



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2022

Thèse N°035/22

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS PSORIASIQUES DANS LA VILLE DE FES

(à propos de 133 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19/01/2022

PAR

Mr. KHALLOUQ MOHAMED

Né le 02 Mars 1995 à Mrirt

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Psoriasis – Qualité de vie – SF-12

JURY

- M. TACHFOUTI NABIL** PRÉSIDENT
Professeur d'Epidémiologie clinique
- Mme. EL FAKIR SAMIRA** RAPPORTEUR
Professeur d'Epidémiologie clinique
- Mme. MERNISSI FATIMA ZAHRA**
Professeur de Dermatologie
- M. BERRAAHO MOHAMED**
Professeur d'Epidémiologie clinique
- Mme. BAY BAY HANANE**
Professeur agrégé de Dermatologie
- Mme. OTMANI NADA** MEMBRE ASSOCIÉ
Professeur assistant d'informatique Médicale
- } JUGES

PLAN

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
I. EPIDEMIOLOGIE :	11
1. Au monde :	11
2. En Afrique :	12
3. Au Maroc :.....	13
II. PSORIASIS ET QUALITE DE VIE	13
1. Définition de la qualité de vie	13
2. Impacte du psoriasis sur la qualité de vie :	15
3. La qualité de vie comme objectif du traitement du psoriasis :.....	15
4. Evaluation de la qualité de vie des patients psoriasiques :	16
OBJECTIFS	17
MATERIELS ET METHODES	19
MATERIELS ET METHODE :	20
1. Type et lieu de l'étude :	20
2. Population d'étude	20
3. Recueil des données	20
4. Analyse statistique :	25
5. Considérations éthiques :	26
RESULTATS	27
ETUDE DESCRIPTIVE.....	28
I. LA DESCRIPTION DES PARAMETRES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES :	28

1. Les caractéristiques sociodémographiques	28
2. Description des paramètres cliniques.....	35
II. LA QUALITE DE VIE MESUREE PAR SF-12.....	41
ETUDE ANALYTIQUE.....	43
I. LES FACTEURS ASSOCIES AU PCS.....	43
1. Etude uni variée :.....	43
2. Etude multivariée.....	48
II. LES FACTEURS ASSOCIES AUX MCS	49
1. Etude uni-variée :.....	49
2. Etude multi-variée :.....	54
DISCUSSION	55
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	62
RESUME	65
ANNEXES	71
BIBLIOGRAPHIE.....	79

Les abréviations

SF-12	: Short Form-12 Health Survey
SF-36	: the Short Form- 36 Health Survey
PCS	: Physical Component Summary
MCS	: Mental Component Summary
QDV	: Qualité de vie
QOL	: Quality of life
QVLS	: Qualité de vie liée à la santé
DLQI	: Dermatology Life Quality Index
UKSIP	: The United Kingdom Sickness Impact Profile
NHP	: The Nottingham Health Profile
GHQ	: General Health Questionnaire
PDI	: Psoriasis Disability Index
PLSI	: The Psoriasis Life Stress Inventory
CDLQI	: The Children's Dermatology Life Quality Index
DQOLS	: Dermatology Quality of Life Scales
HLA	: Human leucocyte antigen
TNF	: Tumor necrosis factors
IL	: Interleukine
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CHR	: Centre hospitalier régional
CHP	: Centre hospitalier provincial

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Les dimensions et items du SF12.....	23
Tableau 2 : Les caractéristiques de la qualité de vie des patients selon les dimensions de SF-12	42
Tableau 3 : Les facteurs sociodémographiques associés aux PCS	44
Tableau 4 : Les antécédents personnels associés aux PCS.....	45
Tableau 5 : Caractéristiques de la maladie psoriasique associées aux PCS.....	47
Tableau 6 : Etude multivariée des facteurs associés aux PCS	48
Tableau 7 : Les facteurs sociodémographiques associés aux MCS	50
Tableau 8 : Les antécédents personnels associés aux MCS	51
Tableau 9 : Caractéristiques de la maladie psoriasique associées aux MCS.....	53
Tableau 10 : Etude multivariée des facteurs associés aux MCS	54
Tableau 11 : les études menées sur la mesure de la qualité de vie des patients psoriasiques	57

Liste des figures :

Figure 1: Prévalence du psoriasis par sexe.....	12
Figure 2: les paramètres de la transformation linéaire des scores de chaque échelle	24
Figure 3: calcul des scores standardisés des 8 items de SF12.....	24
Figure 4: calcul des scores agrégés physiques (PCS) et psychiques (MCS)	25
Figure 5: Répartition de l'échantillon en fonction des tranches d'âge.....	28
Figure 6: Répartition de l'échantillon en fonction du sexe	29
Figure 7: Répartition de la population d'étude selon le statut marital	30
Figure 8: Répartition de l'échantillon en fonction du milieu d'habitat	31
Figure 9: Répartition de la population d'étude selon le niveau d'étude	32
Figure 10: Répartition de la population d'étude selon le niveau socio-économique	33
Figure 11: Répartition de la population d'étude selon la couverture sociale	34
Figure 12: Répartition de l'échantillon en fonction de la consommation du tabac.	35
Figure 13: Répartition des patients selon les antécédents personnels.....	36
Figure 14: Répartition de l'échantillon en fonction de la durée d'évolution du psoriasis	37
Figure 15: Répartition de l'échantillon en fonction de la surface corporelle atteinte	38
Figure 16: Topographie de l'atteinte psoriasique	39
Figure 17: Répartition de l'échantillon selon la présence ou l'absence du prurit ...	40

Figure 18: Répartition des patients selon la présence ou l'absence d'une atteinte
articulaire du psoriasis 41

INTRODUCTION

Le psoriasis est une dermatose érythémato squameuse d'évolution chronique. La lésion type est une plaque inflammatoire de taille variable surmontée de squames blanchâtres. L'atteinte est généralement bilatérale et grossièrement symétrique, ses localisations les plus caractéristiques sont les coudes, les genoux, la région lombosacrée, le cuir chevelu et les ongles sans oublier les plis et les muqueuses qui peuvent également être atteints [1]

La pathogenèse du psoriasis n'est pas encore totalement connue. La théorie dominante est qu'il s'agit d'une maladie auto-immune dans laquelle la prolifération épidermique et capillaire est le résultat de la libération de cytokines par les lymphocytes. Parmi les médiateurs qui ont un rôle, on trouve l'interféron- γ , l'interleukine-2 (IL-2), le facteur de nécrose tumorale (TNF)- α , l'IL-17, l'IL-12, l'IL-23 et l'IL-8.[2]

Les facteurs de risque pour le développement de la maladie psoriasique comprennent des facteurs génétiques, environnementaux et comportementaux, les facteurs génétiques étant les plus importants. Chez les personnes génétiquement sensibles, le psoriasis peut être exacerbé par plusieurs facteurs environnementaux et comportementaux, notamment les traumatismes cutanés, les infections (par exemple, les infections à streptocoques), le tabagisme, certains médicaments tels que le lithium et l'interféron, et éventuellement le stress.[3]

L'anamnèse et l'examen clinique sont généralement les seuls éléments nécessaires au diagnostic, la plupart des praticiens expérimentés établissent le diagnostic par la reconnaissance des formes.[4]

Les comorbidités du psoriasis comprennent l'arthrite psoriasique, la maladie de Crohn, le cancer, la dépression, la stéatose hépatique non alcoolique, le syndrome métabolique (ou ses composantes), et les maladies cardiovasculaires, qui contribuent toutes de façon substantielle à la morbidité et à la mortalité des patients psoriasiques.[5]

Le psoriasis n'est pas seulement une maladie qui cause des symptômes physiques douloureux, épuisants et très visibles. Il est également associé à une multitude de déficiences psychologiques. Le psoriasis peut affecter les relations à la maison, à l'école ou au travail ainsi que les relations sexuelles, et donc réduire la qualité de vie et provoquer des tensions psychologiques.[6]

I.Epidémiologie :

1.Au monde :

Le psoriasis est présent partout dans le monde entier, il touche les hommes et les femmes de tous âges, quelle que soit l'origine ethnique. Les données publiées sur la prévalence du psoriasis dans les pays varient entre 0,09% et 11,4%. Dans la plupart des pays développés, la prévalence se situe entre 1,5 et 5 %. plusieurs données suggèrent également que la prévalence du psoriasis pourrait augmenter.[7]

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

La prévalence la plus faible a été observée en Tanzanie 0,09 %, d'après l'examen dermatologique dans une population de 1114 personnes. Les estimations de la prévalence du psoriasis en Europe allaient de 0,73 % au Royaume-Uni à 2,90 % en Italie. En Asie, les taux variaient de 0,12 % à 1,49 % selon deux études provenant de la Chine. La prévalence en Amérique du Nord varie entre 1,43 % et 5,1 %, selon également deux études proviennent des États-Unis.[8]

La prévalence du psoriasis est considérée comme égale chez les deux sexes. Toutefois, parmi toutes les études qui ont fait objet d'une prévalence par sexe

(figure 1), certaines ont conclu que le psoriasis est plus fréquent chez les hommes mais les valeurs retrouvées ne sont pas statistiquement significatives. Le psoriasis peut survenir à tout âge, des études indiquent que l'âge moyen de son apparition est de 33 ans et que 75 % des cas se développent avant 46 ans, d'autres suggèrent que l'apparition de la maladie psoriasique est bimodale avec deux pics : le premier entre 16 et 22 ans et le second entre 57 et 60 ans.[7]

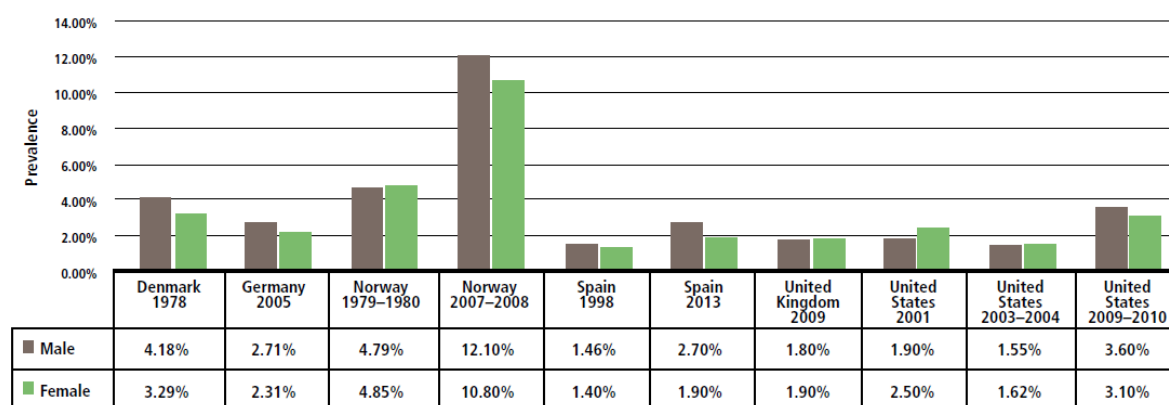


Figure 1: Prévalence du psoriasis par sexe

2. En Afrique :

En Afrique subsaharienne, la prévalence en population reste inconnue. Seules les études à majorité hospitalières mais restes rares, avec des variations selon l'emplacement géographique et l'appartenance ethnique [9]. En Afrique de l'Est ainsi que dans les populations ethniquement mixtes de l'Afrique du Sud, la prévalence est plus élevée (3,5% au Kenya, 2,8 % en Ouganda et 3% en Tanzanie) [10]. En Afrique du Sud, les Bantous avaient une prévalence plus faible (1,5%) par rapport aux caucasiens (4 %). En Afrique de l'Ouest, la prévalence était plus faible avec 0,08 à 0,9% au Nigéria, 0,4 % au Ghana, 0,05 % au Mali.[9]

Au Maghreb, en 2012 une étude de dépistage du psoriasis de deux semaines par consultation médicale a été réalisée à trois pays simultanément où la fréquence des nouveaux cas de psoriasis était de 10,26/1 000 en Algérie, 15,04/1 000 au Maroc et 13,26/1 000 en Tunisie, et donc 12,08/1 000 au Maghreb.[11]

3.Au Maroc :

La prévalence est de 1,79 / 1000 habitants soit une incidence annuelle de 1 à 2%. Le psoriasis a une distribution bimodale caractéristique, la majorité des cas (environ 75%) ont un début avant l'âge de 40 ans, avec une association fréquente de l'antigène d'histocompatibilité (HLA)-Cw6.[12]

II.Psoriasis et qualité de vie

1.Définition de la qualité de vie

La définition de la qualité de vie s'est avérée difficile et Il existe de nombreuses approches pour la définir. Il existe des approches basées sur les besoins humains, le bien-être subjectif, les attentes et les points de vue phénoménologiques. Bien que de nombreuses définitions de la qualité de la vie se penchent sur des jugements subjectifs, certains auteurs ont fait valoir que des facteurs objectifs devraient être inclus dans la définition de la qualité de la vie, par exemple, la qualité de la vie a été définie comme "un bien-être général global qui comprend des descripteurs objectifs et des évaluations subjectives de bien-être physique, matériel, social et émotionnel ainsi que l'étendue du développement personnel et une activité volontaire, le tout pondéré par un ensemble de valeurs personnelles".[13]

Deux caractéristiques de qualité de vie (QDV) qu'il faut citer : la multidimensionalité et la subjectivité : premièrement la multidimensionalité comporte plusieurs champs : le bien-être physique, le bien-être fonctionnel, le bien-être émotionnel, le bien-être spirituel et le bien-être social, ces champs sont difficilement dissociables. Et deuxièmement la subjectivité se rapporte au fait que la QDV ne peut être correctement comprise qu'en se plaçant dans la perspective du patient, la douleur en est l'illustration classique. La QDV subjective se réfère à l'appréciation et la satisfaction du patient en rapport avec son niveau réel de fonctionnement, comparé à ce qu'il considère comme possible ou idéal.[14]

Par ailleurs, l'expression qualité de vie liée à la santé (QVLS) se décrit comme: "Un terme se référant aux aspects de la qualité de vie liés à la santé, généralement considérés comme reflet de l'impact de la maladie et du traitement sur l'incapacité et le fonctionnement quotidien ; il est également envisagé pour refléter l'impact de la santé perçue sur la capacité d'une personne à vivre une vie épanouie. Plus précisément, la QVLS est une mesure de la valeur attribuée à la durée de vie telle qu'elle est modifiée par les déficiences, les états fonctionnels, les perceptions et les opportunités, et telle qu'elle est influencée par la maladie, les blessures, et les traitements ".[15]

2.Impacte du psoriasis sur la qualité de vie :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique, Il présente des lésions apparentes qui peut influencer de manière significative les interactions sociales et la qualité de vie.[16]

Dans une étude sur la qualité de vie liée à la santé de 317 patients traités pour le psoriasis entre le 1er juillet 1992 et le 30 juin 1993 à l'Université Wake Forest, il a été constaté que le psoriasis interfère avec la santé physique, psychologique et le fonctionnement social à un degré comparable à celui du cancer, de l'arthrite, de l'hypertension, des maladies cardiaques, du diabète ou la dépression. Le degré de l'handicap psychosocial a tendance a être disproportionné par rapport au degré de l'handicap physique résultant du psoriasis.[17]

3.La qualité de vie comme objectif du traitement du psoriasis :

Les objectifs du traitement consistent à réduire la gravité de la maladie et aussi à améliorer la qualité de vie des patients. L'évaluation régulière des facteurs de qualité de vie liés à la santé par l'usage de mesures appropriées des résultats rapportés par les patients peut améliorer le succès du traitement et la satisfaction des patients.

De nouvelles mesures de résultats spécifiques au psoriasis devraient être développées, Les mesures doivent viser à prendre en compte l'évaluation de la gravité des maladies dermatologiques par le médecin et le patient et d'autres éléments cruciaux de la maladie qui peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie, comme le fonctionnement physique et mental, l'implication des

articulations, les comorbidités cardiométaboliques, la tolérance des effets secondaires du traitement et la charge des coûts du traitement.[18]

4.Evaluation de la qualité de vie des patients psoriasiques :

Plusieurs mesures ont été utilisées pour évaluer la qualité de vie des patients psoriasiques, chacune d'entre elles mettant l'accent sur un aspect différent de la maladie qui peut ou non intégrer l'impact des comorbidités du psoriasis. Par ailleurs, les instruments de qualité de vie ont été classés comme étant soit génériques, soit spécifiques à une maladie, soit spécifiques à une spécialité. Les mesures génériques sont conçues pour évaluer un spectre complet de dimensions applicables à divers états de santé et maladies. Plusieurs questionnaires de santé génériques ont été utilisés dans les études sur le psoriasis notamment : The United Kingdom Sickness Impact Profile (UKSIP), the Short-Form 36 (SF-36) Health Survey, SF-12, the Nottingham Health Profile (NHP), et the General Health Questionnaire (GHQ). En revanche, les mesures spécifiques au psoriasis se concentrent sur les dimensions les plus pertinentes pour la maladie et donc les instruments génériques peuvent être moins sensibles aux changements de la gravité du psoriasis que les instruments spécifiques au psoriasis ou à la dermatologie, parmi ses mesures : Psoriasis Disability Index (PDI), The Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI), Dermatology Life Quality Index (DLQI), The Children's Dermatology Life Quality Index(CDLQI), Dermatology Quality of Life Scales (DQOLS), Skindex-16.[19]

Skindex-16 a fait l'objectif d'une traduction et validation en langue arabe marocaine en affinant ses termes et en l'adaptant à la culture marocaine par El fakir et Al.[20]

OBJECTIFS

Les objectifs

L'objectif principal :

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la qualité de vie des patients atteints du psoriasis suivis au sein du service de dermatologie au Centre hospitalier universitaire (CHU) Hassan II de Fès

Les objectifs secondaires :

- ❖ La mesure de la qualité de vie des dimensions physiques et psychiques.
- ❖ La mise en évidence des déterminants de chacune de ces dimensions et des facteurs associés à la qualité de vie chez les patients ayant un psoriasis.

Matériels et méthodes

Materiels et Méthodes :

1.Type et lieu de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au service de Dermatologie du CHU HASSAN II de Fès au Maroc entre décembre 2019 et septembre 2020

2.Population d'étude

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

□Critères d'inclusion :

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

□Critères d'exclusion :

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

3.Recueil des données

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

➤ **Données sociodémographiques :**

- L'âge et le sexe
- Le milieu de résidence
- Le statut matrimonial
- La couverture sociale

➤ **Donnés socio-économiques :**

- Profession, revenu mensuel, niveau d'étude.

➤ **Données cliniques :**

- Les comorbidités
- La date de diagnostic du psoriasis
- La durée de l'évolution,
- La localisation et nombre de lésions
- Le traitement

➤ **Le questionnaire SF-12 :**

C'est une échelle qui a été construite à partir de l'échelle SF36, mis au point et analysé par John ware et al[21]. Elle est largement utilisée actuellement en langue anglaise mais dans 15 autres traductions. L'étude de choix et de validation des items a été effectuée dans neuf pays européens et auprès de 9000 personnes. Le SF12 permet de calculer deux scores : un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique. Les moyennes et écarts types des deux scores sont publiés pour les 9 pays européens dans lesquels s'est déroulée l'étude de validation[22]

Il peut être administré à des patients ou à la population générale. Le SF12 évalue huit dimensions de la santé :

- L'activité physique
- La vie et les relations avec les autres
- Les douleurs physiques
- La santé perçue
- La vitalité
- Les limitations dues à l'état psychique
- Les limitations dues à l'état physique
- La santé psychique

Le questionnaire SF-12 a fait l'objet d'une validation transculturelle en dialecte Marocain langue arabe[23].

Calcul des scores

Les scores des 12 questions et des échelles sont calculés de façon qu'un score élevé corresponde à un meilleur état de santé.

Par exemple pour le score activité physique (PF) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 33a + 33b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure activité physique. Le tableau 1 montre les différentes dimensions du score SF-12

Tableau 1: Les dimensions et items du SF12

Dimensions	Items
L'activité physique	(PF=33a + 33b)
La vie et les relations avec les autres	(SF= 38)
Les douleurs physiques	(BP= 36)
La santé perçue	(GH= 32)
La vitalité	(VT= 37b)
Les limitations dues à l'état psychique	(RE= 35a + 35b)
Les limitations dues à l'état physique	(RP= 34a + 34b)
La santé psychique	(MH= 37a + 37c)

Transformation linéaire des scores de chaque échelle :

Cette étape a pour objectif de transformer le score d'origine de chaque échelle en un score qui s'étend de 0 à 100 (figure 2). Cet objectif est obtenu par l'application de la formule suivante [24] :

Score transformé pour chaque échelle = (score d'origine de l'échelle - plus petit score d'origine possible) / (étendue possible des scores d'origine pour cette échelle) *100

Calcul des scores d'origine de chaque échelle (après l'estimation des valeurs manquantes)	Plus petite et plus grande valeur possible du score d'origine	Etendue possible des scores d'origine
PF' 33a+33b	2-6	4
RP' 34a+34b	2 à 10	8
BP' 36	1 à 6	5
GH'32	1 à 5	4
VT'37b	1 à 6	5
SF'38	1 à 5	4
RE'35a+35b	2 à 10	8
MH'37a+37b	2 à 12	10

Figure 2: les paramètres de la transformation linéaire des scores de chaque échelle

Le calcul des scores résumés psychiques (MCS) et physiques (PCS) : se fait en deux étapes :

□ Le calcul des scores standardisés pour chacune des échelles du SF12 en utilisant les formules suivantes (figure 3).

PFz	$(PF - 65,685)/-12,55$
RPz	$(RP - 52,27125)/13,9625$
BPz	$(BP - 53,098)/19,11$
GHz	$(GH - 40,8575)/11,05$
VTz	$(VT - 41,28)/5,228$
SFz	$(SF - 63,4075)/12,0275$
REz	$(RE - 57,42)/8$
MHz	$(MH - 40,044)/7,229$

Figure 3: calcul des scores standardisés des 8 items de SF12

□ Le calcul des scores agrégés physiques (PCS) et psychiques (MCS) en utilisant les formules suivantes (figure 4) :

$$\text{PCS} = \frac{[(PFz \times 0,42402) + (RPz \times 0,35119) + (BPz \times 0,31754) + (GHz \times 0,24954) + (VTz \times 0,02877) + (SFz \times -0,0753) + (REz \times -0,19206) + (MHz \times -0,22069)] \times 10 + 50}{1}$$
$$\text{MCS} = \frac{[(PFz \times -0,22999) + (RPz \times -0,12329) + (BPz \times -0,09731) + (GHz \times -0,01571) + (VTz \times 0,23534) + (SFz \times 0,26876) + (REz \times 0,43407) + (MHz \times 0,48581)] \times 10 + 50}{1}$$

Figure 4: calcul des scores agrégés physiques (PCS) et psychiques (MCS)

4. Analyse statistique :

L'étude statistique comprenait une étude descriptive et analytique bi-variée et multivariée. L'étude descriptive a concerné les caractéristiques générales des patients, les caractéristiques cliniques et paracliniques, les données évolutives ainsi que la mesure de la qualité de vie. Les résultats sont exprimés sous forme de fréquence, de moyenne et d'écart-type. Une analyse bi-variée a été effectuée afin de préciser les associations entre les scores des composantes psychiques (MCS-12) et physiques (PCS-12) avec les différentes variables étudiées. Nous avons utilisé pour les comparaisons statistiques des groupes le test-T de Student et l'analyse de variance Anova. Une régression linéaire multiple a été réalisée afin de déterminer les facteurs les plus incriminés dans l'altération de la qualité de vie des patients atteints de psoriasis. L'intervalle de confiance accepté était de 95 % et le seuil de $p < 0,05$ a été considéré comme significatif. Les données ont été saisies par le logiciel Excel 2010 et ont été analysées à l'aide de logiciel SPSS version 23.

5.Considérations éthiques :

L'anonymat des patients interrogés a été garanti. Ils ont été informés dès le départ des objectifs de l'enquête et n'ont été inclus que ceux qui ont accepté de participer et de répondre au questionnaire.

L'accord du comité d'éthique de la faculté de médecine de pharmacie et de médecine dentaire de Fès a été obtenu.

RESULTATS

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

Etude descriptive

I. La description des paramètres sociodémographiques et cliniques :

1. Les caractéristiques sociodémographiques

a. L'âge :

Dans notre échantillon, l'âge moyen était de 42,95+/-16,13 ans, avec des extrémités allant de 18 à 90 ans, dont 75% avait plus de 35 ans comme le montre la figure 5.

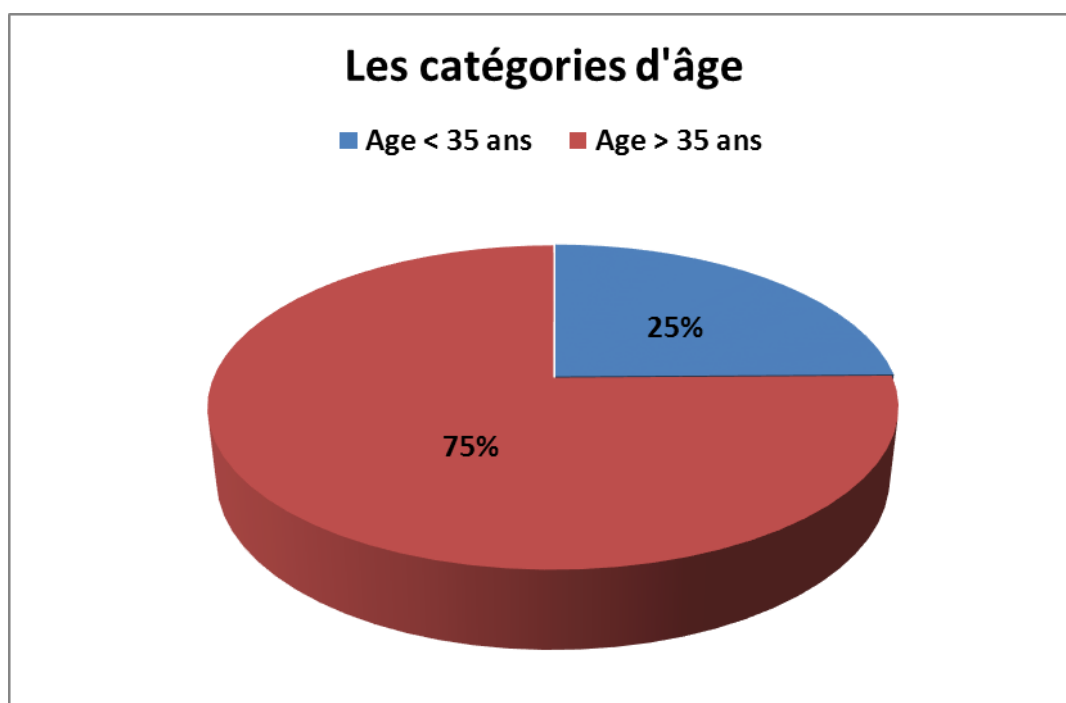


Figure 5: Répartition de l'échantillon en fonction des tranches d'âge

b.Sexe

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

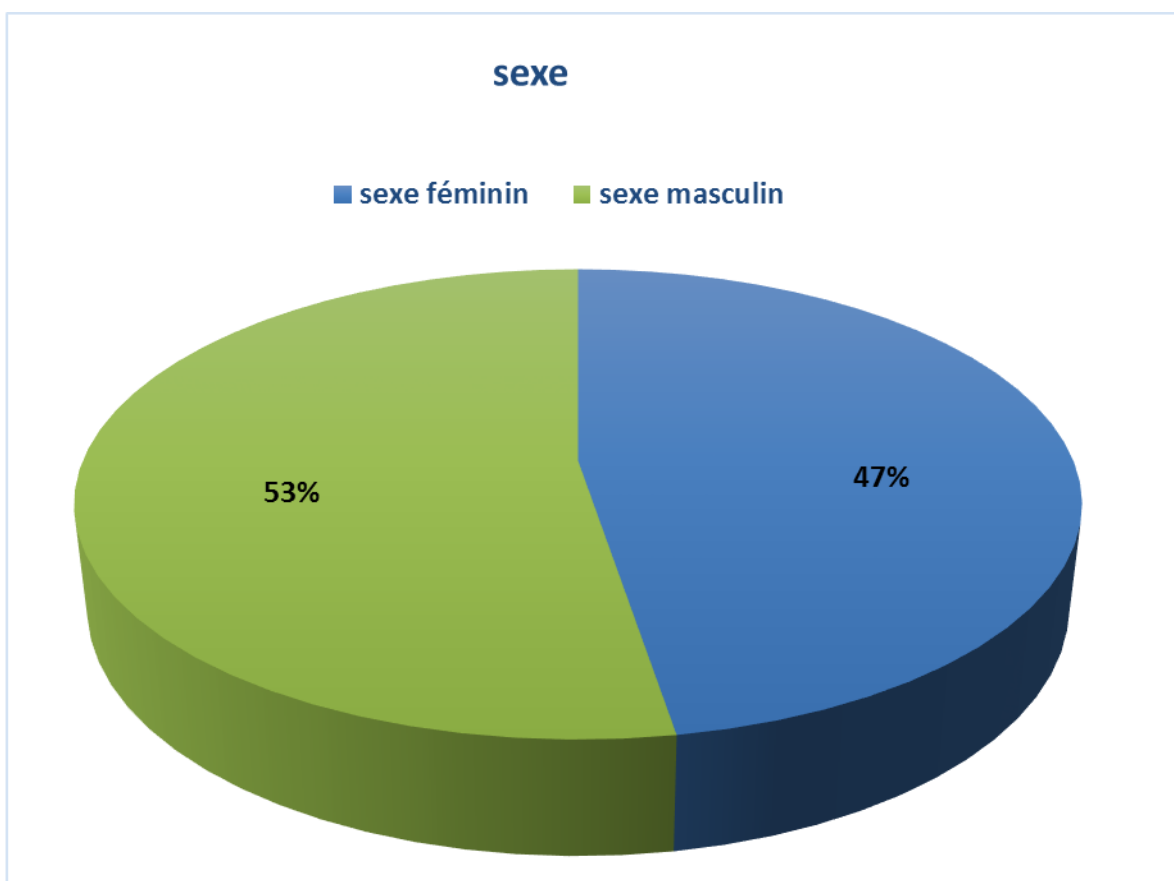


Figure 6: Répartition de l'échantillon en fonction du sexe

c.Statut marital

Presque les 2 tiers des patients (61,7%) étaient mariés, 36,8% étaient célibataires, et 1,5% veuf (ve) ou divorcé(e)s comme le montre la figure 7.

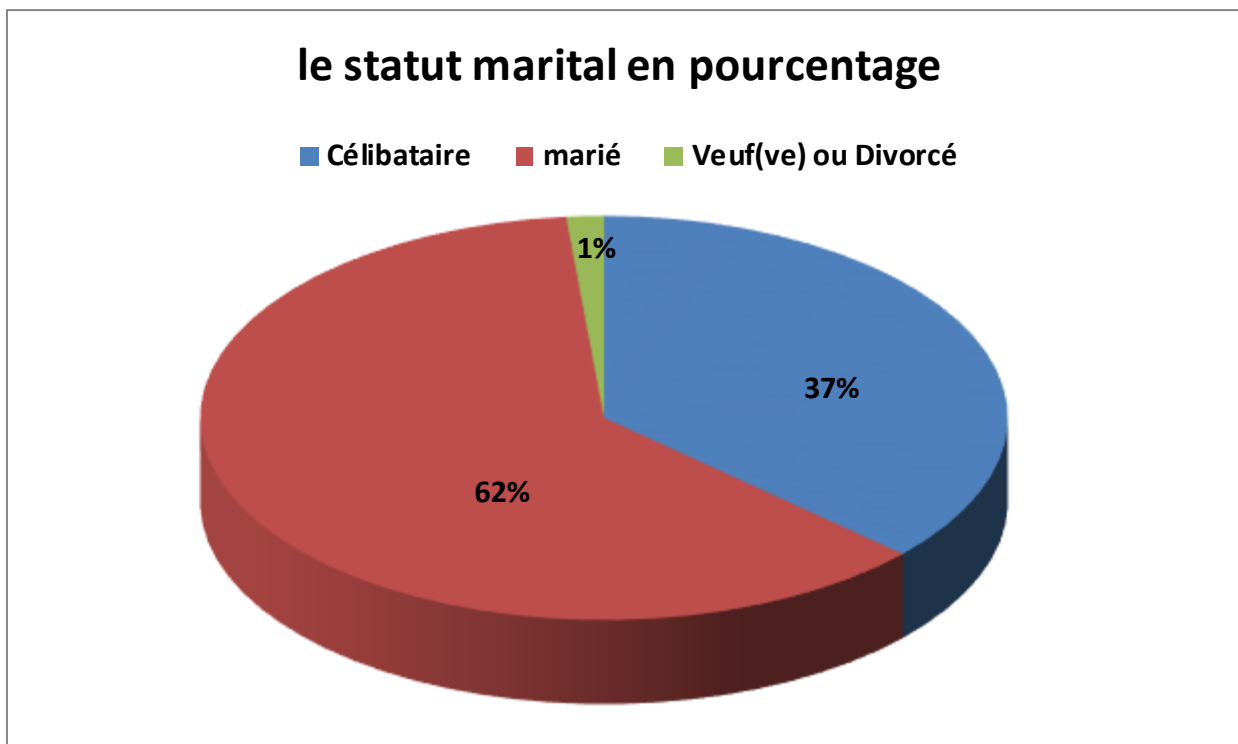


Figure 7: Répartition de la population d'étude selon le statut marital

d.Milieu d'habitat

Presque les trois quarts des patients de notre échantillon habitaient en milieu urbain (77,4%) comme le montre la figure 8.

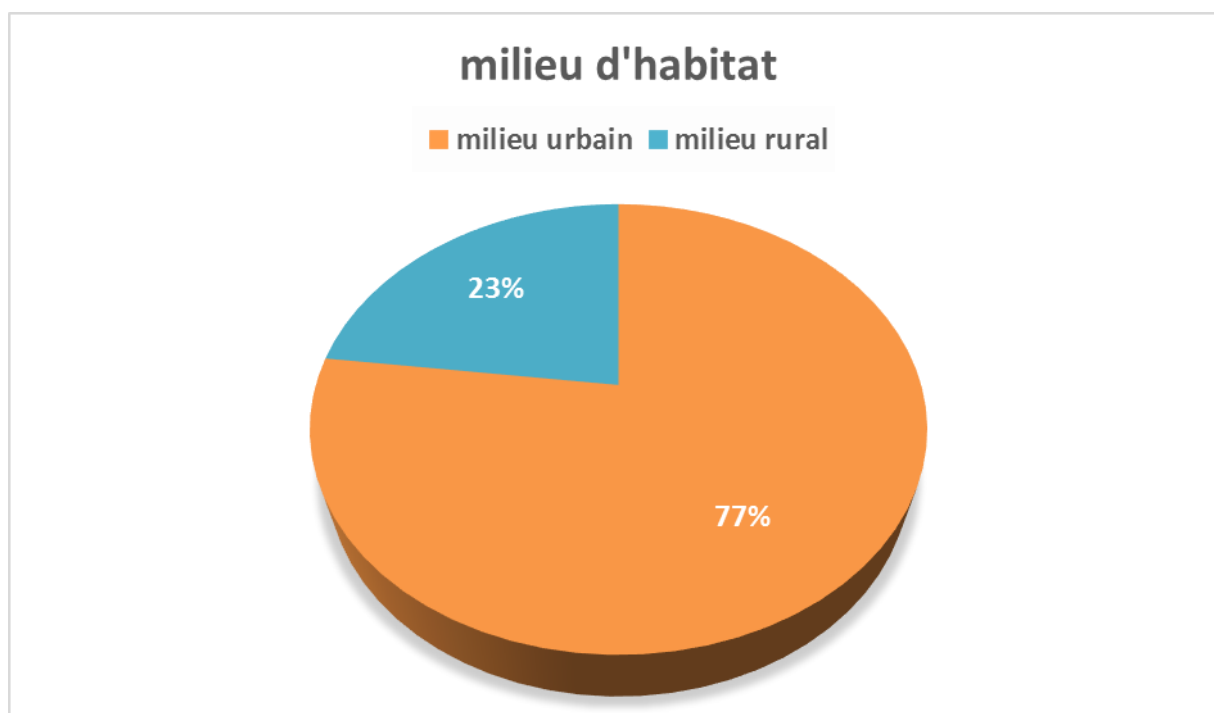


Figure 8: Répartition de l'échantillon en fonction du milieu d'habitat

e.Le niveau d'étude :

Environ le tiers des patients (28,6%) étaient analphabète, 21% avaient un niveau primaire, 33,1% avaient un niveau secondaire, 17,3% ont fait des études supérieures (figure 9).

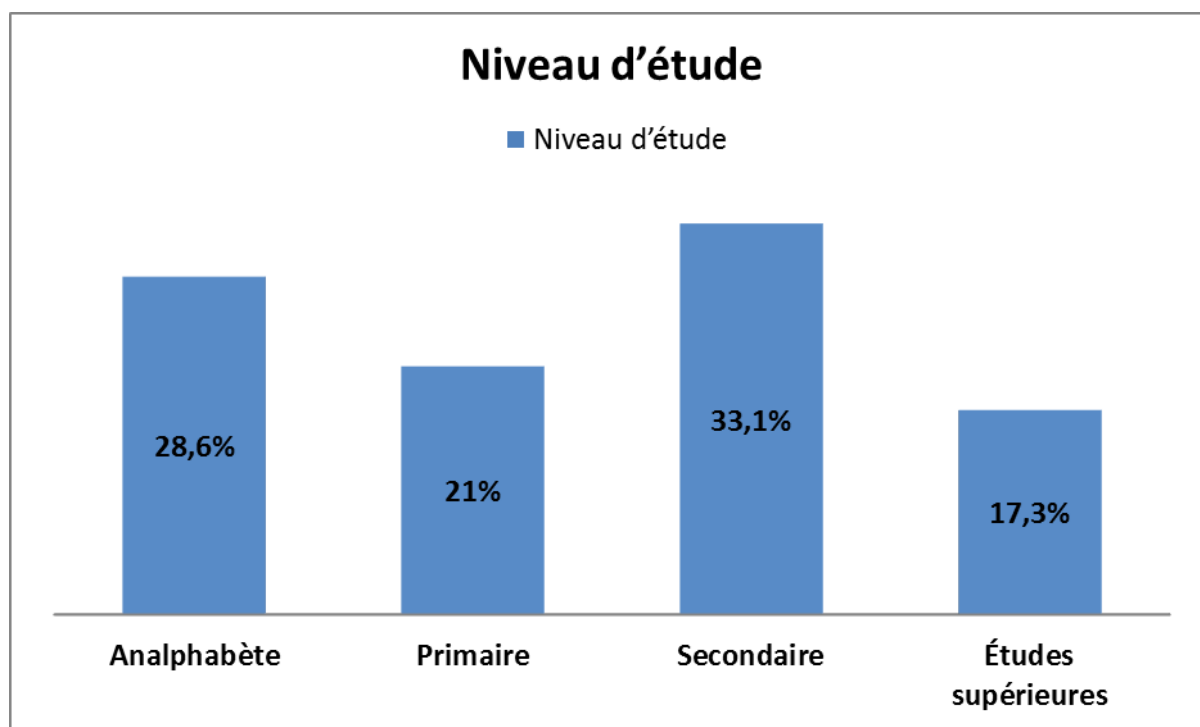


Figure 9: Répartition de la population d'étude selon le niveau d'étude

f.Niveau socio-économique :

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

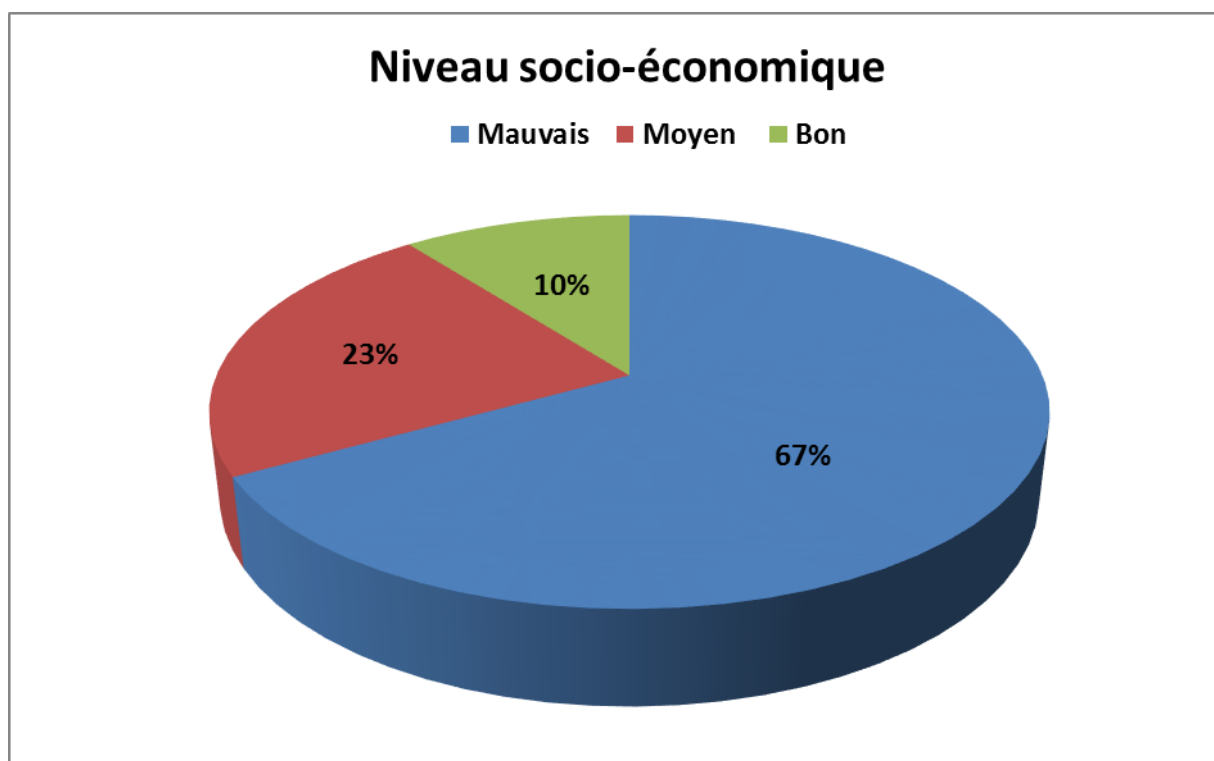


Figure 10: Répartition de la population d'étude selon le niveau socio-économique

g.Couverture sociale :

Presque la moitié des patients étaient Ramedistes (47,4%), 30,1% n'étaient pas assurés, 22,6% étaient mutualistes comme le montre la figure 11.

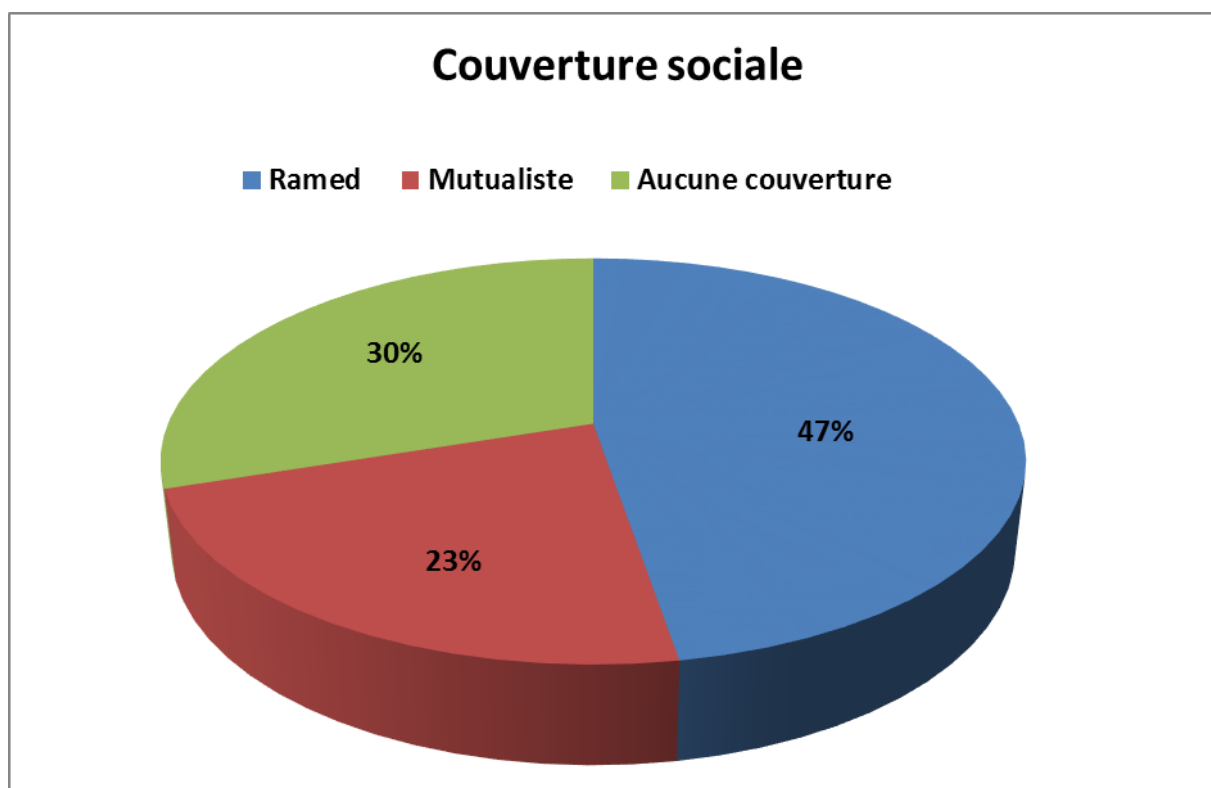


Figure 11: Répartition de la population d'étude selon la couverture sociale

h.Consommation du tabac :

Concernant le statut tabagique près d'un patient sur cinq (18,8%) était fumeur ou ex-fumeur dans notre étude.

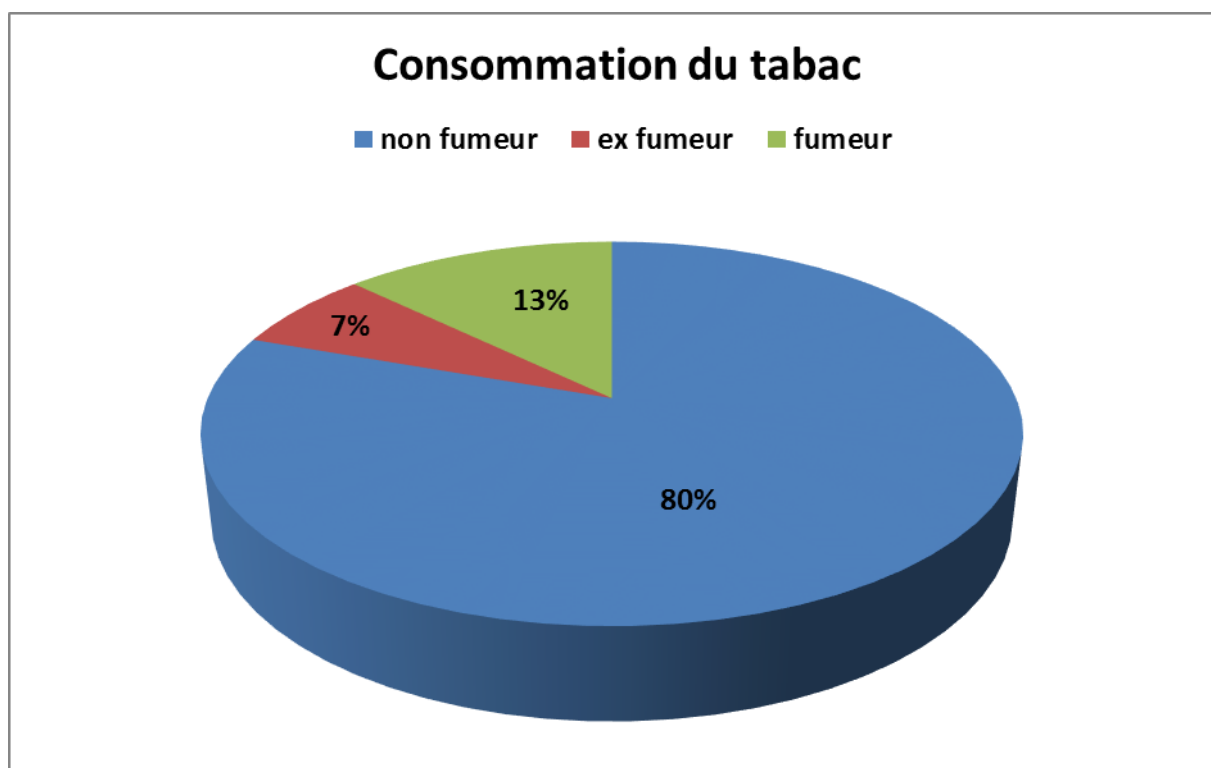


Figure 12: Répartition de l'échantillon en fonction de la consommation du tabac.

2.Description des paramètres cliniques

a.Antécédents personnels :

Dans notre étude, les antécédents personnels sont hétérogènes, cependant certains sont largement majoritaires par rapport à d'autres :

24,1% des patients avaient des antécédents personnels, dont 9,8% avaient le diabète, 6,8% avaient l'HTA, 8,3% avaient des antécédents chirurgicaux comme le montre la figure 13.

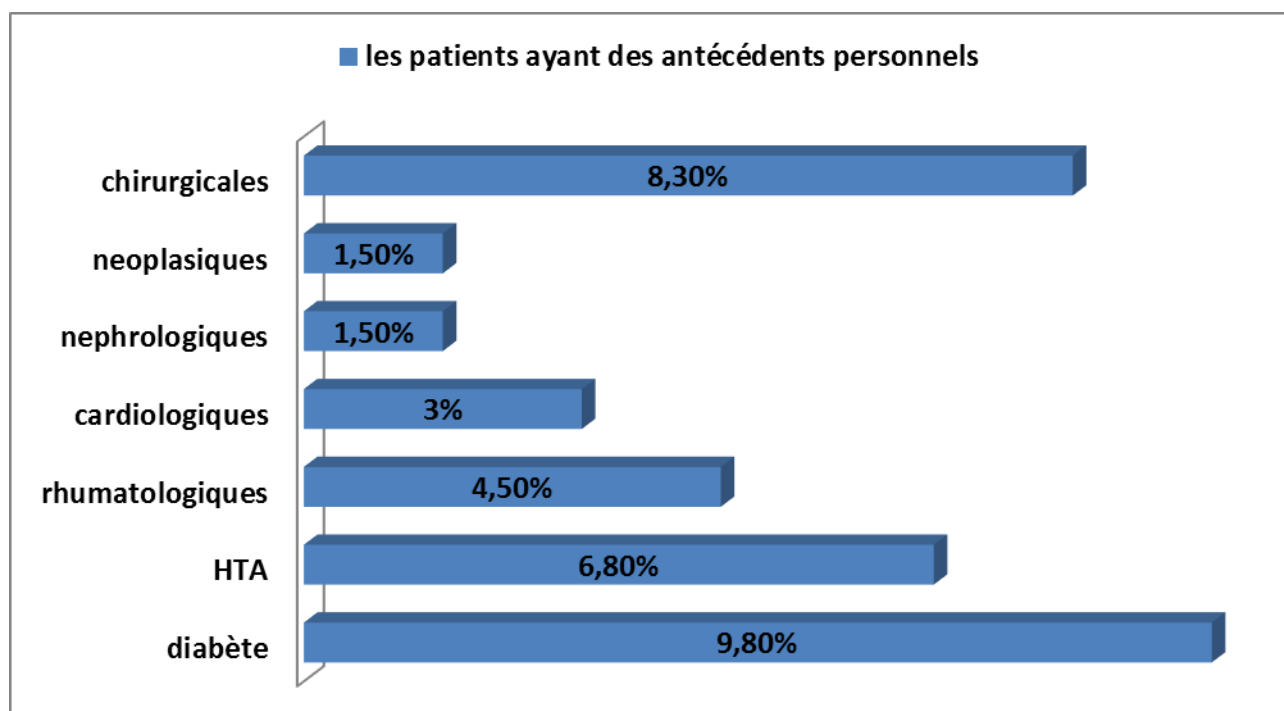
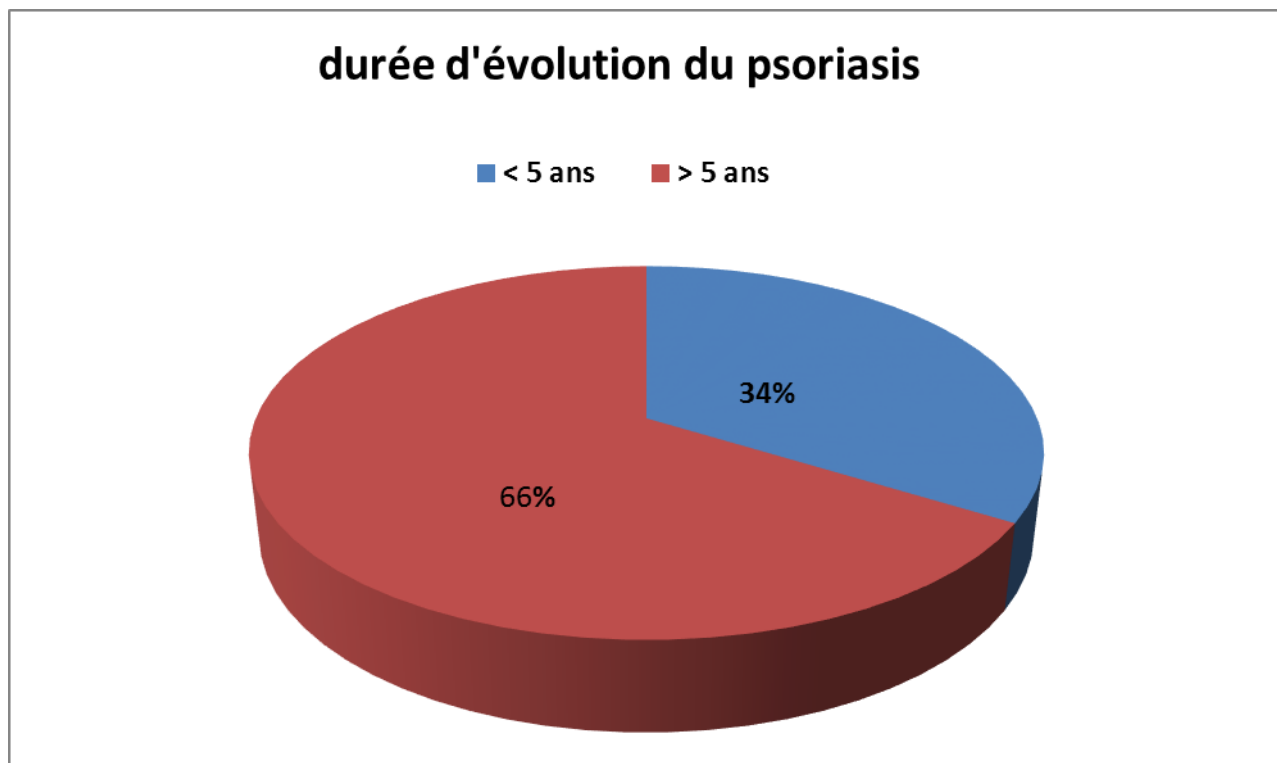


Figure 13: Répartition des patients selon les antécédents personnels

b.Durée d'évolution

La durée moyenne d'évolution du psoriasis chez les patients inclus dans notre étude était de 9,3 +/- 8,2 ans avec des extrémités allant de 1 à 37.

Deux tiers des patients avait du psoriasis évoluant sur une durée de plus de 5 ans (figure 14).



**Figure 14: Répartition de l'échantillon en fonction de la durée d'évolution
du psoriasis**

c.La surface corporelle atteinte

La surface corporelle atteinte du psoriasis dans notre échantillon était en moyenne $11,9 \pm 16,4\%$.

Un tiers des patients avait une atteinte de plus de 10% de la surface corporelle atteinte comme le montre la figure 15.

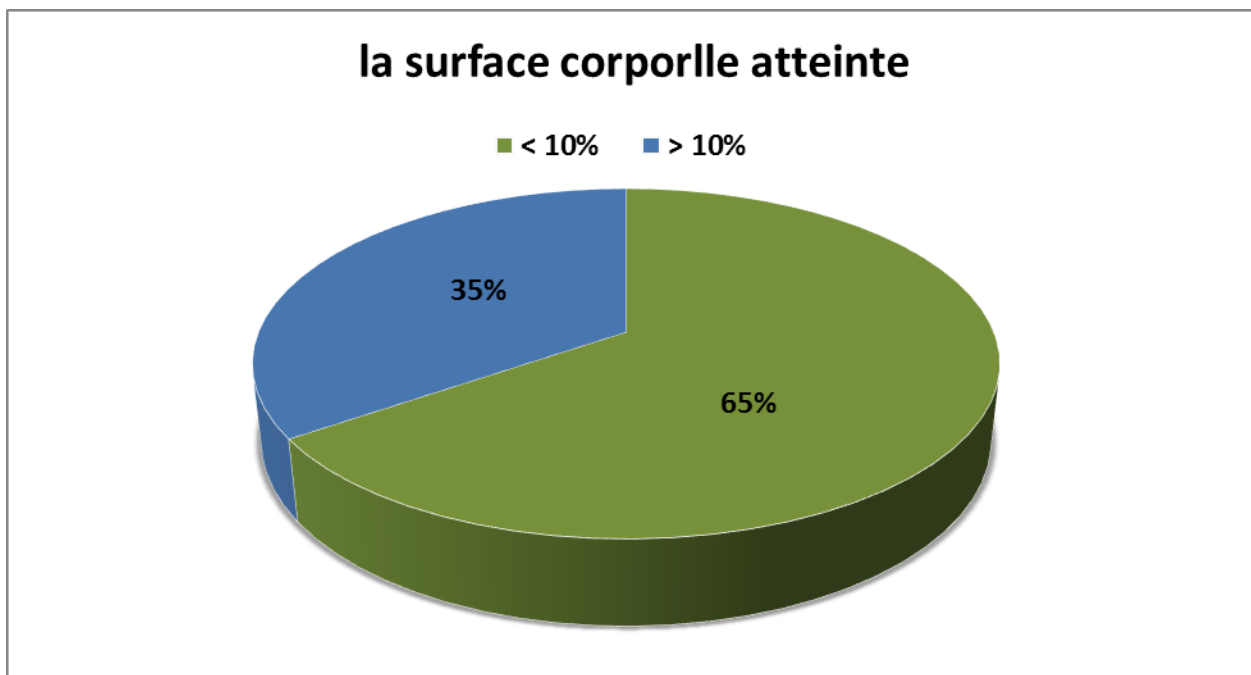


Figure 15: Répartition de l'échantillon en fonction de la surface corporelle atteinte

d.La topographie du psoriasis

Dans cette étude la topographie des atteintes des patients étaient hétérogènes par ailleurs les atteintes au niveau du tronc (57,9%), les membres supérieurs (54,9%), les membres inférieurs (59,4%), et le cuir chevelu (48,9) étaient prédominantes comme le montre la figure 16.

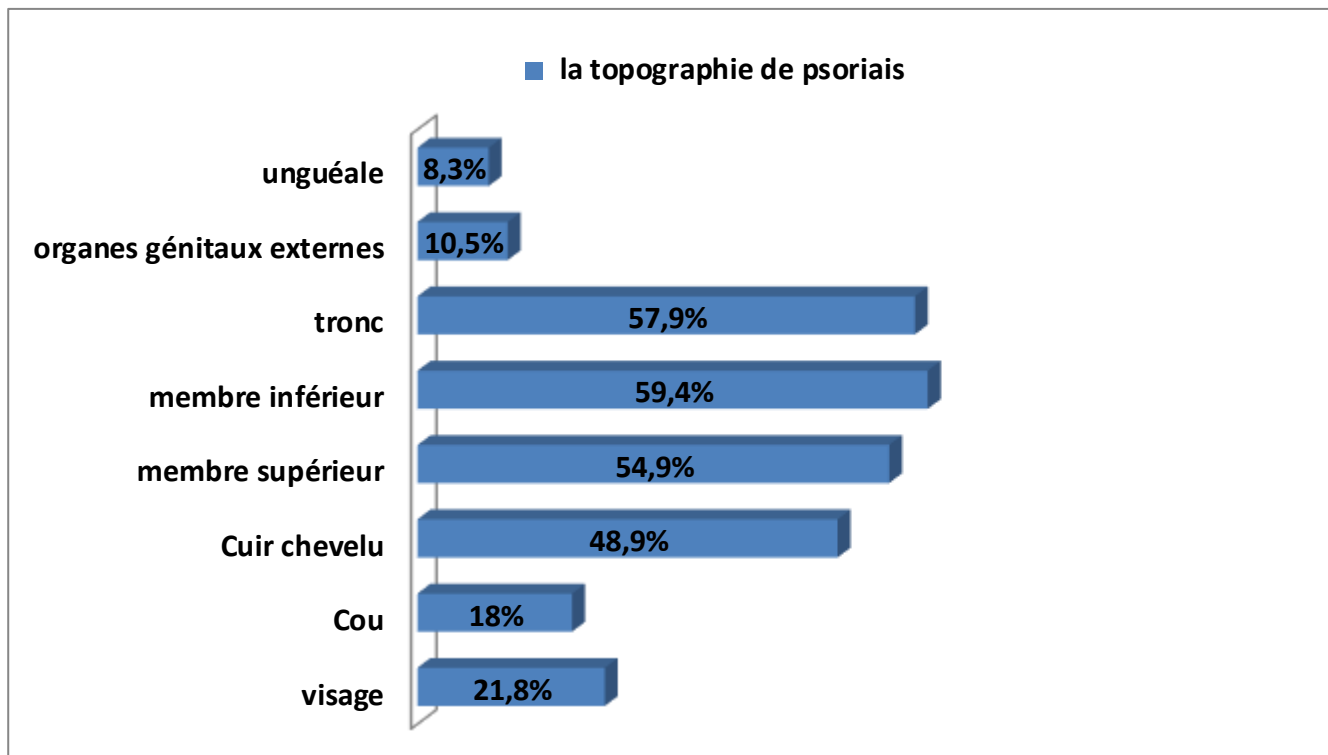


Figure 16: Topographie de l'atteinte psoriasique

e.Présence de prurit

Plus de la moitié des patients dans notre échantillon ont des lésions prurigineuses comme le montre la figure 17.

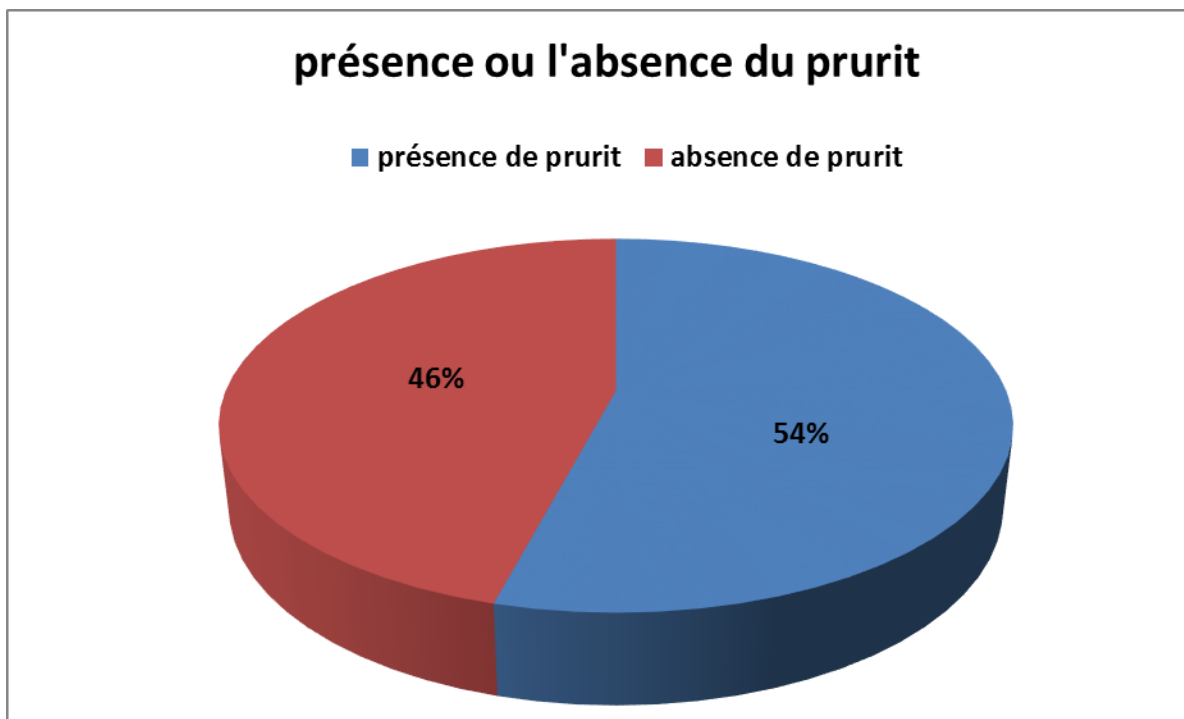


Figure 17: Répartition de l'échantillon selon la présence ou l'absence du prurit

f. Atteinte articulaire du psoriasis

Dans notre étude 15% (20 patient) de l'échantillon ont une atteinte articulaire du psoriasis comme le montre la figure 18.

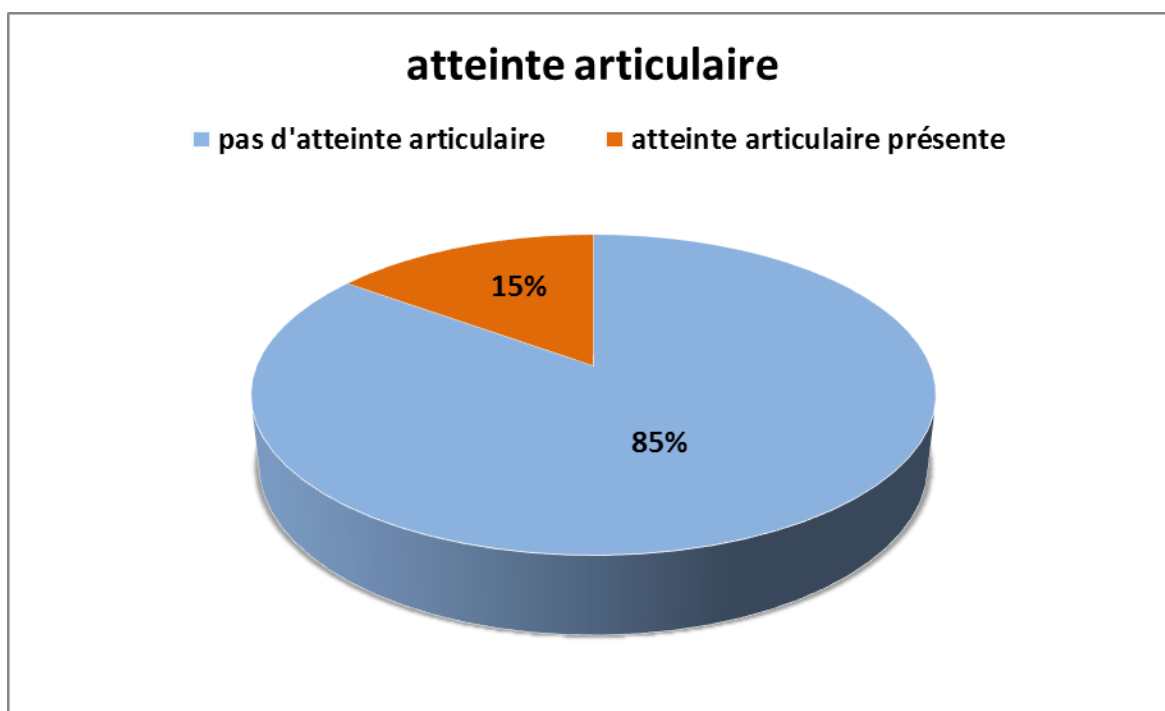


Figure 18: Répartition des patients selon la présence ou l'absence d'une atteinte articulaire du psoriasis

II. La qualité de vie mesurée par SF-12.

Les moyennes des scores des différentes dimensions allaient de $59,2 \pm 36,8$ à $19,2 \pm 23,6$. La dimension « douleur physique » semblait la plus dégradée et la dimension « santé physique » était la moins touchée. La dimension santé psychique, avec une moyenne de $34,7 \pm 19,7$, était plus dégradée que la dimension santé physique avec une moyenne de $59,2 \pm 36,8$.

L'échelle du score physique (PCS) avait une moyenne de $50,9 (\pm 16,4)$ alors que l'échelle de score mentale (MCS) avait une moyenne plus basse de $39,0 (\pm 23,9)$, comme le montre le tableau 2.

Tableau 2: Les caractéristiques de la qualité de vie des patients selon les dimensions de SF-12

Caractéristique	Moyenne	Ecart type	Minimum	maximum
santé physique (PF)	59,2	36,8	0	100
limitations dues à la santé physique (RP)	52,1	30,2	0	100
limitations dues à la santé psychique (RE)	50,4	27,6	0	100
Vitalité (VT)	36,8	20,1	0	80
Santé psychique (MH)	34,7	19,7	0	80
Douleur physique (BP)	19,2	23,6	0	80
santé générale (GH)	44,3	28,4	0	100
vie et relations avec les autres (SF)	54,1	31,8	0	100
L'échelle de score physique (PCS)	50,9	16,4	24,7	89,2
L'échelle de score mental (MCS)	39,0	23,9	-6,2	89,6

Etude analytique

I. Les facteurs associés au PCS

1. Etude uni variée :

a. Sociodémographiques :

On n'a pas trouvé d'association significative entre le PCS et les variables sociodémographiques notamment : l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau d'études, le niveau socio-économique, la couverture sociale, le milieu d'habitat et la consommation du tabac comme le montre le tableau 3.

Tableau 3 : Les facteurs sociodémographiques associés aux PCS

Caractéristique		La moyenne	Ecart type	P
Age	<35 ans	51 ,2	16,5	0,901
	≥35ans	50,8	16,4	
sexe	homme	51,2	16,9	0,855
	femme	50,7	16,1	
Statut marital	célibataire	51,2	18,4	0,488
	marié	50,4	14 ,9	
	veuf	64,5	28,7	
Niveau d'étude	Analphabète	52,1	16,0	0,575
	Primaire	49,5	17,3	
	Secondaire	49,1	14,8	
	Universitaire	54,4	19,2	
Niveau socio-économique	bon	52,6	20,0	0,346
	moyen	54,4	16,3	
	mauvais	49,5	15,8	
Couverture sociale	sans	50,8	15,9	0,308
	ramed	49,2	15,4	
	mutuelle	54,8	18,9	
Milieu d'habitat	rural	49,6	17,6	0,603
	urbain	51,3	16,1	
Consommation du tabac	Non-fumeur	51,3	16,4	0,809
	Ex fumeur	51,2	15,5	
	fumeur	48,5	17,5	

b.Les antécédents personnels

Pour les antécédents personnels on n'a pas trouvé aucune association significative avec le score PCS comme le montre le tableau 4.

Tableau 4 : Les antécédents personnels associés aux PCS

Les antécédents		La moyenne	Ecart type	P
diabète	non	50,4	16,3	0,237
	oui	56,1	17,7	
HTA	non	50,9	16,1	0,811
	oui	52,2	21,3	
rhumatologiques	non	50,9	16,6	0,967
	oui	51,2	14,4	
cardiologiques	non	51,2	16,2	0,272
	oui	42,0	24,6	
chirurgicales	non	50,6	16,2	0,398
	oui	54,9	19,3	

c.Les paramètres cliniques

On a trouvé une association significative entre le PCS et la surface corporelle atteinte (SCA) du psoriasis avec un meilleur score chez les patients ayant plus de 10% de la SCA (54,9 versus 48,9 ; $p=0,044$).

Les patients avec des lésions prurigineuses avaient un score PCS significativement plus bas comparé aux patients sans prurit (45,9 versus 56,9 ; $p < 0,0001$).

Par ailleurs on n'a pas trouvé d'association significative entre le PCS et les autres caractéristiques du psoriasis notamment la durée d'évolution, la présence d'une atteinte articulaire associée et la localisation de l'atteinte cutanée comme le montre le tableau 5.

Tableau 5 : Caractéristiques de la maladie psoriasique associées aux PCS

caractéristiques		La moyenne	Ecart type	P	
Evolution	<5ans	52,5	16,1	0,425	
	≥5ans	50,1	16,6		
La surface corporelle atteinte	<10%	48,9	15,3	0,044	
	≥10%	54,9	17,8		
Atteinte articulaire	Absente	51,0	16,7	0,930	
	Présente	50,6	15,3		
prurit	Absent	56,9	16,8	<0,0001	
	Présent	45,9	14,3		
Atteinte cutanée	visage	Non	49,6	16,0	0,064
		Oui	55,9		
	cou	Non	50,8	16,9	0,799
		Oui	51,7		
	Cuir chevelu	Non	49,8	16,2	0,426
		Oui	52,1		
	Membre supérieur	Non	51,8	15,7	0,587
		Oui	50,2		
	Membre inférieur	Non	53,7	16,4	0,110
		Oui	49,1		
	tronc	Non	50,2	16,7	0,671
		Oui	51,5		
	Organes génitaux externes	Non	50,1	16,0	0,071
		Oui	50,9		
	ongles	Non	50,5	16,2	0,261
		Oui	56,3		

2.Etude multivariée

Dans l'analyse multivariée, le model final ajusté sur les facteurs associés à la qualité de vie dans sa composante physique (PCS- 12) par régression linéaire multiple a montré une association statistiquement significative du PCS-12 de la qualité de vie avec la surface corporelle atteinte ($\beta=4,6$; IC 95% [-0,94 ; 10,28] ; $p=0,102$) et avec le prurit ($\beta=-10,4$; IC 95% [-15,78 ; -5,06] ; $p<0,001$) (tableau 9).

Tableau 6 : Etude multivariée des facteurs associés aux PCS

variable	B	Intervalle de confiance 95%	
		Borne inférieure	Borne supérieure
Surface corporelle atteinte			
<10%	-	-	-
$\geq 10\%$	4,670	-0,946	10,286
Prurit			
Non	-	-	-
Oui	-10,427	-15,788	-5,066

Les facteurs associés aux MCS

1. Etude uni-variée :

a.Sociodémographiques

Les patients âgés de ≥ 35 ans avait un score MCS significativement plus élevé que ceux âgés de < 35 ans (41,5 versus 31,7 ; $p=0,040$). Par ailleurs on n'a pas trouvé d'association significative entre le score MCS et les autres facteurs sociodémographiques comme le montre le tableau 6.

Tableau 7 : Les facteurs sociodémographiques associés aux MCS

Caractéristique		La moyenne	Ecart type	P
Age	<35 ans	31,7	24,9	0,040
	≥35ans	41,5	23,3	
Sexe	homme	40,9	23,2	0,355
	femme	37,0	24,7	
Statut marital	célibataire	36,5	26,0	0,403
	marié	40,2	22,8	
	veuf	56,8	8,6	
Niveau d'étude	Analphabète	41,9	21,70	0,133
	Primaire	45,5	25,8	
	Secondaire	36,8	24,5	
	Universitaire	30,9	23,8	
Niveau socio-économique	bon	33,7	25,7	0,638
	moyen	41,1	23,5	
	mauvais	39,2	23,9	
Couverture sociale	sans	36,9	27,5	0,770
	ramed	40,5	21,7	
	mutuelle	38,9	23,9	
Milieu d'habitat	rural	41,6	23,5	0,515
	urbain	38,3	24,1	
Consommation du tabac	Non-fumeur	38,3	24,1	0,720
	Ex fumeur	40,0	17,2	
	fumeur	43,4	26,6	

Les antécédents personnels

Pour les antécédents personnels on n'a pas trouvé aucune association significative avec le score MCS comme le montre le tableau 7.

Tableau 8 : Les antécédents personnels associés aux MCS

Les antécédents		La moyenne	Ecart type	P
diabète	non	39,3	24,2	0,727
	oui	36,9	22,6	
HTA	non	39,6	24,1	0,395
	oui	32,5	21,9	
rhumatologiques	non	39,1	24,3	0,991
	oui	38,9	17,5	
cardiologiques	non	38,6	24,1	0,172
	oui	55,2	11,0	
chirurgicales	non	38,5	24,1	0,317
	oui	46,0	22,1	

b.Les paramètres cliniques

Le score de qualité de vie psychique (MCS) était plus élevé significativement chez les patients dont la durée d'évolution du psoriasis dépasse 5 ans (42,7 versus 31,9 $p=0,014$),

On a également trouvé une association significative du score MCS avec l'atteinte cutanée au niveau du membre supérieur et au niveau du membre inférieur avec un meilleur score chez les patients atteints :

➤ Au niveau du membre supérieur : 43,5 versus 33,7 $p=0,019$

➤ Au niveau du membre inférieur : 43,9 versus 32,0 $p=0,005$

Comme le montre le tableau 8.

Tableau 9 : Caractéristiques de la maladie psoriasique associées aux MCS

caractéristiques			La moyenne	Ecart type	P
Evolution	<5ans		31,9	22,5	0,014
	≥5ans		42,7	24,0	
La surface corporelle atteinte	<10%		36,6	24,8	0,104
	≥10%		43,7	21,8	
Atteinte articulaire	Absente		38,2	24,6	0,328
	Présente		43,9	19,9	
Prurit	Absent		36,4	24,2	0,229
	Présent		41,4	23,7	
Atteinte cutanée	Visage	non	39,5	23,9	0,790
		oui	37,6	24,6	
	cou	non	39,2	24,1	0,940
		oui	38,7	23,8	
	Cuir chevelu	non	39,8	24,3	0,719
		oui	38,3	23,8	
	Membre supérieur	non	33,7	23,7	0,019
		oui	43,5	23,4	
	Membre inférieur	non	32,0	24,2	0,005
		oui	43,9	22,7	
	tronc	non	36,9	23,8	0,378
		oui	40,6	24,1	
	Organes génitaux externes	non	39,5	23,5	0,560
		oui	35,5	28,3	
	ongles	non	40,2	23,9	0,082
		oui	27,1	22,3	

2. Etude multi-variée :

Dans l'analyse multivariée, la régression linéaire a montré une association du MCS-12 avec l'âge ≥ 35 ans ($\beta=12,7$; IC 95% [3,69 ; 21,80] ; $p=0,006$), localisation au membre supérieur ($\beta=9,0$; IC 95% [0,23 ; 17,90] ; $p=0,044$), localisation au Membre inférieur ($\beta=8,7$; IC 95% [-0,01 ; 17,49] ; $p=0,050$) et l'atteinte unguéale ($\beta=-19,2$; IC 95% [-33,45 ; -4,98] ; $p=0,009$) comme le montre le tableau 10.

Tableau 10: Etude multivariée des facteurs associés aux MCS

variable	B	Interval de confiance	
		Borne inférieure	Borne supérieure
Age			
<35 ans	-	-	-
≥ 35 ans	12,750	3,694	21,806
Atteinte cutanée du membre supérieur			
Non	-	-	-
Oui	9,067	0,230	17,905
Atteinte cutanée du membre inférieur			
Non	-	-	-
Oui	8,740	-0,018	17,499
Atteinte unguéale			
Non	-	-	-
Oui	-19,218	-33,457	-4,980

DISCUSSION

Notre travail a consisté sur l'exploration de la qualité de vie chez les patients atteints du psoriasis, c'est une étude transversale réalisée au service de Dermatologie du CHU HASSAN II de Fès au Maroc entre décembre 2019 et septembre 2020 en utilisant le questionnaire SF-12.

Dans notre étude, l'échelle du score de la qualité de vie physique (PCS) avait une moyenne de 50,9 ($\pm 16,4$) alors que l'échelle de score de la qualité de vie mentale (MCS) avait une moyenne plus basse : 39,0 ($\pm 23,9$).

Au niveau national notre étude est la première consacrée à évaluer la qualité de vie des patients atteint de psoriasis en utilisant le score SF-12, il y avait des études menées dans ce sens en utilisant soit DLQI ou SKINDEX-16 et qui ont toutes conclues à une altération de la QDV des patients atteints du psoriasis comme le montre le tableau 11.

Tableau 11 : les études menées sur la mesure de la qualité de vie des patients psoriasiques

Auteurs	lieu	date	Méthode de mesure	résultats
I. Khoudri et Al[25]	Rabat	2013	DLQI	DLQI = 12.7 la Qualité de vie liée à la santé des psoriasiques peut être considérée comme faible
H. Benchikhi et Al [26]	Casablanca	2013	DLQI	DLQI = 11,15 la QDV des patients psoriasiques consultant en ambulatoire était plus altérée que dans le vitiligo
A. Kelati et Al [27]	Fes	2016	SKINDEX-16	50% des patients atteints de psoriasis avaient un impact important sur la qualité de vie et 35% avaient un impact modéré
A. baino et Al [28]	Marrakech	2016	DLQI et SKINDEX-16	DLQI = 8,5 et SKINDEX-16 = 19 La QDV est réduite chez les patients psoriasiques

Au niveau international il y avait plusieurs études évaluant la qualité de vie des patients psoriasiques ;

❖ En utilisant DLQI :

une étude Tunisienne faite par Maoua et Al qui a montré que la majorité des malades soit 86,2% ont estimé que leur qualité de vie est très altérée par le psoriasis [29]. L'étude faite par Valenzuela et Al Ont objectivé un impact important du psoriasis sur la QDV chez les patients chiliens[30]. Une étude faite en Grec par A.Kouris et Al qui ont conclu que le psoriasis altère considérablement la qualité de vie [31].

❖ En utilisant SKINDEX-16

Une autre étude comparative faite en 2015 par Hui-Ju Yang et Kuo-chia Yang sur l'impact du psoriasis sur la QDV en Taiwan d'un groupe de 100 patients ayant le psoriasis avec 100 patients ayant autres pathologies dermatologiques générale ont montré que les patients atteints de psoriasis avaient une interférence sévère dans tous les aspects de leur vie par rapport aux patients atteints d'autres dermatoses[32].

En ce qui concerne la mesure de la qualité de vie par SF-12 et en comparaison avec les résultats du travail de Grozdev et al, le score de PCS obtenu dans notre étude était supérieur, alors que le score de MCS était inférieur [33]. Par ailleurs le score de PCS obtenu dans notre étude était plus élevé et le score de MCS était légèrement plus bas que ceux obtenus en Italie par Sampogna et al [34].

En outre les deux scores PCS et MCS obtenus dans notre étude étaient supérieurs à ceux obtenus en utilisant le SF-36 par Martínez-Ortega et Al [35]

Les facteurs déterminants du retentissement sur la QDV

Nous avons trouvé une association significative entre le PCS et la surface corporelle atteinte du psoriasis avec un meilleur score chez les patients ayant plus de 10% du corps atteint du psoriasis, c'était surprenant puisqu'on s'attendait à ce que la QDV diminue avec l'augmentation de la surface corporelle atteinte, dans ce sens certaines études ont montré cette corrélation positive de la surface corporelle avec la QDV [26], [27], [36].

On a trouvé également une association significative entre le PCS et le prurit avec un score plus bas chez les patients avec des lésions prurigineuses, ces résultats sont en accord avec ceux trouvés par Martínez-Ortega et Al[35]. En effet le prurit est considéré par les patients comme le symptôme le plus gênant du psoriasis même si la gravité des démangeaisons semble être moindre que dans d'autres affections cutanées prurigineuses[37]

En plus les patients âgés de ≥ 35 ans avait un score MCS significativement plus élevé que ceux âgés de < 35 ans, ces résultats concordent avec ceux obtenus par certaines études [33], [34]. Une interprétation possible est que les patients s'habituent d'une manière ou d'autre à la maladie au fil du temps, en apprenant des stratégies d'adaptation, Il a été observé que les stratégies les plus fréquemment utilisées par les patients psoriasiques sont l'acceptation, la planification, réinterprétation positive et l'adaptation active [38].

Dans notre étude, on a également trouvé que le MCS était associé à la durée d'évolution du psoriasis avec un meilleur score chez les patients avec une durée d'évolution qui dépasse 10 ans, même résultat obtenu par Sampogna et al [34],

ceci peut être expliqué par la mauvaise connaissance de la maladie dans les premiers 10 ans , l'adaptation des patients avec les traitements et leurs posologies et l'acceptation de la maladie qui nécessite du temps

La localisation du psoriasis est considérée comme un des facteurs déterminants de la QDV dans plusieurs études, Kelati et al. Ont montré une corrélation entre atteintes du cuir chevelu, ongles et la muqueuse avec l'aggravation de QDV[27]. Dans l'étude de Benchikhi et al. L'altération de la QDV est significativement corrélée avec atteintes des zones découvertes[26]. H-J Yang et K-C Yang ont trouvé que l'atteinte des zones découvertes était un facteur significativement influençant la QDV en particulier l'atteinte palmaire et du visage[32]. En opposition à ces observations, Nous avons constaté dans notre étude une association significative du score MCS avec l'atteinte cutanée au niveau du membre supérieur et au niveau du membre inférieur avec un meilleur score chez les patients atteints.

Ces résultats devraient être interprétés en tenant compte de certaines limites

Méthodologiques, Il s'agit d'une étude transversale réalisée au service de Dermatologie du CHU HASSAN II de Fes. C'est une population qui ne représente pas tous les patients psoriasiques, notamment ceux suivis dans le secteur privé, dans les Centres hospitaliers provinciaux (CHP) et dans les Centres hospitaliers régionaux (CHR). En effet les patients suivis dans les cabinets privés n'ont pas le même profil sociodémographique que ceux suivis dans le CHU et d'autre part les patients suivis au CHP et CHR n'ont pas le même profil clinique de la maladie, de

plus on peut citer d'autres limites comme le refus de répondre au questionnaire par certains malades,

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse inflammatoire chronique qui peut débiter à n'importe quel âge. Et qui altère de façon considérable la qualité de vie du patient atteints. C'est une maladie complexe dont la prise en charge, pour être adéquate, doit être multifactorielle voire multidisciplinaire.

La qualité de vie est devenue une mesure essentielle dans le traitement des maladies chroniques, tel que le psoriasis,

Au terme de cette étude, on constate que :

✓Le psoriasis a un impact négatif sur la qualité de vie des patients surtout celle liée la santé mentale, et l'évaluation de la qualité de vie par le SF-12 a permis d'avoir une idée sur le profil physique et psychique des patients psoriasiques.

✓Certains facteurs tels que l'âge, le prurit, la durée d'évolution et la surface corporelle atteinte influencent la qualité de vie.

Les résultats de ce travail pourraient suggérer les recommandations suivantes :

✓Un accès facile aux soins et aux traitements, ce qui pourrait améliorer la qualité de vie des patients atteints de psoriasis

✓L'implication des familles dans le circuit de prise en charge en raison de l'impact du soutien familial dans l'amélioration de la qualité de vie

✓L'inclusion du concept de la qualité de vie dans la formation des médecins et du personnel paramédical comme objectif de prise en charge des patients psoriasiques.

✓Des séances de soutien psychologique et d'assistance sociale pourraient nettement améliorer la QV de ces patients et aider à une meilleure acceptation de leur maladie et une réinsertion sociale et professionnelle adaptée.

RESUME

Résumé

Le psoriasis est une dermatose érythématosquameuse d'évolution chronique, sa prévalence varie entre 0,09% et 11,4%, ce qui souligne l'importance d'évaluer la qualité de vie des patients psoriasiques.

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

Une étude transversale observationnelle a été menée entre décembre 2019 et septembre 2020. La qualité de vie a été évaluée à l'aide du questionnaire SF-12 traduit et validé en dialecte arabe Marocain. Nous avons inclus 133 sujets dans l'étude, l'âge moyen était de 42,95 ($\pm 16,13$) ans, et la durée d'évolution de la maladie chez ses patients était de 9,3 ($\pm 8,2$) ans.

La qualité de vie mentale et sociale était en moyenne de 39,0 ($\pm 23,9$) et la qualité de vie physique était de 50,9 ($\pm 16,4$), la douleur physique avait le score le plus bas parmi les domaines SF-12, le domaine qui a obtenu le score le plus élevé était celui lié à la santé physique 59,2 ($\pm 36,8$). Une association significative a été retrouvée entre le score de PCS et la surface corporelle atteinte d'une part et le prurit d'autre part, avec un meilleur score chez les patients avec plus 10% du corps atteint et aussi les patients avec des lésions non prurigineuses. Le score de MCS était significativement associé avec l'âge et la durée d'évolution du psoriasis, avec un meilleur score chez les patients de plus de 35 ans et chez les patients avec une durée d'évolution qui dépasse 5 ans.

Les résultats de ce travail suggèrent l'inclusion du concept de la qualité de vie dans tout le circuit de prise en charge des patients psoriasiques, ainsi que la conduite d'autres recherches sur la QDV chez les psoriasiques.

Summary:

Psoriasis is an erythematous squamous dermatosis with a chronic evolution, its prevalence varies between 0,09% and 11,4%, which implies the importance of assessing the quality of life of psoriatic patients.

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

An observational cross-sectional study was conducted between December 2019 and September 2020. Quality of life was evaluated using the SF-12 questionnaire translated and validated in Moroccan Arabic dialect. We included 133 subjects in the study, the mean age was 42.95 (± 16.13) years, and the duration of the disease in these patients was 9,3 ($\pm 8,2$) years.

Mental and social quality of life was on average 39,0 ($\pm 23,9$) and physical quality of life was 50,9 ($\pm 16,4$). Physical pain had the lowest score among the SF-12 domains, the domain with the highest score was physical health 59,2 ($\pm 36,8$). A significant association was found between PCS score and body surface area affected on the one hand and pruritus on the other hand, with a better score in patients with more than 10% of the body affected and also in patients with non-pruritic lesions. The MCS score was significantly associated with age and duration of psoriasis, with a better score in patients over 35 years of age, and in patients with duration of psoriasis of more than 5 years.

The results of this work suggest the inclusion of the concept of quality of life throughout the management of psoriatic patients as well as conducting other research on QOL in psoriatic patients.

ملخص

تعتبر الصدفية مرضا جلديا مزمنًا يظهر على شكل إصابات حمامية حشرية، يتراوح انتشارها بين 0,09% و 11,4%، مما يسلط الضوء على أهمية تقييم جودة الحياة لهذه الشريحة من المرضى.

الهدف من هذا العمل هو تقييم جودة الحياة للمرضى المصابين بالصدفية بمصلحة الأمراض الجلدية بالمركز الاستشفائي الحسن الثاني بفاس، وتحديد العوامل التي تؤثر فيها.

من أجل هذا أجرينا دراسة قائمة على الملاحظة ما بين دجنبر 2019 وشتنبر 2020، وتم تقييم جودة الحياة باستخدام استبيان SF-12 المترجم والمصادق عليه باللهجة العربية المغربية. بلغ عدد المرضى المدرجين في هذه الدراسة 133 وكان متوسط العمر للمرضى هو $(\pm 16,13)$ 42,95 سنة، والمدة الزمنية لتطور الصدفية لدى هؤلاء المرضى بلغت 9,3 $(\pm 8,2)$ سنة.

في هذه الدراسة وجدنا أن متوسط جودة الحياة العقلية و الاجتماعية بلغ $(\pm 23,9)$ 39,0 كما بلغ متوسط جودة الحياة البدنية $(\pm 16,4)$ 50,9. حصل الألم الجسدي على أدنى معدل من بين مجالات الاستبيان SF-12 و حصل مجال الصحة الجسدية على أعلى معدل $(\pm 36,8)$ 59,2. تم العثور على ارتباط كبير بين مؤشر جودة الحياة البدنية (PCS) و المساحة الجسمانية المصابة بالصدفية من جهة و الحكمة من جهة أخرى، و في هذا الصدد كانت جودة الحياة أعلى لدى المرضى الذين تتجاوز مساحتهم الجسمانية المصابة بالصدفية نسبة 10% و لدى المرضى ذوي الصدفية دون حكة. وفيما يخص مؤشر جودة الحياة النفسية (MCS) فقد ارتبط بشكل كبير بالسن والمدة الزمنية لتطور الصدفية حيث كانت جودة الحياة أفضل لدى المرضى الذين يتجاوز سنهم 35 سنة ولدى المرضى الذين يعانون من الصدفية لمدة تزيد عن 5 سنوات

نتائج هذه الدراسة تنص على ضرورة إدراج مفهوم جودة الحياة في حلقة العلاج لمرضى الصدفية وكذا الإشارة الى أهمية إجراء بحوث أخرى في هذا الصدد.

ANNEXES

Annexe 1 : FICHE DE RECUEIL D'INFORMATION

1. Identifiant du patient.....
2. Numéro du tel :.....
3. âge :.....
4. Sexe : Féminin Masculin
5. Niveau d'études : analphabète Primaire Secondaire Universitaire
6. Profession :
7. Statut marital : Célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve)
8. Revenu mensuel : <2000 2000–4000 4000–6000 >6000
9. Couverture sociale : Mutuelle Ramed Non assuré
10. Habitat : Rural Urbain
11. Vit : Seul En famille En couple
12. Statut tabagique : Non-fumeur Ex-fumeur Fumeur
13. Si fumeur : Nombre de paquet par jour :..... Nombre d'année de tabagisme :.....
14. alcool : Non Ancien (arrêt plus de 3mois) Moins d'une fois par semaine plus d'une fois par semaine Quotidiennement
15. antécédents pathologiques personnels : Aucun HTA diabète cardiopathie néphropathie néoplasie

16. Atteinte d'autres organes (à préciser) :.....

17. Durée d'évolution :

18. nombre de lésions :

19. Localisation : Visage cou tronc membres supérieurs membres inférieurs cuir chevelu organes génitaux externes unguéale

20. Taille de la plus grande lésion en centimètre :

21. Biopsie : oui non si oui : au secteur : Public Privé

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

23. Nombre de consultation par an :.....

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE : SF-12

قرا هاذ المجموعة من التعليمات على الناس اللي كيشاركو.
التعليمات : هاذ الإستطلاع عيبولك على رأيك فصحتك، هاذ المعلومات عتعاوننا باش
نعرفو كيفاش كتحمس وكيفاش قادردير الأعمال ديالك العادية اليومية بشكل مزيان.

اختار الجواب اللي كيوصف الحالة ديالك أكثر .

32- بصفة عامة واش تقدر تقول بللي صحتك

1 - مزيانة بزاف

2- مزيانة

3- مزيانة شوية

4 ما بهاش

5- عيانة

33- هاذ الاسئلة خاصة بالأشغال اللي يمكنك تديرها فنهار عادي
واش صحتك داب كتمنعك من أنك تدير الأشغال ؟ إلى كان الجواب إيه
شحال؟

33- أ- واش صحتك كتمنعك تدير أعمال متوسطة (أعمال مصيداش) بحال تحرك
الطيلة، نشطب تمشي شوية ؟

1 - كتمنعني بزاف

2 - كتمنعني شوية

3 - مكتمنعنيش نهائيا

ب- واش صحتك كتمنعك تطلع مجموعة (شوية) ديال الدروج؟

1 - كتمنعني بزاف

2 - كتمنعني شوية

3 - مكتمنعنيش نهائيا

34- فهاد الربعة ديال السيمانات اللي دازت،شحال من مرة وقع ليك شي واحد من هاذ المشاكل فالخدمة ديالك أو فالأشغال اليومية بسباب صحتك؟

34-أ- درت الأشغال قل ملي موالف؟

1- دائما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرات

4- قليل

5- حتى مرة

34-ب- واش عندك صعوبة باش دبر شي خدمات أو أشغال

1- دائما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرات

4- قليل

5- حتى مرة

35- فهاد الربعة ديال السيمانات اللي دازت شحال من مرة وقعلك شي مشكل من هاذ المشاكل فخدمتك و لا فالأشغال ديالك العادية (ديال ديما) بسباب مشاكل نفسية (كتحس براسك مهموم أو مقلق)؟

35-أ- درت الأشغال قل ملي موالف ؟

1- دائما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرات

4- قليل

5- حتى مرة

35-ب- درت خدمتك أو أشغالك بلا متركز بحال ديما ؟

1- دائما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

34- فهاد الربعة ديال السيمانات اللي دازت، شحال من مرة وقع ليك شي واحد من هاذ المشاكل فالخدمة ديالك أو فالأشغال اليومية بسباب صحتك؟

34- أ- درت الأشغال قل ملي موالف؟

- 1- دائما
- 2- أغلب المرات (أغلب النوبات)
- 3- شي مرات
- 4- قليل
- 5- حتى مرة

34- ب- واش عندك صعوبة باش دير شي خدمات أو أشغال

- 1- دائما
- 2- أغلب المرات (أغلب النوبات)
- 3- شي مرات
- 4- قليل
- 5- حتى مرة

35- فهاد الربعة ديال السيمانات اللي دازت شحال من مرة وقعك شي مشكل من هاذ المشاكل فخدمتك و لا فالأشغال ديالك العادية (ديال ديما) بسباب مشاكل نفسية (كتحس براسك مهموم أو مقلق)؟

35- أ- درت الأشغال قل ملي موالف؟

- 1- دائما
- 2- أغلب المرات (أغلب النوبات)
- 3- شي مرات
- 4- قليل
- 5- حتى مرة

35- ب- درت خدمتك أو أشغالك بلا متركز بحال ديما؟

- 1- دائما
- 2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

- 3 - شي مرات
- 4 - قليل
- 5 - حتى مرة

36- فهاد الربعة ديال السيمانات اللي دازت شحال أثر عليك الحريق فالأشغال
العادية ديانك فقلب الدار و لا برا (خارج الدار)

- 1- مآثرش عليك نهائيا
- 2- أثر عليك عيشوية
- 3- أثر عليك شوية
- 4- أثر عليك شوية بزاف
- 5- أثر عليك بزاف

37- هاذ الأسئلة خاصة بكيفاش كنت كتتحس وكيفاش كنت داير فهاد الربعة
ديال السيمانات اللي دازت.
اختر عفاك الجواب اللي قريب لحالة ديانك
شحال من مرة فهاد الربعة ديال السيمانات اللي دازت؟

37-أ- كنت كتتحس بالهنا وراحة لبال ؟

- 1 - دائما
- 2 - أغلب المرات (أغلب النوبات)
- 3 - شي مرات
- 4 - قليل
- 5 - حتى مرة

37-ب- كنت كتتحس ببزاف النشاط (لحيوية)؟

- 1 - دائما
- 2 - أغلب المرات (أغلب النوبات)
- 3 - شي مرات
- 4 - قليل
- 5 - حتى مرة

37- ج- كنت كتخس بالنفسية ديالك مبرسة أو مهموم؟

1- دائما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرات

4- قليل

5- حتى مرة

38- فهاد الربعة ديال السيمانات اللي دازت شحال من مرة الحالة اديالك
الصحية و النفسية أثرو عليك على الأنشطة الاجتماعية (بحال تزور وتمشي
عند صحابك و حبابك)

1- دائما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرات

4- قليل

5- حتى مرة

Bibliographie

-
- [1] A. Du-Thanh, D. Jullien, et C. Girard, « Psoriasis », EMC – Dermatología, vol. 47, n° 4, p. 1-21, déc. 2013, doi: 10.1016/S1761-2896(13)65964-6.
- [2] J. Berth-Jones, « Psoriasis », Medicine, vol. 41, n° 6, p. 334-340, juin 2013, doi: 10.1016/j.mpmed.2013.04.011.
- [3] A. W. Armstrong et C. Read, « Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review », JAMA, vol. 323, n° 19, p. 1945, mai 2020, doi: 10.1001/jama.2020.4006.
- [4] P. Clarke, « Psoriasis », Aust Fam Physician, vol. 40, n° 7, p. 468-473, juill. 2011.
- [5] W.-H. Boehncke et M. P. Schön, « Psoriasis », Lancet, vol. 386, n° 9997, p. 983-994, sept. 2015, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61909-7.
- [6] S. Rajalakshmi, P. Sathiyarajeswaran, et K. Samraj, « AN OPEN COMPARATIVE CLINICAL TRIAL TO EVALUATE THE EFFICACY AND SAFETY OF SIDDHA DRUGS PANCHAMUGA CHENDHURAM AND KUNDAVAADHI THAILAM IN PSORIASIS », Int. J. Res. Ayurveda Pharm., vol. 10, n° 3, p. 77-82, août 2019, doi: 10.7897/2277-4343.100367.
- [7] World Health Organization, Global report on psoriasis. 2016. Consulté le: déc. 08, 2020. [En ligne]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf
- [8] I. M. Michalek, B. Loring, et S. M. John, « A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis », J Eur Acad Dermatol Venereol, vol. 31, n° 2, p. 205-212, févr. 2017, doi: 10.1111/jdv.13854.

-
- [9] N. K. Somé et al., « Profil sociodémographique et anatomoclinique du psoriasis en milieu hospitalier et tropical à Ouagadougou », *The Pan African Medical Journal*, vol. 23, n° 110, Art. n° 110, mars 2016, doi: 10.11604/pamj.2016.23.110.8445.
- [10] E. M. Farber et L. Nall, « Psoriasis in the tropics. Epidemiologic, genetic, clinical, and therapeutic aspects », *Dermatol Clin*, vol. 12, n° 4, p. 805-816, oct. 1994.
- [11] A. Ammar-Khodja et al., « EPIMAG: International Cross-Sectional Epidemiological Psoriasis Study in the Maghreb », *Dermatology*, vol. 231, n° 2, p. 134-144, 2015, doi: 10.1159/000382123.
- [12] SMD, « Méthotrexate et psoriasis: à propos de 46 cas - SMD ». <http://smdermato.org/PSO/index.php/2018/04/18/methotrexate-et-psoriasis-a-propos-de-46-cas/> (consulté le déc. 09, 2020).
- [13] D. Felce et J. Perry, « Quality of life: its definition and measurement », *Res Dev Disabil*, vol. 16, n° 1, p. 51-74, févr. 1995, doi: 10.1016/0891-4222(94)00028-8.
- [14] D. F. Cella, « Quality of life: concepts and definition », *J Pain Symptom Manage*, vol. 9, n° 3, p. 186-192, avr. 1994, doi: 10.1016/0885-3924(94)90129-5.
- [15] the LIVSFORSK network et al., « A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences », *Qual Life Res*, vol. 28, n° 10, p. 2641-2650, oct. 2019, doi: 10.1007/s11136-019-02214-9.
- [16] T. Z. Palijan, D. Kovacević, E. Koić, K. Ruzić, et F. Dervinja, « The impact of psoriasis on the quality of life and psychological characteristics of persons

-
- suffering from psoriasis », *Coll Antropol*, vol. 35 Suppl 2, p. 81-85, sept. 2011.
- [17] S. R. Rapp, S. R. Feldman, M. L. Exum, A. B. Fleischer, et D. M. Reboussin, « Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases », *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 41, n° 3, p. 401-407, sept. 1999, doi: 10.1016/S0190-9622(99)70112-X.
- [18] S. A. Svoboda, R. I. Ghamrawi, D. A. Owusu, et S. R. Feldman, « Treatment Goals in Psoriasis: Which Outcomes Matter Most? », *Am J Clin Dermatol*, vol. 21, n° 4, p. 505-511, août 2020, doi: 10.1007/s40257-020-00521-3.
- [19] D. M. Ashcroft, A. Li Wan Po, H. C. Williams, et C. E. M. Griffiths, « Quality of life measures in psoriasis: a critical appraisal of their quality », *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, vol. 23, n° 5, p. 391-398, oct. 1998, doi: 10.1046/j.1365-2710.1998.00181.x.
- [20] S. El Fakir et al., « Validation of the Skindex-16 questionnaire in patients with skin diseases in Morocco », *J Dermatolog Treat*, vol. 25, n° 2, p. 106-109, avr. 2014, doi: 10.3109/09546634.2012.681016.
- [21] J. E. Ware et C. D. Sherbourne, « The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection », *Med Care*, vol. 30, n° 6, p. 473-483, juin 1992.
- [22] B. Gandek et al., « Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment », *J Clin Epidemiol*, vol. 51, n° 11, p. 1171-1178, nov. 1998, doi: 10.1016/s0895-4356(98)00109-7.

-
- [23] E. biaze M. Sehli H, « Adaptation transculturelle du questionnaire SF12 », Thèse : Med, USMBA, faculté de médecine et de pharmacie de Fès., 2009. Consulté le: déc. 15, 2020. [En ligne]. Disponible sur: http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/52-09.pdf
- [24] C. Jenkinson et al., « A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? », J Public Health Med, vol. 19, n° 2, p. 179-186, juin 1997, doi: 10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024606.
- [25] I. Khoudri, F. Z. Lamchahab, N. Ismaili, K. Senouci, B. Hassam, et R. Abouqal, « Measuring quality of life in patients with psoriasis using the Arabic version for Morocco of the Dermatology Life Quality Index », Int J Dermatol, vol. 52, n° 7, p. 795-802, juill. 2013, doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.05450.x.
- [26] H. Benchikhi, H. Abarji, S. Nani, S. Hassoune, et A. Maaroufi, « Psoriasis et qualité de vie : étude de 40 patients Marocains consultant pour psoriasis », Annales de Dermatologie et de Vénéréologie, vol. 140, p. S10-S11, avr. 2013, doi: 10.1016/j.annder.2013.01.342.
- [27] A. Kelati, M. Meziane, J. Mounir, et M. F. Zahra, « The impact of psoriasis on the lifequality: a cohort of 140 Moroccan patients », Our Dermatol Online, vol. 7, n° 1, p. 10-16, janv. 2016, doi: 10.7241/ourd.20161.3.
- [28] A. Baino, M. Sebbani, O. Hocar, N. Akhdari, M. Amine, et S. Amal, « P 24 : Psoriasis et qualité de vie au Maroc : à propos de 90 patients suivis au CHU de Marrakech – Maroc », Annales de Dermatologie et de Vénéréologie, vol. 143, n° 4, Supplement 1, p. S44, avr. 2016, doi: 10.1016/S0151-9638(16)30199-5.

-
- [29] M. Maoua et al., « Qualité de vie et activité professionnelle des patients atteints de psoriasis au centre tunisien », 2015, doi: 10.1016/J.ADMP.2015.02.005.
- [30] F. Valenzuela, P. Silva, M. P. Valdés, et K. Papp, « Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile », *Actas Dermosifiliogr*, vol. 102, n° 10, p. 810-816, déc. 2011, doi: 10.1016/j.ad.2011.03.022.
- [31] A. Kouris et al., « Quality of life and psychosocial aspects in Greek patients with psoriasis: a cross-sectional study », *An Bras Dermatol*, vol. 90, n° 6, p. 841-845, 2015, doi: 10.1590/abd1806-4841.20154147.
- [32] H.-J. Yang et K.-C. Yang, « Impact of psoriasis on quality of life in Taiwan », *Dermatologica Sinica*, vol. 33, n° 3, p. 146-150, sept. 2015, doi: 10.1016/j.dsi.2015.02.001.
- [33] I. Grozdev et al., « Physical and Mental Impact of Psoriasis Severity as Measured by the Compact Short Form-12 Health Survey (SF-12) Quality of Life Tool », *Journal of Investigative Dermatology*, vol. 132, n° 4, p. 1111-1116, avr. 2012, doi: 10.1038/jid.2011.427.
- [34] F. Sampogna et al., « Use of the SF-12 questionnaire to assess physical and mental health status in patients with psoriasis », *J Dermatol*, vol. 46, n° 12, p. 1153-1159, déc. 2019, doi: 10.1111/1346-8138.15074.
- [35] J. M. Martínez-Ortega, P. Noguerras, J. E. Muñoz-Negro, L. Gutiérrez-Rojas, P. González-Domenech, et M. Gurpegui, « Quality of life, anxiety and depressive symptoms in patients with psoriasis: A case-control study », *J Psychosom Res*, vol. 124, p. 109780, sept. 2019, doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.109780.

- [36] J. M. Gelfand, S. R. Feldman, R. S. Stern, J. Thomas, T. Rolstad, et D. J. Margolis, « Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population », *J Am Acad Dermatol*, vol. 51, n° 5, p. 704-708, nov. 2004, doi: 10.1016/j.jaad.2004.04.014.
- [37] « Determinants of Psychosocial Health in Psoriatic Patients: A Multi-national Study ».
<http://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-2760> (consulté le déc. 07, 2021).
- [38] D. G. Fortune, H. L. Richards, C. J. Main, et C. E. M. Griffiths, « Patients' strategies for coping with psoriasis », *Clin Exp Dermatol*, vol. 27, n° 3, p. 177-184, mai 2002, doi: 10.1046/j.1365-2230.2002.01055.x.



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
+02460411 +01511511 8 +06090909
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

أطروحة رقم 22/035

سنة 2022

تقييم جودة حياة مرضى الصدفية في مدينة فاس

(بصدد133حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/01/19

من طرف

السيد خلوق محمد

المزداد في 02 مارس 1995 بمريرت

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

الصدفية - جودة الحياة - SF-12

اللجنة

الرئيس السيد تاشفوتي نبيل

أستاذ في علم الأوبئة

المشرف السيدة الفقير سميرة

أستاذة في علم الأوبئة

أعضاء { السيدة المريني فاطمة

أستاذة في طب الأمراض الجلدية

..... السيد براحو محمد

أستاذ في علم الأوبئة

..... السيدة باي باي حنان

أستاذة مبرزة في طب الأمراض الجلدية

عضو مشارك السيدة عثمانى ندى

أستاذة مساعدة في المعلومات الطبية