction et de validation du DLQI en dialecte marocain :

a. Traduction directe :

La version dialectale marocaine était traduite par deux traducteurs et non pas par deux équipes, ceci augmente la possibilité de commettre des erreurs et des interprétations divergentes des items ambigus de la version originale.

b. La synthèse des deux traductions :

Une discussion a eu lieu sur les spécificités de la traduction sur la base des deux versions par deux traducteurs, et une seule version préliminaire a été créée.

Ce pendant au niveau de la méthodologie de traduction (méthode recommandée par Beaton et al [21]), les étapes de traduction/retro traduction doivent être effectuées par deux groupes et non pas par deux personnes pour enrichir la discussion et faire des modifications.

c. Rétro traduction :

En général cette étape a été respectée et deux retro traducteurs ne figurent pas parmi les traducteurs, mais toujours reste le problème de compter sur deux personnes et non pas sur deux équipes.

d. Comité d'experts :

Dans les normes, le comité doit être multidisciplinaire et rassemble des experts bilingues.

Le comité comprend des méthodologistes, des professionnels dans des domaines de la santé, de la langue, les traducteurs et les retro traducteurs, cependant cette composition n'a pas été respectée.

e. Pré-test :

Pour les malades qui sont analphabètes ou ont un niveau faible d'éducation, le questionnaire était administré par l'enquêteur et cela peut influencer les résultats.

En plus il y'a un manque de répétition du pré-test.

f. La validation de la version traduite :

Cette étape a été bien respectée selon les recommandations de Beathon et al :

f.1. Fiabilité :

- Fiabilité interne (cohérence et homogénéité) :

La fiabilité de la cohérence interne est la mesure dans laquelle les éléments sont liés. La cohérence interne a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach.

Au cours l'étude le coefficient alpha était élevé (>0.70) [41,42]

- La fiabilité test-retest (intraobservateur)

L'administration en série d'une mesure par le même enquêteur. Il a été déterminé dans chaque échelle par interviewer 68 patients hospitalisés à deux reprises séparés par l'intervalle de cinq jours, a été choisi afin de maintenir le statut sanitaire entre les deux administrations. La fiabilité test-retest a été évaluée à l'aide d'un coefficient de corrélation Intraclasse (CCI). Un CCI supérieur à 0,70 est considéré comme acceptable. [43]

- Fiabilité inter-observateurs :

Dans l'étude, la mesure d'accord entre deux enquêteurs différents ayant administré le questionnaire DLQI le même jour a été faite par le calcul de CCI, sauf que dans ce cas, les données utilisées sont les résultats fournis par deux enquêteurs différents.

f.2. Validité :

La validité structurelle est définie comme la capacité de DLQI à distinguer entre les groupes qu'ils devraient théoriquement être différents [44] et évaluer, préciser et vérifier les

différences hypothétiques en ce qui concerne les formes cliniques de psoriasis et la gravité de la maladie [45].

Dans cette étude, cette démarche a été respectée.

1.2. L'analyse des résultats des questionnaires de notre étude :

La corrélation globale est satisfaisante ; 89% des patients de la population étudiée qui ont répondu par même réponse que se soit la version du questionnaire DLQI en dialecte marocain ou en français, ceci est expliqué par le fait que ce questionnaire présente une universalité acceptable.

11% de différence peut être expliqué par la spécificité culturelle et linguistique.

Ce pendant, on note une grande divergence au niveau des réponses des questions deux (incohérence de 27%) et trois (incohérence de 33%) :

Question deux : قداش كنتى مقلق ولا حسيتى الراسك بالمشاكل ديال الجلد دياالك؟

Cette question pose un problème de compréhension, en effet la deuxième partie de la question * حسيتى الراسك بالمشاكل ديال الجلد دياالك * n'a aucun sens et au cours de remplissage des questionnaires plus que la moitié des patients ne l'ont pas compris clairement et ils ont demandé des explications, ceci due à la traduction mot par mot de la version originale « Over the last week, how embarrassed or self conscious have you been because of your skin ».

Question trois : قداش تدخلات ليك المشاكل ديال الجلد دياالك فى التقدية و لا فالشغال الدار؟

La version dialectale marocaine a limité le champ des activités en des activités telles *التقدية و شغال الدار* qui concerne chez nous plus les femmes que les hommes et les adolescents.

Au contraire, au niveau de la version française il y'a le mot "courses" ce qui a donné aux patients un large choix.

C'est pourquoi on note une discordance entre les réponses en dialecte marocain et en français.

L'analyse des réponses dans la version dialectale marocaine a montré que le taux le plus important des patients de la population étudiée qui ont répondu par la réponse " Non concerné" concerne deux questions, la question quatre (78% des patients de la population étudiée qui ont répondu par " Non concerné") et la question neuf (33% des patients de la population étudiée qui ont répondu par "Non concerné").

قداش اثرات ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على الحوايج اللي كتلبس؟

Dans notre culture, la majorité des femmes sont voilées et les gens en général portent des vêtements larges et couverts.

En effet ce n'est pas la maladie qui influence le choix des vêtements, c'est plutôt une question de culture, habitude et religion.

قداش دارت ليك الجلدة ديالك مشاكل في العلاقات الجنسية ديالك؟

La vie intime ou sexuelle chez nous les marocains est un tabou pour lequel la réponse de cette question ne reflète pas la réalité surtout chez la patients qui ne sont pas mariés et qui représentent 35% des patients de la population étudiée dans notre étude.

Pour les questions :

قداش اثرات ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على علاقتك مع الناس ولا على الهوايات ديالك؟

قداش دارت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك مشاكل في الرياضة؟

قداش دار ليك الدوا ديال الجلد ديالك مشاكل في حياتك؟

مثلا شحال من مرة خليتي دارك مرونة ولا ضيع ليك وقتك؟

Un taux important des patients de la population étudiée qui ont répondu au questionnaire dans la version dialectale marocaine par 0 (68% des patients pour la question cinq, 64% des patients pour la question six et 56% des patients pour la question dix), ça veut dire que la lésion dermatologique n'a pas d'effets sur ces activités.

Et un pourcentage de 16% pour les questions six et dix, et 11% pour la question cinq des patients qui ont répondu par la réponse * حتى علاقة بالموضوع *

Ceci due à notre culture et notre habitude, car la pratique du sport est occasionnelle chez une minorité des marocains ainsi que les loisirs, c'est pourquoi automatiquement ces lésions ne sont pas des indicateurs qui vont influencer ces pratiques.

Ce qui concerne la première partie de la question dix

شغال من مرة خليتي دارك مرونة؟, vue que chez la plupart des familles marocaines c'est la femme qui occupe tout ce qui concerne le ménage de la maison.

Donc cela explique le fait que la majorité des patients trouvent que l'utilisation du traitement n'a aucun effet sur cette activité, ou ne sont pas concernés par cette proposition.

En conclusion, on note que le processus de traduction du DLQI n'a pas été respecté en totalité surtout au niveau des étapes de la traduction, retro traduction et le comité d'experts.

Ceci peut expliquer certaines ambiguïtés et divergences de certaines questions (les questions : deux et trois), d'autres questions ne sont pas adaptées à notre contexte culturel et religieux (les questions : quatre, cinq, six, neuf et dix).

Quant aux résultats de notre étude, on note une incompréhension des items au niveau de la version dialectale marocaine à cause de la traduction mot par mot, ou à cause de limitation de champs des activités. En plus il y'a un manque d'adaptation culturelle et religieuse ce qui rend les questions inutiles et cela influence la mesure de la qualité de vie chez nos patients.

2. SKINDEX 16 :

2.1. Analyse du processus de traduction et de validation en dialectal marocain :

a. Traduction Directe:

Le Skindex-16 a été traduit en dialecte marocain par deux traducteurs, et non pas par deux équipes, cela augmente le risque des erreurs.

b. Synthèse de deux traductions :

Une seule version préliminaire résulte d'une réunion entre deux traducteurs à partir des deux traductions initiales T1 et T2.

Le manque de plusieurs traducteurs qui forment deux équipes augmente le risque d'avoir des erreurs.

c. Rétro-traduction :

Pendant cette étape les deux rétro traducteurs sont bien choisis, ils ont une bonne connaissance de l'anglais et qui n'étaient pas familiers avec le skindex 16, ce pendant il y'a toujours le problème d'exclusion de l'équipe.

d. Comité d'experts :

Les composants du comité sont bien respectés ; il y'a des dermatologues, des épidémiologistes et chercheurs médicaux plus des traducteurs et rétro traducteurs.

e. Pré-test :

La version finale en arabe marocain a été administrée à 120 patients atteints de psoriasis consultants au centre de diagnostic de CHU de Fès [9]. Les mêmes questionnaires ont été ré-administré après cinq à sept jours et en parallèle les enquêteurs ont enregistré les commentaires, les doutes et les suggestions proposées par les malades.

Cependant, le problème des analphabètes est toujours présent ce qui oblige l'administration des questionnaires par des enquêteurs.

f. La validation de la version traduite :

Cette étape a été bien respectée selon les recommandations de Beathon et al:

f.1. Fiabilité :

La fiabilité a été estimée en mesurant la fiabilité inter-observateur et la fiabilité test-retest du questionnaire et La cohérence interne.

Fiabilité interne (cohérence et homogénéité) :

Les versions arabes des questionnaires Skindex-16 ont été évaluées pour les échelles du questionnaire à plusieurs items utilisant le coefficient alpha de Cronbach. La cohérence interne de $> 0,70$. [41]

Fiabilité test-retest (intraobservateur) et la Fiabilité inter-observateurs recherchées étaient estimée en calculant la ICC (coefficient de corrélation Intraclass) pour chacune des composantes du score du Skindex-16 (>0.70) [43]

f.2. Validité :

Les auteurs ont utilisé l'analyse d'échelle multi traits pour examiner l'étendue à laquelle les éléments du questionnaire pourraient être combinés en les échelles multiéléments hypothétiques. Cette analyse était fondée sur un examen des corrélations à l'échelle des items pour la convergence des items et la discrimination par article [46].

La preuve de la convergence des postes est définie comme une corrélation de 0,40 ou plus entre un article et sa propre échelle.

2.2. L'analyse des résultats des questionnaires de notre étude :

La corrélation globale est fortement satisfaisante ; 98% des patients de la population étudiée qui ont répondu par même réponse que se soit la version du questionnaire Skindex 16 en dialecte marocain ou en français, et seulement 2% des patients de population étudiée qui ont répondu par des réponses différentes entre les deux versions dialectale marocaine et française.

Cependant, on note une divergence au niveau des réponses des deux questions ;

Question quatre : فالأسبوع اللي فات شحال من مرة تبرزطى بسباب الطياب ديال جلدك

Un grand nombre de patient ne comprend pas clairement le mot *الطياب* et ils ont demandé des explications au cours de remplissage des questionnaires.

Question quatorze اللي فات شحال من مرة تبرزطى بسباب الحالة ديال جلدك

اللي كتصعب عليك تبين للناس المعزة ديالك (الحب ديالك)

La reconnaissance d'amour entre les gens ne fait pas parti de la coutume marocaine. Ainsi le lien entre la pathologie et ce comportement ne peut pas être établi.

En conclusion, au niveau de la traduction du questionnaire skindex 16 en dialectal marocain le groupe a respecté les modalités et les étapes de la traduction ainsi que sa validation ce qui rend ce questionnaire homogène et fiable, à part la limitation de nombre de traducteurs et retro traducteurs.

Quant aux résultats de notre étude on note une cohérence élevée au niveau global entre les deux versions dialectale marocaine et française. et on note ce pendant, une ambiguïté au niveau de la question quatre ; vue la difficulté de la traduction du mot *irritated* en dialecte marocain.

Pour la question quatre n'est pas adaptée à notre contexte socioculturel.

III. Limites des questionnaires DLQI et SKINDEX 16 :

En plus des critiques élaborées, en analysant les processus de traduction et de validation des questionnaires DLQI et Skindex 16 et les résultats des questionnaires de notre étude, certaines limites de l'utilisation des questionnaires dans notre contexte sont communes entre eux :

- Les questionnaires DLQI et Skindex 16 se sont Des auto-questionnaires, mais le problème c'est que le taux d'analphabétisme au Maroc est très élevé ce qui a donné lieu à une administration du questionnaire par le même enquêteur et cela peut introduire un biais au niveau des résultats.
- Le dialecte marocain est varié en fonction des régions, par exemple et comme une expérience, on a administré les deux questionnaires DLQI et SKINDEX 16 en dialecte marocain à un échantillon de nordistes. Certains mots sont incompréhensibles comme :
 - **DLQI :**
 - Q1 : تشكان؛ القريص؛
 - Q3 : التقدية؛ السخرة؛
 - **Skindex 16:**
 - Q2 : كيدكك ؛ كيشكك
 - Q3 : كيضرك؛ كيحرقك، كيشوطك : Q3
 - Q4 : طايب ؛ مهري
 - Q10 : فاقساك؛ مقنطاك



CONCLUSION



*L*a qualité de vie est un paramètre d'état de santé essentiel particulièrement en dermatologie puisque les autres paramètres tels que l'handicap, et mortalité n'en font pas ressortir la gravité, avec un développement de nombreux instruments de mesure de cette QdV.

*L'*adaptation et la validation transculturelles des instruments de mesure de QdV constituent donc un enjeu central dans le champ de la mesure de la QdV.

*L*a correspondance entre les mots est difficilement réalisable d'une culture à l'autre, il faut compte tenir du vocabulaire et de la grammaire propre à chaque langue car certains expressions traduits littéralement n'ont pas de sens dans une autre culture, et des expressions propres à la culture ciblée conservant le sens original doivent être trouvées.

*C*ertaines situations qui sont évoquées dans la culture de l'instrument d'origine peuvent ne pas être transposables à une autre culture, elles devront être remplacées par d'autres situations appropriées à cette culture tout en préservant l'objectif et le sens de la question.

*A*insi, et à travers, cette étude et pour pallier aux insuffisances citées dans les questionnaires utilisés, nous recommandons de modifier les questions qui ne sont pas clairement compréhensibles ou ne sont pas bien adaptées à notre contexte socioculturel, ou d'élaborer notre propre questionnaire, et de former des équipes multidisciplinaires (linguistiques, sociologues, psychologues, méthodologistes, dermatologues, associations des malades, professionnels de santé) pour faire une évaluation et des réflexions dans ce sens.



ANNEXES



Qualité de vie en dermatologie : Fiche d'exploitation

Identité :

Nom.....

Age

Sexe : F H

Niveau socio-économique : Bas Moyen Elevé

Niveau d'instruction : Aucun Primaire secondaire Supérieur

Habitat : Rural Urbain

Statut matrimonial : Célibataire Marié(e) veuf(Ve) divorcé(e)

Profession :.....

Couverture médicale : mutualiste Ramediste Néant

Antécédent :

Personnels :

Médicaux : Chirurgicaux

:

Toxique :

Allergique :

Familiaux :.....

Cas similaire dans la famille :.....

Type de lésions :

Psoriasis :

Vitiligo :

Durée d'évolution de la maladie :

Traitement : Oui : Non :

Questionnaire DLQI en Français :

Au cours des 7 derniers jours, ...	0/ Pas du tout	1/ Un peu	2/Beaucoup	3/Enormément	4/Non concerné
1/ Votre peau vous a-t-elle démangé(e)/gratté(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?					
2/ Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?					
3/ Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire vos courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?					
4/ Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?					
5/ Votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?					
6/ Avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?					
7/ votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ? Si la réponse est « non » : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?					
8/ Votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?					
9/ Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?					
10/ Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?					

Veillez vérifier que vous avez répondu à chaque question, Merci

Interprétation :

Signification des scores :

- * 0-1= aucun effet sur la vie du patient.
- * 2-5 = faible effet sur la vie du patient.
- * 6-10 = effet modéré sur la vie du patient.
- * 11-20 = effet important sur la vie du patient.
- * 21-30 = effet extrêmement important sur la vie du patient.

DLQI المقياس الجلدي لجودة الحياة بالدرجة المغربية :

4/ حتى علاقة بالموضوع	3/ كثير بزاف	2/ بزاف	1/ قليل	0 / والو بالمرة	في السمانة اللي فاتت
					1 / قداش جاتك الحكة ولا الحريق ولا القريص ولا كانت حساسة الجلد ديالك؟
					2/ قداش كنتي مقلق ولا حسيتي الراسك بالمشاكل ديال الجلد ديالك؟
					3/ قداش تدخلت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك في التقدية ولا فالشغال الدار؟
					4/ قداش اترت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على الحوايج اللي كتلبس؟
					5 / قداش اترت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على علاقتك مع الناس ولا على الهويات ديالك؟
					6 / قداش دارت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك مشاكل فالرياضة؟
					7 / واش ما خللكش المشاكل ديال الجلد ديالك تخدم ولا تقرا؟ إلى ما خللكش، قداش خلقات ليك الجلدة ديالك مشاكل فالخدمة ولا مع صحابك لقراب ولا مع عائلتك؟
					8 / قداش جببات ليك الجلدة ديالك المشاكل مع راجلك/مراتك ولا مع صحابك لقراب ولا مع عائلتك؟
					9 / قداش دارت ليك الجلدة ديالك مشاكل فالعلاقات الجنسية ديالك؟
					10 / قداش دار ليك الدوا ديال الجلد ديالك مشاكل فحياتك؟ مثلا: شحال من مرة خلتي دارك مرونة ولا ضيع ليك وقتك؟

عفاك تأكد بيلا جاوبني ي على كولشي. شكر ا

Questionnaire Skindex 16 en Français :

<i>Avec quelle fréquence, au cours des 7 derniers jours les phrases suivantes s'appliquent-elles à votre cas ?</i>	0	1	2	3	4
1/ ma peau me démange					
2/mon problème de peau me cause des sensations de brulures ou de picotements					
3/ma peau me fait mal					
4/ma peau est irritée					
5/j'ai peur que mon problème de peau s'aggrave					
6/je crains que mon problème de peau soit grave					
7/je suis gêné(e) par mon problème de peau					
8/je me sens frustré(e) à cause de mon problème de peau					
9/j'ai honte de mon problème de peau					
10/mon problème de peau me met en colère					
11/mon problème de peau me déprime					
12/mon problème de peau perturbe mes relations avec les autres					
13/mon problème de peau modifie mon désir d'être avec les gens					
14/l'état de ma peau rend les démonstrations d'affection difficiles					
15/mon problème de peau influence ma vie sociale					
16/j'ai du mal à travailler ou à avoir des activités à cause de mon problème de peau					

Interprétation :

Signification des scores :

- Un faible retentissement sur la qualité de vie : score de Skindex < 10.
- Un moyen retentissement sur la qualité de vie si le Skindex était entre 10 et 50.
- Un important retentissement sur la qualité de vie si le Skindex était > 50.

Skindex 16 المقياس الجلدي لجودة الحياة بالدرجة المغربية :

4	3	2	1	0	فالأسبوع التي فاتت شحال من مرة تبرزطي بسباب ؟
					1/ الحكة ديال الجلد
					2/ جلدك اللي كيحرقك ولا كيدك
					3/ جلدك اللي كيضرك
					4/ الطياب ديال جلدك
					5/ جلدك اللي مكيتحسنش/ كييرجع يمرض
					6/ الخوف ديالك على جلدك
					7/ كي كيبان جلدك
					8/ أنك مصدوم من الحالة جلدك
					9/ أنك محشماك الحالة ديال جلدك
					10/ أنك مضيقاك أو فاقسالك الحالة ديال جلدك/ طالع ليك الدم
					11/ أنك مأزماك الحالة ديال جلدك/ تنكستي بسباب الحالة ديال جلدك
					12/ أن الحالة ديال جلدك اثرات على التعامل ديالك مع الناس / مثلا العائلة أو الأصحاب
					13/ تأثير جلدك على الرغبة باش تكون مع الناس
					14/ أن الحالة ديال جلدك كتصعب عليك تبين للناس المعزة ديالك (الحب ديالك)
					15/ تأثير الحالة ديال جلدك على نشاطاتك اليومية (الخدمة-القراية-شغال الدار)
					16/ الحالة ديال جلدك اللي كتصعب عليك تخدم أولا تنشط



RESUMES



Résumé

La qualité de vie (QdV) est devenue actuellement un challenge au cours de la prise en charge des pathologies dermatologiques, avec un développement de nombreux instruments de mesure de cette QdV.

L'adaptation et la validation transculturelle de ces instruments de mesure de QdV constituent donc un enjeu central dans le champ de la mesure de la QdV.

Le but de notre étude est de faire une analyse critique des questionnaires de qualité de vie utilisés en dermatologie particulièrement le DLQI et le Skindex 16.

Cette étude a été réalisée sur deux étapes :

Une étape d'analyse du processus de traduction et de validation de ces deux questionnaires en dialecte marocain en se basant sur la version originale (anglaise).

Une deuxième étape d'analyse des résultats de ces deux questionnaires administrés aux patients souffrants de psoriasis et de vitiligo suivis en consultation au service de dermatologie du CHU Mohamed VI de Marrakech et de CHR de Beni Mellal dans les deux versions ; française et dialectale marocaine, durant une période d'un an.

Nous avons colligé 100 patients atteints de psoriasis (65%) et de vitiligo (35%). L'âge moyen de nos patients était de 40 ans avec une prédominance féminine dans 57% des cas. 41% des patients avaient un niveau primaire (les analphabètes ont été exclus de notre étude afin de favoriser un auto remplissage des questionnaires). 65% des patients avaient un niveau socio économique moyen. 78% de nos malades étaient d'origine urbaine avec 75% issus de la région de Marrakech.

L'étude de la cohérence entre les versions dialectale marocaine et française du score global d'échelle DLQI a montré une cohérence chez 89% de nos malades alors que 11% d'entre eux avaient un score global différent entre les deux versions.

L'étude de la cohérence entre les versions dialectale marocaine et française du score global d'échelle Skindex 16 a montré une cohérence chez 98% de nos malades alors que 2% d'entre eux avaient un score global différent entre les deux versions.

Parmi les 100 patients, 78 patients qui ont répondu "non concerné" pour la question quatre de l'échelle DLQI soit 78% de la population étudiée, alors que 68 patients qui ont répondu "pas du tout" à la question cinq de l'échelle DLQI soit 68% de la population étudiée.

Le processus de traduction et de validation des questionnaires DLQI et Skindex 16 en général a été respecté selon les recommandations de Beathon et al, à part la limitation du nombre de traducteurs et retro traducteurs et le manque de certains composants du comité d'experts surtout pour le DLQI, ce qui peut expliquer l'ambiguïté et la divergence de certaines questions et la non adaptation des autres questions avec notre contexte socioculturel et religieux. Ceci a été confirmé par l'analyse des résultats de ces deux questionnaires, ce qui montre une incompréhension de certaines questions à cause de la traduction mot par mot de la version originale à la version dialectale marocaine et la non adaptation de certaines questions avec notre contexte socioculturel.

Abstract

Quality of life (QoL) has become nowadays a challenge during the management of dermatological pathologies, with a development of numerous instruments for measuring this quality of life.

Cross-cultural adaptation and validation of QoL measurement instruments are therefore a central issue in the field.

The purpose of our work is to analyze QoL questionnaires used in dermatology, including DLQI and Skindex 16.

This study was carried out in two stages:

First, the analysis of the translation process and validation of these two questionnaires in Moroccan dialect based on the original version (English).

And then, the analysis of the results of both administered questionnaires to patients suffering from psoriasis and vitiligo followed in consultation with the dermatology department CHU Mohamed VI of Marrakech and CHR of Beni Mellal in both versions; French and Moroccan dialect, for a period of one year.

We collected 100 patients suffering from psoriasis (65%) and vitiligo (35%). The average age of our patients was 40 years with female predominance in 57%. 41% of the patients had completed at the least the primary school (illiterate people have been excluded from our study to encourage self filling of questionnaires). 65% of patients had an average socio-economic level. 78% were of urban origin with 75% coming from the region of Marrakech.

The study of the consistency between the French and Moroccan dialectal versions of the global scale score DLQI showed consistency in 89% of our patients while 11% of them had a different overall score between the two versions.

The study of the consistency between the French and Moroccan dialectal versions of the global scale score Skindex 16 showed consistency in 98% of our patients while 2% of them had a different overall score between the two versions.

Among the 100 patients, 78 patients who answered "not concerned" for question four of the DLQI scale or 78% of the population studied, so 68 patients who answered "not at all" to question five of the DLQI scale or 68% of the study population.

The process of translation and validation of the DLQI and Skindex 16 questionnaires in general was followed according to the recommendations of Beathon et al, Apart from the limitation of the number of translators and retro translators and the lack of certain components of the expert committee especially for the DLQI, and this may explain the ambiguity and divergence of some issues and non-adaptation of other issues with our socio-cultural and religious context. This was confirmed by the analysis of the results of these two questionnaires, which shows a lack of understanding because of the word-by-word translation from the original version to the Moroccan dialectal version, and non-adaptation of other issues with our socio-cultural.

ملخص

أصبحت جودة الحياة تمثل تحديًا أثناء علاج أمراض الجلد حيث تم تطوير العديد من أدوات قياس جودة الحياة.

يعد التكيف بين الثقافات والتحقق من صحة أدوات قياس جودة الحياة مسألة أساسية في مجال قياس جودة الحياة.

يهدف عملنا إلى تحليل استبيانات جودة الحياة المستخدمة في الأمراض الجلدية بالأخص مقياس DLQI و مقياس Skindex 16.

أجريت هذه الدراسة على مرحلتين:

في خطوة أولى، قمنا بتحليل عملية الترجمة والتحقق من صحة هذين الاستبيانين بالدارجة المغربية بناءً على النسخة الأصلية (الإنجليزية).

وفي الخطوة الثانية، قمنا بتحليل نتائج هذين الاستبيانين اللذين تم إعطاؤهما للمرضى

الذين يعانون من الصدفية والبهاق الذين تم تتبعهم في قسم الأمراض الجلدية في المستشفى الجامعي محمد السادس في مراكش و في المستشفى الجهوي لبني ملال، في كل من النسختين؛ الفرنسية والدارجة المغربية، لمدة سنة واحدة.

استعنا بمائة مريض يعانون من الصدفية والبهاق، 65% منهم يعانون من الصدفية. متوسط

عمر مرضانا هو 40 سنة مع غالبية الإناث بنسبة 57% من عينة الدراسة. 41% من المرضى

لديهم مستوى ابتدائي (تم استبعاد الأميين لتشجيع ملء الاستبيانات بطريقة ذاتية). 65% من

المرضى لديهم مستوى اجتماعي واقتصادي متوسط. 78% من أصل حضري ومعظم مرضانا

ينحدرون من منطقة مراكش، أي 75% من السكان الذين شملتهم الدراسة.

أظهرت دراسة التوافق، بين نسختي الدارجة المغربية والفرنسية للنتيجة الكلية لمقياس DLQI، توافقاً بنسبة 89% عند مرضانا، في حين أن 11% منهم حصلوا على درجة إجمالية مختلفة بين النسختين.

أظهرت دراسة التوافق، بين نسختي الدارجة المغربية والفرنسية للنتيجة الكلية لمقياس Skindex 16، توافقاً بنسبة 98% عند مرضانا، في حين أن 2% منهم حصلوا على درجة إجمالية مختلفة بين النسختين.

من بين 100 مريض، 78 مريضاً أجابوا " لا علاقة بالموضوع" عن السؤال الرابع من المقياس DLQI أي 78% من السكان الذين شملتهم الدراسة، و 68 مريضاً أجابوا "ولو بالمرّة" على السؤال الخامس من المقياس DLQI أي 68% من السكان الذين شملتهم الدراسة.

تم احترام عملية ترجمة المقياسين DLQI و Skindex 16 بشكل عام وفقاً لتوصيات Beathon et al، بصرف النظر عن الحد من عدد المترجمين والمترجمين التحريريين والافتقار إلى بعض مكونات لجنة الخبراء وخاصة بالنسبة إلى مقياس DLQI، وهذا يمكن أن يفسر الغموض والتباعد في بعض الأسئلة وغيرها من الأسئلة التي لا تتكيف مع سياقنا الاجتماعي والثقافي والديني. وقد تم تأكيد ذلك من خلال تحليل نتائج هذين الاستبيانين مما يدل على سوء فهم لبعض الأسئلة بسبب الترجمة الحرفية من النسخة الأصلية إلى النسخة الدارجة المغربية، و عدم تكيف بعض الأسئلة مع سياقنا الاجتماعي والثقافي والديني.



BIBLIOGRAPHIE



1. **OMS, editor.**
Organisation Mondiale de la Santé; Internet : <http://www.who.org>.
2. **C.Brousse, B.Boisaubert.**
La qualité de vie et ses mesures.
Rev Med interne 2007 ; 28 : 458-62.
3. **F.Bonnetain.**
Health related quality of life and endpoints in oncology.
Cancer/Radiothérapie 2010; 14: 515-8.
4. **J. Revuz**
Index de qualité de vie en dermatologie.
Ann Dermatol Venereol 2000 ; 127 : 257-258
5. **Gill TM, Feinstein AR.**
A critical appraisal of the quality of quality of life measurements.
JAMA 1994 ; 272 : 619-26
6. **Finlay AY.**
Quality of life measurement in dermatology : a practical guide.
Br J Dermatol 1997; 136: 305-14.
7. **Editorial.**
Quality of life and clinical trials.
Lancet 1995 ; 346 : 8966-12
8. **AY. Finlay, GK. Khan.**
Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use.
Clin Exp Dermatol 1994 ; 19: 210-6.
9. **Y. Hongbo, CL. Thomas, MA. Harrison, M. Sam Salek, AY. Finlay.**
Translating the science of quality of life into practice: what do DLQI scores mean?
J Invest Dermatol 2005; 125: 659-64.

10. **MM. Chren, RJ. Lasek, LM. Quinn, EN. Mostow ; SJ. Zyzanski.**
Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease : reliability, validity, and responsiveness.
J Invest Dermatol 1996 ; 107: 707-13.
11. **I. Khoudri, FZ. Lamchahab, M. Rmili, N. Ismaili, B. Hassam, R. Abuqal.**
Traduction, adaptation transculturelle et validation de la version arabe pour le Maroc du dermatology life quality index (DLQI).
Rev Epid Sant Publ 2009; 57: 3-59.
12. **Abdel-Hafez K, Mahran AM, Hofny ER, et al.**
The impact of acne vulgaris on the quality of life and psychologic status in patients from upper Egypt.
Int J Dermatol 2009; 48: 280-285.
13. **Belhadjali H, Amri M, Mecheri A, et al.**
Vitiligo and quality of life: a case-control study.
Ann Dermatol Venereol 2007; 134: 233-236.
14. **Al-Robaee AA.**
Assessment of quality of life in Saudi patients with vitiligo in a medical school in Qassim province, Saudi Arabia.
Saudi Med J 2007; 28:1414-1417.
15. **Basra MKA, Fenech R, Gatt RM, et al.**
The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results.
Br J Dermatol 2008; 159: 997-103
16. **DO. Diakité, S. El fakir, FZ. Mernissi, C. Nejjai.**
Adaptation transculturelle et validation du questionnaire Skindex 16 dans la version dialectale arabe Marocaine.
Rev Epid Sant Publ 2014 ; 62: 153.

17. **Fischer TW, Schmidt S, Strauss B, Elsner P.**
Hairdex: a tool forevaluation of disease-specific quality of life in patients with hairdiseases.
Hautarzt. 2001;52:219-227.
18. **AlGhamdi KM, AlShammari SA.**
Arabic version of Skindex-16: trans-lation and cultural adaptation, with assessment of reliability andvalidity.
Int J Dermatol. 2007;46:247-252.
19. **Higaki Y, Kawamoto K, Kamo T, Horikawa N, Kawashima M,Chren MM.**
The Japanese version of Skindex-16: a brief quality-of-lifemeasure for patients with skindiseases.
J Dermatol. 2002;29:693.
20. **Chua SL, Maurer Mulyowa GK, Chren MM.**
Evaluating the effect ofskin disease using a Runyankore-version of Skindex-16 in Mbarara,Uganda.
J Invest Dermatol. 2008;128:2554.
21. **Method Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB.**
Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures.
SPINE.2000;25 (24) : 3186-3191
22. **MM. Chren, RJ. Lasek, AP. Sahay, LP. Sands.**
Measurement Properties of Skindex- 16: A Brief Quality-of-Life Measure for Patients with Skin Diseases.
J Cutan Med Surg 2001; 105-110
23. **Guillemin F, Bombardier C, Beaton D.**
Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines.
J Clin Epidemiol. 1993;46:1417-1432.
24. **J.-J. GROB, M.-A RICHARD**
Instruments génériques et spécifiques pour la mesure de QdV en dermatologie.
Ann Dermatol Venerol 2000 ; 127 :2S9-2S12

25. **Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzanski SJ.**
Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases.
Arch Dermatol 1997; 133: 1433-40.
26. **Mc Kenna KE, Stern RS.**
The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort.
J Am Acad Dermatol 1997; 36: 388-94.
27. **Grob JJ, Auquier P, Martin S, Lançon C, Bonerandi JJ and the RED.**
Development and validation of a quality of life measurement for chronic skin disorders in French.
VQ Dermatol. Dermatology 1999; 199:213-22
28. **Ware JE, Sherbourne CD, Donald C.**
The MOS 36 Item short form health survey (SF36) I Conceptual framework and item selection.
Medical care 1992; 30: 473-83
29. **Guyatt G, Kirshner B, Jaeschke R.**
Measuring health status: what are the measurement properties?
J Clin Epidemiol 1992; 4: 1341-5.
30. **Coste J, Fermanian J, Venot A.**
Methodological and statistical problems in the construction of composite measurement scales. A survey of six medical and epidemiological journals.
Stat Med 1995; 14: 331-45.
31. **Guyatt G, Walter S, Norman G.**
Measuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments.
J Chron Dis 1987; 40: 171-8.
32. **P. Wolkenstein.**
Adaptation transculturelle des échelles de qualité de vie: une nécessité et une urgence pour les dermatologues.
Ann Dermatol Venerol 2000 ; 127 :2S23-2S24.

33. **Cotterill JA, Cunliffe WJ.**
Suicide in dermatological patients.
Br J Dermatol. 1997;137:246-250.
34. **Auquier et al .**
Approche théorique et méthodologique de la qualité de vie.
1997.
35. **Massoubre C,Lang F,Jaeger B,Pellet J.**
la traduction des questionnaires et des tests: techniques et problems.
Canadian Journal of Psychiatry .2002 ;47 :61-67.
36. **Streiner DL, Norman GR.**
Health measurement scales.
A practical guide to their.
37. **J.-P. ORTONNE.**
Psoriasis: évaluation de la qualité de vie.
Ann Dermatol Venerol 2000; 127:2S19-2S22.
38. **M. Corvest.**
Qualité de vie et psoriasis: le point de vue des maladies.
39. **Krueger G, Koo J, Lebwohl M et al.**
The impact of psoriasis on quality of life.
Arch Dermatol 1998; 137: 280-4.
40. **Ucuz L, Altunisik N, Sener S, Turkmen D, Akti KN, Marsak M, Colak C.**
Quality of life, Emotion Dysregulation, Attention Deficit and Psychiatric Comorbidity in children and Adolescent with Vitiligo.
Clin Exp Dermatol 2020
41. **Massoubre C, Lang F, Jaeger B, Pellet J.**
La traduction des questionnaires et des tests:techniques et problems.
Canadian J of Psychiatry .2002 ;47 :61-67

42. **Cronbach LJ.**
Coefficient alpha and the internal structure of tests.
Psychometrika 1951; 16: 297-334.
43. **Shrout PE, Fleiss JL.**
Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability.
Psychol Bull 1979; 86: 420-428.
44. **Hays RD, Anderson RT, Revicki DA.**
Assessing reliability and validity of measurement in clinical trials.
Quality of Life Assessment in Clinical Trials: Methods and Practice.
New York: Oxford University Press, 1998:169-182.
45. **Sampogna F, Tabolli S, Söderfeldt B, et al.**
IDIMultipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators:
measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the
SF-36. *Br J Dermatol* 2006; 154: 844-849.
46. **Hays RD, Hayashi T, Carson S, Ware JE.**
User's Guide for the Multitrait Analysis Program (MAP).
Santa Monica, CA: Rand Corporation, 1988

قسم الطب

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 يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

تحليل نقدي لاستبيانات جودة الحياة المستخدمة في الأمراض الجلدية

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/06/16

من طرف

الآنسة عزيزة زوزو

المزداة في 29 يناير 1994 بالفقيه بن صالح

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

تحليلات - جودة الحياة - مقياس DLQI - مقياس Skindex 16

اللجنة

الرئيس

م. أمين

السيد

أستاذ في علم الأوبئة السريرية

المشرف

س. أمال

السيد

أستاذ في طب أمراض الجلد

و. حكار

السيدة

أستاذة مبرزة في طب أمراض الجلد

الحكام

ف. منودي

السيدة

أستاذة مبرزة في طب الأمراض النفسية