



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

Année 2020

Thèse N° 216

## **Dermatoses faciales et Qualité de vie**

### **THÈSE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/11/2020

PAR

**Mme. OUMAIMA EL BELGHITI**

Née le 19 Août 1994 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

### **MOTS-CLÉS**

Dermatose faciale-Qualité de vie-DLQI-Visage

### **JURY**

**M. S. AMAL**

Professeur de Dermatologie et Vénérologie

**PRESIDENT**

**Mme. O. HOCAR**

Professeur de Dermatologie et Vénérologie

**RAPPORTEUR**

**Mme. I. ADALI**

Professeur de Psychiatrie

}

**JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# 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**



**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

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	FOURAIJI 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
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	JALAL Hicham	Radiologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KISSANI Najib	Neurologie

AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI 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	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
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 Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
---------------	------------	---------------	------------

ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	EL-QADIRY Raby	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	HAJJI Fouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgieréparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
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
BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique

DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie- mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		



# **DÉDICACES**



*«Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur,  
elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries»*

*Marcel Proust.*



*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes  
qui m'ont soutenue durant mon parcours et qui ont su me hisser vers le  
haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude  
que je leur dédie cette thèse ...*

الله

{اللهم لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم  
سلطانك}

*Aux meilleurs parents du monde, À ceux qui m'ont donnée la vie, à ceux qui m'ont toujours tout donnée sans jamais rien compter, Les mots sont pauvres et impuissants pour vous exprimer ce que je ressens en écrivant ces quelques lignes.*

*A mon très cher père Si Mohammed El Belghiti*

*Aucun mot ne saurait exprimer l'immense amour que je te porte et ma profonde gratitude pour tous les efforts et les sacrifices que tu n'as jamais cessé de m'accorder pour mon éducation et mon bien être.*

*De tous les pères, tu es le meilleur papa. Tu as su m'entourer d'attention et de tendresse, m'apprendre le sens de la responsabilité, l'honnêteté et la confiance en soi.*

*Tu étais et tu resteras toujours mon exemple à suivre. Tes conseils m'ont toujours guidé vers la réussite.*

*Merci d'avoir été toujours là pour moi, merci pour ton grand soutien au long de mes études.*

*Je me souviendrai toujours de tes prières à chaque période d'examens, tes encouragements à chaque moment de faiblesse et ta confiance en moi.*

*Tu es la source de ma force et l'amour que tu me donnes me motive toujours à l'amélioration et à l'évolution.*

*Ce travail est ton œuvre. C'est le fruit de ton éducation. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et de ne jamais te décevoir.*

*Mon tendre papa, tu es ce que j'ai de plus cher. Je t'aime papa. Qu'Allah te préserve, t'accorde la santé, le bonheur, et te protège de tout mal.*

### *A ma très chère mère Bouchra El Arabi*

*Aucune dédicace ma chère maman, ne pourrait exprimer la profondeur des sentiments que j'éprouve pour toi.*

*Maman, tu es mon amour, ma source de tendresse et mon bonheur quotidien même quand tu es loin de moi. Tu me prends toujours par la main, et me montres toujours le chemin, tu m'apportes ton soutien, et consoles mes chagrins.*

*Sans ton soutien, ta patience, et tes sacrifices, je n'y serai jamais arrivée. Tes prières et tes sacrifices m'ont comblé tout au long de mon existence. Ce sont tes doua'as et ta bénédiction qui m'ont aidé pour mener à bien mes longues études.*

*Tu n'as pas cessé de me soutenir et de m'encourager, tu m'as tout donné sans compter. Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études. Ton amour et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.*

*Une vie entière ne suffirait à te rendre cet amour et dévotion. Maman, sans toi je ne suis rien, mais grâce à toi, je deviens médecin. Je te dédie ce travail, qui grâce à toi, a pu voir le jour. Ma maman adorée, je t'aime très fort.*

*Puisse Allah te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur, afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.*

### *A mon très cher époux Mohamed Belghiti*

*Je ne saurais exprimer la profondeur de mes sentiments pour toi, et l'estime que j'ai pour toi.*

*Tu as toujours été présent à mes côtés, tu m'as encouragé et consolé, tu m'as donné de ton amour, de ta tendresse sans limites. Ta patience, ta compréhension, ton aide précieuse et ta bonté exemplaire m'ont permis de surmonter les moments les plus difficiles.*

*Je serai toujours reconnaissante pour le soutien continu dont tu as toujours fait preuve, et pour tes encouragements qui m'ont incité à faire de mon mieux.*

*Merci pour ta tendresse, ton attention, et ta patience. Merci pour tout mon amour.*

*Je prie Dieu le tout puissant de préserver notre amour et notre attachement mutuel, nous combler de santé, de bonheur et nous procurer une longue vie pour le service de Dieu.*

*A mes chers grands-parents paternels My ElMehdi et Latifa*

*Votre amour, vos prières et vos encouragements m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours.*

*J'espère que vous êtes fières de moi aujourd'hui.*

*Il n'y a aucun mot qui suffit pour vous dire merci, je vous aime énormément et je suis vraiment très fière d'être votre petite fille.*

*Je vous dédie cette thèse pour vos attentions particulières, vos prières et votre amour inconditionnel.*

*Merci pour tout et que Dieu vous donne bonne santé et longue vie parmi nous.*

*A la mémoire de mes grands-parents maternels Ahmed et Aïcha :*

*Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble et de vous exprimer tout mon respect. J'aurais tant aimé que vous soyez présents.*

*Puisse Allah tout puissant vous accorder sa clémence, vous accueillir dans son saint paradis et que ce travail soit une prière pour vos âmes.*

*A mon cher frère Mahmoud*

*En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments.*

*Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent, ce travail est un témoignage de mon attachement et de mon amour.*

*Que Dieu te protège, t'accorde santé, succès et plein de bonheur dans ta vie.*

*Je t'aime mon frère*

*A ma chère sœur Kawtar*

*Ces quelques lignes, ne sauraient traduire le profond amour que je te porte.*

*Je ne pourrais jamais imaginer la vie sans toi, tu comptes énormément pour moi, tu es la sœur qui assure son rôle comme il faut, je t'estime beaucoup et je t'aime énormément ma sœur.*

*Je te souhaite beaucoup de succès, de prospérité et une vie pleine de joie et de bonheur.*

*Que dieu te protège et te bénisse ma chérie.*

*A mon cher petit frère Ali*

*Je te remercie mon chéri pour toute l'ambiance dont tu m'as entouré, pour tes prières mignonnes, pour la force et l'énergie positive que tu me donne et pour la joie que tu me procures.*

*Puisse Dieu le tout puissant exhausser tous tes vœux.*

*Je t'aime mon petit Lilou.*

*A mes cher beaux-parents Hakima et My Ali Belghiti*

*Je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous.*

*Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que vous m'avez offert depuis mon mariage, de tous les sacrifices que vous vous êtes imposés pour assurer notre vie de couple et notre bien-être, et de votre bonté exceptionnelle.*

*Puisse DIEU le tout puissant vous donner santé, bonheur et longue vie.*

*A ma chère belle-sœur Fatimezzahra*

*Quoique je dise, je ne saurais exprimer l'amour et la tendresse que j'ai pour toi.*

*Je te remercie, pour ton support et tes encouragements.*

*Puisse DIEU, le tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé et de bonheur.*

*A mes beaux-frères: My Hassan, My Omar, My Ismaïl*

*Merci de m'avoir accueilli parmi vous.*

*Puisse ce travail témoigner de ma profonde affection et de ma sincère estime.*

*A mes chères tantes Nabila et Meryem*

*Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragements, et affection.*

*Merci pour votre soutien mes chères tantes.*

*J'espère que vous trouvez dans la dédicace de ce travail, le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.*

*A ma chère cousine et âme-sœur Hajar Belayate*

*Merci d'avoir été là à tous les instants. Merci pour les heures de fous rires, de joie et de folie. Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour t'exprimer mon affection et mes pensées.*

*En témoignage de l'amitié qui nous unis et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je te dédie ce travail.*

*Que nos liens d'amitié durent et perdurent INCHALLAH. Je te souhaite une vie pleine de joie, de santé et de bonheur.*

*A ma chère amie Naïma El Azzam*

*Tu es une rencontre exceptionnelle et une amie très spéciale pour moi,  
Tu fais partie de ces personnes rares par ta gentillesse, ta tendresse et ton grand cœur,*

*J'ai eu de la chance de te rencontrer, tu es une sœur pour moi,*

*Merci pour les moments de gaieté qu'on a passé ensemble,*

*Tu m'as été d'une grande aide et soutien durant notre long parcours d'études.*

*Avec tout mon respect et tout mon amour. Je te souhaite une vie pleine de réussite et de bonheur*

*A mes chères cousines :*

*Houda, Asmae, Khadija, Fatimzahra, Hajar, Manal, Manar, Hiba,  
Wiam, Nour elhouda, Niama*

*Je vous dédie ce travail et je vous remercie pour tous les moments  
inoubliables que nous avons partagés, et pour tout le bonheur que vous me  
procurez. Vous êtes ce que la vie offre de meilleur : des complices, des  
amies, et d'irremplaçables sœurs.*

*Malgré la distance, vous êtes toujours dans mon cœur.*

*Je vous aime mes chéries.*

***A TOUTE MA FAMILLE, MES ONCLES, MES TANTES, MES COUSINS  
ET COUSINES***

*J'ai une chance inestimable d'être née dans une famille si aimante et si  
généreuse. Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, et la  
reconnaissance sincère que j'ai pour vous. Vos encouragements m'ont été  
d'un grand soutien. Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour  
que vous m'offrez et votre bonté exceptionnelle. Que Dieu le Tout Puissant  
vous garde et vous procure santé et bonheur.*

*A mes ami (es) et collègues*

*Nous avons partagé ensemble des moments inoubliables ; 7 ans d'études,  
des cours, des examens, et les bons de notre chère faculté*

*Ça fait un grand plaisir de faire le long chemin ensemble*

*En passant je vous souhaite plein de bonheur dans votre vie  
professionnelle et familiale notre amitié et fraternité nous lieront pour  
toujours.*

## MES REMERCIEMENTS

*Au service de recherche clinique  
Et surtout à Madame la professeur MAJDA SEBBANI  
Professeur de Médecine Communautaire (médecine préventive, santé  
publique et hygiène)*

*Je vous exprime par ces quelques mots mon profond respect et ma reconnaissance de m'avoir aidée à réaliser ce travail. Je vous remercie infiniment pour votre aide ainsi que votre disponibilité et votre soutien.  
Ce fut un honneur de travailler avec vous.*

*A Dr. SOUNDIOUS BENMOUSSA, Médecin résidente au service de  
Dermatologie à hôpital ERRAZI*

*J'ai eu le privilège de trouver en vous le guide et le conseiller qui m'a reçue en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance.  
Votre dynamisme au travail, et votre sens des responsabilités m'ont toujours impressionnée. Votre aide à la réalisation de ce travail était d'un grand apport.  
Je vous prie d'accepter l'expression de ma grande reconnaissance et ma plus profonde estime.*

*A toute l'équipe du service de Dermatologie :  
C'était avec plaisir et avec joie que j'écris ces lignes pour exprimer mes sentiments et mon respect pour vous tous. Je n'oublierai jamais votre sympathie et dynamisme.*

**MERCI BEAUCOUP POUR TOUT**

**A TOUS MES ENSEIGNANTS**

*De l'école primaire, collège, lycée et Faculté de Médecine de Marrakech  
qui m'ont imbibé de leur Savoir.*

**À TOUTES LES PERSONNES QUI ONT PARTICIPÉ A L'ÉLABORATION  
DE CE TRAVAIL, À TOUS CEUX QUE J'AI OMIS DE CITER**



# **REMERCIEMENTS**



*A Notre Maître et Président de Thèse :*

*Monsieur le Professeur SAID AMAL,*

*Professeur et chef de service de Dermatologie hôpital ERRAZI*

*Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider ce prestigieux jury de thèse. Je vous remercie de la confiance que vous avez bien voulu m'accorder. J'ai eu la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir.*

*Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité ma profonde admiration.*

*Je vous prie d'accepter le témoignage de ma reconnaissance et l'assurance de mes sentiments respectueux*

*A Notre Maître et Rapporteur de Thèse :*

*Madame la Professeur OUAFA HOCAR*

*Professeur de Dermatologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech*

*Il m'est impossible de dire en quelques mots ce que je vous dois. Je suis très touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail. Vous m'avez éblouie par votre sérieux, votre sympathie, votre modestie, votre honnêteté, et toutes vos qualités humaines,*

*professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession, qui seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission. Je vous remercie également pour votre générosité, vos commentaires pertinents, votre soutien constant tout au long de la réalisation de ce travail, votre bonne humeur et votre disponibilité*

*Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période. Veuillez accepter, chère professeur, l'assurance de mon estime et de mon profond respect. Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée.*

*A notre maître et juge de thèse*  
*Madame la Professeur IMANE ADALI*  
*Professeur de Psychiatrie*

*Vous nous faites un immense plaisir en acceptant de juger notre thèse.  
Qu'il nous soit permis de témoigner à travers ces quelques lignes notre  
admiration à la valeur de votre compétence, votre rigueur ainsi que  
votre gentillesse, votre sympathie et votre dynamisme.  
Que ce travail soit une occasion de vous exprimer notre gratitude, de  
respect et d'admiration les plus sincères.*



## **ABRÉVIATIONS**



## Liste des abréviations

<b>DLQI</b>	: Dermatology Life Quality Index
<b>QDV</b>	: Qualité de vie
<b>QVLS</b>	: Qualité de vie Liée à la Santé
<b>ATCDs</b>	: Antécédents
<b>NSE</b>	: Niveau socio-économique
<b>DS</b>	: Dermite Séborrhéique
<b>UVA et UVB</b>	: Ultra-Violet A Et Ultra-Violet B
<b>HPV</b>	: Human Papilloma Virus
<b>HSV</b>	: Herpes Simplex Virus
<b>VZV</b>	: Virus Varicelle-Zona
<b>LC</b>	: Leishmaniose Cutanée
<b>LT</b>	: Lupus Tuberculeux
<b>TBC</b>	: Tuberculose
<b>AP</b>	: Angiome Plan
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale De La Santé
<b>QOL</b>	: Quality of Life



# **PLAN**



<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	<b>4</b>
<b>I. Type de l'étude</b>	<b>5</b>
<b>II. Lieu et période de l'étude</b>	<b>5</b>
<b>III. Population de l'étude</b>	<b>5</b>
<b>IV. Méthodes</b>	<b>5</b>
<b>V. Analyse statistique</b>	<b>9</b>
<b>VI. Considérations éthiques</b>	<b>9</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>10</b>
<b>I. Etude descriptive</b>	<b>11</b>
1. Les caractéristiques sociodémographiques	11
2. Les antécédents	15
3. Les caractéristiques cliniques	18
4. Evaluation de la qualité de vie	23
<b>II. Etude analytique</b>	<b>26</b>
1. Lien entre les caractéristiques sociodémographiques et la qualité de vie	26
2. Lien entre les antécédents et la qualité de vie	30
3. Lien entre les caractéristiques cliniques et la qualité de vie	31
<b>DISCUSSION</b>	<b>34</b>
<b>I. Introduction</b>	<b>35</b>
1. Les particularités des dermatoses	35
2. Le visage : particularités	36
3. Pourquoi l'étude de la qualité de vie	37
<b>II. La qualité de vie et ses mesures</b>	<b>40</b>
1. Le concept de la Qualité de vie	40
2. L'intérêt de mesure de la qualité de vie en dermatologie	41
3. Les instruments de mesures de la qualité de vie	43
4. Le contexte socioculturel marocain et les instruments de mesure de QDV	51
<b>III. Discussion de nos résultats</b>	<b>52</b>
1. Le retentissement des dermatoses faciales sur la qualité de vie : DLQI	52
2. Les facteurs déterminants du retentissement sur la qualité de vie	54
<b>IV. Les dermatoses retrouvées</b>	<b>61</b>
1. Les pathologies des annexes	61
2. Les pathologies inflammatoires	64
3. Les troubles pigmentaires	68
4. La pathologie tumorale	70
5. La pathologie infectieuse	74
6. Autres dermatoses faciales	78
<b>LIMITES</b>	<b>81</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>84</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>88</b>
<b>RESUMES</b>	<b>94</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>100</b>



---

# **INTRODUCTION**



La peau est un organe privilégié de la vie de relation. C'est un organe visible et touché. Une peau d'apparence saine et normale est essentielle au bien-être physique et mental des individus. [1]

A ce propos, la peau du visage a certainement une place particulière chez tout individu. Le visage est, en effet, la première et la principale partie du corps exposée au regard d'autrui. L'apparence du visage joue un grand rôle dans la perception de la personne et dans l'interaction avec l'environnement.

Par conséquent, les maladies de la peau, en particulier celles avec atteinte faciale, peuvent entraîner une détérioration de la santé physique et mentale, une faible estime de soi, des difficultés d'interaction sociales et une altération de la qualité de vie. [2]

Les dermatoses faciales sont très variées et constituent un motif fréquent de consultation. Plusieurs affections peuvent toucher le visage, qu'il s'agisse d'une affection de cause externe, ou bien d'une localisation faciale d'une dermatose ou d'une affection générale.

Bien que la plupart des dermatoses faciales ne mettent pas en jeu le pronostic vital, elles ont souvent un impact majeur sur l'état psychologique des malades, leurs relations sociales et leurs activités quotidiennes [3].

Les dermatoses faciales peuvent nuire à la qualité de vie des patients par les symptômes mêmes de la maladie, tels que les démangeaisons, les douleurs ou les brûlures, par les défauts esthétiques ou par les réactions environnementales à leur maladie.

La qualité de vie est un terme subjectif souvent utilisé en médecine et en psychologie. Il s'agit d'un concept multidimensionnel qui fait référence à la perception d'une personne des aspects positifs et négatifs du fonctionnement physique, émotionnel, social et cognitif. [4]

Les échelles de qualité de vie sont rarement utilisées par les dermatologues dans leur pratique quotidienne. En revanche, les chercheurs ont fréquemment recours à ces échelles pour évaluer l'influence des caractéristiques cliniques des affections dermatologiques sur la qualité de vie.

## **Dermatoses faciales et Qualité de vie**

---

Les indices de qualité de vie appliqués en dermatologie sont nombreux, le Dermatology Life Quality Index (DLQI) 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 possible [5]. C'est une échelle traduite en arabe, validée et publiée [6].

### **L'objectif de l'étude :**

L'objectif de notre étude consiste à évaluer la qualité de vie des patients ayant une dermatose faciale vus en consultation de dermatologie à Marrakech, par la version arabe marocain du DLQI, et d'identifier les facteurs qui influencent la QDV chez ces patients.



**MATÉRIELS ET MÉTHODES**

## **I. Type de l'étude**

Notre travail est une étude prospective de type descriptif et analytique visant à évaluer la qualité de vie chez les patients ayant une dermatose faciale.

## **II. Lieu et période de l'étude**

L'étude a été menée à Marrakech, au centre de consultations externes du CHU Mohammed VI.

L'étude s'étendait sur une période d'une année allant du début du mois décembre 2018 à la fin du mois novembre 2019.

## **III. Population de l'étude**

La population étudiée est celle des consultations de Dermatologie au niveau du centre de consultations externes du CHU Mohammed VI de Marrakech.

➤ Critères d'inclusion :

Tout patient adulte, âgé de 18 ans et plus, dont la symptomatologie faciale constituait le principal motif de consultation.

➤ Critères d'exclusion :

Ont été exclus :

-Tout patient refusant de participer à l'étude

-Les patients ayant une dermatose faciale en rémission clinique (pas de lésions visibles)

## **IV. Méthodes**

### **1. Recueil des données**

Notre étude s'est déroulée sous forme d'entretien. Le recueil des données a été réalisé à l'issue de l'interrogatoire des patients permettant de remplir la fiche du questionnaire, suivi d'un examen clinique dermatologique. (Annexe 1)

Le questionnaire de la qualité de vie DLQI (annexe 2) était administré à chaque malade pour auto remplissage. Les patients analphabètes ont été aidés par un seul investigateur à remplir leur questionnaire en leur lisant et expliquant chaque question.

La nature de l'étude a été expliquée à la population étudiée, un consentement oral a été obtenu de la part de chaque participant.

### **1.1 Données anamnestiques :**

- Informations générales : sexe, âge, statut marital, niveau d'étude, profession, origine, niveau socio-économique.
- Antécédents : phototype, l'exposition solaire, photoprotection, ATCDS personnels, traitement antérieur, camouflage.

### **1.2 Données cliniques :**

- Date de début
- Motif de consultation
- Type de lésion
- Diagnostic
- Traitement
- Fréquence de la maladie

## **2. Méthode d'évaluation :**

Pour évaluer le retentissement des dermatoses faciales sur la qualité de vie des patients, nous avons utilisé le questionnaire Dermatology life quality index DLQI validé au Maroc (version arabe dialectale) [5,6].

Le DLQI est explicite et peut être remis au patient à qui il est demandé de le remplir. Deux ou trois minutes suffisent habituellement pour le remplir [5]. Il s'agit d'une échelle simple d'utilisation, à 10 questions, qui prend en compte l'ensemble des dimensions de la qualité de vie susceptibles d'être modifiées par la maladie et son traitement. Toutes les questions portent sur

"la semaine dernière". Le DLQI a été conçu pour être utilisé chez les adultes de plus de 18 ans. (Annexe 2)

Le DLQI a été le premier questionnaire spécifiquement créé pour évaluer le retentissement des problèmes de peau sur la QDV des patients, ainsi il est l'instrument le plus utilisé dans le domaine des affections cutanées, nous l'avons choisi dans notre étude pour les raisons suivantes :

- La facilité d'emploi avec un nombre d'items restreint à dix permettant de répondre à l'ensemble en moins de trois minutes.
- Le système de notation est simple.
- Ses qualités psychométriques sont reconnues (sa validité et sa fiabilité dans le cadre interculturel). [7]
- C'est un instrument facile pour mesurer la qualité de vie des différentes atteintes de la peau.
- Étant un instrument de recherche international, son utilisation a été décrite dans plus de 3000 publications. [7]

➤ **Calcul du score :**

Pour chaque question, il y a 4 possibilités de réponse qui sont quantifiées selon une échelle de 0 à 3.

Le score correspondant à chaque réponse :

- |                                                            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|
| • Enormément :                                             | Score de 3 |
| • Beaucoup :                                               | Score de 2 |
| • Un peu :                                                 | Score de 1 |
| • Pas du tout :                                            | Score de 0 |
| • Non concerné :                                           | Score de 0 |
| • Pas de réponse :                                         | Score de 0 |
| • Question 7 : « m'empêche de<br>Travailler ou d'étudier » | Score de 3 |

Le DLQI est la somme des scores de chaque question.

Le score maximal est de 30 (signifiant une qualité de vie très altérée), le score minimal de 0 (aucune altération de la qualité de vie).

➤ **Signification des scores du DLQI :**

- 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.

Les patients avec un score supérieur à 10 sont considérés comme ayant un retentissement important sur leur qualité de vie.

➤ **Analyse détaillée du DLQI :**

Le DLQI peut être analysé selon les 6 dimensions suivantes :

• Symptômes et sentiments	Question 1 et 2	Score max de 6
• Activités quotidiennes	Question 3 et 4	Score max de 6
• Loisirs	Question 5 et 6	Score max de 6
• Travail et études	Question 7	Score max de 3
• Relations personnelles	Questions 8 et 9	Score max de 6
• Traitement	Question 10	Score max de 3

## **V. Analyse statistique**

Les données ont été saisies sur Excel 2016 et ont été analysées par le centre de recherche au CHU MOHAMED VI.

**Les analyses étaient de deux types :**

- Une analyse descriptive par le calcul des moyennes, écart-types, fréquences et pourcentages.
- Une analyse bi variée en utilisant le test de Chi-deux de Pearson (ou le test exact de Fisher selon la distribution de la variable) pour les variables qualitatives et le test-T de Student pour les variables quantitatives. L'étude de liaison entre deux variables quantitatives a été effectuée grâce à l'utilisation du coefficient de corrélation de Pearson. Le seuil de signification p de 0.05 était retenu pour définir le caractère significatif des différences observées.

Ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS dans sa version 16 et les graphiques sont élaborés grâce au tableur Excel 2016.

## **VI. Considérations éthiques**

Pour protéger la confidentialité des patients, le questionnaire était anonyme. Les objectifs et les implications du travail leur furent bien expliqués. Le questionnaire était rempli après obtention du consentement verbal du patient. Les patients étaient d'accord pour que leurs photos figurent sur la version imprimée de la thèse.



**RESULTATS**

## I. Etude descriptive

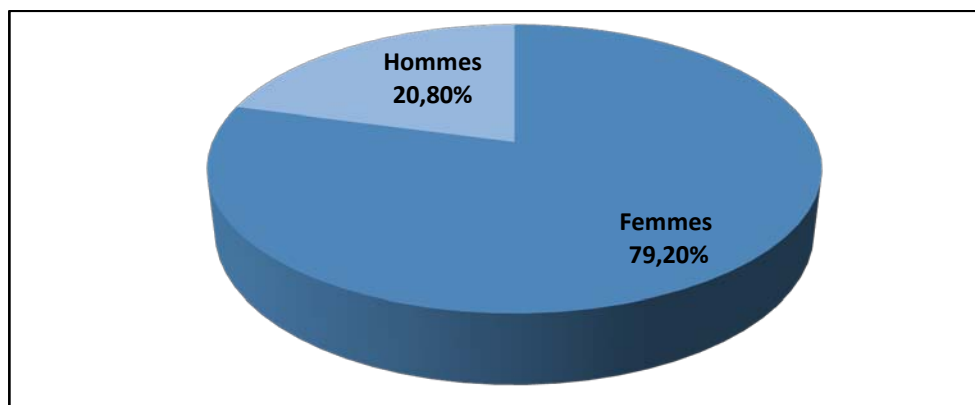
### 1. Les caractéristiques sociodémographiques

#### 1.1 Le nombre des patients :

Le nombre des cas étudiés était de 197.

#### 1.2 Sexe :

Parmi les 197 patients ,41 étaient des hommes soit 20,8% de la population étudiée, et 156 étaient des femmes soit 79,2%, avec un sexe ratio Homme / Femme de 0,26.



**Figure1 : La répartition des malades selon le sexe**

#### 1.3 Age

L'âge moyen des patients dans notre étude était de 38,25 ans.

La médiane était de 37 ans avec des extrêmes d'âge allant de 18 ans à 83 ans.

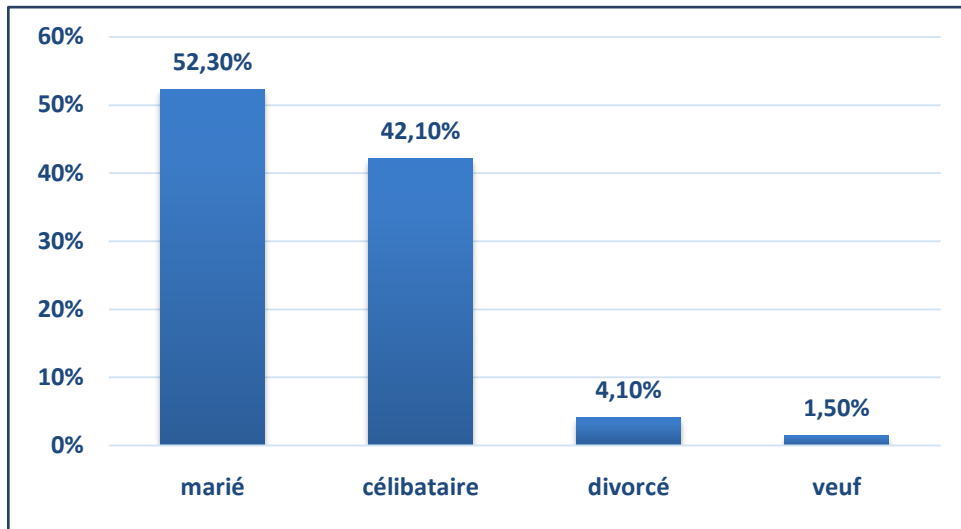
On a divisé les patients en 2 groupes pour des considérations statistiques, comme le montre le tableau ci-dessous :

**Tableau I : Répartition des patients selon l'âge :**

Groupe d'âge	Nombre de patients	% de patients
Entre 18 et 40 ans	112	56,9%
Plus de 40 ans	85	43,1%
Total	197	100%

**1.4 Statut marital**

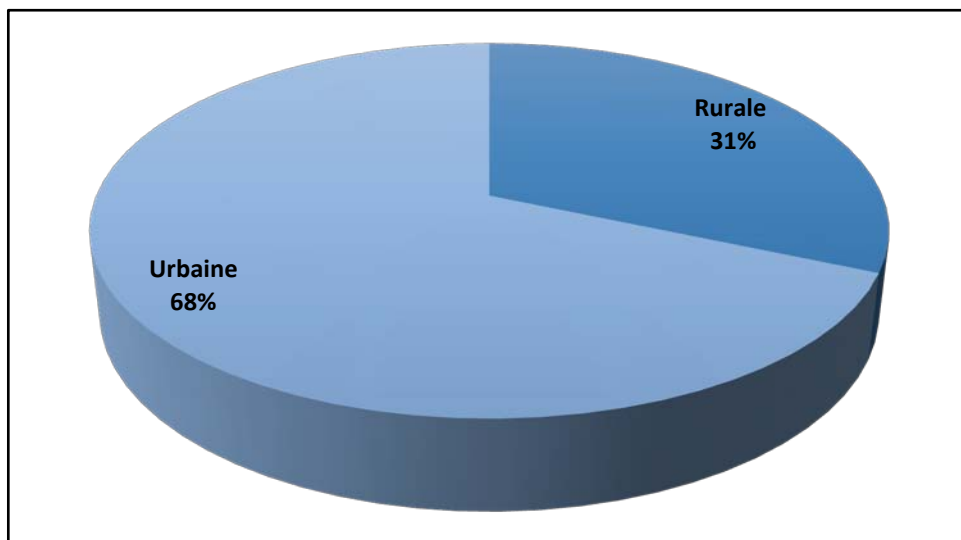
Dans notre série, 52,3% de nos patients étaient mariés, contre 47,7% célibataires.



**Figure2 : La répartition des patients selon le statut marital**

**1.5 Origine**

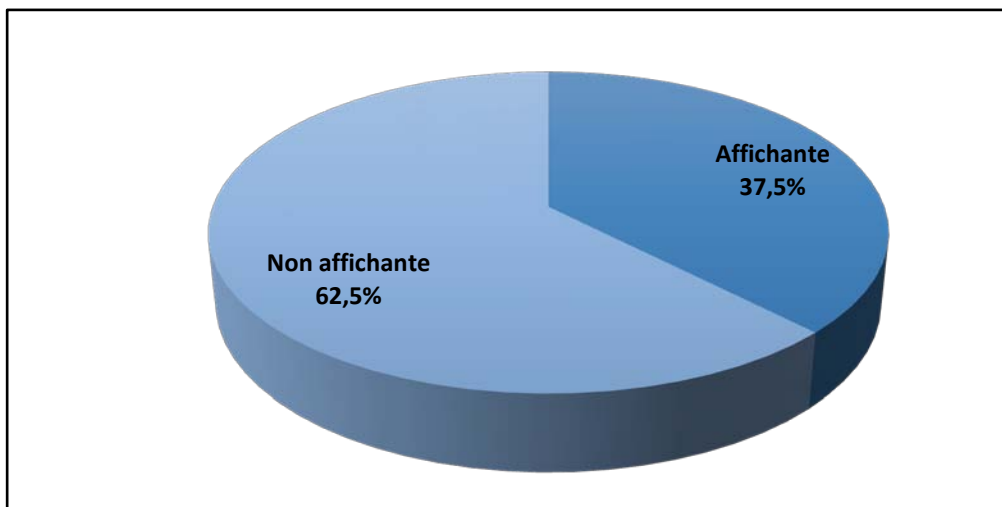
Dans notre série, 135 patients étaient d'origine urbaine, soit 68,5%. 62 étaient d'origine rurale soit 31,5%.



**Figure 3 : La répartition des patients selon l'origine**

**1.6 Profession :**

Nous avons noté 74 des patients, soit 37,5%, ayant une profession affichante (profession avec contact social, ex : accueil dans un hôtel, délégué médical, vendeur etc.). 55 des patients, soit 28 %, avaient une profession non affichante (sans contact social, ex : travail dans un bureau, téléconseiller etc.). 68 des patients n'exerçaient aucune profession, soit 34,5%. Pour des raisons analytiques, nous avons subdivisé nos patients en deux groupes : profession affichante et non affichante.



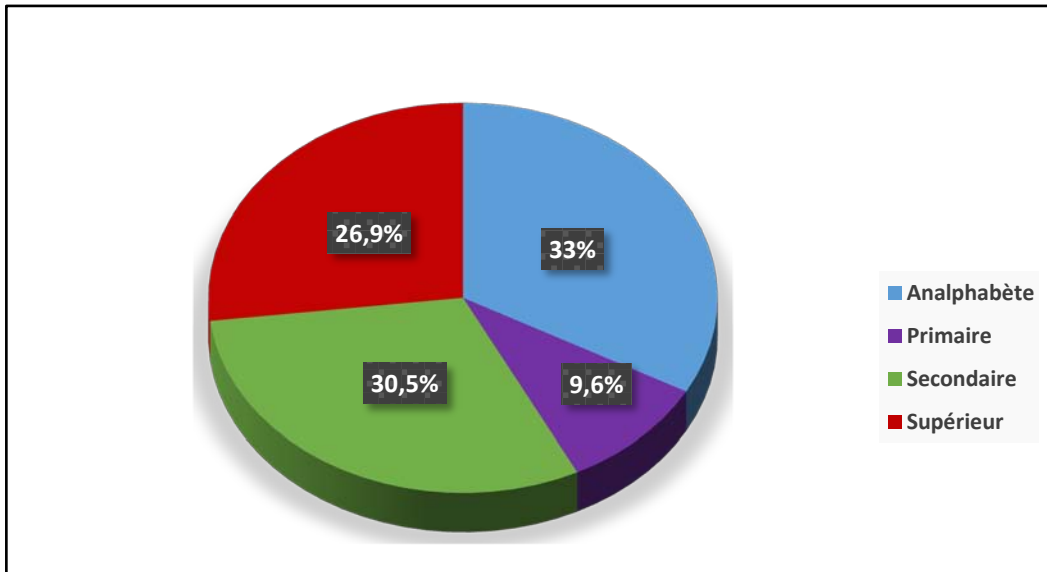
**Figure 4 : la répartition des patients selon la profession**

**1.7 Niveau d'étude :**

Dans notre série 33% des patients étaient analphabètes, 9,6% avaient un niveau primaire, 30.5% avaient un niveau secondaire et 26.9% avaient un niveau d'études supérieur.

Concernant les patients analphabètes, une lecture du questionnaire a été nécessaire, faite par un seul investigateur.

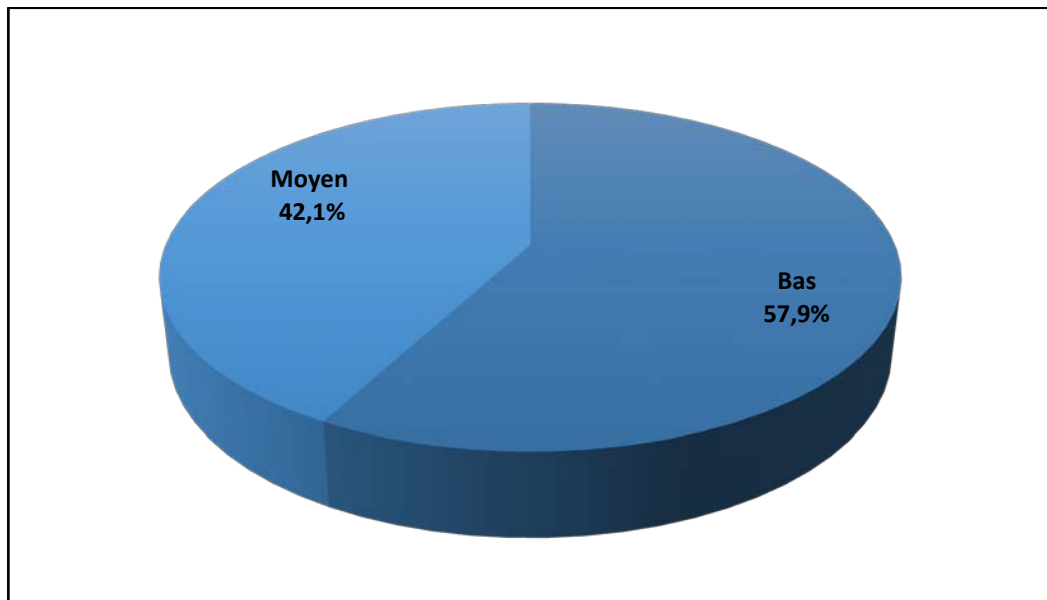
Dans notre série, 11 patients étaient des amazighs analphabètes, soit 5,5%, d'où la nécessité d'une tierce personne pour la traduction.



**Figure5 : la répartition des patients selon le niveau d'études**

#### **1.8 Niveau socio-économique**

L'étude du niveau socio-économique chez nos malades a montré une prédominance des patients ayant un niveau bas (ayant le RAMED), soit 57.9% de la population étudiée. 42,1% des patients avaient un NSE moyen (mutualiste (CNOPS, CNSS) avec un revenu mensuel  $\leq 4000$  MAD). Aucun de nos patients n'avait un niveau socio-économique élevé.

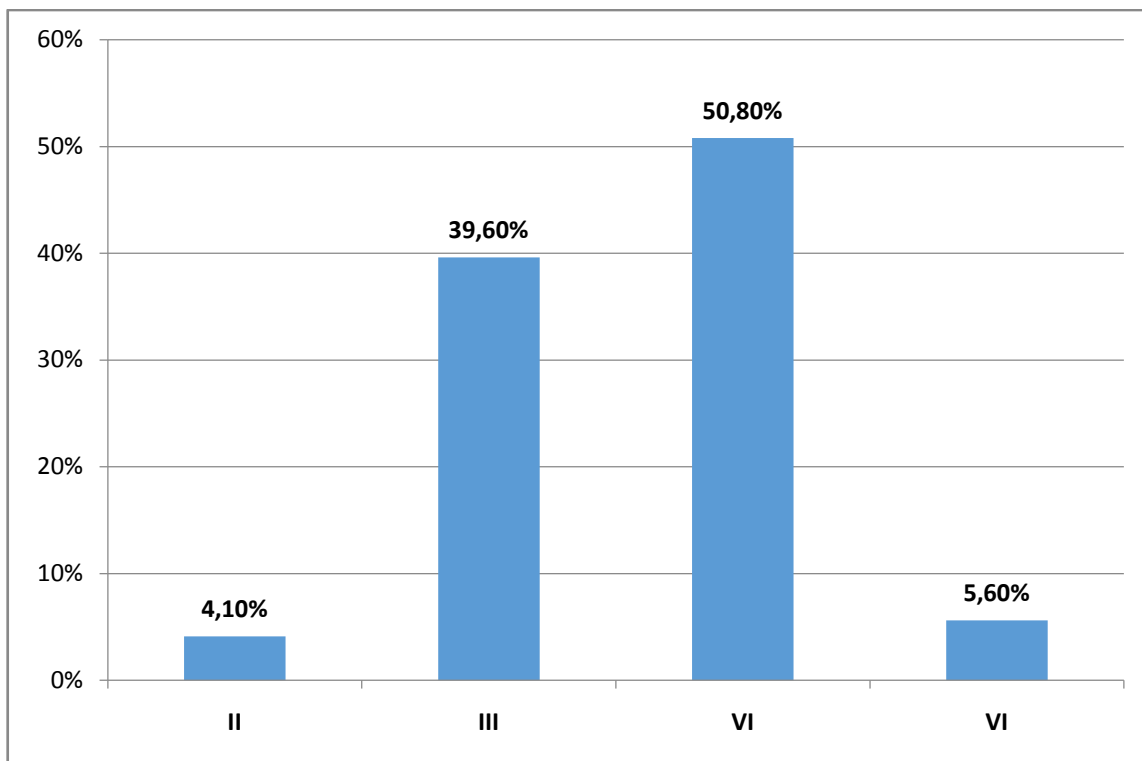


**Figure6 : la répartition des patients selon le NSE**

## **2. Les antécédents**

### **2.1 Phototype**

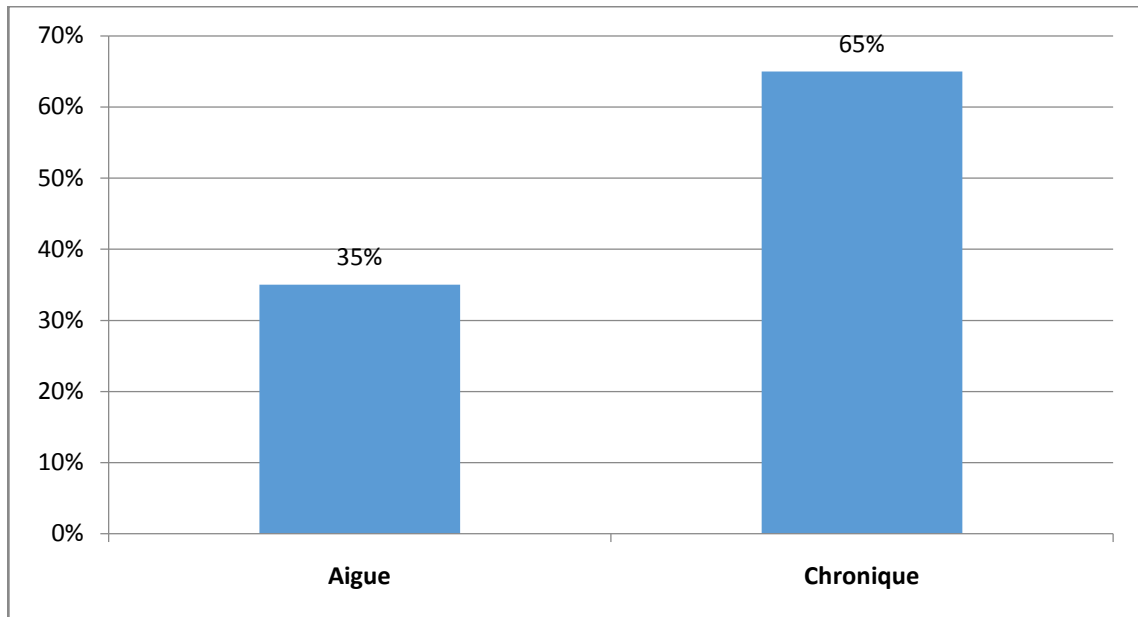
Dans notre série, on note une prédominance du phototype IV, soit 50,8% des patients, suivi du phototype III de 39,6%.(Selon la classification de Fitzpatrick) [8]



**Figure7 : La répartition des patients selon le phototype**

### **2.2 Exposition solaire**

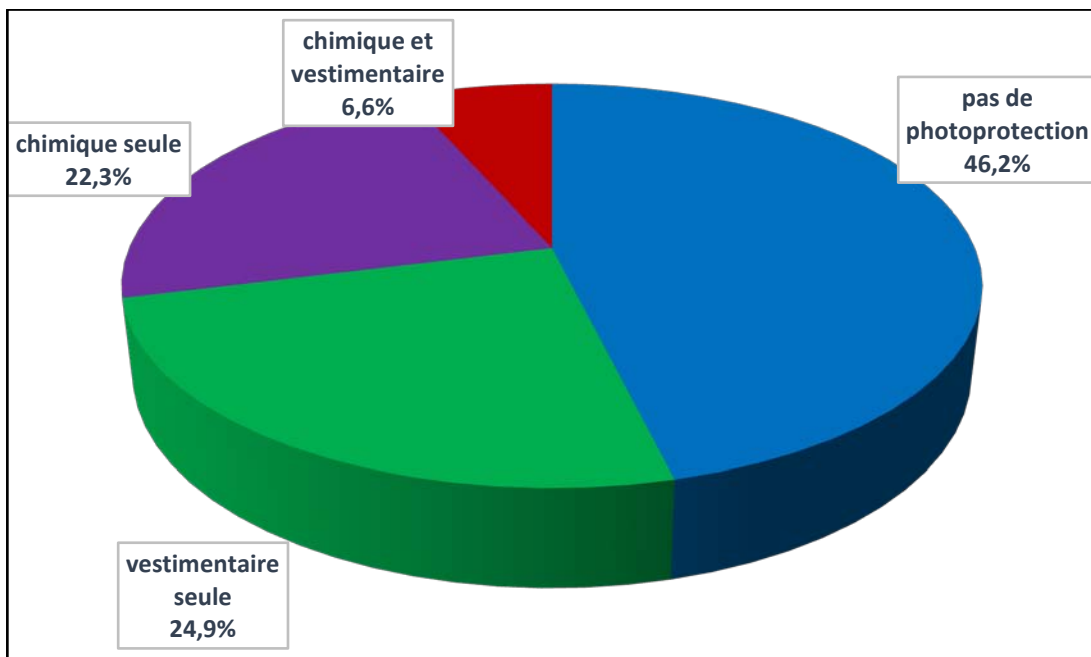
Les patients de notre étude avaient des antécédents d'exposition solaire aigue dans 35% des cas, alors que 65% avaient une exposition solaire chronique.



**Figure 8 : la répartition des patients selon l'exposition solaire**

### 2.3 Photoprotection

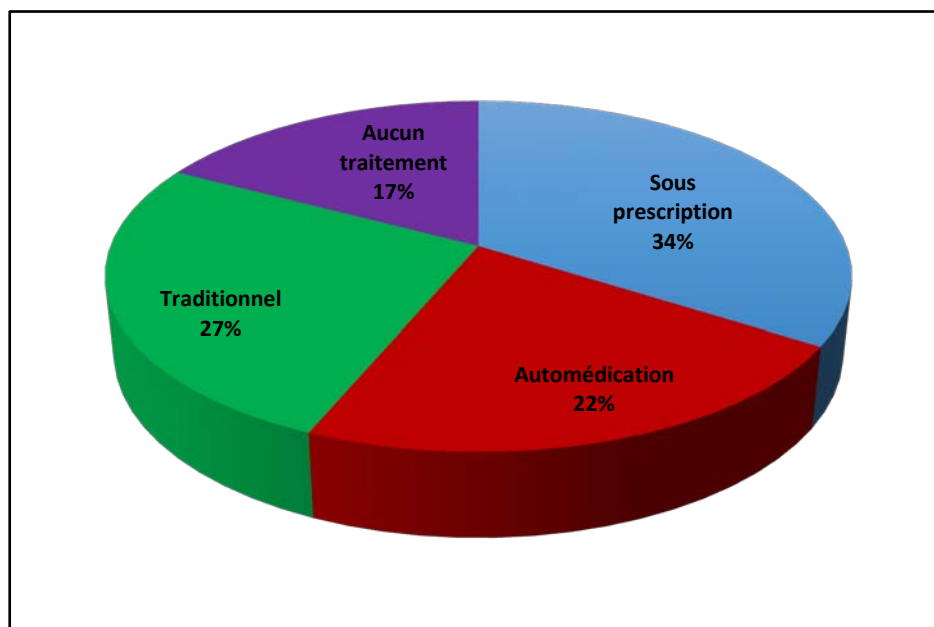
53,8% des patients utilisaient un moyen de photo protection, soit chimique, vestimentaire ou les deux à la fois. 46,2% des patients n'utilisaient aucun moyen de protection solaire.



**Figure 9 : La répartition des patients selon la photoprotection**

### 2.4 Traitement antérieur

Il a été noté la présence d'une utilisation d'un traitement antérieur sous prescription dans 34% des cas, d'une automédication chez 22,3% des patients, 26,4% des malades avaient essayé un traitement traditionnel, et 17,3% n'utilisaient aucun traitement.



**Figure10 : La répartition des patients selon le traitement antérieur**

### 2.5 Camouflage

Dans notre série, nous avons noté que 16,2% des patients avaient recours à une méthode de camouflage. Dans notre contexte, les femmes avaient recours au voile intégral (Khimar), et les hommes utilisaient leurs barbes comme moyen de camouflage.

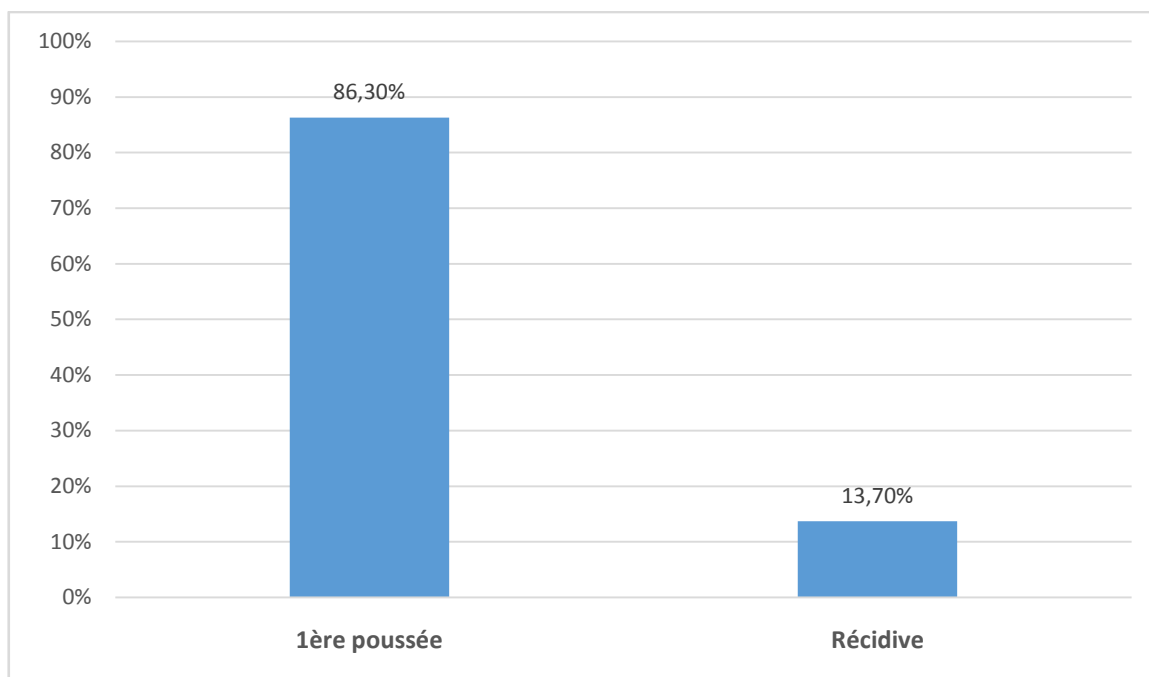
**Tableau II : La répartition des patients selon le camouflage**

Camouflage	Nombre de patients	% de patients
Barbe	15	7.6%
Voile intégral (khimar)	17	8.6%
Aucun	165	83.8%
Total	197	100%

### **3. LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES**

#### **3.1 Date de début**

Dans notre série, la majorité des patients, soit 86,3% présentait une dermatose faciale en 1ère poussée, 13,7% présentaient une récurrence de leur maladie.

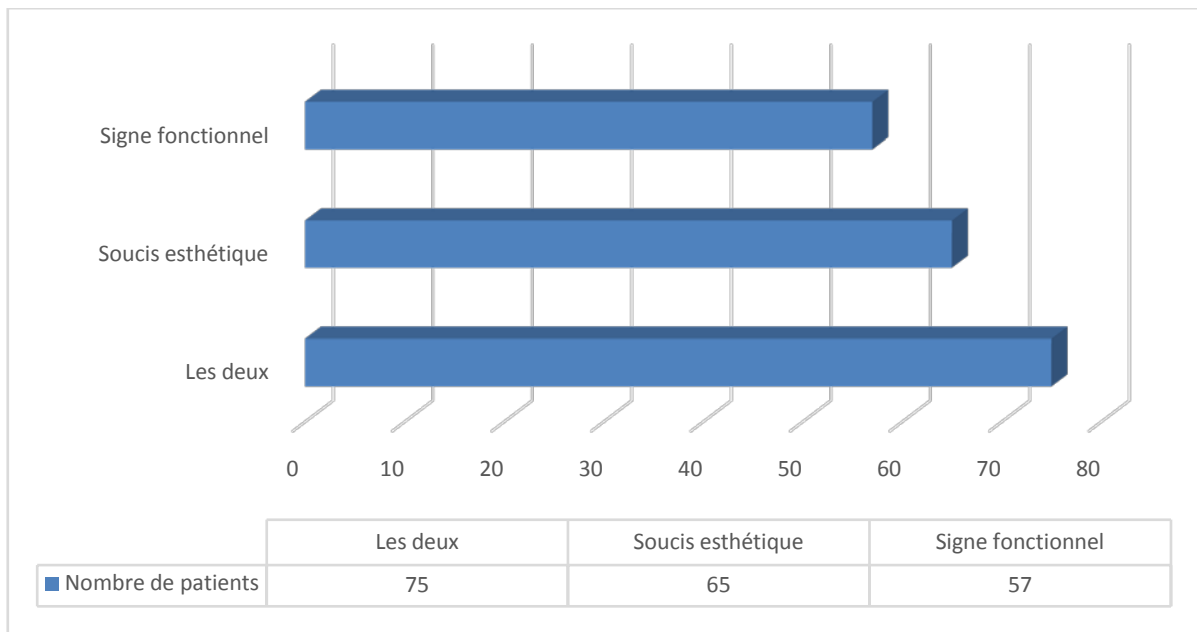


**Figure 11 : La répartition des patients selon la date du début de la maladie**

#### **3.2 Motif de consultation**

Le motif principal de consultation était un souci esthétique concomitant à un signe fonctionnel dans 75 patients soit 38% des cas.

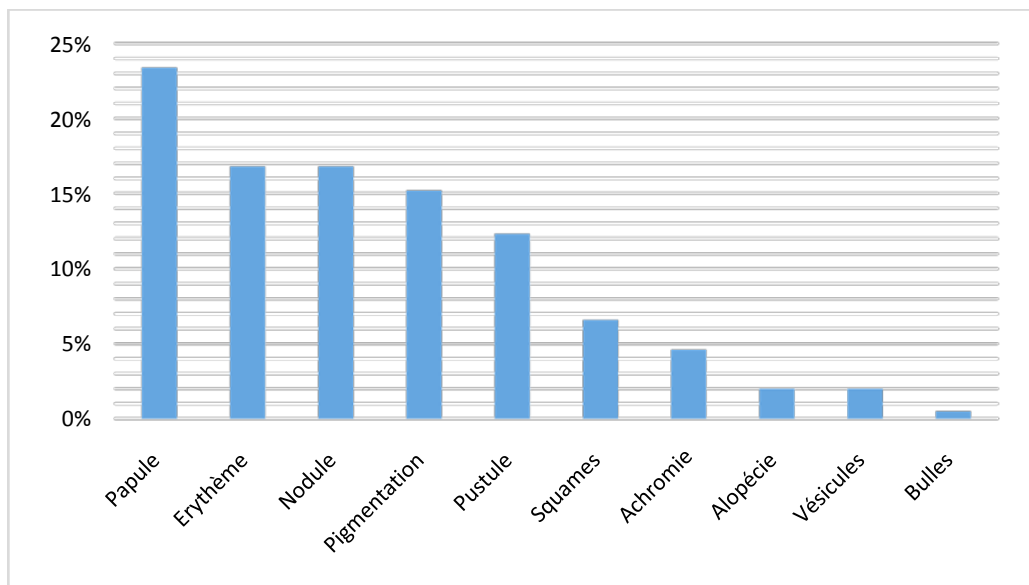
Le signe fonctionnel le plus retrouvé était le prurit. D'autres plaintes ont été retrouvées notamment la douleur, le picotement, le suintement.



**Figure 12 : La répartition des malades selon le motif de consultation**

**3.3 Type de lésion**

Dans notre étude, différents types de lésions étaient retrouvés (érythème, papule, nodule, pigmentation, achromie, pustule, squames, vésicule, alopecie, bulle).



**Figure 13 : La répartition des malades selon le type de lésion**

### **3.4 Diagnostics retrouvés**

Les étiologies retrouvées étaient dominées par les pathologies des annexes dans 30,5% des cas. Suivies par les pathologies inflammatoires chez 28,9% des patients. Les troubles pigmentaires étaient retrouvés dans 13,7% des cas. 10,1% présentaient une pathologie tumorale bénigne. Une cause infectieuse était trouvée dans 6,6% des cas. Ainsi la pathologie tumorale maligne était présente chez 4,1% des patients.

**Tableau III : les diagnostics retrouvés**

<b>Les dermatoses retrouvées</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>% de patients</b>
Pathologies des annexes	60	30,5%
Acné	53	27%
Dermite séborrhéique	5	2,5%
Hirsutisme	2	1%
Pathologies inflammatoires	57	28,9%
Rosacée	24	12,3%
Lupus	7	3,6%
Psoriasis	6	3%
Lichen	6	3%
Eczéma	4	2%
Pelade	3	1,5%
Sarcoïdose	3	1,5%
Alopécie frontale fibrosante	2	1%
Dermatomyosite	1	0,5%
Pemphigus	1	0,5%
Lésions précancéreuses	6	3%
Lentigos	6	3%
Pathologie tumorale bénigne	22	11,1%
Kératose séborrhéique	2	1%
Xanthélasma	4	2%
Naevius	7	3,6%
Syringome	3	1,5%
Kyste sébacé	4	2%
Grains de milium	2	1%
Pathologie tumorale maligne	8	4,1%
Carcinome épidermoïde	1	0,5%
Carcinome basocellulaire	7	3,6%
Trouble pigmentaire	27	13,7%
Mélasma	13	6,6%
Vitiligo	13	6,6%
Pigmentation post-radique	1	0,5%
Pathologie infectieuse	13	6,6%
Leishmaniose cutané	4	2%
Lupus tuberculeux	1	0,5%
Prurigo	1	0,5%
Verrues	4	2%
Herpes	2	1%
Zona	1	0,5%
Autres	4	2%
Ichtyose	1	0,5%
Angiome de la face	1	0,5%
Pseudo lymphome actinique	2	1%

### **3.6 Traitement**

Les traitements étaient instaurés en fonction de l'étiologie, allant d'un traitement médical, local ou général, chez 78,7% des patients, et dans certaines situations un traitement chirurgical, soit 17,3% des cas.

**Tableau IV : Répartition selon le traitement instauré**

<b>Prise en charge :</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>% de patients</b>
Médicale	155	78,7%
Chirurgicale	34	17,3%
Abstention	8	4%
Total	197	100%

### **3.7 La fréquence de la pathologie**

Nous avons schématiquement subdivisé les dermatoses en pathologies fréquentes (ex : acné, rosacée, psoriasis, lupus, etc), et en pathologies non fréquentes (ex : carcinome épidermoïde, leishmaniose cutanée, etc) [9]

Dans notre série, 66% des patients avaient une dermatose faciale connue fréquente, et 34% avaient une maladie faciale non fréquente.

**Tableau V : Répartition selon la fréquence de la maladie**

<b>La fréquence de la maladie</b>	<b>Nombre</b>	<b>% de patients</b>
Fréquente	130	66%
Non fréquente	67	34%
Total	197	100%

#### 4. Evaluation de la qualité de vie

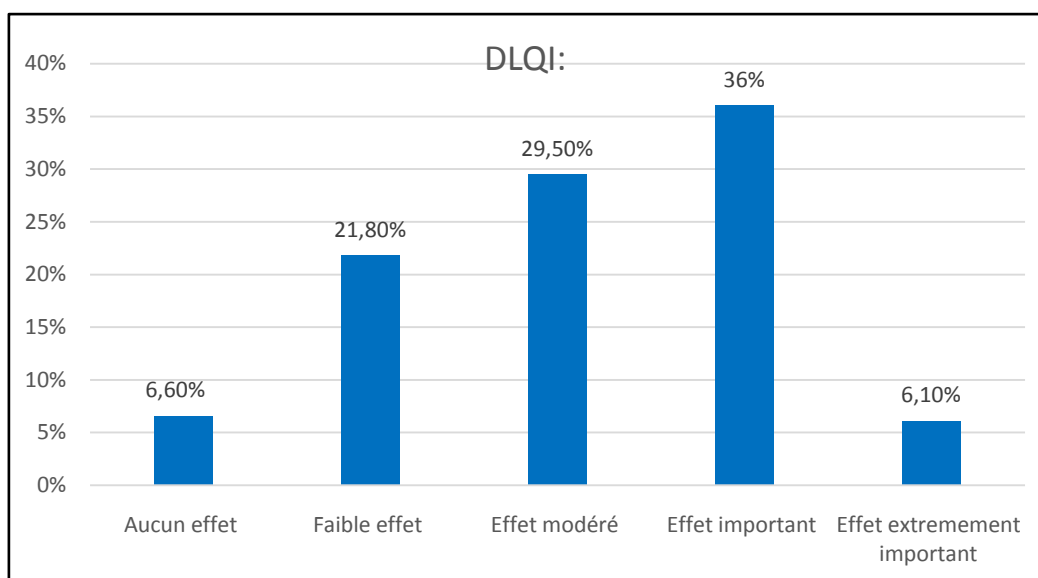
Le score moyen du DLQI était de : 9,83

La médiane était de : 9 avec un minimum de 0 et un maximum de 28.

- 36% des patients estimaient que leur dermatose faciale avait un effet important sur leur qualité de vie ;
- 29,5% des malades avaient déclaré avoir un effet modéré ;
- 21,8% des cas avaient un effet faible sur leur qualité de vie ;
- 6,1% des patients déclaraient avoir un effet extrêmement important sur leur qualité de vie ;
- 6,6% estimaient que leur dermatose faciale n'avait aucun impact sur leur qualité de vie.

**Tableau VI : Répartition des cas selon l'échelle du DLQI**

DLQI	NBRE des patients	% des patients
Aucun effet (0 - 1)	13	6,6%
Faible effet (2 - 5)	43	21,8%
Effet modéré (6 - 10)	58	29,5%
Effet important (11 - 20)	71	36%
Effet extrêmement important (21 - 30)	12	6,1%
Total	197	100%



**Figure30: Répartition des patients selon l'échelle DLQI**

D'autre part, on a classé l'impact des dermatoses faciales sur la qualité de vie par le DLQI en 2 catégories :

- DLQI  $\leq$  à 10 = impact faible à modéré (bonne QDV)
- DLQI  $>$  à 10 = impact important (mauvaise QDV)

**Tableau VII : Catégorie de QDV selon le score du DLQI**

Catégorie de QDV	Nombre de patients	% de patients
Impact faible à modéré (bonne QDV)	114	57,8%
Impact important (mauvaise QDV)	83	42,2%
Total	197	100%

Ainsi, 42% de nos patients avaient une altération importante de leur qualité de vie.

#### **4.1 Répartition du score selon chaque dimension du DLQI**

**Tableau VIII : score de la dimension « symptômes et sentiments » du DLQI (question 1 et 2) :**

Dimension symptômes et sentiments	Nombre des patients	% des patients
Faible impact	59	29,9%
Modéré à important	138	70,1%
Total	197	100%

Parmi les 197 patients, 59 avaient un faible impact sur leur qualité de vie « dimension symptômes et sentiments », soit 29,9%. Et 138 patients avaient un effet modéré à important soit 70,1%.

**Tableau IX : score de la dimension activité quotidienne du DLQI (question 3 et 4) :**

Dimension activité quotidienne	Nombre des patients	% des patients
Faible impact	144	73%
Modéré à important	53	27%
Total	197	100%

Parmi les 197 patients, 144 avaient un faible impact sur leur qualité de vie « dimension activité quotidienne », soit 73%. Et 53 patients avaient un effet modéré à important soit 27%.

**Tableau X : score de la dimension loisirs du DLQI (question 5 et 6) :**

<b>Dimension loisirs</b>	<b>Nombre des patients</b>	<b>% des patient</b>
Faible impact	157	79,6%
Modéré à important	40	20,4%
Total	197	100%

Parmi les 197 patients, 157 avaient un faible impact sur leur qualité de vie « dimension loisirs », soit 79,6%. Et 40 patients avaient un effet modéré à important soit 20,4%.

**Tableau XI : score de la dimension relationnelle du DLQI (question 8 et 9) :**

<b>Dimension relationnelle</b>	<b>Nombre des patients</b>	<b>% des patients</b>
Faible impact	115	58,3%
Modéré à important	82	41,7%
Total	197	100%

Parmi les 197 patients, 115 avaient un faible impact sur leur qualité de vie « dimension relations personnelles », soit 58,3%. Et 82 patients avaient un effet modéré à important soit 41,7%.

**Tableau XII : score dimension travail et études du DLQI (question 7) :**

<b>Dimension travail / études</b>	<b>Nombre des patients</b>	<b>% des patients</b>
Faible impact	173	87,8%
Modéré à important	24	12,2%
Total	197	100%

Parmi les 197 patients, 173 avaient un faible impact sur leur qualité de vie « dimension travail et études », soit 87,8%. Et 24 patients avaient un effet modéré à important soit 12,2%.

**Tableau XIII : score de la dimension traitement du DLQI (Question 10) :**

Dimension traitement	Nombre des patients	% des patients
Faible impact	174	88,3%
Modéré à important	23	11,7%
Total	197	100%

Parmi les 197 patients, 174 avaient un faible impact sur leur qualité de vie « dimension traitement », soit 88,3%. Et 23 patients avaient un effet modéré à important soit 11,7%.

## II. Etude analytique

### 1. Lien entre les caractéristiques sociodémographiques et QDV

#### 1.1 Influence de l'âge sur la qualité de vie des patients :

**Tableau XIV : étude du rapport entre l'âge et la QDV (calcul de la moyenne et écart-type)**

Catégories de QDV		Nombre	Moyenne	Ecart-type
ÂGE	Impact faible à modéré (bonne QDV)	114	40,1	17,5
	Impact important (mauvaise QDV)	83	35,8	12,7

**Tableau XV : étude du rapport entre l'âge et la QDV (degrés de signification)**

Age	Catégories de qualité de vie		P value
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
18-40 ans	56 (50%)	56 (50%)	<b>0,0103</b>
Plus de 40 ans	58 (68%)	27 (32%)	
Total	114	83	

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la qualité de vie ( $p=0,0103$ ).

## Dermatoses faciales et Qualité de vie

50% des patients ayant un âge < 40 ans avaient une mauvaise qualité de vie, alors seulement 32% des patients ayant plus de 40 ans avaient un impact important sur leur qualité de vie.

La moyenne d'âge des patients ayant une bonne qualité de vie était de 40,1. Alors que la moyenne d'âge des sujets ayant une mauvaise qualité de vie était de 35,8.

### 1.2 Influence du sexe sur la Qualité de vie

**Tableau XVI : étude du rapport entre le sexe et la QDV**

Sexe	Catégories de qualité de vie		P value
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Masculin	22 (54%)	19 (46%)	0,540
Féminin	92 (59%)	64 (41%)	
Total	114	83	

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le sexe et la qualité de vie ( $p=0,540$ ).

**Tableau XVII: étude du rapport de l'âge et la QDV chez les femmes :**

Sexe	Age	Catégories de qualité de vie		P
		Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Femmes	18-40 ans	45 (51%)	43 (49%)	0,024
	>40ans	47 (69%)	21 (31%)	
Total		92	64	

Chez les femmes, il y a un lien statistiquement significatif entre l'âge et la qualité de vie ( $p=0,024$ ).

**Tableau XVIII : étude du rapport entre l'âge et la qualité de vie chez les hommes**

Sexe	Age	Catégories de qualité de vie		P
		Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Hommes	18-40 ans	11 (46%)	13 (54%)	0,233
	>40ans	11 (68%)	6 (32%)	
Total		22	19	

On note que 54% des hommes âgés de 18 à 40 ans avaient une mauvaise qualité de vie. Mais il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'âge et la QDV chez les hommes ( $p= 0,233$ ).

**1.3 Influence du statut marital sur la QDV**

**Tableau XIX : étude du rapport entre le statut marital et la QDV**

Statut marital	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Marié	62 (60%)	41 (40%)	0,489
Non marié	52 (55%)	42 (45%)	
Total	114	83	

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre le statut marital et la qualité de vie. ( $P=0,489$ )

**14 Influence du niveau socio-économiques sur la QDV**

**Tableau XX : étude du rapport entre le NSE et la QDV**

NSE	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Bas	64 (56%)	50 (44%)	0,565
Moyen	50 (60%)	33 (40%)	
Total	114	83	

## Dermatoses faciales et Qualité de vie

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le niveau socio-économique et la QDV ( $p=0,565$ )

### 1.5 Influence de l'origine sur la QDV

Tableau XXI : étude du rapport entre l'origine et la QDV

Origine	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Rurale	40 (65%)	22(35%)	0,200
Urbaine	74 (55%)	61 (45%)	
Total	114	83	

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'origine et la QDV ( $p= 0,200$ ).

### 1.6 Influence de la profession sur la QDV

Tableau XXII : étude du rapport entre la profession et la QDV

Profession	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Affichante	39 (53%)	35 (47%)	0,255
Non affichante	75 (58%)	48 (42%)	
Total	114	83	

Nous avons noté qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la profession et la QDV.

### 1.7 Influence du niveau d'instruction sur la QDV

Tableau XXIII : étude du rapport entre le niveau intellectuel et la QDV

Niveau d'instruction	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Instruit	66 (50%)	66 (50%)	0,001
Analphabète	48 (74%)	17 (26%)	
Total	114	83	

Il y'a un lien statistiquement significatif entre le niveau intellectuel et la qualité de vie ( $p=0,001$ ). 74% des patients analphabètes avaient une bonne qualité de vie, alors que 50% des patients instruit avaient une mauvaise qualité de vie.

## **2. Lien entre les antécédents et Qualité de vie**

### **2.1 Lien entre le camouflage et QDV**

**Tableau XXIV : étude du rapport entre le camouflage et la QDV**

Camouflage	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Oui	12 (37%)	20 (63%)	<b>0,011</b>
Non	102 (62%)	63 (38%)	
Total	114	83	

Il existe un lien statistiquement significatif entre le camouflage et la qualité de vie ( $p=0,011$ ). 63% des patients ayant recours à une méthode de camouflage avaient une mauvaise qualité de vie.

### **2.2 Lien entre le traitement antérieur et la QDV**

**Tableau XXV : étude du rapport entre la présence d'un traitement antérieur et la QDV :**

Traitement antérieur	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Présence d'un traitement antérieur	53 (48%)	58 (52%)	<b>0,001</b>
Pas de traitement antérieur	61 (71%)	25 (29%)	
Total	114	83	

On note qu'il y a un lien statistiquement significatif entre la présence d'un traitement antérieur et la qualité de vie ( $p=0,001$ ). 52% des patients ayant déjà essayé un traitement avaient une mauvaise qualité de vie.

### 3. Lien entre les caractéristiques cliniques et la QDV

#### 3.1 Influence de la date du début sur la QDV

**Tableau XXVI : étude du rapport entre la date du début et la QDV**

Date du début	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
1 <sup>ere</sup> poussée	106 (62%)	64 (38%)	<b>0,001</b>
Récidive	8 (29%)	19 (71%)	
Total	114	83	

Il existe un lien statistiquement significatif entre la date de début de la maladie et la QDV (p=0,001).

On note que 71% des patients qui présentaient une récidive de leur maladie avaient une qualité de vie médiocre.

#### 3.2 Lien entre la présence des signes fonctionnels et la QDV

**Tableau XXVII : étude du rapport entre la présence des signes fonctionnels et la QDV**

Signe fonctionnel	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Oui	68 (52%)	64 (48%)	<b>0,010</b>
Non	46 (70%)	19 (30%)	
Total	114	83	

Il y a un lien statistiquement significatif entre la présence des signes fonctionnels et la qualité de vie (p= 0,010)

#### 3.3 Lien entre la présence du souci esthétique et la QDV

**Tableau XXVIII : étude du rapport entre la présence d'un souci esthétique et la QDV**

Souci esthétique	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Oui	78 (55%)	62 (45%)	0,337
Non	36 (63%)	21 (37%)	
Total	114	83	

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre la présence d'un souci esthétique et la qualité de vie ( $p=0,337$ ).

### 3.4 Lien entre le type de lésion et QDV

**Tableau XXIX-a : étude du rapport entre le type de lésion et la QDV (papules/pustules et érythème)**

Type de lésion	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Papules et pustules	39 (56%)	31 (44%)	0,447
Erythème	21 (64%)	12 (36%)	
Total	60	43	

En comparant la QDV des patients avec papule et/ou pustule et la QDV des patients avec érythème, il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre ces types de lésion et la qualité de vie ( $p=0,447$ ).

**Tableau XXIX-b : étude du rapport entre le type de lésion et la QDV (pigmentation et achromie)**

Type de lésion	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Pigmentation	17 (57%)	13 (43%)	0,127
Achromique	2 (22%)	7 (77%)	
Total	19	20	

En comparant la QDV des patients avec lésion pigmentaire et la QDV des patients avec lésion achromique, il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre ces types de lésion et la qualité de vie ( $p=0,127$ ).

3.5 Lien entre la fréquence de la dermatose faciale et QDV

**Tableau XXX : étude du rapport entre la fréquence de la maladie et la QDV**

La fréquence de la maladie	Catégories de qualité de vie		P
	Impact faible à modéré (bonne QDV)	Impact important (mauvaise QDV)	
Fréquente	86 (60%)	44 (40%)	<b>0,001</b>
Non fréquente	28 (42%)	39 (58%)	
Total	114	83	

On note qu'il y a un lien statistiquement significatif entre la fréquence de la maladie et la qualité de vie ( $p=0,001$ ).

**Au total, ce qui ressort des résultats de notre étude :**

La QDV était réduite chez les patients atteints de dermatoses faciales, particulièrement dans les dimensions symptômes et sentiments.

Les facteurs déterminants du retentissement sur la QDV de nos patients qui sont significatifs étaient : l'âge, les femmes jeunes, le niveau d'instruction, le camouflage, le traitement antérieur, la présence des signes fonctionnels et la fréquence de la maladie.

D'autres facteurs tels le sexe, le statut marital, le niveau socio-économique, l'origine, l'activité professionnelle, et le type de lésion n'avaient pas d'effet significatif sur la QDV.



## **DISCUSSION**



## I. Introduction

Dans toutes les cultures et depuis la nuit des temps et, pour chaque individu, depuis sa naissance, les liens entre la peau et le psychisme sont nombreux et variés...

Pourtant, la peau a été souvent considérée comme une simple enveloppe, à peine un organe, renvoyant au superficiel, catégorie très dévalorisée par rapport à la profondeur et par conséquent aux organes situés dans la profondeur du corps...

Ce n'est que depuis assez récemment que le retentissement psychosocial des dermatoses est considéré comme au moins aussi important que celui des autres maladies chroniques et est pris en considération par les dermatologues et par les autres médecins et soignants.

La peau n'est pas, en fait, un organe comme un autre et par conséquent les maladies de peau sont des maladies tout à fait particulières. [10]

### 1. Les particularités des dermatoses

- **Elles font appel au regard** : Elles sont, en effet, souvent visibles et même affichantes. Elles altèrent donc l'image de soi, réalisant une blessure narcissique plus ou moins profonde : c'est à dire une altération de l'image de soi, accompagnée d'une perte d'estime de soi. Selon les cas, une telle image altérée va être source de curiosité, de dégoût, de répulsion ou encore de gêne ou de honte. Dans l'inconscient collectif la maladie de peau reste encore, en effet, synonyme de maladie contagieuse, de maladie vénérienne, de maladie honteuse. D'ailleurs quand elle existe depuis l'enfance, toute maladie de peau peut perturber la constitution d'une image de soi harmonieuse et d'un solide sentiment d'estime de soi. En outre, il n'est pas facile de grandir et d'établir des relations affectives matures quand on dépend d'une personne ou de son entourage pour être traité chaque jour au moyen de soins locaux destinés à la peau malade.

- **Elles bouleversent la relation peau à peau, corps à corps des sujets malades** : ainsi les lésions des mains, premières et principales parties du corps qui se portent vers autrui pour le toucher, sont particulièrement mal vécues par les malades.
- En outre les **maladies de peau renvoient facilement à la perte de la beauté**, à la laideur physique même, cette dernière renvoyant elle-même à la laideur morale et à la monstruosité...
- **Les maladies de peau sont souvent chroniques**, avec des poussées parfois imprévisibles et un pronostic fréquemment incertain. Comme toute maladie chronique, elles posent donc deux principaux problèmes : celui de la qualité de vie et celui de l'observance thérapeutique.
- **Certaines lésions cutanées sont favorisées par l'accessibilité de la peau aux manipulations du sujet**. Le trouble primitif est alors psychique, mais il s'exprime au niveau de la peau (de la trichotillomanie à la pathomimie, c'est-à-dire aux maladies factices provoquées par le sujet lui-même, en passant par l'acné dite « excoriée »).
- **Les dermatoses nécessitent souvent des soins locaux**, qui par nature sont très contraignants. Ils demandent du temps, si précieux dans la vie moderne. Ils sont source d'inconfort pour la vie sociale ou pour le couple (préparations grasses ou odorantes), et de contraintes (impossibilité de s'habiller immédiatement lorsque ces émulsions tachent les vêtements...). L'irritation locale, considérée comme un effet secondaire mineur, peut faire une grosse différence entre les topiques du point de vue des patients.

### **2. Le visage : particularités**

De nos jours, que ce soit dans la littérature, la peinture, la sculpture, ou plus récemment le cinéma, les thèmes du visage, du portrait et de la face sont toujours richement traités. La région de la face est ainsi une région riche en expériences sensorielles, mais aussi interface d'échange entre acteurs ou lieu d'individualisation et d'humanité. Ces quelques exemples expliquent d'ailleurs le caractère dramatique des lésions de la face dans notre société.

Le terme Visage (*Visus, visum en latin*, « ce qui est vu ») désigne une personne identifiée par sa face, par sa figure, ou l'expression des traits de la face [11]. Le visage est ce qui est donné à voir par un individu, mais c'est avant tout un sentiment, une impression qui découle d'une projection affective.

Le visage, grâce à lui, nous sommes vus, nous sommes reconnus, identifiés et nommés. Il apparaît d'ailleurs sur nos cartes d'identité. Là où le corps marque la limite entre l'extérieur et l'intérieur, le visage lui est le territoire où s'inscrit l'identité [12]. Toute atteinte de la face est donc potentiellement une atteinte de ce qui nous identifie, porte notre rapport à autrui et nous met en relation avec le monde. En outre, toute blessure physique peut s'associer à une blessure psychique.

Le secteur des cosmétiques a souvent diffusé une image selon laquelle une peau jeune et saine, sans imperfections et sans poils, est plus souhaitable, principalement pour les femmes.

Le visage est d'une importance particulière dans la communication sociale humaine et l'image corporelle, que même les imperfections mineures peuvent avoir un impact souvent disproportionné sur la santé mentale et la qualité de vie. C'est pourquoi on sait aujourd'hui que les individus ayant des problèmes de peau faciale peuvent être particulièrement sujets à la dépression et à un risque accru de suicide. [13]

Il est important de noter qu'une peau faciale sans défaut stimule également la perception positive de l'attractivité chez les femmes qui ne souffrent pas de maladies dermatologiques. Des études ont montré que les gens attribuent plus de qualités positives aux enfants et aux adultes attirants qu'aux moins attirants [14], Il n'est donc pas surprenant que les humains attachent une grande importance à un visage avec une peau belle, saine et jeune. [15]

### **3. Pourquoi l'étude de la qualité de vie**

Dans l'évaluation de la gravité d'une maladie, on prend en général en compte le risque de tuer (la mortalité), le risque de restreindre ou de réduire une fonction vitale essentielle (morbidité), avec une incapacité (par rapport à la fonction normale de la population) ou un

handicap (par rapport à sa propre « normale ») et éventuellement la douleur. En matière de maladie dermatologique, on a rarement affaire à des malades « graves » de ce point de vue, si ce n'est à travers des cancers comme le mélanome, les lymphomes, des dermatoses inflammatoires très sévères comme les érythrodermies ou certaines dermatoses bulleuses, des dermatoses combinées avec une atteinte extra cutanée comme les rhumatismes psoriasiques ou les connectivites, des dermatoses très douloureuses comme le zona.

Dans beaucoup de maladies dermatologiques que l'on ne classerait pas comme graves dans cette conception classique, telles que le psoriasis, l'eczéma, le vitiligo, la pelade, l'acné ou bien d'autres, l'impression qui se dégage est pourtant un vécu de la maladie grave par le malade. [1] Cette gravité s'exprime dans de nombreux champs avec des conséquences souvent sévères :

- Les maladies cutanées sont source de **désavantage social**. La maladie affichante est vécue par la population en général et souvent par celui qui en est atteint, soit comme une marque repoussante (aspect croûteux du psoriasis...) entraînant dégoût ou crainte de contagion, soit comme un élément étrange ou insolite (aspect bigarré d'un vitiligo ou de malformations angiomateuses...) induisant chez l'autre une attention anormale, un malaise ou une attitude empruntée. L'évaluation ou l'anticipation de la réaction négative de l'autre, qu'elle soit réelle ou non, est une source majeure de souffrance, avec une anomalie de comportement de la part du malade et de son environnement. Ce désavantage lié au caractère affichant s'exprime dans touses aspects de la vie relationnelle, à degré variable, mais on a montré qu'il pénalise aussi la vie professionnelle chez l'homme comme chez la femme. [16]
- **Les contraintes** sont permanentes de la **vie quotidienne**, du moins pour les dermatoses chroniques. Le patient doit se les imposer pour cacher la maladie (habillement anormalement couvrant pour la saison ...) ; il doit aussi se les imposer pour en masquer les conséquences (squames visibles sur les vêtements, taches d'une hyperhidrose pathologique), ou liées à ses traitements (crèmes sur les vêtements,

odeur). Ces contraintes peuvent inhiber le patient au point qu'il s'interdise certaines activités, métiers, loisirs, sport, relations...

- **L'inconfort lancinant** d'une peau qui tire ou qui brule, le prurit avec une gêne pour dormir est souvent très sous-estimé et mériterait une reconnaissance équivalente à la douleur, car il est au moins aussi pénible et beaucoup moins contrôlable que cette dernière.
- **La dégradation de sa propre image** entraîne des stratégies de « coping » et avec parfois des conséquences psychiatriques et un cout social important.
- **La vie sentimentale et sexuelle** est souvent sévèrement affectée. Le patient se sent dégradé dans sa capacité à plaire, a peur d'induire le rejet, avec éventuellement des inhibitions ou des impuissances.
- **Les conséquences psychologiques** sont importantes. Le découragement, voire le désespoir, sont fréquents dans certaines maladies dermatologiques chroniques : désespoir de devoir traiter quasiment à vie qui conduit certains patients à abandonner tout traitement, et désespoir de traitements peu efficaces dans de multiples maladies orphelines affichantes. L'angoisse est aussi générée par le dilemme permanent des patients qui doivent souvent faire des choix cornéliens : choix entre traitements efficaces, mais à haut risque, et traitements sans risque, mais peu efficaces ; mais aussi choix entre traitements courts avec seulement des blanchiments occasionnels, et traitement utilisés en continu qui donne un blanchiment prolongé au prix du risque à long terme.

Cette gravité perçue par le patient est donc de l'ordre des diverses dimensions de la qualité de vie liées à la santé (QVLS) : physique, psychologique et sociales.

## **II. La qualité de vie et ses mesures**

### **1. Le concept de la Qualité de vie**

Dès 1947, l'organisation mondiale de la santé a défini la santé comme étant un « état de complet bien-être physique, mental et social » [17]. Il fallut d'autres modifications conceptuelles de la santé pour voir apparaître celui de la qualité de vie. Le concept de la qualité de vie est apparu aux Etats-Unis dans les années 1970 [18]. Né dans le domaine de l'urbanisme et de l'écologie, il gagna rapidement celui de la santé.

La notion de qualité de vie semble être survenue dans les suites d'une évolution des trois fondements de la médecine que sont la maladie, le malade et le médecin :

-Les malades ont changé de visage : l'essor de la médecine moderne au cours de la première moitié du XXème siècle a permis de maîtriser les grandes maladies infectieuses dans les pays industrialisés. L'espérance de vie fut ainsi presque triplée sur les deux derniers siècles en Europe. La fin du XXème siècle voit alors la prépondérance des maladies chroniques, pour lesquelles la guérison ne pouvant pas toujours être obtenue. Il importe surtout de soulager les patients, de réduire leurs symptômes, et par là-même, d'améliorer leur qualité de vie.

-Les attentes du malade se sont modifiées : le malade souhaite des informations auxquelles il accède par le dialogue avec son médecin. Chaque individu veut juger de sa santé de son propre point de vue

-La prise en charge médicale a pris, elle aussi, un tournant décisif : c'est aussi à la fin du XXème siècle que la relation médecin-malade dite paternaliste s'est modifiée. Le patient peut participer aux décisions thérapeutiques. Le médecin ne décide plus de façon unilatérale. Afin de mieux percevoir les préférences de son patient, il va s'intéresser à sa qualité de vie.

La mortalité ou le taux de guérison ne sont plus les seuls indicateurs pertinents. L'apport d'un indicateur émanant des sciences humaines à côté de ceux émanant des sciences dures est séduisant. La qualité de vie va ainsi permettre d'évaluer des bénéfices qui jusqu'à présent

n'étaient pas pris en compte. Les médecins se sont donc attachés à mesurer la qualité de vie et ce concept a pu rejoindre les autres mesures de l'évaluation médicale (biologie, imagerie...) [4]

Le concept de qualité de vie peut paraître simple, tant il est intuitif et banalisé. Cependant, une définition explicite et consensuelle est indispensable.

Selon les auteurs la qualité de vie apparaît comme : « ce qui permet de quantifier les répercussions de la maladie sur la vie » ; « l'ensemble des satisfactions et des insatisfactions éprouvées par un sujet à propos de sa vie » ou bien encore « ce qui reflète l'impact des maladies, des traitements et des décisions de santé sur la vie quotidienne, en essayant d'approcher le point de vue du patient ».

L'Organisation mondiale de la santé a proposé, en 1997, comme définition : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes [17]. 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. L'intérêt de mesure de la qualité de vie en dermatologie**

Depuis la première publication de mesures de la qualité de vie spécifiques à une maladie dermatologique il y a plus de 30 ans[19], l'évaluation de la qualité de vie des patients est désormais fréquemment incluse dans les études de recherche en dermatologie [20] La mesure de la qualité de vie à l'aide d'instruments validés est recommandée dans les guidelines thérapeutiques en dermatologie dans nombreux pays. Certains cliniciens les utilisent également dans leur travail clinique de routine, mais peu d'articles ont été publiés sur cette utilisation.

The European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Task Force on QoL considère qu'il existe plusieurs façons dont la mesure de la qualité de vie dans la pratique clinique peut être bénéfique pour les patients, soutenir la prise de décision des cliniciens et contribuer à la fourniture de soins de haute qualité.

The EDAV Task force on QOL ont décrit de nombreuses façons dont la mesure de la qualité de vie peut potentiellement être avantageuse dans la pratique clinique courante de la dermatologie [21] :

- **La prise des décisions concernant le traitement** : L'information sur la qualité de vie peut améliorer les décisions cliniques en les rendant plus centrées sur le patient. Les scores de qualité de vie peuvent éclairer les décisions relatives au choix des stratégies thérapeutiques appropriées, qu'il s'agisse de l'arrêt du traitement ou de son admission.
- **La prise de décision partagée** : le recours à des mesures de qualité de vie peut encourager la participation des patients à la prise de décision partagée. Les connaissances des patients sur les aspects non médicaux de leur maladie sont complémentaires de l'expertise du clinicien en matière de facteurs médicaux.
- **Détermination des objectifs du traitement** : Pour de nombreux patients, en particulier ceux qui souffrent de maladies de peau chroniques, ainsi que pour le clinicien, l'amélioration de la qualité de vie est le principal objectif du traitement. Les scores de qualité de vie peuvent guider les décisions thérapeutiques, sur la base d'objectifs de traitement communs. Ils informent également le clinicien du risque potentiel qui sera toléré par le patient.
- **Adaptation du traitement lors du suivi** : Les scores de qualité de vie peuvent aider à la prise de décision clinique, comme l'ajustement des doses ou le suivi des changements de thérapie, par exemple pour diminuer plus rapidement l'impact sur la qualité de vie identifié. Les effets du traitement peuvent être contrôlés au cours du suivi à l'aide des scores de qualité de vie.
- **Amélioration de la relation entre le clinicien et le patient** : L'évaluation systématique de la qualité de vie des patients en consultation peut améliorer la relation entre le clinicien et le patient, surtout si les résultats sont discutés pendant la consultation. Leur utilisation démontre au patient que le clinicien est conscient de l'impact de la

qualité de vie du patient et indique que le clinicien se soucie du patient et des résultats qu'il préfère, et pas seulement de la maladie.

- **Impact sur le clinicien** : L'utilisation de mesures de la qualité de vie peut rendre les cliniciens plus conscients du point de vue du patient, du fardeau que celui-ci et sa famille ressentent et du fait que la gravité des lésions n'est pas nécessairement corrélée à l'impact sur la qualité de vie. Les cliniciens peuvent prendre davantage conscience de l'évolution probable de l'impact de l'affection sur le patient et du fait que des affections cliniquement "guéries" peuvent encore avoir un impact sur la qualité de vie. En un coup d'œil, les domaines les plus touchés sont identifiés, ce qui permet de mieux cibler la discussion. Des problèmes tels que la honte ou la dépression peuvent être révélés et les cliniciens peuvent être plus enclins à conseiller le patient et à envisager de l'orienter vers une aide psychologique
- **Prédiction des résultats / pronostic** : La compréhension de l'impact de la maladie sur la qualité de vie d'un patient peut éclairer les prédictions d'un clinicien concernant l'adhérence du patient au traitement, son engagement à suivre une thérapie à long terme et le résultat thérapeutique probable.
- **Adhérence / observance** : Si, grâce à l'utilisation de mesures de la qualité de vie, un patient sait que son clinicien comprend sa situation, cela peut améliorer la satisfaction du patient et son adhésion au traitement.

### **3. Les instruments de mesures de qualité de vie**

#### **3.1 Généralités sur le développement des échelles**

Les mesures de qualité de vie, aussi appelées échelles, analysent les réponses à un questionnaire standardisé et validé.

Actuellement les échelles cherchent à évaluer le jugement que porte le patient sur sa qualité de vie. Grâce aux nombreux travaux menés depuis plus de 30 ans, la construction d'une échelle de mesure, processus long et complexe, est maintenant bien codifiée.

Les échelles sont le fruit d'une collaboration entre cliniciens, linguistes, statisticiens et psychométriciens afin d'obtenir un instrument fiable et valide.

Les principales étapes du développement d'une échelle de QDV sont :

- ✓ Génération des items (experts, entretiens, littérature).
- ✓ Réduction des items (pré-étude clinique, statistiques).
- ✓ Validation psychométrique (étude clinique, statistique).
- ✓ Exploitation en clinique.

Les questionnaires sont composés de plusieurs questions qui sont regroupées par thème pour explorer différentes dimensions. Les questions doivent être pertinentes et simples à comprendre.

Classiquement on admet quatre dimensions pour couvrir le vaste champ des valeurs de la qualité de vie :

- La dimension physique : capacité physique, autonomie, gestes de la vie quotidienne...
- La dimension psychologique : émotivité, anxiété, dépression...
- La dimension somatique : douleur, asthénie, sommeil...
- La dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle...

### **3.2 Le choix des instruments**

La méthodologie de mise au point des questionnaires répond à des critères précis. Comme tout instrument de mesure, les questionnaires doivent posséder des propriétés psychométriques : critères de validité permettant de juger de la pertinence de l'outil de mesure, fiabilité, sensibilité au changement propriétés [22]

#### **➤ Validité :**

Le processus de validation des échelles de QdV est bien codifié et remis en question régulièrement [23]. 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.

➤ **Fiabilité :**

Une échelle est fiable si elle donne des résultats comparables dans des situations comparables [24]. 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 [25]

➤ **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 [25]

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.

### **3.3 Les instruments de mesure de QdV en dermatologie**

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. Les échelles génériques sont censées être universelles et utilisables dans tout processus pathologique, les échelles génériques dermatologiques ont une utilisation restreinte à

cette spécialité [26]. Et enfin les échelles spécifiques de maladies sont utilisées pour une seule pathologie cutanée.

➤ **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. 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 :**

Ils sont construits pour des groupes présentant le même type de pathologie, souvent dans le but de mesurer un changement au cours du temps (évaluation thérapeutique). Ils explorent de façon précise chaque caractéristique de la maladie exprimée sous forme de dimensions.

L'avantage essentiel de ce type d'instrument est d'être très sensible aux variations dans le champ exploré. L'inconvénient principal de ces échelles spécifiques est qu'il est impossible de comparer l'impact de deux troubles différents

**Tableau XXXI : les instruments de QDV les plus utilisés en dermatologie [27]**

<b>Les instruments génériques de QVLS les plus utilisés pour les adultes</b>
Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36)
EuroQoL 5-Dimension (EQ-5D)
<b>Les instruments de QVLS spécifiques à la dermatologie les plus utilisés pour les adultes</b>
Dermatology Life Quality Index (DLQI)
Skindex-29
<b>Instruments de QVLS spécifiques à la dermatologie pour les enfants</b>
Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI)( de 5 à 16 ans)
Infants' and Toddlers' Dermatology Quality of Life InToDermQoL) (de la naissance à 4 ans)
<b>Quelques instruments populaires de QVLS spécifiques à une maladie</b>
Infants' Dermatitis Quality of Life Index (IDQoL)
Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (QoLIAD)
Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale (CADIS)
Cardiff Acne Disability Index (CADI)
Acne-Specific Quality of Life Questionnaire (Acne-QoL)
Skin Cancer Index (SCI)
The Functional Assessment of Cancer Therapy - Melanoma (FACT-M)
Psoriasis Disability Index (PDI)
Scalpdex
Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL)

### **a. Outils génériques de mesure de la qualité de vie**

Les échelles génériques sont conçues pour l'exploration de pathologies variées, à des stades de gravité divers, et dans différents groupes socio-économiques et culturels. Les mesures génériques donnent plus d'importance à l'aspect général de la santé, à la satisfaction du patient et explorent plus globalement certaines dimensions concernant le fonctionnement psychologique et social de l'individu. Elles couvrent des dimensions plus larges de l'état fonctionnel, du bien-être et de la perception globale de la santé. Les échelles génériques sont censées être universelles et utilisables dans tout processus pathologique.

Ces échelles, dont la plus connue et utilisée est le Short Form 36, sont parmi les plus anciennes et ont su faire preuve de leur fiabilité dans de nombreux domaines de la médecine.

#### ➤ **Le Short Form 36 (SF-36) :**

Développé en 1992 aux Etats-Unis, le SF-36 est une échelle générique de mesure de la QDV axée sur la perception par le patient de son état de santé, intégrant à la fois des données sur la subjectivité des patients mais qui intègre également des axes plus comportementalistes. Il est composé de 36 questions, évaluant 8 dimensions (activité physique, limitations dues à l'activité physique, douleur physique, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, limitations dues à l'état psychique et santé psychique [4]. Il s'agit plus d'une mesure de qualité de vie liée à la santé que de qualité de vie telle qu'elle est perçue par le patient. C'est un outil de référence, traduit et adapté culturellement dans plus de 15 pays notamment en arabe [28]. Cette échelle donne lieu à l'établissement de scores par dimension, et il faut noter qu'il n'existe pas de score global. Un algorithme a été développé pour permettre de calculer un score par « composant », à savoir, un score de santé physique, et un score de santé psychique.

La fiabilité et la validité du SF-36 sont très bonnes, et ce questionnaire a été mis en œuvre dans de nombreuses études internationales, et appliqué à de multiples contextes pathologiques. [29]

### ➤ **EuroQol 5 Dimensions » (EQ-5D)**

Développé en 1990 par l'EuroQol Group dans le but de standardiser les mesures de qualité de vie reliée la sante, l'EQ-5D est un instrument générique de mesure de la QdV. Les questions portent sur cinq dimensions (mobilité, autonomie de la personne, activités courantes, douleurs et/ou gêne et anxiété et/ou dépression). Les réponses au questionnaire sont converties en un score global compris entre 0 (correspondant à la mort) et 1 (correspondant à une pleine santé) appelé « utilité ». L'EQ-5D permet de décrire 243 états de santé possibles. Les utilités permettent de pondérer les années de vie des patients en fonction de leur qualité. Ces années ajustées sont appelées QALY (Quality-Adjusted Life Years). Il existe sous trois versions : La première version, développée dans 170 langues, comprend trois niveaux par dimension : « Je n'ai aucun problème » / « J'ai des problèmes » / « J'ai des problèmes extrêmes ». La seconde version est l'EQ-5D-5L. Développée en 2009 en 130 langues elle comporte également cinq dimensions mais offre cinq niveaux de réponse (contre 3 pour la version EQ-5D-3L) pour augmenter la sensibilité et réduire l'effet de plafond de l'outil [30]

### **b. Les échelles globales dermatologiques**

Plusieurs échelles spécifiques ont été développées dans le cadre de la dermatologie. Elles peuvent être utilisées quelle que soit la maladie dermatologique. Les plus utilisés sont le DLQI et le SKINDEX.

### ➤ **Dermatology Life Quality Index (DLQI)**

Le Dermatology Life Quality Index (DLQI) est une échelle de mesure mise au point en 1994 par Finlay et Khan [5]. Il s'agit d'un instrument de mesure de l'impact de la qualité de vie chez des patients souffrant de dermatoses.

Il repose sur dix questions cotées de 0 à 3 portant sur le prurit, la gêne générale, l'interférence avec l'habillement, les loisirs, le sport, la sexualité et le travail [31]. Le patient répond à chaque question en cochant une case parmi « Pas du tout », « Un peu », « Beaucoup » et « Énormément ». Le score du DLQI est obtenu en faisant la somme des scores qui ont été

attribués à chacune des questions. Il varie de 0 (qualité de vie la meilleure) à 30 (qualité de vie la plus altérée). Le DLQI a été conçu pour des adultes uniquement. Le DLQI a été utilisé pour évaluer la qualité de vie de patients après une hospitalisation en dermatologie [32], ou dans le cadre du suivi chirurgical de carcinomes basocellulaires [33], cet instrument de mesure a été également utilisé chez des patients souffrant de vitiligo [34], d'acné [35]. Le DLQI a été rapporté comme l'instrument le plus utilisé dans les essais randomisés contrôlés sur le psoriasis [36], ainsi le groupe Harmonising Outcome Measures in Atopic Eczema a recommandé le DLQI comme mesure principale dans les études sur les adultes atteints d'eczéma atopique. [37]

Il est internationalement utilisé depuis plus de 25 ans dans plus de 80 pays et disponible en plus de 110 traductions dont l'arabe [27,38]. Il existe une version marocaine qui a été jugée sensible et fiable. [6]

### ➤ **Le Skindex**

Le SKINDEX est l'un des outils de mesure de la QdV les plus utilisés en dermatologie [36]. Il se présente initialement sous forme d'un questionnaire en 61 questions. Le skindex a été développé par une équipe de chercheurs américains, pour mesurer la qualité de vie de patients atteints de dermatose inflammatoire ou de dermatose localisée [26]. Des versions plus courtes à remplir ont ensuite été développées (29, 17 et 16 questions). Les émotions, les symptômes et le fonctionnement général du patient sont les 3 grands domaines analysés par cet outil. Le prurit, l'humeur, le sommeil et les activités récréatives sont évalués par ce questionnaire. Le Skindex16 comprend 16 questions, Les résultats du Skindex16 sont rapportés en trois scores représentant chacun une dimension spécifique de la qualité de vie : émotion (7 questions), symptôme (4 questions), et fonction (5 questions). Le score de chaque dimension est la moyenne des réponses à chaque question de cette dimension. Les scores sont transformés en pourcentage. L'impact en terme de qualité de vie est d'autant plus important que le score est élevé. [40]

### **3.4 Le choix du DLQI**

Dans notre étude, nous avons estimé que le DLQI correspondait de façon suffisamment optimale aux besoins de notre recherche. Le DLQI a été le premier questionnaire spécifiquement

créé pour évaluer le retentissement des problèmes de peau sur la qualité de vie des patients et reste l'instrument le plus utilisé dans le domaine des affections cutanées. Ses qualités psychométriques sont reconnues, sa facilité d'emploi également : le nombre d'items restreint à dix permet de répondre à l'ensemble en moins de trois minutes. Cet indice semble refléter les données les plus pertinentes pour la dermatologie de la population. Le système de notation est simple. Les études montrent, en outre, la fiabilité et la validité de l'indice dans le cadre interculturel [7]. Ces données soutiennent son utilisation, y compris comme un instrument de recherche international [41]. Son utilisation a été décrite dans plus de 3 000 publications [7]. La version marocaine en arabe dialectale a été jugée sensible et fiable. [6]

#### **4. Le contexte socioculturel marocain et les instruments de mesure de QDV**

L'adaptation et la validation transculturelle des instruments de mesure de QDV constituent un enjeu central dans le champ de la mesure de la QDV.

Une étude faite au niveau du service de dermatologie au CHU Mohamed VI de Marrakech, avait comme objectif de faire une analyse critique des questionnaires de qualité de vie utilisés en dermatologie particulièrement le DLQI et le Skindex 16. [42]

Cette étude a montré que le processus de traduction et de validation des questionnaires DLQI et Skindex 16 en général a été respecté selon les recommandations de Beaton et al [43], à part la limitation du nombre de traducteurs et retro traducteurs et le manque de certains composants du comité d'experts, 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 a montré 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.

Pour le DLQI, cette étude a objectivé une corrélation globale satisfaisante entre la version du questionnaire DLQI en dialecte marocain et la version en français ; 89% des patients de la

population étudiée ont répondu par la même réponse dans les deux versions, ceci était expliqué par le fait que ce questionnaire présente une universalité acceptable. 11% de différence peut être expliqué par la spécificité culturelle et linguistique.

Cette analyse critique de ces questionnaires a donc conclu que certaines situations qui sont évoquées dans la culture de l'instrument d'origine peuvent ne pas être transposables à une autre culture, et qu'elles devront être remplacées par d'autres situations appropriées à cette culture tout en préservant l'objectif et le sens de la question.[42]

### **III. Discussion de nos résultats**

Les dermatoses faciales sont nombreuses et constituent un motif fréquent de consultation dans notre contexte [9,44]. Le plus souvent, elles sont source de préjudice esthétique et de souffrance psychique secondaire à leur caractère affichant d'où l'intérêt de la mesure de la qualité de vie qui apporte une aide au praticien en lui permettant de prendre en compte les répercussions psychologiques de la maladie.

Vu que la majorité des pathologies dermatologiques ne met pas en jeu le pronostic vital des malades, l'attention des praticiens aurait tendance à être déviée vers d'autres maladies considérées plus « sérieuse », cependant, l'impact psychologique de ces malades est comparable, et même supérieur que celui d'autres pathologies chroniques. [3]

#### **1. Le retentissement des dermatoses faciales sur la qualité de vie : DLQI**

Le score moyen de DLQI dans notre étude était de 9,83. 42,2% de nos patients avaient un score supérieur à 10 témoignant d'une altération importante de la qualité de vie par leurs dermatoses faciales. La dimension "symptômes et sentiments" était la plus importante et la plus retrouvée avec un effet modéré à important. Notre étude a retrouvé le même résultat qu'une étude réalisée en France en 2012, avec 129 patients, par S.Seité et al [45]. Le score moyen retrouvé était de 9,9. Les questions avec les scores les plus élevés étaient de la dimension « sentiments ».

## Dermatoses faciales et Qualité de vie

La dimension traitement est celle qui a annoncé le score le plus bas. Probablement par ce que la plupart des patients se présentaient en consultation pour la première fois et pour une 1ère poussée de leur maladie.

En comparant notre score moyen du DLQI à celui retrouvé dans d'autres études, nous constatons que nos résultats se situent dans la moyenne.

Certaines études ont retrouvé un score supérieur au nôtre, comme au Pakistan (Moyenne de 13,02 sur 370 cas en 2017) [46], l'Egypte (Moyenne de 15,01 sur 70 cas en 2018) [47]. D'autres études ont retrouvés un score inférieur au notre tel que l'étude de L.Peuvrel en France (Moyenne de 7,3 sur 63 cas en 2012) [48], et l'étude de S.Gallouj à Fès (Moyenne de 6,23 sur 127 cas en 2010). [49]

**TableauXXXII : Résultats du DLQI dans quelques études effectuées chez des patients atteints de dermatoses faciales :**

Auteurs / pays	Année	Nombre de cas	Moyenne DLQI
S.A.HOLME et al. Royaume-Uni [50]	2002	82	9,1
W.Boehncke et al. Allemagne [51]	2002	20	9,2
S.Gallouj et Fz.Mernissi Maroc (Fès) [49]	2010	127	6,23
L.Peuvrel et al. France [48]	2012	63	7,3
S.Seité et al. France [45]	2012	129	9,9
H.Shahbaz et al. Pakistan [46]	2017	370	13.02
A.Hassanin et al. Egypte [47]	2018	70	15,01
Filka Georgieva Bulgarie [52]	2018	52	11,83
Notre étude	2020	197	9,83

D'autres études se sont intéressées à étudier l'importance de la localisation des lésions dermatologiques, en comparant l'impact de la présence de lésions affichantes au niveau du visage ou des mains par rapport aux lésions des autres parties du corps.

Une étude Brésilienne, faite par M.Ludwig et al, a montré que les patients ayant des dermatoses du visage et/ou des mains ont une qualité de vie plus altérée que les patients avec des dermatoses sur le reste du corps ( $p=0,05$ ). [53]

Dans une autre étude faite par A.Hassanin et al, en Egypte, une comparaison est faite entre un premier groupe de patients avec lésions affichantes et un deuxième groupe avec des lésions non affichantes. Les patients du 1er groupe présentaient des scores de DLQI significativement plus élevé que le 2ème groupe ( $p=0,01$ ). [47]

Au Brésil, une étude en 2020 faite par Kenia Lacerda, s'est intéressée à la mesure de la qualité de vie chez les patients atteints du vitiligo. L'étude a montré qu'il y a une association entre la localisation du vitiligo et la qualité de vie. La QDV des patients ayant des lésions affichantes est significativement affectée que la QDV des patients avec des lésions non affichantes ( $p < 0,001$ ). [54]

Dans une autre étude de S.W.Younen Corée du sud, faite sur les patients psoriasique, le score de DLQI était significativement élevé chez le groupe avec lésions affichantes comparé au groupe avec lésions non affichantes. ( $p < 0,001$ ) [55]

### **2. Les facteurs déterminants du retentissement sur la QDV**

Dans notre étude, les facteurs déterminants de la QDV qui sont significativement corrélés à une altération de la qualité de vie de nos patients étaient :

- L'âge ;
- Le niveau d'instruction ;
- Le camouflage ;
- La présence d'un traitement antérieur ;
- La date de début de la maladie ;
- La présence d'un signe fonctionnel ;
- La fréquence de la maladie.

Par contre, on n'a pas trouvé de corrélation avec les autres facteurs.

### **2.1 QDV et facteurs démographiques et socio-économiques :**

#### **a. L'âge**

Nous avons trouvé un lien positif entre l'âge et la QDV ; 50% des patients ayant un âge <40 ans avaient une mauvaise qualité de vie, alors que seulement 32% des patient ayant plus de 40 ans avaient un impact important sur leur qualité de vie ( $p=0,0103$ ). Ce qui suggère que les dermatoses faciales sont plus traumatisantes pour le groupe d'âge plus jeune que pour le groupe plus âgé. Ce résultat est en accord avec d'autres études. C.Tejada et al. ont montré en 2017 que l'âge jeune était parmi les facteurs déterminants d'une mauvaise QDV, l'étude a montré qu'il y avait une diminution du score du DLQI avec l'âge : plus le patient était âgé, plus l'impact de sa dermatose sur sa qualité de vie était faible ; alors que les patients les plus jeunes avaient la qualité de vie la plus altérée ( $p= 0,001$ ) [56]. Selon l'étude faite par S.Gallouj à Fès, le score DLQI le plus important était objectivé chez les patients âgés de 20 à 39 ans, ce qui signifie une altération importante de la qualité de vie chez cette tranche d'âge. [49]

Ce résultat est en contradiction avec d'autres études, où ils ont montré l'absence de l'influence de l'âge sur la qualité de vie des patients ayant une dermatose faciale.

Une étude faite par H.Shahbaz et al a montré qu'il n'y a pas de corrélation significative entre l'âge et la qualité de vie ,malgré que les résultats de leur étude ont objectivé que les patients du groupe d'âge le plus jeune (16–25 ans) avaient un score DLQI plus élevé avec une qualité de vie inférieure par rapport au groupe d'âge (26–35 ans) qui à son tour avait un score plus élevé que le groupe d'âge ( $> 35$  ans).[46]

Nous avons également étudié la qualité de vie des hommes et des femmes selon l'âge, nous avons constaté que l'âge jeune est un facteur influençant la qualité de vie chez les femmes, alors que chez les hommes, il n'y a pas de corrélation significative entre l'âge et la qualité de vie. L'altération de la QDV est plus importante chez les femmes jeunes que chez les femmes plus

âgées, ce qui peut signifier que les dermatoses faciales chez les femmes jeunes constituent un préjudice esthétique majeur.

### **b. Le sexe**

Des résultats controversés existent dans la littérature en ce qui concerne le lien entre le sexe et la QDV. Nous n'avons pas confirmé l'influence du sexe sur la QDV. Ce résultat est en accord avec l'étude de Tejada et al. Selon le score total du DLQI, il n'y avait pas de différence entre les femmes et les hommes. [56]

Cependant, d'autres études ont trouvé une corrélation positive entre sexe des patients et la QDV [46,57]. La majorité des patients atteints de dermatoses faciales avec une mauvaise qualité de vie évaluée dans les études mentionnées ci-dessus étaient des femmes. L'altération de la QDV des femmes peut être liée à l'impact important de l'estimation des changements de l'image chez les femmes par rapport aux hommes. Cette interprétation est confirmée par des études récentes soulignant que les femmes sont plus investies dans l'apparence et moins satisfaites de leur image corporelle que les hommes. [58]

### **c. Le statut marital**

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de lien entre le statut marital et la qualité de vie. Contrairement à l'étude de Shahbaz qui a objectivé une corrélation entre le statut marital et la qualité de vie, les patients célibataires avaient une qualité de vie médiocre par rapport aux patients mariés ( $p=0,004$ ). [46] L'étude de Tejada a montré aussi que le statut marital est un facteur déterminant de la QDV ( $p=0.005$ ). [56]

### **d. Le niveau socioéconomique**

L'impact des conditions socioéconomiques a été également étudié. Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de lien entre le niveau socio-économique et la QDV. D'autre part, un

lien positif avec la QDV était trouvé dans l'étude de Tejada et al, qui ont prouvé que les patients ayant un revenu élevé ont une meilleure qualité de vie. [56]

Ceci, indique que, des conditions socioéconomiques favorables ne sont pas toujours une garantie de satisfaction. Aussi, les croyances culturelles, telles que la soumission au destin, influencent beaucoup la perception de l'état de santé surtout chez nos malades.

### **e. Le niveau d'instruction**

Il semble que le niveau d'éducation est l'un des facteurs déterminants de la QDV dans notre étude ( $p=0,001$ ), nous avons remarqué que 50% des patients instruits avaient une mauvaise QDV, alors que 74% des patients analphabètes avaient une bonne qualité de vie. Ce même résultat a été montré dans l'étude de Caroline Tejada et al et de S.Gallouj [56,49]. Qu'un niveau d'éducation plus haut est corrélé avec une mauvaise qualité de vie ( $p=0,0001$ ). Ceci peut être expliqué par le fait d'avoir un niveau d'étude supérieur peut affecter la perception générale du monde extérieur et peut influencer l'attitude du patient envers sa santé et sa maladie.

### **f. La profession**

Dans notre série, nous avons étudié la qualité de vie des patients ayant une profession affichante et des patients ayant une profession non affichante ou sans profession. L'association profession et altération de la QDV n'était pas statistiquement significative ( $p=0,255$ ). Ce qui est en accord avec les résultats de l'étude de S.Gallouj à Fès. [49]

D'autre part, un lien positif avec la QDV était trouvé dans l'étude de Raj Jobanputra et al. Cette étude de l'Afrique du sud, portant sur 607 cas, a démontré une altération de la qualité de vie chez les étudiants et les chômeurs. ( $p=0,001$ ) [59]

### **2.2 Qualité de vie et antécédents**

#### **a. Le camouflage**

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux méthodes de camouflage dans notre contexte marocain. Nous avons comparé le retentissement des dermatoses faciales sur la qualité de vie des patients barbus et des patientes avec voile intégral (khimar) aux autres patients qui n'utilisent aucun moyen de camouflage. Notre étude a montré qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le camouflage et la qualité de vie ( $p= 0,011$ ) et que 63% des patients ayant recours à une méthode de camouflage avaient une mauvaise qualité de vie. Cela peut signifier que les patients gravement touchés par leurs imperfections faciales sont plus susceptibles d'essayer de les cacher.

Nos résultats sont en accord avec les résultats d'une étude menée en France par Rajesh Balkrishnan, sur les facteurs associés à la qualité de vie chez les femmes avec des dermatoses faciales sévères. Cette étude avait démontré que les femmes utilisant un fond de teint pour cacher leurs lésions avaient une qualité de vie plus altérée que les autres ( $p<0,05$ ). [60]

Cependant, plusieurs articles ont été faits pour étudier l'impact du camouflage par des produits cosmétiques sur la qualité de vie des patients souffrant de dermatoses faciales [61, 62,63]. Ils ont objectivé une amélioration significative de la qualité de vie après usage de camouflage cosmétique chez les patients ayant des dermatoses faciales.

#### **b. Traitement antérieur**

Dans notre série, l'altération de la qualité de vie était plus élevée chez les patients qui ont déjà utilisé un traitement médical, soit sous prescription ou par auto médication avec une valeur  $p = 0,001$ .

Nos résultats concorde avec les résultats de l'étude du CHU Hassan 2 Fès, ils ont objectivé un score de DLQI plus élevé chez les patient ayant déjà bénéficiés d'un traitement sous prescription et automédication ( $p<0,0001$ ). [49]

Une autre étude faite en Colombie de G.Sanclemente et al, a montré que avoir essayé un traitement antérieur affecte de façon significative la qualité de vie ( $p < 0,001$ ) [64]

Ceci peut être expliqué du fait que les patients ayant suivi un premier traitement sans avoir une amélioration concrète, avaient un état psychique affectée ce qui a influencé leur qualité de vie.

### **2.2 Qualité de vie et caractéristiques cliniques**

#### **a. La date de début de la maladie**

Dans notre étude, nous avons constaté qu'il y a un lien significatif entre la date de début de la maladie et la qualité de vie. Les patients consultants pour une 1<sup>ère</sup> poussée de leur maladie avaient une meilleure qualité de vie par rapport aux patients qui présentaient une récurrence ( $p = 0,001$ )

Shahbaz et al a rapporté suite à une étude faite en 2017 portant sur 370 patients, une association significative du score du DLQI avec la durée de la maladie ( $p = 0,001$ ). Une longue durée de la maladie a un effet négatif sur la qualité de vie. [46]

Par contre, l'étude de Salman et al réalisée chez les patients ayant l'acné et le vitiligo facial, a démontré qu'il n'y a pas de corrélation entre la durée de la maladie et qualité de vie. [65]

#### **b. Le motif de consultation et la QDV :**

Dans notre échantillon, la présence d'un signe fonctionnel altère significativement la qualité de vie ( $p = 0,010$ ). Par contre, nous avons constaté une absence de corrélation entre le souci esthétique et la QDV.

En revanche, l'étude du CHU HASSAN 2 à Fès de S.Gallouj a retrouvé qu'il n'y a pas de corrélation significative entre la QDV et le motif de consultation, malgré que les patients présentant un souci esthétique ont un score DLQI plus élevé. [49]

### **c. Le type de lésion et la QDV**

La corrélation entre la QDV et le type de lésion, n'a pas été significative dans notre étude.

Nous avons comparé la QDV chez les patients avec papules ou pustules à la QDV chez les patients avec érythème. Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre ces types de lésions et la qualité de vie. Une étude réalisée par B.Aksoy en Turquie , sur les facteurs cliniques et démographiques influençant la qualité de vie chez les malades de rosacée, a montré que le type de lésion dans la rosacée n'est pas un facteur déterminant de la qualité de vie ( $p > 0,05$ ) et qu'il n'y a pas de différence de qualité de vie entre La rosacée érythématotélangiectasique, La rosacée papulopustulaire et la rosacée phymateuse [66]. Une autre étude sur la QDV et la rosacée, faite par Seema P. Kini et al aux États-Unis, a démontré qu'il n'y a pas de corrélation significative entre la QDV dans la rosacée érythématotélangiectasique et la rosacée papulopustulaire. [67]

Nous avons également fait une comparaison de la QDV des patients avec des lésions achromiques à la QDV des patients avec des lésions pigmentaires. Les résultats n'étaient pas significatifs. Ceci concorde avec les résultats d'une étude réalisée par Judith R. Porter et al, qui ont comparé l'effet psychosocial des hypo et hyper pigmentations chez les patients atteints de ces lésions. Ils ont conclu qu'il n'y a pas de différence significative entre les scores des patients avec hypopigmentation et les scores des patients avec hyperpigmentation [68]. Contrairement à une autre étude comparative de la qualité de vie dans le vitiligo et le mélasma, faite par Suyog V. Jaiswal et al en Inde, la qualité de vie des femmes atteintes de vitiligo était significativement plus altérée que la QDV des femmes atteintes de mélasma. ( $p = 0,003$ ) [69]

### **d. Fréquence de la dermatose et QDV**

Chez les patients de notre série, nous avons étudié la relation entre la fréquence de la maladie et la qualité de vie. Nous avons constaté que les patients avec une dermatose faciale peu fréquente ou rare ont une qualité de vie plus altérée que les patients avec des dermatoses connues et fréquentes ( $p = 0,001$ ). Ceci est probablement dû au fait que les maladies peu

fréquentes ont un retentissement majeur sur le ressenti du patient et sur son psychique, affecté par le regard gênant d'autrui, vu que ces maladies sont peu connues dans la communauté.

Une étude comparative de la qualité de vie entre psoriasis, vitiligo et dermatose bulleuse auto-immune, faite par ST Xu et al, en Corée du sud, a démontré une altération importante de la QDV chez les patients souffrant d'une dermatose bulleuse auto-immune. ( $p < 0,001$ ) [70]

D'autres études ont été réalisées sur les maladies rares et leur impact sur la qualité de vie. Comme l'étude de Kodra et al. faite en 2009 en Italie a montré que les patients atteints de neurofibromatose type 1 avaient une qualité de vie plus altérée que la qualité de vie du groupe contrôle. [71]

## **IV. Les dermatoses retrouvées**

### **1. Les pathologies des annexes**

#### **a. Acné**

L'acné est une maladie du follicule pilo-sébacé, complexe aux facteurs pathogéniques multiples. Elle est l'un des motifs de consultation les plus fréquents en dermatologie. Dans notre étude, l'acné était l'étiologie la plus rapportée des dermatoses faciales (27% des cas). Elle commence généralement aux approches de la puberté et son évolution est spontanément régressive dans la majorité des cas à l'âge adulte avec une tendance à se prolonger surtout pour le sexe féminin.

Si l'ensemble des lésions laisse peu de doute au diagnostic, en revanche, un examen minutieux en est indispensable pour évaluer la part des lésions de rétention sébacée et celle des lésions inflammatoires et nodules.

Le traitement de l'acné sera évidemment différent suivant sa forme et sa sévérité. Il existe des traitements locaux et des traitements par voie orale. C'est leur association judicieuse qui donne les meilleurs résultats. Le traitement local peut être suffisant, soit à base de rétinoïdes

(acné à prédominance rétentionnelle), soit à base de peroxyde de benzoyle ou éventuellement d'antibiotique local (acné à prédominance inflammatoire). En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance du traitement des acnés mineurs, ou de formes profuses papulopustuleuses, les antibiotiques peros sont à utiliser. Les cyclines constituent le traitement de première intention. La prise en charge médicale des formes les plus sévères d'acné se résume aujourd'hui encore à une seule molécule : l'isotrétinoïne par voie générale [72]

L'acné est le type d'affection cutanée ayant un retentissement majeur sur la qualité de vie, interférant dans les relations personnelles et professionnelles du patient au quotidien pouvant aller du simple retrait social, voire au suicide pour certains. [73]

### **b. Dermatite séborrhéique**

La dermatite séborrhéique (DS) est une dermatose chronique assez fréquente avec une prévalence de 1 à 3% en France. Le sébum ne joue probablement qu'un rôle accessoire, favorisant la prolifération d'une levure lipophile de la peau, le *Malassezia furfur*. Elle touche le plus souvent les hommes adultes (18 à 40 ans). La dermatite séborrhéique est caractérisée par des plaques érythémateuses non infiltrées surmontées de squames grasses et jaunâtres. La topographie est très évocatrice, avec des lésions atteignant les zones séborrhéiques, plus particulièrement le cuir chevelu avec un état desquamatif diffus, les sillons nasogéniens, les ailes du nez, les sourcils, les paupières, la région rétro auriculaire et le conduit auditif externe. Le prurit est inconstant. Les lésions sont fluctuantes, et de nombreux sujets atteints de DS insistent sur la variabilité des signes et l'influence sur les poussées du stress, de la fatigue, du surmenage, des problèmes affectifs, et constatent aussi l'effet favorable du soleil et des vacances. [74]

Le cuir chevelu est le site le plus souvent concerné d'être atteint par la DS, mais la dégradation de la qualité de vie est plus importante dans les atteintes faciales [75]

L'arsenal thérapeutique utilisé contre la DS est extrêmement large, ce qui est probablement en lien avec le fait que l'étiologie de la maladie est plurifactorielle et peu claire. Quel que soit le traitement entrepris, celui-ci ne sera jamais curatif, avec des rechutes plus ou moins précoces et importantes selon les traitements employés. Les produits topiques sont les plus utilisés. La base du traitement est l'utilisation d'un azolé topique, d'abord un traitement d'attaque, suivi d'un traitement d'entretien qui réduit de beaucoup les risques de rechutes.

### **c. Hirsutisme**

L'hirsutisme se définit par le développement excessif de poils chez la femme dans des régions corporelles androgéno-dépendantes où habituellement seul l'homme en possède et dans lesquelles la pilosité est normalement minime voire absente. Les régions concernées se situent au niveau du visage (lèvre supérieure, menton), du cou, de la région lombaire, du thorax, de la ligne blanche, des fesses, des cuisses antérieures et des creux inguinaux.

Dans une société où l'image de la femme imberbe est omniprésente, l'hirsutisme peut en plus entraîner de graves troubles psychologiques. Outre le handicap physique et social, cette maladie peut être le symptôme révélant des pathologies sous-jacentes bien plus graves. [76]

Le diagnostic reposera essentiellement sur l'interrogatoire, les signes cliniques de l'hirsutisme, le praticien pouvant s'aider du score de Ferriman et Gallwey, des examens complémentaires éventuels pourront être nécessaires. Des explorations spécifiques seront ensuite effectuées pour affiner la recherche de l'étiologie.

La prise en charge thérapeutique de la patiente souffrant d'hirsutisme comprend un traitement pharmacologique essentiellement anti-androgénique ou topique mais également non médicamenteux, par des méthodes mécaniques comme le rasage, l'épilation laser ou la lumière intense pulsée. [77]

## **2. Les pathologies inflammatoires**

### **a. Rosacée**

La rosacée est une dermatose faciale inflammatoire bénigne, fréquente et chronique, touchant principalement les adultes après l'âge de 20 ans. Elle constitue la 2ème étiologie des dermatoses faciales rapportées dans notre série (12,3% des cas). La rosacée touche le plus souvent des sujets à peau claire et aux yeux clairs, Elle est rare sur peau foncée. Elle débute après l'âge de l'acné, vers 25 à 30 ans et le pic de fréquence se situe après 45 ans. Il existe une nette prédominance féminine. Il existe probablement à la base une anomalie de la vascularisation faciale qui se traduit par les bouffées vasomotrices, l'érythème permanent et la couperose.

On distingue 4 stades évolutifs de la pathologie : le 1er stade est celui des bouffées vasomotrices paroxystiques et transitoires, déclenchés par certains facteurs : Effort, émotion intense, boissons chaudes, aliments épicés, alcool, et les changements de température. Le 2ème stade est la Rosacée érythémato-télangiectasique ou l'érythro-couperose, caractérisée par un érythème médio-faciale permanent parsemé de fines télangiectasies. La Rosacée papulo-pustuleuse est le 3ème stade caractéristique de la rosacée, alors que la forme hypertrophique appelé encore l'éléphantiasis facial est le 4ème stade qui touche presque exclusivement le sexe masculin.

Autres formes cliniques sont décrites : la rosacée granulomateuse, granuleuse, fulminans, et stéroïdienne. L'évolution se fait par poussées et rémissions qui peuvent altérer la qualité de vie. [78]

Le traitement fait appel avant tout aux mesures d'hygiène de vie, associé aux cyclines et au métronidazole topique. [79]

### **b. Psoriasis**

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire érythémato-squameuse chronique, d'expression polymorphe, qui peut se déclarer à tous les âges. C'est une affection multifactorielle complexe, mal connue, mettant en jeu des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux, son étiologie reste inconnue.

Le psoriasis est l'une des affections cutanées les plus fréquentes. Il touche environ 1 à 3% de la population générale. La prévalence du psoriasis au Maghreb a été estimée à 1,2% et à 1,5% au Maroc. [80,81]

Le diagnostic est essentiellement clinique, Il reste le plus souvent bénin évoluant par poussées entrecoupées de rémissions dont la durée et la fréquence sont variables et imprévisibles. Le diagnostic du psoriasis est principalement d'ordre clinique. Il existe différents types cliniques du psoriasis, le plus commun étant le psoriasis chronique en plaques, qui touche de 80 à 90% des patients atteints de psoriasis. La localisation faciale du psoriasis n'est pas rare, et elle est généralement associée à une atteinte du cuir chevelu. [82,83]

Cependant certaines formes peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel (psoriasis palmoplantaire, rhumatisme psoriasique) voir le pronostic vital (érythrodermies psoriasiques, psoriasis pustuleux généralisé). [20]

Le traitement, qui a fait des progrès ces dernières années, ne permet pas une guérison définitive du psoriasis. Le but est donc d'entraîner une réduction des lésions jusqu'à ce qu'elles soient suffisamment tolérables pour le malade. Le traitement dépend de la gravité du psoriasis, des localisations cutanées, de l'existence d'une atteinte articulaire, du retentissement sur la qualité de vie du patient et de sa demande thérapeutique, des contre-indications éventuelles et des antécédents du patient.

Le traitement est essentiellement topique, représenté par les dermocorticoïdes, les analogues de la vitamine D3 ou leur association. La photothérapie est indiquée en cas d'inefficacité ou de récurrence rapide et sévère en respectant les contre-indications. [84]

En plus des dimensions physiques de la maladie, le psoriasis a des répercussions émotionnelles et psychosociales considérables sur les patients, qui peuvent se traduire par la stigmatisation, une faible estime de soi et un stress accru, et qui nuisent au fonctionnement social et aux relations interpersonnelles. [85]

### c. Eczéma de contact

L'eczéma allergique de contact (ou dermite, ou dermatite de contact) est une dermatose très fréquente. Elle est due à une sensibilisation à des substances en contact avec le revêtement cutané, suivie d'une réaction immunitaire qui fait intervenir l'hypersensibilité retardée.

L'aspect clinique de l'eczéma varie selon le stade aigu ou chronique.

L'eczéma aigu, de diagnostic clinique facile, évolue en quatre phases successives, le plus souvent intriqué : phase **érythémateuse** : placard érythémateux, **phase vésiculeuse** : vésicules remplies de liquide clair, confluent parfois en bulles, **phase suintante** : rupture des vésicules, spontanément ou après grattage et **phase desquamative**, suivie d'une guérison sans cicatrice.

Les formes chroniques de l'eczéma sont caractérisées par un épaississement quadrillé de la peau (lichénification) et une hyperpigmentation. [86]

Ce qui est caractéristique de l'eczéma de contact et le distingue des autres eczémas, est la topographie des lésions. En effet, les lésions d'eczéma de contact dessinent initialement la zone ayant été en contact avec l'allergène.

Néanmoins, le tableau clinique n'est pas toujours aussi évident car les eczémas de contact ont la particularité de diffuser à partir du point de contact initial et peuvent donner des éruptions à distance voire même parfois se généraliser. Un eczéma des paupières ou du visage peut être dû à un contact à distance aéroporté (poussières, vapeurs...) ou manu porté (vernis à

ongle...). L'eczéma de contact prend un aspect œdémateux lorsqu'il est localisé au niveau des paupières.

Au niveau du visage, l'eczéma est souvent dû à une application d'un produit cosmétique, d'un médicament topique ou d'un remède naturel. Les allergènes professionnels, manuportés ou aéroportés, sont plus rarement impliqués que les précédents. [87]

A condition de réaliser une éviction de l'allergène, l'évolution se fait vers une guérison des lésions en 10 à 15 jours. En cas de persistance de l'allergène, lorsqu'il n'a pas été identifié ou lorsque que son éradication est difficile, les lésions évoluent vers la chronicité.

Le traitement de l'eczéma de contact repose tout d'abord sur l'éviction de l'allergène, en effet il n'existe pas de désensibilisation dans l'eczéma de contact. Un traitement dermocorticoïde doit également être. Sur le visage il convient d'utiliser un dermocorticoïde de classe 3. La corticothérapie générale n'est indiquée que de façon très exceptionnelle dans les eczémas généralisés.

### **d. Les dermatoses inflammatoires systémiques**

Les maladies systémiques sont connues comme étant des pathologies inflammatoires diffuses d'origine inconnue. La présentation clinique des maladies auto immune systémiques reste polymorphe. Le mode de révélation initial ainsi que les motifs d'admission dans les services hospitaliers sont divers et variés. Il reste que les manifestations cutanéophanéennes et muqueuses sont parmi les plus fréquentes de ces affections, et permettent souvent d'en évoquer l'hypothèse et raccourcir ainsi les délais diagnostiques [88]. Dans notre étude, les maladies de système à localisation faciale sont représentées essentiellement par le lupus, la sarcoïdose et la dermatomyosite. Toutefois, la présence d'autres lésions extra-faciales est un élément très important dans l'orientation diagnostique afin d'adopter le bon choix thérapeutique.

Le lupus représentait l'étiologie la plus fréquente des dermatoses auto immunes dans notre série, ce qui rejoint les résultats de la littérature [89].

### **3. Les troubles pigmentaires**

#### **a. Le vitiligo**

Le vitiligo est une leucodermie qui appartient aux affections dermatologiques caractérisées par un trouble de la pigmentation cutanée. Sa prévalence mondiale est estimée à 0,5 %. Environ la moitié des cas surviennent avant l'âge de 20 ans, et près de 70 % avant 30 ans. Adultes et enfants des deux sexes sont également touchés, les formes segmentaires étant relativement plus fréquentes chez l'enfant [90]. Le caractère affichant de cette dermatose a été incriminé comme étant un des facteurs responsables d'une perturbation de la qualité de vie chez les malades atteints de vitiligo [91].

Le vitiligo se manifeste cliniquement par une ou plusieurs lésions maculaires hypochromes. La dépigmentation peut être localisée, modérée ou étendue, voire une perte complète de tous les mélanocytes interfolliculaires.

Mis à part cette formation de macules blanches, le vitiligo reste toutefois asymptomatique. La cause exacte de la maladie reste cependant inconnue, bien de nombreuses avancées scientifiques ont été réalisées pour mieux comprendre son fonctionnement et les causes de l'apparition des premiers symptômes. Il y a toutefois un consensus dans la communauté scientifique que la pathogénèse de la maladie est multifactorielle, vraisemblablement avec des composantes immunologiques, génétiques et biochimiques impliquées dans le processus. Le courant de pensée principal suggère que le vitiligo possède les caractéristiques d'une maladie auto-immune. [92]

Aucun dépistage préclinique n'est possible. Dans la majorité des cas, le diagnostic ne nécessite pas d'examen complémentaire. L'examen en lumière de Wood, réalisé en chambre noire, détecte la perte mélanocytaire et l'intensité de la dépigmentation (lésions très blanches et non grises comme dans les hypopigmentations), en particulier chez les patients de phototype

clair ou dans les zones faiblement pigmentées de sujets à peau foncée comme les régions palmoplantaires.

Pour traiter le vitiligo, il est souvent proposé une combinaison de plusieurs traitements tels que les corticostéroïdes locaux, les analogues de la vitamine D, les inhibiteurs de la calcineurine et la photothérapie avec l’UVA thérapie, les UVB à spectres étroits et le laser à excimère. [93]

### **b. Le mélasma**

Le mélasma est un motif fréquent de consultation en dermatologie en raison du préjudice esthétique qu’il entraîne chez les patients ayant un phototype foncé et de son impact significatif sur leur qualité de vie [94]. Il désigne une hypermélanose acquise du visage se développant lentement et symétriquement et dont la teinte va du brun clair au brun foncé. Le mélasma apparaît le plus souvent chez les femmes utilisant une contraception orale ou pendant la grossesse. Cependant, le mélasma peut être observé en dehors de toute imprégnation hormonale chez la femme et chez l’homme. [95]

L’examen clinique permet d’individualiser au niveau du visage 4 formes cliniques selon la topographie de l’hyperpigmentation :

- Le type centrofacial : atteinte des joues, du front, du menton, de la lèvre supérieure.
- Le type malaire : atteinte symétrique des joues et du nez.
- Le type maxillaire : atteinte de la branche montante du maxillaire.
- Le type labiomentonnier : atteinte de la lèvre supérieure et du menton. [96]

Les facteurs favorisants incriminés sont nombreux :

- Les facteurs endocriniens : Le rôle des œstrogènes et de la progestérone semble évident du fait de l’association fréquente du mélasma avec la grossesse, l’utilisation de la contraception orale, l’utilisation des traitements substitutifs de la ménopause et enfin le traitement par le diéthylstilbestrol du cancer de la prostate ;

- L'exposition solaire : Le mélasma, quel qu'en soit le type, est en général révélé par les premières expositions solaires et est bien souvent aggravé durant l'été.
- Les facteurs mécaniques : Il a été vérifié que les microtraumatismes locaux peuvent stimuler la mélanogenèse. Sur la peau de sujets de phototype foncé IV et V, les hypermélanoses par friction sont bien connues et ont été rapportées à de nombreuses reprises [97].

Le traitement du mélasma repose sur les agents dépigmentant qui visent à restaurer l'uniformité de la couleur cutanée.

Le traitement du mélasma ne se résume pas à la prescription d'un dépigmentant ou à l'utilisation d'une technique ayant pour objectif la dépigmentation. Il va falloir contrôler les facteurs exogènes par la diminution des frictions mécaniques appliquées sur le visage, la protection solaire et l'éviction des cosmétiques parfumés, ainsi que les facteurs endogènes avant de choisir un traitement dépigmentant adapté à la forme clinique du mélasma [98].

#### **4. La pathologie tumorale**

Contrairement des dermatoses inflammatoires et infectieuses qui constituaient un motif fréquent de consultation vu leurs caractères affichants, les carcinomes cutanés qui prédominaient chez la population plus âgée, étaient diagnostiqués à un stade avancé. Ceci peut être expliqué par l'évolution progressive de la symptomatologie, et par le désintérêt des patients âgés vis-à-vis du préjudice esthétique bien que certaines localisations peuvent engager le pronostic fonctionnel.

Les tumeurs cutanées sont des proliférations cellulaires non physiologiques de la peau ou de ses structures annexes [99]. Elles peuvent être bénignes ou malignes et impliquer plusieurs régions de la face. Les facteurs prédisposants vont des lésions cutanées chroniques (lésions précarcinomeuses) aux facteurs environnementaux (exposition prolongée au soleil) en passant par les facteurs génétiques (albinisme, peau peu ou non mélanisée).

### **a. Les tumeurs bénignes**

Les tumeurs bénignes sont nombreuses et très fréquente [100]. Elles sont classées en tumeurs mélaniques, épithéliales, conjonctives et annexielles.

- Les tumeurs mélaniques : il s'agit de lésions extrêmement fréquentes, comme les nævi appelés aussi « grains de beauté » ;
- Les tumeurs de l'épiderme : verrues séborrhéiques (aspect verruqueux, brun, souvent après 40 ans), les kératoses actiniques (taches brunes ou rouges situées dans des zones exposées au soleil).
- Les tumeurs annexielles (lésions développées aux dépens des cellules pileuses) : kystes sébacés, kystes dermoïdes et grains de milium...
- Les tumeurs du tissu conjonctif : les fibromes, histiocytofibromes, les molluscum pendulum, les lipomes (tumeurs graisseuses très fréquentes), les neurofibromes, les xanthélasmas (dépôts jaunâtres au niveau des paupières).

### **b. Les lésions pré cancéreuses**

Les lésions pré cancéreuses sont très fréquentes chez les sujets âgés. En France, une étude a montré que deux tiers des sujets âgés de plus de 75 ans ont des lésions pré cancéreuses [101].

#### ➤ **Kératose actinique ou kératose sénile :**

Les kératoses actiniques ou solaires sont les lésions précarcinomeuses les plus fréquentes. Elles sont secondaires à l'exposition solaire chronique chez des sujets prédisposés à la peau claire. Elles se voient chez les sujets âgés exposés au grand air (paysans, marins...) sur les parties découvertes : face, dos des mains. Se manifestent par des petites taches kératosiques, de couleur jaunâtre. L'hyperkératose est parfois très exubérante formant une corne cutanée. Les lésions sont souvent nombreuses, doivent être surveillées et traitées par chirurgie, électrocoagulation, cryothérapie ou antimitotiques locaux (5 Fluorouracil) car elles se transforment au bout de quelques années d'évolution en carcinome baso ou spino-cellulaires.

### ➤ **Leucoplasie des muqueuses :**

C'est une leucokératose se développant sur les muqueuses buccales, labiales ou génitales réalisant une lésion blanche porcelainée rugueuse, épaisse donnant à la muqueuse un aspect parqueté. Au niveau de la bouche, la leucoplasie intéresse particulièrement la zone juxta-commissurale. L'examen anatomo-pathologique s'impose pour saisir à temps la dégénérescence, celle-ci s'exprime par une tendance à l'ulcération. Toute leucoplasie doit être surveillée et détruite au besoin car la transformation en carcinome spino-cellulaire reste à redouter.

### c. Les tumeurs malignes

Les carcinomes cutanés sont essentiellement représentés par les carcinomes cutanés épithéliaux (basocellulaires et épidermoïdes). Leur incidence augmente avec l'âge, car ils sont en partie liés à l'exposition solaire cumulée. Au Maroc, selon le Registre National des Cancers, comme beaucoup d'autres pays, les cancers cutanés sont très fréquents : ils viennent au 8ème rang chez l'homme et au 10ème rang chez la femme et représentent 2,6% du total des cancers. [102]

### ➤ **Les Carcinome basocellulaires :**

Les Carcinome basocellulaires sont les plus fréquents des carcinomes épithéliaux cutanés. Au Maroc, ils constituent 61% des cancers cutanés. Son incidence croit rapidement [103]. Ils surviennent le plus souvent de façon sporadique, sans lésions précancéreuses.

Les tumeurs sont classées en 3 types cliniques, pouvant dans tous les cas s'ulcérer et se pigmenter (nodulaire, superficiel ou sclérodermiforme) et en 4 types histologiques (sclérodermiforme, nodulaire, infiltrant et superficiel). La lésion élémentaire caractéristique est la perle : petite papule arrondie, ferme, translucide, indolore, parcourue de télangiectasies.

Le risque métastatique est exceptionnel. Pour autant, ces tumeurs sont à dépister et à traiter précocement en raison de leur potentiel invasif et destructeur en surface et en profondeur, notamment vis-à-vis des structures osseuses sous-jacentes.

Le traitement de première intention est chirurgical. Il prend en compte le risque de récurrence évalué selon la localisation du carcinome (plus élevé pour les lésions situées autour des orifices naturels de la face), la taille, le type clinique (sclérodermoïde) et histologique, le risque d'envahissement local et les possibilités de prise en charge en cas de récurrence. Les autres traitements (radiothérapie, cryochirurgie) ne sont discutés que lorsque la chirurgie est impossible. [104]

### ➤ **Les Carcinomes épidermoïdes :**

Le carcinome épidermoïde constitue la deuxième tumeur cutanée après les CBC, dont l'incidence s'accroît de façon rapide [105]. Ils surviennent en majorité de manière sporadique, soit de novo, soit plus fréquemment sur des lésions précancéreuses, essentiellement les kératoses actiniques et la maladie de Bowen.

Le principal facteur de risque est la dose cumulée d'ultraviolets reçue au cours de la vie, incluant donc l'exposition solaire professionnelle et de loisirs, ainsi que les séances éventuelles de photothérapie, médicales ou non. Le risque dépend du phototype, il est plus élevé pour les patients à peau et yeux clairs, à cheveux roux ou blonds.

La forme ulcéro-végétante est la plus fréquente : il s'agit d'une lésion nodulaire, saillante et enchâssée dans le derme, à bords durs, épais, avec une ulcération de surface, croûteuse et irrégulière. Dans la forme bourgeonnante, il n'y a pas encore d'ulcération mais un ou plusieurs nodules, rouge rosé, pouvant prendre un aspect exophytique, voire kératosique dans certaines localisations comme les ulcérations chroniques. Le diagnostic est histologique sur une biopsie ou une pièce opératoire. Contrairement aux carcinomes basocellulaires, ils ont un potentiel métastatique, d'abord lymphophile (80 % des métastases), puis systémique (poumons, encéphale).

Le traitement de première intention, en l'absence de métastase, est chirurgical car il permet un contrôle histologique de la pièce d'exérèse. Les traitements alternatifs, si la chirurgie est impossible, sont principalement la radiothérapie externe et la curiethérapie interstitielle. [104]

## **5. La pathologie infectieuse**

Les maladies infectieuses de l'adulte sont peu fréquentes en consultation, elles représentaient 6,6% des dermatoses faciales dans notre série. Elles étaient prédominées par les infections virales à HPV (verrues), à HSV (herpes) et à VZV (zona), suivis par les infections parasitaires représentées principalement par la leishmaniose, et en dernier rang l'infection bactérienne chez un seul cas dans notre étude (lupus tuberculeux).

### **a. Les infections parasitaires (leishmaniose cutanée)**

Les leishmanioses sont causées par un protozoaire parasite du genre *Leishmania* qui est transmis par la piqûre d'un vecteur, le phlébotome[107]. Les leishmanioses cutanées(LC) sont des affections complexes qui constituent un problème de santé publique majeur au Maroc. La leishmaniose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1995 [108]. La cartographie des cas des leishmanioses cutanées rapportées en 2004 et 2013 a montré que la répartition des leishmanioses cutanées a connu une évolution spatiale avec une concentration du nombre de cas incidents de la leishmaniose cutanée à *Leishmania tropica* dans les régions : Marrakech–Tensift–Elhaouz, Souss–Massa–Drâa, Tadla–Azila et la région de Taza–Al Hoceima–Taounate. [109]

Dans la leishmaniose cutanée, une lésion cutanée bien délimitée apparaît au niveau de la morsure du phlébotome, habituellement en quelques semaines à quelques mois. Des lésions multiples peuvent survenir après des morsures infectantes multiples ou après diffusion métastatique. Leur aspect est variable. La lésion initiale est souvent une papule qui s'étend lentement, s'ulcère au centre avec des bords surélevés où sont concentrés les parasites intracellulaires. Les ulcères sont généralement indolores et n'entraînent pas de symptômes généraux, à moins qu'ils ne soient secondairement infectés. Les lésions cicatrisent habituellement spontanément après quelques mois, mais peuvent persister plusieurs années. Elles laissent une cicatrice déprimée, semblable à une brûlure. L'évolution dépend de l'espèce de *Leishmania* en cause et de l'état immunitaire de l'hôte.

L'abstention thérapeutique se justifie dans certaines formes bénignes à *Leishmania Major*. Le traitement local est indiqué en cas de lésion unique (ou peu nombreuses), sans diffusion lymphangitique, siégeant en dehors de zones péri-orificielles. Les infiltrations périlésionnelles d'antimoniés pentavalents associées à une cryothérapie superficielle représentent le traitement le plus efficace (une à trois infiltrations, une fois par semaine). La voie parentérale (par un antimonie ou par la pentamidine) est choisie lorsque la leishmaniose cutanée est de type récidivant, avec diffusion lymphangitique.

### **b. Les infections virales :**

#### ➤ **Infection à HPV (verrue)**

Les infections à papillomavirus humains (Human papillomavirus [HPV]) sont très fréquentes. Les HPV sont responsables de lésions épithéliales cutanées ou muqueuses qui sont le plus souvent bénignes (verrues et condylomes). Les Verrues cutanées ont une prévalence de 7 à 10 % dans la population générale, en particulier chez les enfants scolarisés et les adultes jeunes. La transmission est favorisée par les microtraumatismes et la fréquentation des piscines et salles de sports (douches). Certaines professions (bouchers, vétérinaires, abattoirs, poissonniers) sont plus exposées aux verrues des mains causées par un type spécifique (HPV7).

Au niveau du visage, on trouve principalement les verrues de type planes communes, elles sont dues à HPV3. Les lésions des verrues sont sous forme petites papules jaunes ou chamois à surface lisse ou finement mamelonnée, disposées linéairement (strie de grattage) ou en nappes confluentes. Elles persistent des mois ou des années mais peuvent régresser. Les traitements curatifs sont les topiques irritants (l'acide salicylique, la cantharidine, la résine de podophylline) et les méthodes destructrices (cryochirurgie, électrocautère, curetage, exérèse, laser). [106]

### ➤ **Infection à HSV**

Les virus herpès simplex (herpes virus humains de types 1 et 2) entraînent souvent des infections récidivantes touchant la peau, la bouche, les lèvres, les yeux et les organes génitaux. Le diagnostic de l'infection à HSV est souvent clinique, et basé sur des lésions caractéristiques. Généralement, après une courte phase prodromique (en général < 6 h dans le cas du HSV-1) récidivant de fourmillements ou de prurit désagréables, des bouquets de petites vésicules à base érythémateuse apparaissent. La taille des bouquets varie de 0,5 à 1,5 cm, mais ils peuvent confluer. Les lésions qui touchent le nez, les oreilles, les yeux, les doigts ou les organes génitaux peuvent être très douloureuses.

Souvent, on peut ne pas traiter les infections isolées, sans que cela ait de conséquence. L'acyclovir, le valacyclovir et le famciclovir peuvent être utilisés dans le traitement d'une infection, en particulier une primo-infection. Une infection à HSV résistant à l'acyclovir est rare et se manifeste presque exclusivement chez le patient immunodéprimé.

### ➤ **Infection à VZV (Zona)**

Le zona est une infection qui apparaît lorsque le virus varicelle-zona à l'état latent se réactive dans un ganglion nerveux sensitif. Le zona ophtalmique résulte de l'atteinte du ganglion de Gasser, il est accompagné d'une douleur et d'une éruption vésiculeuse autour de l'œil et sur le front et au niveau du territoire V1 de la branche ophtalmique de la 5ème paire des nerfs crâniens. La pathologie oculaire peut être grave.

Le diagnostic repose sur la présence d'éruption vésiculeuse puis croûteuse sur le front et les paupières d'une hémiface. Les examens paracliniques (prélèvements microbiologiques, PCR des vésicules cutanées, profils sérologiques) ne sont pratiqués que lorsque les lésions sont atypiques ou en cas de doute diagnostique.

Le traitement du zona doit débuter dès que possible, idéalement pendant la phase prodromique et risque d'être inefficace s'il est administré > 72 heures après l'apparition des lésions cutanées, en particulier en l'absence de lésions nouvellement formées. Un traitement par antiviraux oraux diminue la gravité et la durée de la phase aiguë de l'éruption et la fréquence des complications sévères chez le patient immunodéprimé ; il peut réduire l'incidence de la névralgie post-herpétique. La prise en charge de la névralgie post-zostérienne peut être particulièrement difficile. Les traitements comprennent la gabapentine, la prégabaline, les antidépresseurs cycliques, la pommade locale à la capsaïcine ou à la lidocaïne et l'injection de toxine botulique. Des antalgiques opiacés peuvent s'avérer nécessaires.

### **c. Les infections bactériennes (lupus tuberculeux)**

Le lupus tuberculeux (LT) est une forme de tuberculose cutanée (TBC) survenant chez des sujets à degré d'immunité modéré ou élevé. Malgré la vaccination systématique et toutes les mesures préventives, la maladie tuberculeuse sévit toujours à un état endémique. Le LT en représente la forme la plus fréquente de TBC [110]. Il peut s'agir d'une réactivation d'un foyer cutané latent, ostéo-articulaire ou ganglionnaire qui se propage à la peau ou à la muqueuse, ou constitué par voie hématogène chez un malade tuberculeux.

Le LT se présente sous des aspects cliniques très variés, parfois trompeurs. Son siège de prédilection est le visage, en particulier le nez et les joues, plus rarement le tronc et les extrémités des membres. La lésion est souvent unique, les formes multiples sont rares. Quels que soient la forme clinique qu'il emprunte et son siège, la lésion élémentaire reste toujours le lupome qui est un micronodule dermique assez mou, brun jaunâtre à la vitropression (lupoïde). Le lupus tuberculeux ne s'accompagne habituellement pas de signes généraux [111,112].

Le traitement comporte un double volet : préventif et thérapeutique. La prévention se fait par une vaccination par le vaccin bacille Calmette et Guérin (BCG) fait de bacilles vivants atténués ainsi que par la lutte contre la pauvreté et la promiscuité. Le traitement de la tuberculose

cutanée isolée ou associée à une autre localisation est identique au traitement de la tuberculose pulmonaire. Il comporte, en phase initiale, une tri- ou une quadrithérapie afin d'éviter l'acquisition de résistances et pour rendre le patient rapidement non contagieux [113].

### **6. Autres dermatoses faciales**

D'autres dermatoses faciales étaient retrouvés dans notre étude, notamment l'ichtyose, l'angiome de la face, et le pseudo lymphome actinique.

#### **a. L'ichtyose**

Les ichtyoses héréditaires forment un groupe de maladies dues à des mutations de gènes impliquées dans l'élaboration de la barrière cutanée, cette dernière est donc déficiente. On distingue les formes non syndromiques et les formes syndromiques dans lesquelles d'autres organes que la peau, peuvent être atteints de manière spécifique (ex. : système nerveux, foie, yeux...). Les ichtyoses héréditaires débutent, dans la majorité des cas, dès la naissance ou dans l'enfance. Les patients présentent des squames sur l'ensemble du corps, inconstamment associés à une érythrodermie (érythème généralisé). L'évolution est chronique avec des périodes d'exacerbation. Les ichtyoses héréditaires entraînent une altération de la qualité de vie (QDV) par leur aspect affichant, qui perturbe l'image de soi et peut exposer le patient à des réactions psychosociales négatives parfois violentes. Le rôle prédominant de l'image corporelle dans la prédiction de l'estime de soi concerne particulièrement les patients adolescents et jeunes adultes, par répercussion sur la vie affective et l'insertion professionnelle [114].

Le traitement vise à améliorer l'état de la peau et des organes spécifiquement atteints, et à prévenir et/ou améliorer les complications secondaires. Il repose pour la peau sur les soins locaux (émollients, kératolytiques). Les formes sévères peuvent justifier d'un traitement systémique par rétinoïdes oraux.

### **b. Angiome de la face**

Les angiomes plans (AP) sont des malformations capillaires appartenant au groupe des malformations vasculaires congénitales d'après la classification de l'International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA). Il n'y a pas de facteur de risque d'apparition identifié. Il s'agit de cas habituellement sporadiques, mais des mutations autosomiques dominantes du gène RASA1 ont été découvertes après des études sur des familles de patients atteints d'AP [115]. Sur le plan histologique, les AP sont constitués d'un épiderme de structure normale recouvrant un réseau anormal de vaisseaux sanguins dermiques dilatés de 30 à 300µm de diamètre.

Ils se présentent cliniquement sous forme de nappes maculeuses rosées à rouges et peuvent atteindre n'importe quelle partie du corps. Les AP peuvent entraîner de graves perturbations sur le plan psychologique et social et ils ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients [116]. En effet, dans environ 90 % des cas, les AP sont localisés sur l'extrémité céphalique et le cou. De plus, chez deux tiers des adultes, ils deviennent progressivement plus sombres et plus épais par augmentation progressive du nombre et de la taille des capillaires avec le temps. Des nodules et des granulomes pyogéniques peuvent se développer.

Les techniques proposées auparavant pour traiter les AP, comme la chirurgie d'exérèse avec réparation par greffe de peau, la radiothérapie, la dermabrasion ou encore la cryothérapie engendraient le plus souvent une rançon cicatricielle non négligeable. Dans de nombreux cas, les traitements au laser vasculaire produisent d'excellents résultats, notamment lorsque le traitement est envisagé aussi précocement que possible. La lésion peut également être cachée par une crème cosmétique opaque de la même couleur que la peau du patient [117].

### **c. Pseudolymphome actinique**

Le pseudolymphome actinique ou dermatite actinique chronique est une photodermatose idiopathique rare et sévère. Elle survient principalement chez les hommes âgés de plus de 50

ans avec des activités de jardinage et des loisirs extérieurs. Deux tiers des patients présentant une photodermatose ont un DLQI supérieur à 10 confirmant le grand effet négatif de ces dermatoses sur la qualité de vie [118].

À la phase de début, le patient présente un eczéma des zones découvertes puis une diffusion des lésions en zones couvertes. À la phase d'état, l'examen retrouve des papules lichénifiées de la nuque, front, tempes, dos des mains avec un prurit intense.

La prise en charge thérapeutique repose sur des mesures communes (éviction solaire maximale, photoprotection externe : vêtements et produits anti-solaires) et sur un traitement spécifique systémique. La cortico-puvathérapie est utilisée en première intention. Les immunosuppresseurs systémiques (azathioprine, ciclosporine, mycophénolate mofétil) ou topique (tacrolimus) sont utilisés en deuxième intention. [119]



Les implications pratiques des résultats de cette étude prospective sont toutefois nuancées par un certain nombre de limites, parmi ces difficultés on note :

- L'échantillonnage qui est réduit.
- La représentativité de la population : la réalisation de l'étude dans le centre de consultation du CHU de Marrakech donc l'exclusion des patients consultant au secteur libéral. La population analysée peut ne pas être représentative de l'ensemble du pays.
- La difficulté de préciser certains paramètres comme le degré de l'exposition solaire et le niveau socioéconomique (NSE) car celui-ci est un paramètre objectif par définition, cette variable est appréciée par le revenu annuel, l'ensemble des avoirs (valeur de la maison, le fond de pension, argents placés à la banque...) et le quartier habité.
- Le refus de répondre au questionnaire par certains malades.

Parmi les autres biais concernant l'utilisation du questionnaire de QDV dans notre contexte, on peut citer :

- La nature subjective des réponses au questionnaire relatives à la qualité de vie, et que malgré la traduction validée et publiée de l'échelle utilisée, on peut se poser des questions sur la corrélation de certains items avec le mode de vie de nos patients.
- Le questionnaire DLQI est un auto-questionnaire, mais le problème c'est que le taux d'analphabétisme au Maroc et dans notre étude est très élevé ce qui a donné lieu à une lecture du questionnaire par l'enquêteur. Nous avons donc posé les questions en essayant d'induire le moins d'interprétations du questionnaire de notre part. Mais nous ne doutons pas que nous avons influencé certaines réponses, par la manière même de poser les questions, le ton pris ou bien encore du fait de certaines reformulations et répétitions nécessaires à la compréhension.
- Le dialecte marocain est varié en fonction des régions, ainsi qu'au niveau de la région de Marrakech, plusieurs patients étaient « amazighs » ce qui a posé un problème de langue

et de communication. En outre, certains patients amazighs étaient analphabètes d'où la nécessité d'une personne tierce pour la traduction. Tout cela peut introduire un biais au niveau des résultats.



**RECOMMANDATIONS**



Selon les données évaluées et traitées, nous proposons des recommandations tel que :

- La nécessité d'une prise en charge psychologique des patients avec dermatoses faciales avec un renforcement de la qualité du rapport médecin malade.
- L'importance de l'évaluation de la qualité de vie initiale des patients pour le choix des thérapeutiques adéquates et efficaces et également une réévaluation à la fin du traitement.
- La prise en charge des malades atteints de dermatoses faciales devrait être globale nécessitant parfois la coopération du dermatologue et du psychiatre et/ou psychologue pour évaluer et éventuellement traiter les retentissements psychologiques de ces dermatoses. L'instauration de consultations mixtes de « dermatologie-psychiatrique » serait intéressante pour concrétiser cette coopération.
- L'intérêt de la sensibilisation au problème de peau surtout en matière des lésions précancéreuses et tumorales par l'instauration des campagnes de dépistage et de sensibilisation des méfaits du soleil.
- Le maquillage médical peut faire partie des moyens proposés, au même titre que les autres traitements, pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de dermatoses faciales.



**CONCLUSION**

La face, vecteur essentiel de notre identité, sert à ce titre aux interactions sociales et à la communication non verbale.

Les dermatoses faciales, en modifiant ces fonctions, risquent de modifier l'intégrité corporelle et la personnalité de l'individu.

Ces dermatoses sont multiples et constituent un motif fréquent de consultation dans notre contexte et sont source de préjudice esthétique et de souffrance psychique secondaires à leur caractère affichant, d'où l'intérêt de la mesure de la qualité de vie qui apporte une aide au praticien en lui permettant de prendre en compte les répercussions psychologiques et sociales de la maladie. Elle permet au praticien d'évaluer la perception ressentie par le patient et donc, d'adapter les thérapeutiques concernant le suivi, le traitement éventuel et la prise en charge en fonction de la personnalité du patient.

Au terme de cette étude on constate que :

- La QDV est réduite chez les patients atteints de dermatoses faciales, particulièrement dans les dimensions symptômes et sentiments.
- La QDV est influencée par certains facteurs : l'âge, la femme jeune, le niveau d'instruction, le traitement antérieur, le camouflage, les signes fonctionnels, l'ancienneté de la maladie et sa fréquence
- D'autres facteurs tels le sexe, le statut marital, le niveau socio-économique, l'activité professionnelle, l'origine et le type de lésion n'ont pas d'effet sur la QDV.

Nous considérons les résultats de notre travail comme étant des résultats préliminaires nécessitant d'être mieux étayés par de larges études à venir. Ceci pourrait se faire avec un échantillon plus important de patients présentant une dermatose faciale avec un groupe contrôle de même taille.



**Annexe 1:**

**FICHE D'EXPLOITATION**

IP :

N° TEL : .....

-ADRESSE PAR : urgences       médecin généraliste       médecin spécialiste

**I) Identité :**

-NOM et PRENOM : .....

-AGE : .....

-SEXE : F       M

- Etat matrimonial : célibataire       marié       divorcé       Veuf

-PROFESSION : .....affichante       Non affichante

-Niveau intellectuelle : analphabète       primaire       secondaire       enseignement supérieur

-ORIGINE : rurale       urbaine

-NIVEAU SOCIOECONOMIQUE : bas       moyen       élevé

**II) Antécédents:**

-Photo type: I  II  III  IV  V

-Exposition solaire : aigue (coup de soleil)       exposition chronique

-Photo protection : oui       non

type: Vestimentaire

Chimique  Rythme: .....

-Médicaux: .....

-Chirurgicaux: .....

**III) CLINIQUE :**

1) Date de début : 1ère poussée       récurrence

2) Motif de consultation : signe fonctionnel : oui       non

Souci esthétique : oui       non

3) Type de lésion : .....

4) Traitement antérieur : sous prescription       automédication

Traditionnel       néant

5) Camouflage: barbe       voile intégrale (khimar)       néant

6) Diagnostic retenu: .....

7) Fréquence de la maladie : oui       non

**8) Prise en charge :**

Médicale  chirurgicale  abstention

**9) EVOLUTION :**

Pas de données :

Guérison

Rémission : complète  partielle  rechute

Décès

**10) DLQI : Score global :**

**Interprétation :** 0-1 aucun effet  2-5 : faible effet  6-10 : effet modéré

11-20 effet important  21-30 : effet extrêmement important

Annexe2 :

DLQI

المقياس الجلدي لجودة الحياة

4/Non concerné بالموضوع 4/حتى علاقة	3/Enormément 3/كثير بزاف	2/Beaucoup 2/بزاف	1/Un peu 1/قليل	0/Pas du tout 0/والو بالمرة	بُعينا من هاد الأسئلة نُشوفو التأثير دِيال المشاكل دِيال الجِلْد دِيالك عَلى حَيَاتك فُالسَيْمَانَة الّلي فانت عافاك دِيرُ علامة فمربَع واخذُ فُكلّ سؤال.
					1/Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ? 1/في السيمانة اللي فانت قداش جاتك الحكّة ولا الحريق ولا القريص ولا كانت حساسة الجلد دِيالك ؟
					2/ Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ? 2/في السيمانة الي فانت قداش كنتي مقلق ولا حسيتي الراسك بالمشاكل دِيال الجلد دِيالك؟
					3/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ? 3/ في السيمانة الي فانت قداش تدخلت ليك المشاكل دِيال الجلد دِيالك في التقديّة ولا فالشغال الدار؟
					4/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé dans le choix des vêtements que vous 4/ في السيمانة الي فانت قداش اترت ليك المشاكل دِيال الجلد دِيالك على الحوايج اللي كاتلبس؟

					portiez ?	
					5/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?	5 / في السبمانة اللي فاتت قداش اترت ليك المشاكل ديال الجلد ديالك على علاقتك مع الناس ولا على شغال الفراغ ديالك؟
					6/Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?	6/ في السبمانة اللي فاتت قداش دارتليك المشاكل ديال الجلد ديالك مشاكل فالرياضة ؟
					7/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché de travailler ou d'étudier ?  Si la réponse est « non » : au cours des derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné dans votre travail ou dans vos études ?	7/ في السبمانة اللي فاتت واش ماخلائتكش المشاكل ديال الجلد ديالك تخدم ولا تقرا؟  الي ماخلائتكش، قداش خلقائليك الجلدة ديالك مشاكل فالخدمة ولا مع صحابك لقراب ولا مع عائلتك؟
					8/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint, vos amis proches ou	8/ في السبمانة اللي فاتت قداش جبدائليك ال جلدة ديالك المشاكل مع راجلك/مراتك ولا مع صحابك لقراب ولا مع عائلتك؟

## Dermatoses faciales et Qualité de vie

					votre famille ?	
					9/ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficile votre vie sexuelle ?	9/ في السيمانة اللي فاتت قداش دارتليك الجلدة ديالك مشاكل فالعلاقات الجنسية ديالك؟
					10/Au cours des 7 derniers jours, 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 ?	10/ في السيمانة اللي فاتت قداش دارت ليك الدوا ديال الجلد ديالك مشاكل فحياتك؟ مثلاً: شحال من مرة خليتني دارك مرونة ولا ضيع ليك وقتك؟



### **Résumé**

Les dermatoses faciales sont très variées et constituent un motif fréquent de consultation. Bien que la plupart des dermatoses faciales ne mettent pas en jeu le pronostic vital, elles ont souvent un impact majeur sur l'état psychologique des malades, leurs relations sociales et leurs activités quotidiennes.

La QDV liée à la santé est devenue un élément important dans la décision médicale au même temps que l'efficacité et l'innocuité des traitements.

Le but de notre travail était d'évaluer la QDV des patients atteints de dermatoses faciales en utilisant l'échelle DLQI et de déterminer les facteurs modifiant cette QDV.

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif et analytique incluant les adultes (âgés de 18 ans et plus) atteints d'une dermatose faciale, sélectionnés au cours des consultations de dermatologie du centre hospitaliers universitaire Mohamed VI à Marrakech.

Nous avons recruté 197 patients atteints de dermatose faciale sur une année. L'âge moyen de nos malades était de 38,25 ans, avec une prédominance féminine (79,2% des F/ 20,8% des H). 33% des patients étaient analphabètes, 57,9% avaient un niveau socio-économique bas et 68,5% étaient d'origine urbaine. 56,3% des patients avaient utilisé un traitement antérieur et 16,2% des patients avaient recours au camouflage. La majorité des patients présentait une première poussée de leur maladie et le motif principal de consultation était un souci esthétique concomitant à un signe fonctionnel dans 75% des cas. Les étiologies retrouvées étaient dominées par les pathologies des annexes dans 30,5% des cas, prédominées par l'acné. Les dermatoses faciales avaient un impact modéré sur la QDV de nos patients. Le score moyen du DLQI était de 9,83. C'est la dimension «symptômes et sentiments» qui reste la plus touchée. 42% des malades évalués par le DLQI avaient une altération importante de la QDV par leurs dermatoses. L'âge jeune, la femme jeune, le niveau d'instruction élevé, l'utilisation antérieure d'un traitement médical, le recours à un moyen de camouflage, la récurrence de la maladie, la présence des signes

## **Dermatoses faciales et Qualité de vie**

---

fonctionnels et l'atteinte par une dermatose peu fréquente étaient les facteurs qui influençaient la QDV de nos malades. Par contre, nous n'avons pas constaté un lien entre les autres facteurs (le sexe, le statut marital, le niveau socioéconomique, la profession ,l'origine et le type de lésion) et la QDV des patients.

Les dermatoses faciales sont souvent bénignes et la plupart des étiologies reste de pronostic favorable, mais elles ont un effet important sur la qualité de vie des patients à cause de leur caractère affichant.

## Abstract

Facial dermatoses are very varied and are a frequent cause for consultation. Although most facial dermatoses are not life-threatening, they often have a major impact on patients' psychological state, social relationships and daily activities.

Health-related Quality of Life (HRQOL) has become an important factor in medical decision-making as well as the efficacy and safety of treatments.

The objective of our work was to evaluate QOL of patients with facial dermatoses using DLQI scale and to identify factors affecting this QOL.

This was a prospective and descriptive study of adults (18 years old and over) with facial dermatoses, selected during dermatology consultations at the Mohamed VI University Hospital Center in Marrakesh.

We recruited 197 patients with facial dermatoses over one year. The mean age of our patients was 38.25 years with a female predominance (79.2% of women/ 20.8% of men). 33% of our patients were analphabetic, 57.9% had a low socio-economical level and 68.5% were from urban origin. 56.3% of patients had used previous treatment and 16.2% of patients used camouflage. Majority of patients had a first episode of their disease and the main reason for consultation was an aesthetic concern concomitant with a functional sign in 75% of cases. The etiologies found were dominated by adnexal pathologies in 30.5% of cases, and acne was the predominant cause. Facial dermatoses had a moderate impact on the QOL of our patients. The mean DLQI score was 9.83. It is "symptoms and feelings" dimension that is the most affected. 42% of patients evaluated by DLQI had a significant alteration of QOL by their dermatoses. Young age, young women, high level of education, previous use of medical treatment, use of a camouflage method, recurrence of the disease ,presence of functional signs and rare dermatoses were the factors that influenced the QOL of our patients. However, we did not find a relationship

## **Dermatoses faciales et Qualité de vie**

---

between other factors (gender, marital status, socioeconomic level, origin, occupation and type of lesion) and patients' QOL.

Facial dermatoses are often benign and most etiologies have a favorable prognosis, but they have a significant effect on patients' quality of life because of their appearance.

## ملخص

الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه متنوعة جدا و تعتبر سببا شائعا للاستشارة الطبية. على الرغم من أن معظم الأمراض الجلدية للوجه لا تهدد الحياة, إلا أنها غالبا ما يكون لها تأثير كبير على الحالة النفسية للمرضى و علاقاتهم الاجتماعية و أنشطتهم اليومية.

تعتبر جودة الحياة المتعلقة بالصحة عنصرا مهما في القرار الطبي إلى جانب فعالية و سلامة العلاج.

كان الهدف من عملنا هو تقييم جودة حياة المرضى الذين يعانون من أمراض جلدية في الوجه باستخدام مقياس DLQI و تحديد العوامل التي تؤثر على جودة الحياة.

كانت هذه دراسة استطلاعية وصفية أجريت على البالغين (الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة أو أكثر) المصابين بمرض جلدي على مستوى الوجه, و الذي ن تم اختيارهم خلال الفحوصات الطبية التابعة لمصلحة طب الجلد في المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش.

قمنا بمعاينة 197 مريضا يعانون من أمراض جلدية في الوجه خلال سنة كاملة. كان متوسط عمر مرضانا هو 38.25 سنة و غالبية المرضى من النساء ( 79.2 في المائة من النساء/ 20.8 في المائة من الرجال ) , 33 في المائة من المرضى كانوا أميين, و 57.9 في المائة لديهم مستوى معيشي متدني في حين 68.5 في المائة يقطنون بالمدينة. استخدم 56.3 في المائة من المرضى علاجا في السابق و 16.2 في المائة من المرضى استخدموا وسيلة لإخفاء آثار مرضهم. كان لدى غالبية المرضى ظهور أول لمرضهم. في 75 في المائة من الحالات, كان السبب الرئيسي للاستشارة هو مشكلة تجميلية مصاحبة لأعراض مرضية. سيطرت أمراض ملحقات الجلد على الأسباب المرضية في 30.5 في المائة من الحالات, و يغلب عليها حب الشباب. الأمراض الجلدية للوجه لها تأثير سلبي معتدل على جودة حياة مرضانا . كان متوسط درجة DLQI هو 9.83 و يبقى بعد الأعراض و البعد النفسي هما الأكثر تضررا. 42 في المائة من المرضى الذين تم تقييمهم بواسطة DLQI لديهم تأثير مهم لمرضهم على جودة حياتهم. كانت العوامل التي أثرت على جودة الحياة هي صغر السن, النساء الشابات, المستوى الدراسي الجيد, الاستخدام السابق للعلاج الطبي, استخدام وسائل لإخفاء مرضهم, وجود الأعراض, انتكاس و عودة المرض الجلدي و الإصابة بمرض جلدي نادر. لم نجد صلة بين العوامل الأخرى ( الجنس, الحالة الاجتماعية, المستوى المعيشي, المهنة و نوع الإصابة ) و بين جودة حياة المرضى.

غالبا ما تكون الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه حميدة و معظم أسبابها لها مآل إيجابي, و لكن لها تأثير كبير على جودة حياة المرضى بسبب طابعها المرئي.



---

**BIBLIOGRAPHIE**

---



1. **Grob JJ.**  
Qualité de vie et dermatologie. John Libbey Eurotext Editeur. Paris, 2004.
2. **Orion E, Wolf R.**  
Psychologic consequences of facial dermatoses. Clinics in Dermatology Nov–Dec 2014 ;32(6) :767–71
3. **Porumb–Andrese E, Vâță D, Postolică R, et al.**  
Association between personality type, affective distress profile and quality of life in patients with psoriasis vs. patients with cardiovascular disease. Exp Ther Med. 2019 ;18(6) :4967–4973
4. **Brousse C, Boisaubert B.**  
La qualité de vie et ses mesures. La revue de medecine interne. Volume 28, Issue 7, July 2007, Pages458\_462
5. **Finlay AY, Khan GK .**  
Dermatology life quality index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994 ; 19 : 210–6.
6. **Khoudri I ,Lamchahab FZ ,Rmili M, Ismaili N ,Hassam B ,Abouqal R.**  
Traduction, adaptation transculturelle et validation de la version arabe pour le Maroc du Dermatology Life Quality Index (DLQI). Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique Volume 57, Supplement 1, May 2009, Page S35
7. **Lewis V , Finlay AY.**  
10 Years Experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) ; J Investig Dermatol Symp Proc 2004, 9:169 –180
8. **Fitzpatrick TB.**  
The validity and practicality of sun reactive skin types I through VI, Arch Dermatol 1988, 124 ; 869–871
9. **Elloudi S, Mernissi FZ.**  
Les dermatoses faciales profil épidémiologique et clinique de chu Hassan II de Fès à propos de 564 cas. Mémoire Juin 2017, FMPF
10. **Sylvie G.**  
Le retentissement psychosociale des dermatoses. Université Pierre et Marie Curie, 2005
11. **Le Petit Robert de la langue française.** Le nouveau petit Robert. Paris ; 2017:3022p
12. **Simmel G.**  
La tragédie de la culture. Et autres essais. Rivages (Petite bibliothèque);1993:254p.
13. **Stanescu A , totan A et al.**  
Assessment of suicidal behavior in dermatology (Review) . EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE 2020, 20: 73–77,

14. **Mobius, M.M. , Rosenblat.**  
Why beautilymatters. Am. J. Agric. Econ, 2006, 93, 267-291
15. **Samson N, Fink B, Matts PJ.**  
Visible skin condition and perception of human facial appearance. International Journal of Cosmetic Science, 2010, 32, 167-184
16. **Kchaou A, Hajjaji M et al.**  
Le psoriasis : un handicap professionnel . Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2016;77:372-404
17. **OMS, editor.** Organisation Mondiale de la Santé; Internet : <http://www.who.org>
18. **Bergner M.**  
Quality of life, health status and clinical research. Med Care 1989;27:148-156.
19. **Finlay AY, Kelly S.**  
Psoriasis – an index of disability. Clin Exp Dermatol 1987;12: 8-11.
20. **Ali FM, Cueva AC, Vyas J, Salek MS, Finlay AY, Pigué V.**  
A systematic review of the use of quality of life instruments in randomised controlled trials of psoriasis. Br J Dermatol 2016.
21. **Finlay AY, Salek MS, Abeni D, et al.**  
Why quality of life measurement is important in dermatology clinical practice: An expert-based opinion statement by the EADV Task Force on Quality of Life. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(3):424-431.
22. **Fayers PM, Machin D.**  
Quality of life: assessment, analysis and interpretation. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 2000.
23. **Guyatt G, Kirshner B, Jaeschke R.**  
Measuring health status: what are the measurement properties? J Clin Epidemiol 1992; 4: 1341-5.
24. **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.
25. **Wolkenstein P.**  
Adaptation transculturelle des échelles de qualité de vie: une nécessité et une urgence pour les dermatologues. Ann Dermatol Venerol 2000 ; 127 :2S23-2S24.
26. **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

27. **Chernyshov PV.**  
The Evolution of Quality of Life Assessment and Use in Dermatology. *Dermatology*. 2019;235(3):167–174.
28. **Guermazi M, Allouch C, Yahia M, Huissa TBA, Ghorbel S, Damak J et al.**  
Translation in Arabic, adaptation and validation of the SF-36 Health Survey for use in Tunisia. *Ann Phys Rehabil Med* 2012; 55: 388–403.
29. **Ware JE, Sherbourne CD.**  
The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992 ; 30 : 473–83.)
30. **Rabin R, Charro F.**  
EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine* 2001, 33(5):337–343
31. **Finlay AY.**  
Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997; 136: 305–14
32. **Kurwa H, Finlay AY.**  
Dermatology inpatient admission greatly improves life quality. *Br J Dermatol* 1995;133:575–8
33. **Chernyshov PV, Lallas A, Tomas-Aragones L, et al.**  
Quality of life measurement in skin cancer patients: literature review and position paper of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Forces on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes, Melanoma and Non-Melanoma Skin Cancer. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(5):816–827
34. **Morrison B, Burden-Teh E, Batchelor JM, Mead E, Grindlay D, Ratib S.**  
Quality of life in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2017;177(6):e338–e339.
35. **Haroon MZ, Alam A, Ullah I, Ali R, Taimur MF, Raza K.**  
Quality Of Life And Depression Among Young Patients Suffering From Acne. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2019;31(3):436–440.
36. **Ali FM, Cueva AC, Vyas J et al.**  
A systematic review of the use of quality of life instruments in randomized controlled trials of psoriasis. *Br J Dermatol* 2017; 176(3): 577–593.
37. **Harmonising Outcome Measures for Atopic Eczema (HOME).** <http://www.homeforeczema.org/> (dernier accès octobre 2020)
38. **Site du CARDIFF UNIVERSITY :** <https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index> (



- 51. Boehncke WH, Ochsendorf F, Paeslack I et al.**  
Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases  
European Journal of Dermatology. Volume 12, Number 6, 577–80, November – December 2002,  
Cas cliniques
- 52. Georgieva F.**  
Facial dermatoses: the influence of expectations – quality of life before and after treatment .  
Indian journal of applied research volume-8 | issue-4 | april-2018 | print issn no 2249-555x
- 53. Wallig M, Ludwig B et al.**  
Quality of life and site of the lesion in dermatological patients. An Bras Dermatol.  
2009;84(2):143–50.
- 54. LACERDA K et al.**  
Association between quality of life and perceived stress in patients with vitiligo: case control  
study. Biosci. J., uberlândia, may/june 2020, v. 36, n. 3, p. 1032–1042
- 55. Youn SW, Lee JH, Yu DY, Kim Y et al.**  
Relationship between clinical characteristics including presence of exposed lesions and health-  
related quality of life (HRQoL) in patients with psoriasis: Analysis from the nationwide  
epidemiologic study for psoriasis in Korea. Journal of the european academy of dermatology and  
venereology September 2018 Volume32, Issue9 Pages 1499–1506
- 56. Tejada CS, Mendoza-Sassi RA, Almeida Junior HL, Figueiredo PN, Tejada VFS**  
Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil .An Bras Dermatol.  
2011;86(6):1113–21
- 57. Picardi A et al.**  
Increased Psychiatric Morbidity in Female Outpatients with Skin Lesions on Visible Parts of the  
Body. Acta Derm Venereol 2001; 81: 410± 414
- 58. Smith DE, Thompson JK, Raczynski JM, Hilner JE.**  
Body image among men and women in a biracial cohort: the CARDIA Study Int J Eating Disord  
1999; 25: 71± 82
- 59. Jobanputra R , Bachmann M.**  
The effect of skin diseases on quality of life in patients from different social and ethnic groups in  
Cape Town, South Africa. International Journal of Dermatology 2000, 39, 826±831
- 60. Balkrishnan et al.**  
Correlates of health-related quality of life in women with severe facial blemishes. International  
Journal of Dermatology 2006,45, 111–115

**61. Beresniak A et al .**

Impact on the quality of life of two cosmetic camouflage products for facial aesthetic imperfections of skin phototypes III and IV: Interest of the Beauty QoL Instrument. *Clinical, Experimental & Cosmetic Dermatology Journal* .2017, 1, 1-4.

**62. Tanioka M, Yamamoto Y, Kato M, Miyachi Y.**

Camouflage for patients with vitiligo vulgaris improved their quality of life. *Journal of Cosmetic Dermatology* 2010, 9, 72-75

**63. Balkrishnan R et al.**

Corrective cosmetics are effective for women with facial pigmentary disorders. *Cutis* 2005 ,75, 181-187.

**64. Sanclemente G et al.**

The impact of skin diseases on quality of life: A multicenter study. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108(3):244---252

**65. Salman A , Kurt E , Topcuoglu V , Demircay Z.**

Social Anxiety and Quality of Life in Vitiligo and Acne Patients with Facial Involvement: A Cross-Sectional Controlled Study. *Am J Clin Dermatol* 2016

**66. Aksoy B et al.**

The impact of rosacea on quality of life: effects of demographic and clinical characteristics and various treatment modalities. *British Journal of Dermatology* 2010 163, pp719-725

**67. Kini SP et al.**

A pilot study in discrepancies in quality of life among three cutaneous types of rosacea. *J AM ACAD DERMATOL* 2010 VOLUME 62, NUMBER 6

**68. Porter J et al.**

Psychosocial effect of vitiligo: A comparison of vitiligo patients with "normal" control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. *J AM ACAD DER.MATOL* 15:220-224, 1986.

**69. Jaiswal SV et al.**

Comparison of Quality of Life, Depression and Self-Esteem in Patients of Vitiligo and Melasma. *JMSCR* Volume 4 Issue 11 November 2016

**70. ST Xu et al.**

Comparative study of quality of life between psoriasis, vitiligo and autoimmune bullous disease. *Hong Kong J. Dermatol. Venereol.* 2017, 25, 57-64

**71. Kodra Y et al.**

Health-related quality of life in patients with Neurofibromatosis Type 1. *Dermatology* 2009;218:215-220

- 72. Faure S.**  
Médicaments de l'acné. Actualités Pharmaceutiques 2014 ; 53(538) : 57-61
- 73. Chernyshov PV et al.**  
Quality of Life Measurement in Acne. Position Paper of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Task Forces on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes (QoL and PO) and Acne, Rosacea and Hidradenitis Suppurativa (ARHS). Journal of the european academy of dermatology and venereology Volume 32, Issue 2 February 2018 Pages 194-208
- 74. Tucker D, Masood S.**  
Seborrheic Dermatitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan
- 75. Abbas Z, Ghodsi SZ, Abedeni R.**  
Effect of itraconazole on the quality of life in patients with moderate to severe seborrheic dermatitis: a randomized, placebo-controlled trial. Dermatol Pract Concept. 2016;6(3):11-16. Published 2016 Jul 31.
- 76. Kutlu Ö.**  
Evaluation of quality of life of patients with hirsutism among Turkish women: A single-center cross-sectional study ; J Cosmet Dermatol. 2020
- 77. Gosselin J .**  
L'hirsutisme chez la femme et sa prise en charge. Sciences pharmaceutiques 2016.
- 78. Baldwin HE, Harper J, Baradaran S, Patel V.**  
Erythema of Rosacea Affects Health-Related Quality of Life: Results of a Survey Conducted in Collaboration with the National Rosacea Society. Dermatol Ther (Heidelb). 2019;9(4):725-734
- 79. Farshchian M, Daveluy S.**  
Rosacea. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020
- 80. Ammar- khodja A et al.**  
Epimag : International Cross-Sectional Epidemiological psoriasis study in the Maghreb. Dermatology 2015 ; 231 : 134-44.
- 81. Attaqi K , Amal S.**  
PSORIASIS ET QUALITE DE VIE. Thèse FMPM Mai 2017
- 82. Peter C. M. van de kerkhof et al.**  
Psoriasis of the face and flexures (2007), Journal of Dermatological Treatment, 18 :6, 351-360
- 83. JeYoung Park et al.**  
Facial psoriasis: comparison of patients with and without facial involvement. J Am Acad Dermatol Volume 50, Issue 4, April 2004, Pages 582-584

- 84. Whan B. ,Dana J, Jensen Y.**  
Diagnostic et prise en charge du psoriasis. Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien | VOL 63 :avril • avril 2017
- 85. Khan JM, Rathore MU, Tahir M, Abbasi T.**  
Dermatology Life Quality Index In Patients Of Psoriasis And Its Correlation With Severity Of Disease. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2020;32(1):64–67
- 86. CEDEF : Collège des enseignants en dermatologie de France.**  
Item 114—Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : eczéma de contact. Annales de dermatologie et de vénéréologie 2008, 135S, F88—F94
- 87. Collet E, Castelain M, Milpied B.**  
Contact allergic reactions on the eyes and eyelids. Revue française d'allergologie 51, 2011, 318–322
- 88. Dioussé P, Berthé A, Dione H, et al.**  
Profil épidémioclinique des maladies autoimmunes systémiques dans un service de Dermatologie. RAFMI 2017 ; 4 (2) : 18–21
- 89. Doutre MS, Beylot-Barry M.**  
À propos de quelques visages rouges. Annales de dermatologie (2011) 138, S148–S153
- 90. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N.**  
Vitiligo. Lancet 2015 ;386 :74–84.)
- 91. Kota RS, Vora RV, Varma JR, Kota SK, Patel TM, Ganjiwale J.**  
Study on Assessment of Quality of Life and Depression in Patients of Vitiligo. Indian Dermatol Online J. 2019;10(2):153–157.
- 92. Boniface K, Seneschal J, Picardo M, Taïeb A.**  
Vitiligo: Focus on Clinical Aspects, Immunopathogenesis, and Therapy. Clin Rev Allergy Immunol. 2018;54(1):52–67.
- 93. Seneschal J, Taïeb A.**  
Vitiligo, où en est le traitement. La revue du praticien médecine générale tome 30 n° 958 I mars 2016
- 94. Pollo CF, Miot LDB, Meneguini S, Miot HA.**  
Factors associated with quality of life in facial melasma: a cross-sectional study. Int J Cosmet Sci. 2018;10.1111/ics.12464.
- 95. Sarkar R, Ailawadi P, Garg S.**  
Melasma in Men: A Review of Clinical, Etiological, and Management Issues. J Clin Aesthet Dermatol. 2018;11(2):53–59.

- 96. Tamega Ade A, Miot LD, Bonfietti C, Gige TC, Marques ME, Miot HA.**  
Clinical patterns and epidemiological characteristics of facial melasma in Brazilian women. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27(2):151–156
- 97. El-Azhari J, Boui M.**  
Mélanose de friction et habitudes vestimentaires [Friction melanosis and mode of dress]. *Pan Afr Med J.* 2018;30:215
- 98. McKesey J, Tovar–Garza A, Pandya AG.**  
Melasma Treatment: An Evidence–Based Review. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21(2):173–225.
- 99. Dictionnaire de Médecine.** Paris: Flammarion Médecine sciences 1998; 324
- 100. Cinotti E , Perrot J, Labeille B , Biron A, et al .**  
Épidémiologie et description des tumeurs cutanées bénignes dans une population de personnes âgées considérée comme représentative de la population générale à propos de 209 sujets de la cohorte PROOF. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* Volume 142, Issue 12, Supplement, December 2015, Pages S583–S584
- 101. Cinotti E , Labeille B , Biron A, Lelercq A et al.**  
Épidémiologie et description des tumeurs cutanées malignes dans une population de personnes âgées considérée représentative de la population générale à propos de 209 sujets de la cohorte PROOF. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* Volume 142, Issue 12, Supplement, December 2015, Pages S583
- 102. Registre des cancers du Grand Casablanca 2008–2012.**
- 103. Garnier B, Simon E, Dumont T, Sellal S, Stricker M, Chassagne J–F.**  
Les carcinomes cutanés basocellulaires méritent–ils leur réputation de tumeurs à faible malignité ?. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2005; 106(1):16–21
- 104. Senet P.**  
Carcinomes et lésions cutanées bénignes du sujet âgé . *La revue du praticien médecine générale* | tome 26 | n° 884 | juin 2012
- 105. Bernard P, Derancourt C, Arnoult–Coudoux E, Picot R, DelvincourtC.**  
Etude prospective de l’incidence des cancers cutanés dépistés en pratique dermatologique Dans la région Champagne–Ardenne. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, Vol 128, N° 8–9 – septembre 2001
- 106. Abeck D, Fölster–Holst R.**  
Quadrivalent human papillomavirus vaccination: A promising treatment for recalcitrant cutaneous warts in children. *Acta Derm Venereol* 95(8):1017–1019, 2015

- 107. Chaara D, Haouas N, Dedet JP, Babba H, Pratlong F.**  
Leishmaniasis in Maghreb : An endemic neglected disease. *Acta Trop* 2014 ; 132 : 80–93
- 108. Arrêté du ministre de la santé public n° 683–95 du 30 chaouall 1415 (3 mars 1995)**
- 109. Laboudi M.**  
Profil épidémiologique des leishmanioses cutanées au Maroc de 2004 à 2013. *Med Sante Trop* 2017 ; 27 : 44–51.
- 110. Sellami K et al.**  
Lupus tuberculeux : à propos d’une série de 29 cas. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* ,Volume 141, Issue 12, Supplement, December 2014, Pages S448–S449
- 111. Zahaf A, Turki H, Masmoudi A.**  
Lupus tuberculeux. *Ann Dermatol Venereol* 2004;131:503–7
- 112. Lipsker D, Grosshans E.**  
What is lupus vulgaris in 2005? . *Dermatology* 2005;211:189–90
- 113. El Fekih N , Fazaa B , Kerkeni N et al.**  
Le lupus tuberculeux. *Médecine et maladies infectieuses* 39 ; 2009 ;409–412
- 114. May E, Tranier AM , Mazereeuw–Hautier J , Dreyfus I.**  
Week–end d’éducation thérapeutique pour les adolescents et jeunes adultes atteints d’ichtyose héréditaire : étude qualitative. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* ,Volume 142, Issue 12, Supplement, December 2015, Page S680
- 115. Eerola I, Boon LM, Mulliken JB, Burrows PE, Domp martin A, Watanabe S, et al.**  
Capillary malformation–arteriovenous malformation, a new clinical and genetic disorder caused by RASA1 mutations. *Am J Hum Genet* 2003;73:1240–9.
- 116. Hagen SL, Grey R, Korta Z, Kelly M.**  
Quality of life in adults with facial port–wine stains. *J Am Acad Dermatol*, volume 76, issue 4, p695–702, april 01, 2017
- 117. Lavogiez–Dermauxa C, Delaportea E, Mordonb S.**  
Les outils thérapeutiques de l’angiome plan. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2013 140, 226–233
- 118. . Jong CT, Finlay AY, Pearse AD, Kerr AC et al.**  
The quality of life of 790 patients with photodermatoses . *British Journal of Dermatology* 2008 159, pp192–197
- 119. Marguery MC.**  
Dermatite actinique chronique et photoprotection. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique* 47 ; 2007 ;S36~40

# قسم الطبيب

## أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها 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، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.  
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية  
متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه  
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 216

سنة 2020

## الأمراض الجلدية في الوجه و جودة الحياة

### الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/11/10

من طرف

**السيدة. أميمة البلغيتي**

المزودة في 19 غشت 1994 بأسفي

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية:

مرض جلدي في الوجه- جودة الحياة – مقياس DLQI- الوجه

### اللجنة

الرئيس

س. أمل

السيد

أستاذ في طب أمراض الجلد

المشرف

و. حوكار

السيدة

أستاذة في طب أمراض الجلد

الحكام

إ. عدلي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي