

*République Algérienne Démocratique Et Populaire*  
*Ministère De L'Enseignement Supérieur Et De La Recherche Scientifique*  
*Université Aboubekr Belkaïd*  
*Faculté De Médecine*

Présenté Par:

*Dr HITALA Bahous*

Encadré Par:

*Pr BOUDGHENE STAMBOULI Omar*

Année universitaire :2011/2012

## sommaire

### 1- Introduction:

### 2 - Prise en compte du retentissement psychologique et socioprofessionnel:

### 3-Diagnostic de manifestations cutanées provoquées par des troubles psychologiques:

- a-Manifestations cutanées fonctionnelles:
- b- Conséquences cutanées des troubles des conduites:
- c- Expressions cutanées d'un trouble délirant

### 4-Démarche psychosomatique:

- Réflexion sur la relation dermatologue-malade:
- Rôle des facteurs psychosociaux dans le déclenchement et/ou

### l'évolution des dermatoses:

- STRESS
- FACTEURS DE PERSONNALITÉ:
  - Mécanisme physiologique
  - Mécanisme hormonal
  - Mécanisme neuro-immunitaire
- Implications thérapeutiques:

### 5-Qualité de vie en dermatologie :

- Instruments de mesure de la qualité de vie en dermatologie
- modalités d'utilisation des échelles de QDV en dermatologie
- tableau

### 6-Partie pratique:

- description du service
- étude du cas
- discussion
- répartition selon le sexe
- discussion

### 7-CONCLUSION

## **Introduction:**

L'approche psychologique des dermatoses paraît indispensable dans de très nombreuses situations cliniques. Elle a d'abord été et est encore influencée par la psychanalyse dont le point de vue reste essentiel à beaucoup d'égards. Cependant, actuellement, les apports d'autres disciplines, comme par exemple l'épidémiologie, la psychologie de la santé, la physiologie, la neuro-immunologie, sont aussi très importants, permettant la mise en place de travaux de recherche dont la méthodologie est rigoureuse. Mais, dans tous les cas, au coeur de l'approche psychologique des dermatoses se situe le psychisme de l'individu et en particulier sa dimension inconsciente. Cette approche psychologique est donc centrée sur l'écoute des malades considérés comme des individus traversés par une histoire singulière. Cette écoute est d'abord réalisée par les dermatologues. C'est dire combien l'approche psychologique des dermatoses n'existe pas sans les dermatologues, puisque ce sont eux, les premiers, qui peuvent découvrir des liens entre une maladie cutanée et la souffrance psychique d'un sujet cachée derrière cette maladie.

L'approche psychologique des dermatoses comporte quatre principaux aspects :

- la prise en compte du retentissement psychologique et socioprofessionnel ;
- le diagnostic de manifestations cutanées provoquées par des troubles psychologiques ;
- la démarche psychosomatique ;
- la réflexion sur la relation dermatologue-malade.

## **Prise en compte du retentissement psychologique et socioprofessionnel :**

De nombreuses études montrent l'importance du retentissement psychoaffectif des maladies cutanées. Des affects anxieux et dépressifs avec des idées suicidaires, ainsi qu'une grande atteinte de l'estime de soi (avec sentiments de honte et attitudes d'évitement de situations anxiogènes : piscine, relation affective et sexuelle...) sont fréquemment rapportés chez les sujets souffrant d'une dermatose. Dans une étude très récente, on a constaté que les taux de prévalence de l'idéation suicidaire active parmi les malades atteints de psoriasis ou d'acné même modérée étaient plus élevés que les taux de prévalence de l'idéation suicidaire que l'on rencontre parmi les malades souffrant de maladies somatiques autres que dermatologiques et réputées beaucoup plus graves sur le plan pronostique [7]. Ces résultats soulignent l'importance de réaliser un dépistage de la dépression chez les malades atteints d'affections cutanées. Cependant, le caractère particulièrement chronique et affichant d'une dermatose ne doit pas faire minimiser, dans l'intensité du retentissement socioprofessionnel et psychoaffectif de cette dermatose, le rôle de facteurs psychologiques préexistants à la survenue de la maladie (par exemple une fragilité narcissique). La constitution d'échelles permettant l'appréciation de la qualité de vie des malades souffrant d'affections cutanées et de leur famille se développe actuellement. On a ainsi découvert que, contrairement peut-être à certaines idées reçues, les maladies cutanées peuvent être aussi invalidantes que les maladies pouvant mettre le pronostic vital en jeu. Les résultats d'une étude récente ont, par exemple, montré que les malades atteints de psoriasis faisaient état d'une réduction de leur autonomie physique et d'une altération de leur fonctionnement psychologique comparables à ce que l'on rencontre dans les maladies cancéreuses, les maladies rhumatologiques, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, le diabète et la dépression .

## Diagnostic de manifestations cutanées provoquées par des troubles psychologiques:

### *à Manifestations cutanées fonctionnelles:*

Elles sont définies comme des plaintes concernant le fonctionnement de l'organe peau ou comme des sensations cutanées anormales sans substratum anatomique connu (par exemple certains cas de prurit, de glossodynie, de vulvodynie). Elles sont souvent considérées comme un équivalent dépressif révélateur d'une dépression au cours de laquelle, très souvent, les troubles somatiques de la dépression (fatigue et insomnie matinale, douleurs, anorexie) ainsi que l'inhibition psychomotrice (aboulie, troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration) sont au premier plan alors que les troubles psychiques de la dépression, c'est-à-dire les troubles des contenus de la pensée et de l'humeur (dépréciation des autres et de soi-même, anhédonie, irritabilité, tristesse, idées pessimistes voire suicidaires) sont au deuxième plan et demandent à être recherchés .

### *à Conséquences cutanées des troubles des conduites:*

#### Pathomimie cutanée

C'est une dermatose factice provoquée dans un état de conscience claire, par le patient lui-même. La responsabilité du patient dans l'apparition de ses lésions cutanées est dissimulée et tenue secrète parce dernier à tous les soignants. On ne retrouve pas de motif rationnel précis pouvant expliquer une telle conduite. Les simulations sont donc exclues du cadre des pathomimies ainsi que d'autres conduites pathologiques prenant pour cible la peau, mais non tenues secrètes par le patient (excoriations névrotiques) .

#### Trichotillomanie

Elle consiste en l'arrachage par le sujet lui-même de ses propres cheveux ou poils du corps. L'acte d'arrachage est assez facilement reconnu par le sujet lui-même ou par ses parents quand il s'agit d'un petit enfant. Il suffit pour cela qu'une relation confiante, dénuée de tout a priori et de tout jugement puisse s'établir entre le médecin et le patient souffrant d'une trichotillomanie.

### *Expressions cutanées d'un trouble délirant :*

#### Délire parasitaire

Il est caractérisé par la conviction délirante d'être infesté par des parasites. Il survient typiquement chez une femme âgée, solitaire et déprimée, souvent à la suite d'un deuil. Le traitement est articulé autour de la prescription d'un neuroleptique.

#### Délire dysmorphophobique

Les préoccupations esthétiques sont normales et plutôt de bon aloi chez tout individu et à tout âge. Mais il arrive, tout particulièrement à l'adolescence, que ces préoccupations esthétiques deviennent pathologiques. Les inquiétudes de l'adolescent relatives à l'ensemble de sa morphologie corporelle ou à une partie définie de son corps sont alors sans rapport avec la réalité et ne sont pas calmées par un dialogue réassurant ou/et un traitement. L'adolescent scrute indéfiniment dans le miroir, par exemple, les follicules pilosébacés de son nez, avec un grand sentiment d'étrangeté ou même de perte d'identité. On a alors affaire à une dysmorphophobie délirante pouvant marquer l'entrée dans une schizophrénie : l'adolescent a la conviction inébranlable que telle ou telle partie de son corps est disgracieuse. Pour tous ces malades dermatologiques, le trouble primitif est psychologique et non dermatologique. Cependant, c'est le dermatologue qui a la tâche la plus ardue à réaliser : celle de faire prendre conscience à son

malade de l'origine psychologique de ses troubles cutanés. Dans cette démarche, le dermatologue peut toujours se faire aider par un psychiatre psychothérapeute, que ce dernier ait rencontré ou non le malade en question. Par ailleurs, la mise en évidence chez son malade d'un état dépressif peut permettre au dermatologue de s'appuyer sur l'existence de cet état pour lui conseiller un suivi psychologique parallèlement au suivi dermatologique.

## **Démarche psychosomatique:**

Elle tente de mettre en relation la survenue et l'évolution de maladies cutanées comportant des altérations anatomiques et biologiques objectivables, avec, au côté bien sûr des facteurs biologiques, des facteurs psychologiques (des événements vécus, des facteurs de stress, des caractéristiques de la personnalité ou de l'environnement social de cet individu). La démarche psychosomatique respecte donc le fait biologique. Elle réalise, en fait, une lecture spécifique de toute dermatose et s'oppose donc à la division arbitraire entre les affections cutanées qui seraient somatiques et celles qui seraient psychosomatiques. Ainsi, les études basées sur une démarche psychosomatique concernent des maladies dermatologiques aussi diverses que, par exemple, le psoriasis, l'acné, l'herpès, la dermatite atopique, la pelade, le pemphigus, le lupus ou le mélanome malin.

La plupart de ces études cliniques soulignent :

- l'effet bénéfique sur l'évolution de la maladie cutanée des interventions psychologiques visant à modifier la relation du sujet malade au stress ;
- l'existence de traits de personnalité favorisant l'impact d'un stress sur la peau d'un sujet donné.

La notion d'un stress ne renvoie pas seulement, en effet, à une réalité extérieure mais également à la structure de la personnalité et aux capacités défensives du sujet confronté aux contraintes psychosensorielles externes et aux péripéties de sa vie affective. Les sujets plus fragiles sur le plan somatique seraient caractérisés par une grande difficulté à élaborer psychiquement les traumatismes psychoaffectifs, c'est-à-dire à les penser : donc à les inscrire dans un scénario significatif avec la reconnaissance et l'expression des sentiments que ces traumatismes psychoaffectifs ont déclenché en soi . Mais il faut certainement nuancer le rôle de ces caractéristiques du fonctionnement psychique dans le déclenchement et la survenue de poussées de maladies cutanées. En effet, les données cliniques et le matériel recueilli lors des psychothérapies sont loin de trouver fréquemment ces caractéristiques chez les malades souffrant d'une affection cutanée. Les études détaillées de cas suivis en psychothérapie analytique insistent aussi sur la fragilité narcissique des sujets souffrant d'une maladie somatique et tout particulièrement d'une maladie dermatologique. Ces sujets, qui ont une mauvaise image d'eux-mêmes et qui ne s'estiment pas, vont être, en toutes circonstances, plus sensibles au regard d'autrui, vite blessés par un regard, un geste, une parole, cherchant sans cesse chez autrui approbation, intérêt et amour et ayant tendance à réprimer fortement leur hostilité par crainte de perdre l'amour d'autrui. D'ailleurs, on a montré que certains traits de personnalité très liés au narcissisme du sujet (la désirabilité sociale et la répression de l'hostilité) ainsi que le caractère affichant de la maladie rendaient les sujets psoriasiques plus vulnérables aux stress, qu'ils soient liés au psoriasis lui-même ou bien qu'ils paraissent indépendants du psoriasis.

## **Réflexion sur la relation dermatologue-malade:**

Cette relation implique une écoute attentive et respectueuse de ce que le malade exprime ou attend, mais également une capacité de clairvoyance de la part du médecin face aux sentiments que son malade déclenche en lui-même. Une telle position est d'autant plus indispensable que les affections cutanées sont souvent des affections chroniques. Tout particulièrement, dans ce contexte, le médecin est interpellé par le malade dans ses représentations, ses convictions, ses croyances et éprouve plus ou moins consciemment des affects variés provoqués par cette interpellation. Il lui faut bien souvent montrer des capacités de négociateur habile et empathique à l'égard de son malade. Et ce d'autant plus que les affections chroniques posent deux problèmes principaux :

- celui de la qualité de vie ;
- celui de la compliance au traitement.

### **Rôle des facteurs psychosociaux dans le déclenchement et/ou l'évolution des dermatoses:**

De nombreuses dermatoses sont réputées pour être psychosomatiques. Cela signifie que dans le déclenchement et/ou l'évolution de ces dermatoses, comportant des altérations biologiques objectivables, interviennent des facteurs psychosociaux tels que les stress et les caractéristiques de la personnalité des malades, aux côtés des facteurs biologiques tels que, par exemple, l'hérédité. Les psychothérapies d'enfants et d'adultes ont le mérite de rapporter de façon détaillée des cas de malades souffrant de dermatoses pour lesquelles la composante psychosomatique est importante. Ces études de cas mettent souvent l'accent sur certaines caractéristiques de la personnalité de ces malades, de leur constellation familiale et sociale, du type de liens qu'ils entretiennent avec autrui (y compris avec leur psychothérapeute). Ces différentes caractéristiques rendraient ces sujets plus fragiles face aux événements de vie. Ceux-ci deviendraient donc éprouvants en rencontrant une personnalité vulnérable. Dans ces études de cas, la personnalité des sujets est fréquemment décrite comme très fragile sur le plan narcissique. Mais cette fragilité narcissique peut être masquée par une apparente bonne adaptation socioprofessionnelle et affective et par la présence de traits de personnalité psychosomatique telle que la définit Marty (pensée opératoire, relation « blanche » avec l'interlocuteur, reduplication projective). Dans ces conditions, il n'est pas toujours facile pour un investigateur de repérer des événements de vie éprouvants chez de tels sujets. Un événement de vie éprouvant peut en effet paraître anodin alors que le sujet a surtout des difficultés à reconnaître les émotions que cet événement a fait naître en lui et à exprimer celles-ci. Ou bien un événement de vie éprouvant peut paraître banal ou même heureux alors qu'il renvoie le sujet à la crainte de décevoir un objet particulièrement investi et donc à la crainte de perdre ce dernier.

## STRESS

De nombreux travaux dans le domaine de la psychosomatique ont tenté de repérer un lien entre des événements vitaux (*life-events*) ou des changements vitaux (*life-changes*) stressants et le déclenchement de diverses catégories de maladies. Ces résultats ont été affinés en tenant compte de la résonance affective de chaque événement pour chaque sujet particulier. La notion de stress ne renvoie pas seulement en effet à une réalité extérieure mais également à la structure de la personnalité et aux capacités défensives du sujet confronté à une réalité contraignante. Un événement n'est stressant, voire traumatique, que s'il prend une place particulière dans l'histoire du sujet. Ceci indique combien il faut être prudent quand on interprète les études portant sur le stress. L'importance du rôle du stress a été mise en évidence dans le déclenchement ou la survenue de récurrences de nombreuses dermatoses aussi différentes les unes des autres que par exemple l'herpès, l'acné ou l'hyperhidrose idiopathique. Ailleurs, les résultats des études sont parcellaires (dans le pemphigus) ou même contradictoires [61, 65, 70, 93].

### Pelade

Selon les études, un stress est incriminé comme pouvant être à l'origine de cette chute de cheveux et/ou des poils dans 5 à 96% des cas [95]. Dans une étude portant sur 60 enfants peladiques, on a pourtant repéré la présence d'un événement ou d'un changement stressant dans 75 % des cas ou cours des semaines ou des mois précédant la survenue de la pelade.

Deux catégories principales d'événements stressants ont été retenues :

- des événements ayant entraîné une peur intense chez l'enfant ;
- des événements ayant entraîné une rupture ou ayant signifié une menace de rupture d'un lien relationnel privilégié . Mais le rôle du stress a été surtout étudié dans la dermatite atopique et dans le psoriasis.

### Dermatite atopique

Le caractère très fluctuant de la dermatite atopique (ou eczéma constitutionnel) a favorisé les études cliniques, en particulier longitudinales, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte jeune. Ces études ont montré le rôle déterminant du stress dans la survenue de poussées de dermatite atopique et le rôle aggravant du stress sur le pronostic de la dermatite atopique. Ainsi, une étude a été réalisée chez 50 sujets atopiques sur une durée de 15 jours grâce à une technique d'autoévaluation basée sur un compte rendu quotidien concernant la dermatite atopique et les facteurs psychologiques. Cette étude a montré que le stress et la dépression étaient significativement liés aux poussées de dermatite atopique. Un stress le jour « j » prédisait une poussée de dermatite atopique le jour j + 1. Cette relation était réciproque. Par ailleurs, une poussée de dermatite atopique le jour « j » prédisait un état dépressif le jour j+1. Mais cette dernière relation n'était pas réciproque .La valeur prédictive de l'intensité des stress quotidiens et la qualité de l'environnement familial en ce qui concerne la sévérité de la dermatite atopique chez l'enfant ont été aussi montrées . Une étude a par ailleurs indiqué que les sujets atopiques répondaient plus vite par l'action de se gratter à un stimulus provoquant une sensation de démangeaison que les sujets d'un groupe contrôle indemnes de toute affection cutanée . Or, on sait combien le grattage aggrave les lésions de dermatite atopique et favorise même l'apparition de ces dernières.

### Psoriasis

Une étude portant sur 100 psoriasiques a montré de façon statistiquement significative que les malades qui avaient pu retrouver, avec la caution de leur médecin, un événement ou un changement stressant à l'origine de leur psoriasis avaient présenté, au cours des 3 années de suiv

des rémissions plus fréquentes et de meilleure qualité que les malades qui n'avaient pas pu rapporter de tels événements. En outre, au sein de la première catégorie de malades, ceux qui, après 3 ans, avaient gardé en mémoire ce lien entre événement stressant et psoriasis, étaient plus souvent en rémission que ceux qui l'avaient oublié. Une autre étude a comparé trois groupes de malades. Le premier groupe était constitué de malades psoriasiques, le deuxième de malades souffrant de dermatoses variées mais pour lesquelles le rôle du stress est souvent incriminé (urticaire, dermatite atopique, acné, alopecie), et le troisième groupe était constitué de dermatoses a priori indépendantes de facteurs psychiques (mycoses cutanées, nævi nævocellulaires, mélanomes). Le rôle du stress dans le déclenchement de la dermatose ou de ses poussées a été invoqué beaucoup plus fréquemment par les malades souffrant d'un psoriasis que par les malades des deux autres groupes. Les principaux événements stressants rapportés par les malades psoriasiques étaient des bouleversements familiaux (en particulier des deuils) ou de fortes contraintes professionnelles ou scolaires. Dans la plupart des études, le délai entre le stress et l'apparition du psoriasis ou d'une des poussées de celui-ci varie entre 2 jours et 4 semaines. Il ne semble pas exister de corrélation entre la longueur du délai et la sévérité du psoriasis. En revanche, une corrélation paraît exister entre la gravité du psoriasis et de la détresse psychologique et l'intensité de l'impact émotionnel des événements stressants subis par le malade.

En ce qui concerne les facteurs de risque, la plupart des travaux ont surtout étudié l'association psoriasis et intoxication alcoolique et/ou tabagique. L'expérience clinique a souvent montré que le psoriasis semblait plus résistant aux thérapeutiques habituelles quand il survenait chez un sujet consommant beaucoup d'alcool. Une étude a montré que les psoriasiques de sexe masculin avaient une consommation d'alcool et des taux de gammaglutamyl transpeptidases plus élevés que les hommes d'un groupe contrôle, aussi bien avant le psoriasis qu'après. En revanche, il n'y avait pas de différence significative dans les deux groupes pour le tabagisme. Il a été aussi noté dans cette étude que les psoriasiques, au contraire des malades avec d'autres dermatoses, avaient tendance à boire de plus en plus avec le temps. En outre, il a été montré que l'abstinence pouvait être associée à une rémission du psoriasis. Un autre travail a concerné 55 femmes psoriasiques, leur consommation d'alcool et de tabac et la survenue d'événements de vie stressants. Le groupe contrôle était constitué de 108 femmes présentant une autre dermatose. Il a été trouvé une consommation d'alcool et de tabac avant la survenue de la dermatose significativement plus élevée chez les malades psoriasiques que chez les malades du groupe contrôle. Après le début de la dermatose, le psoriasis était significativement associé à l'alcoolisme, au tabagisme et aux stress. La surface cutanée atteinte par le psoriasis était aussi significativement plus importante chez les psoriasiques dont la consommation d'alcool était plus élevée. Aucune relation de ce type n'a été trouvée dans cette étude pour le tabagisme et le stress. Enfin, il semble que la consommation excessive d'alcool modifierait surtout l'aspect et la distribution du psoriasis plutôt que la sévérité du psoriasis : le psoriasis serait plus inflammatoire et siègerait préférentiellement au niveau des extrémités.

### *Lupus érythémateux aigu disséminé*

Les manifestations psychiatriques du LEAD sont nombreuses et variées. On connaît les manifestations liées à une atteinte cérébrale par la maladie (anxiété, dépression, états délirants), les manifestations réactionnelles à la maladie (états anxieux et dépressifs), les manifestations révélant une action iatrogène des médicaments utilisés dans le LEAD (les corticoïdes par exemple). L'aspect psychosomatique dans le LEAD et en particulier le rôle du stress dans la survenue de la maladie ou de l'une de ses poussées est exploré depuis plusieurs années. Une étude



transversale et longitudinale a eu, par exemple, pour buts d'une part de vérifier les relations existantes entre la survenue d'événements de vie éprouvants et la sévérité de la symptomatologie lupique et d'autre part de considérer la fluctuation quotidienne de la symptomatologie lupique avec les événements de vie éprouvants antérieurs à l'inclusion, avec le poids des stress quotidiens, et avec trois variables émotionnelles mesurées chaque jour (l'anxiété, la dépression, la colère). On a trouvé que l'éruption cutanée et la symptomatologie abdominale (diarrhées, nausées, vomissements, perte de l'appétit et douleurs) étaient prédites par l'impact négatif des événements de vie vécus lors des 12 mois précédant l'inclusion. On a montré aussi que la sévérité de la symptomatologie digestive et des douleurs articulaires ainsi que l'importance de l'éruption cutanée étaient prédites par l'impact des stress quotidiens et par l'intensité de la dépression. De plus, après ajustement sur les événements de vie antérieurs à l'inclusion, il apparaît que le poids des stress quotidiens contribue davantage à la variance de la symptomatologie lupique que les événements de vie antérieurs seuls.

### Mélanome

Une étude portant sur un essai thérapeutique randomisé a comparé, après ajustement sur les facteurs classiques d'ordre pronostique (indice de Breslow par exemple), deux groupes de 40 malades chacun souffrant d'un mélanome au stade I et âgés d'au moins 18 ans. Les autres critères d'inclusion étaient l'absence, dans les antécédents, de traitement psychiatrique ainsi que de radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie et corticothérapie. Chez les malades du groupe contrôle ont été pratiqués l'ablation chirurgicale de la tumeur et un suivi médical. Les malades du groupe expérimental ont bénéficié en plus d'une intervention psychocomportementale juste après l'acte chirurgical et ce pendant 6 semaines.

Les effets de cette intervention psychocomportementale, à 5 ans, ont été les suivants :

- dans le groupe expérimental, on a observé une augmentation significative des techniques d'ajustement aux stress et une diminution significative de la détresse psychologique et de l'instabilité émotionnelle ;
- si le taux de récurrences dans le groupe expérimental ne différait pas significativement de celui du groupe contrôle, en revanche, le taux de survies était significativement plus élevé dans le groupe expérimental ;
- enfin, il a été observé que le taux de récurrences et le taux de survies étaient prédits indépendamment par quatre variables :
  - l'indice de Breslow (la variable la plus significative) ;
  - la qualité des stratégies d'ajustement aux stress ;
  - une augmentation des stratégies actives d'ajustement aux stress dans les 6 mois suivant l'inclusion ;
  - l'existence ou non de troubles émotionnels dans les antécédents personnels (dépression, anxiété, hostilité, fatigue).

## **FACTEURS DE PERSONNALITÉ**

On retrouve fréquemment une comorbidité entre des dermatoses et des facteurs de personnalité. Mais il n'est pas aisé de savoir si ces facteurs de personnalité jouent un rôle étiologique dans la survenue de la dermatose ou s'ils sont la conséquence de celle-ci. Les résultats des études cherchant à objectiver ce rôle sont parfois contradictoires et/ou peu significatifs. Sifneos a tenté de caractériser le fonctionnement psychique de malades souffrant d'affections organiques chroniques à forte composante psychosomatique. C'est ainsi qu'il a créé le terme d'*alexithymie* qui comporte quatre composantes :

- l’incapacité à reconnaître, identifier et exprimer verbalement ses émotions ;
- la limitation de la vie imaginaire, notamment de l’aptitude à la « rêverie diurne » ;
- la tendance à recourir à l’action pour éviter ou résoudre les conflits ;
- enfin, la description détaillée des faits, événements, ou symptômes physiques .

L’alexithymie peut être mesurée au moyen d’échelles d’appréciation remplies par l’investigateur ou au moyen d’autoquestionnaires. Quelques études comparatives ont été menées en dermatologie. Elles ne sont pas toujours très convaincantes. Par exemple, l’une d’elles a mesuré, à l’aide d’un test de Rorschach, le degré d’alexithymie de quatre groupes de malades comparés entre eux et avec un groupe de sujets sains. Le premier groupe de malades était composé de malades souffrant de douleurs dorsales, le deuxième de malades souffrant de colite ulcéreuse, le troisième de migraineux, le quatrième de malades souffrant d’un eczéma ou d’un psoriasis. Les sujets malades étaient significativement plus alexithymiques que les sujets sains. Les malades souffrant de douleurs dorsales et les malades souffrant d’une dermatose étaient significativement plus alexithymiques que les malades des deux autres groupes . Une étude comparative du degré d’alexithymie a été réalisée entre 32 patients psoriasiques et 120 sujets sains appariés. Si les malades psoriasiques avaient plus de traits alexithymiques, la différence entre les deux groupes de malades n’était pas significative . Ces éléments corroborent les données cliniques et le matériel recueilli lors des psychothérapies qui sont loin de trouver fréquemment un fonctionnement mental alexithymique ou une personnalité dite « psychosomatique » chez les malades souffrant d’une dermatose. Différents travaux ont constaté de façon significative une comorbidité entre anxiété et dépression d’une part et certaines dermatoses telles que le lichen plan, l’urticaire, l’herpès, la pelade, l’acné, la dermatite atopique, le psoriasis. Dans la pelade, comme pour le stress, le rôle de facteurs de personnalité dans la genèse de la maladie est très discuté. Cependant, la gravité et la fréquence de troubles psychiatriques variés précédant la survenue de la maladie ont été notées dans la littérature. On a mis en évidence aussi un trouble anxieux généralisé plus fréquemment chez les malades souffrant d’une pelade en plaques que chez les malades souffrant d’une pelade décalvante. Ceci soulève différentes questions et en particulier celle de l’aggravation de la pelade par l’anxiété . Dans l’acné, les études mettent l’accent sur l’anxiété comme facteur aggravant de la maladie ainsi que sur l’instabilité émotionnelle et la grande réactivité aux stress des sujets concernés . Une étude a, par exemple, montré que les malades souffrant d’une acné sévère selon l’estimation de leur dermatologue étaient significativement plus anxieux et avaient des taux plus élevés de colère ressentie et de colère exprimée que les sujet contrôles .

Nous insistons maintenant plus particulièrement sur la dermatite atopique et le psoriasis.

### **Dermatite atopique :**

C’est une dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussées et caractérisée par un prurit intense associé à des lésions cutanées eczématiformes pouvant être généralisées à tout le revêtement cutané. C’est aussi une dermatose multifactorielle exemplaire pour montrer combien les facteurs psychologiques interviennent dans le déclenchement des poussées d’une dermatose aux côtés des facteurs biologiques tels que le facteur héréditaire ou le facteur infectieux . Les études concernant les sujets souffrant d’une dermatite atopique sont anciennes et nombreuses et se développent beaucoup actuellement. Certaines études psychanalytiques ont décrit sous le terme de « personnalité allergique » l’association d’une avidité affective et d’une dépendance « orale » aux membres de l’entourage avec à la fois un besoin de protection et une attitude captatrice et possessive . Les sujets allergiques surprennent parfois dès le premier contact par une aisance excessive face à un interlocuteur pourtant non familial. La frontière avec une pathologie

névrotique, notamment hystérique, n'est pas toujours franche. Les manifestations allergiques se caractérisent d'ailleurs assez souvent par leur labilité, voire leur sensibilité à la suggestion. On dit aussi que les mères d'enfants souffrant d'eczéma atopique éviteraient les contacts physiques et limiteraient les caresses. Ces mères cacheraient leur agressivité à l'égard de leur enfant par ce qu'il est convenu d'appeler « une sollicitude anxieuse ». On a critiqué ces déductions faites à partir d'une population de mères célibataires vivant en institution et certaines études semblent même les contredire. Il faut faire en effet la part dans le comportement phobique décrit chez la mère de l'enfant atopique, d'une exigence instinctuelle excessive de l'enfant déconcertant la mère, d'une maladresse chez cette dernière, bien compréhensible lorsqu'il s'agit d'un premier-né, enfin d'un rejet de l'enfant plus ou moins refoulé. Par ailleurs, plusieurs études ont été effectuées lorsque la dermatite atopique de l'enfant s'était déjà constituée : surprotection maternelle et phobie du toucher peuvent aussi être interprétées comme une réaction de ces mères à une maladie physique de leur enfant vécu comme endommagé, tout mouvement agressif devant être évité par la mère en raison de sa culpabilité, au profit d'une attitude réparatrice. La culpabilité maternelle se trouve parfois renforcée quand c'est la lignée maternelle qui a transmis l'hérédité atopique. Plus récemment, différentes études tendent à montrer que par rapport à des malades de groupes contrôles présentant une dermatose ou une maladie organique autre, les sujets atopiques se mettaient plus vite en colère avec des difficultés pour exprimer celle-ci. Ils étaient aussi plus anxieux et moins sûrs d'eux-mêmes. Il a été noté par ailleurs une plus grande fréquence du trouble panique chez ces sujets. Le rôle de la dépression dans la réponse par le prurit, qui aggrave la dermatite atopique, aux frustrations paraît aussi fondamental. Ces frustrations correspondent le plus souvent à la perte de liens (ou à la crainte de perte de liens) avec l'objet dont dépend le sujet atopique.

### **Psoriasis :**

Dans le psoriasis, divers auteurs ont tenté de mettre en évidence un profil de personnalité spécifique des malades psoriasiques. Depuis les travaux de Bolgert et Soule, les études réalisées dans ce but se sont multipliées, elles restent toutefois peu convaincantes. Cependant, certains auteurs insistent sur la possibilité de survenue d'une angoisse très archaïque à type d'angoisse de morcellement ou d'angoisse d'intrusion quand le psoriasis s'améliore. Un travail plus récent a comparé des sujets psoriasiques fortement réactifs aux stress définis par le fait que ces sujets estimaient qu'il existait un lien fort entre le stress et les poussées de psoriasis et ceux qui étaient faiblement réactifs aux stress définis par le fait que ces sujets estimaient qu'il n'existait pas de lien entre les stress et les poussées de psoriasis. Il faut préciser que chez les sujets très réactifs aux stress, les lésions psoriasiques siégeaient avec prédilection sur les zones visibles du corps et/ou la région génitale. Ces localisations influent probablement sur le vécu psychique du psoriasis. Les sujets très réactifs aux stress rapportaient plus de stress liés à leur psoriasis et en particulier à l'atteinte de l'image de soi et à la stigmatisation sociale provoquées par le psoriasis. Les sujets très réactifs aux stress avaient aussi souffert de plus nombreuses poussées de psoriasis pendant les 2 ans précédant l'inclusion. Enfin, ils présentaient une plus grande désirabilité sociale et des difficultés à exprimer leurs sentiments agressifs. Les auteurs de cette étude concluent en insistant sur le fait que certains traits de personnalité (la désirabilité sociale et la répression de l'hostilité) ainsi que le caractère affichant de certains psoriasis rendaient les sujets psoriasiques plus vulnérables aux stress, qu'ils soient liés au psoriasis lui-même ou bien qu'ils paraissent indépendants du psoriasis. Enfin, c'est surtout à propos du psoriasis que les psychanalystes ont discuté les rapports complexes entre

psychosomatique et hystérie de conversion. Il est classique d'insister sur les différences entre le symptôme somatique de conversion hystérique, sans lésion anatomique décelable, exprimant et revêtant un sens dont la découverte par le malade peut avoir un effet thérapeutique et le symptôme somatique d'origine psychosomatique, aboutissement d'un processus biologique mystérieux, dénué de sens ou en tout cas utilisant un code encore indéchiffrable pour nous. Cependant, les localisations du psoriasis sur le revêtement cutanéomuqueux, l'aspect morphologique des lésions, ainsi que la date de survenue des poussées posent le problème d'un choix inconscient de certaines du symptôme psoriasis.

## **MÉCANISMES PHYSIOLOGIQUES**

Les psychanalystes ont suggéré que la peau pouvait jouer tout au long de la vie son rôle de frontière entre le dedans et le dehors si le sujet avait acquis dans son enfance un sentiment de sécurité suffisant, lié à la qualité des échanges libidinaux avec sa mère et à la protection que cette dernière aura pu lui assurer. Les capacités d'individuation et d'autonomisation de l'enfant vont de pair avec la confiance que celui-ci met dans ses ressources corporelles et la solidité de ses limites. Accepter dans ce cas une séparation avec la personne aimée n'est plus une source de danger car il existe alors des possibilités de repli respectant l'intégrité du soi. Dans le cas contraire, toute séparation constitue une menace pour le sujet car elle équivaut à une brèche ouverte dans son système de protection et de défense, dans la mesure où la personne aimée l'est moins comme un individu à part entière que comme un complément de soi indispensable à l'équilibre vital. La défaillance de la fonction de « pare-excitation » dévolue à la mère, qu'elle soit due à des exigences instinctuelles excessives chez l'enfant ou à un comportement insuffisant ou inadéquat chez la mère, a été rapportée par de nombreux auteurs comme étant à l'origine de plusieurs affections dites « psychosomatiques », en particulier dermatologiques. On sait combien on trouve fréquemment, dans le déroulement de ces affections ou de leurs poussées évolutives, des situations de perte objectale ou des conflits de dépendance à l'égard d'un tiers. Ces situations sont vécues sur le mode de véritables agressions somatiques dont on peut penser qu'elles vont déclencher un système complexe de défenses biologiques prenant appui sur un certain nombre de fragilités constitutionnelles qui auront pu rester jusque-là masquées. Cependant, les mécanismes physiologiques à l'action dans ces phénomènes complexes et plus précisément ceux sous-tendant le rôle des facteurs psychosociaux dans la survenue d'une dermatose sont loin d'être élucidés, même si les travaux se multiplient dans ce champ de la recherche.

### ***Mécanisme hormonal***

Il a surtout été étudié lors des manifestations cutanées de l'hyperandrogénie chez la femme (acné, alopecie androgénogénétique, hirsutisme). Chez ces femmes souvent décrites comme anxieuses, instables émotionnellement et très réactives au stress, il existe aussi une réceptivité hormonale accrue. En outre, on sait que des situations de stress physique et/ou psychologique augmentent la production de prolactine ainsi que celle, par le cortex surrénalien, des hormones stéroïdiennes et en particulier des androgènes par l'intermédiaire de l'*adrenocorticotrophic hormone* (ACTH). La survenue d'un hirsutisme paraît ainsi favorisée. Ces constatations expliqueraient, par exemple, la fréquence du début d'un hirsutisme après un épisode dépressif. D'ailleurs, une étude récente montre une relation très significative entre l'élévation de la testostérone biologiquement active et de la testostérone libre et l'intensité des affects dépressifs. Ainsi, certains troubles émotionnels et certaines particularités de la personnalité peuvent avoir

précédé l'installation des troubles hormonaux et ne doivent pas toujours être considérés comme la conséquence de ces derniers.

## ***Mécanisme neuro-immunitaire***

Un nombre croissant de travaux a tenté de cerner les relations entre événements vitaux, stress, traits de personnalité et fonctions immunitaires. On a ainsi pu démontrer une altération de l'immunité humorale et surtout cellulaire, en situation de stress aigu, ou à la suite d'un deuil, ou encore chez des malades présentant une dépression sévère. Ces données peuvent conduire à des hypothèses intéressantes en ce qui concerne le mécanisme d'action des facteurs émotionnels dans certaines dermatoses sous-tendues par des phénomènes auto-immuns, vitiligo, pelade, pemphigus par exemple. Une étude originale a comparé la durée de cicatrisation d'une biopsie cutanée de 3,5 mm faite chez 26 femmes appariées pour l'âge et la situation familiale et réparties en deux groupes de 13 femmes chacun. Les femmes du premier groupe se différenciaient de celles du deuxième groupe en ce qu'elles soignaient un proche atteint d'une maladie d'Alzheimer. La cicatrisation fut significativement plus longue dans le groupe des femmes qui soignaient un proche d'une maladie d'Alzheimer. L'étude des leucocytes circulants de ces femmes montrait que ceux-ci, en réponse à une stimulation lipopolysaccharidique, produisaient moins d'acide ribonucléique (ARN) messenger pour l'interleukine 1B. On explore beaucoup actuellement le rôle des neuromédiateurs dans la peau. De nombreux neuromédiateurs ont été en effet détectés dans la peau normale. Ils sont produits aussi bien dans le derme que dans l'épiderme par des fibres nerveuses comme par des cellules cutanées (kératinocytes, mélanocytes, cellules de Langerhans, cellules de Merkel). Leurs actions au niveau de la peau concernent principalement les phénomènes immunologiques, de croissance et inflammatoires et la transmission des messages douloureux. Les cellules immunitaires, par exemple, transitoirement présentes dans la peau (macrophages, lymphocytes, polynucléaires) ont des récepteurs aux neuromédiateurs. Beaucoup d'auteurs pensent que les neuromédiateurs jouent un rôle important dans la genèse du prurit et de la douleur ainsi que dans celle des dermatoses inflammatoires. Par exemple, l'injection intradermique de substance P (SP) induit un prurit intense. Par ailleurs, le *vaso-intestinal peptide* (VIP) est augmenté et la SP diminuée dans les lésions cutanées de dermatite atopique, d'eczéma, de psoriasis. On étudie aussi beaucoup la capsaïcine. C'est une neurotoxine qui produit une déplétion des neurones en neuromédiateurs. Son application sur la peau entraîne la disparition des réactions urticariennes et des lésions psoriasiques. On peut penser que lors de certaines dermatoses inflammatoires, divers stimuli internes et externes peuvent altérer le relargage des neuromédiateurs et participer ainsi à la production de lésions cutanées. Mais le lien existant entre stress, neuromédiateurs et dermatose reste encore obscur. Quoiqu'il en soit, la capsaïcine commence déjà à être étudiée en thérapeutique dermatologique dans les algies postzostériennes qu'elle diminue dans 80 % des cas ainsi que dans le psoriasis, la dermatite atopique et l'eczéma de contact.

## **Implications thérapeutiques**

L'attention portée à la qualité de vie des malades dermatologiques a permis, entre autres, de développer l'aspect cosmétologique de la prise en charge dermatologique et de répondre de façon plus adaptée aux différentes plaintes esthétiques des malades. En outre, en dehors de toute pathologie, les approches thérapeutiques visant à réduire les phénomènes dus au vieillissement cutané se multiplient (trétinoïne locale, injections de collagène, chirurgie esthétique...). Un essai thérapeutique randomisé a comparé deux groupes de sujets âgés en moyenne de 41 ans  $\pm$  4 ans. Les sujets du premier groupe recevaient un traitement local de trétinoïne. Les sujets du deuxième

groupe recevaient seulement l'excipient. Après 24 semaines de traitement, chez les sujets du premier groupe uniquement, on a trouvé une diminution significative de la sensibilité dans les relations interpersonnelles et de l'anxiété phobique. Dans les expressions dermatologiques des troubles psychiatriques l'utilité des psychotropes et en particulier des neuroleptiques et des antidépresseurs à action sérotoninergique n'est plus à démontrer. Leurs indications respectives dépendent du type, de la place et de

## **Qualité de vie en dermatologie:**

La plupart des dermatoses ne mettent pas en jeu le pronostic vital. En revanche, elles ont souvent un impact majeur sur l'état psychologique des malades, leurs relations sociales et leurs activités quotidiennes. Les échelles de qualité de vie sont des instruments qui évaluent cet impact en prenant en compte la perception de l'affection par le patient. Cette donnée peut être notamment utilisée dans les essais cliniques pour l'évaluation d'agents thérapeutiques, mais aussi pour la prise en charge quotidienne. En dermatologie, la mesure de la qualité de vie 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 l'ambition d'être applicables à toute maladie cutanée et, enfin, certaines échelles sont spécifiques de maladies. Il n'y a pas de consensus définissant et validant l'intérêt et les règles d'utilisation de ces échelles. La plupart des scores ne sont disponibles qu'en anglais ; une seule échelle dermatologique a été développée et validée en français

## **INSTRUMENTS DE MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE EN DERMATOLOGIE:**

### **CONCEPT DE QUALITÉ DE VIE LIÉ À LA SANTÉ :**

L'Organisation mondiale de la santé définit la qualité de vie dans une perspective de santé publique comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Pour la plupart des auteurs, la qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel. Quatre dimensions sont généralement identifiées :

- l'état physique du sujet : autonomie, capacités physiques ;
- ses sensations somatiques : symptômes, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs ;
- son état psychologique : émotivité, anxiété, dépression ;
- ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.

Les instruments de mesure de la qualité de vie explorent généralement ses quatre dimensions.

### **INSTRUMENTS DE MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE**

#### **Principales échelles génériques (non dermatologiques)**

##### **Sickness impact profile (SIP)**

Cette échelle a été construite avec l'objectif de mesurer un état de santé global et permet d'effectuer un suivi longitudinal ou de détecter des différences entre des groupes de malades. Ce score est constitué de 136 items regroupés en douze catégories d'activité quotidienne. Trois catégories concernent les dimensions physiques, quatre les dimensions psychosociales ; les autres catégories sont le sommeil et le repos, les activités ménagères, le travail, les loisirs et passe-temps

enfin l'alimentation. La version britannique, le UKSIP, de ce questionnaire a été utilisée dans le psoriasis, la dermatite atopique, l'acné et les carcinome basocellulaires.

### **Short form-36 items health survey (SF-36)**

Le SF-36 a été construit pour suivre l'état de santé, être utilisé en pratique clinique et en recherche, évaluer une politique de santé et surveiller une population. Il est composé de 36 questions mesurant huit dimensions : fonction physique, limitations liées à des problèmes physiques et émotionnels, fonction sociale, santé mentale, énergie et vitalité, douleur et perception globale de l'état de santé. Le SF-36 a été utilisé dans l'acné, le psoriasis et la dermatite atopique. Cette échelle a été traduite et validée en français .

### **Nottingham health profile (NHP)**

Le NHP a été conçu pour la surveillance de l'état de santé des populations, mais peut être également utilisé pour évaluer les résultats d'une intervention médicale ou sociale. Cette échelle est constituée de 38 états reflétant l'état de santé, comme la mobilité physique et la douleur, et de sept autres états reflétant les circonstances de la vie quotidienne les plus fréquemment altérées par la santé. Chaque item a un poids particulier traduit par un coefficient. Le NHP a été utilisé dans l'ulcère de jambe et l'urticaire.

### **Patient generated index (PGI)**

Le plupart des questionnaires de qualité de vie ne soulignent pas quelles sont les conséquences de l'affection les plus importantes pour le malade. Avec le PGI, le malade liste les cinq aspects de sa vie les plus affectés par la maladie, les quantifie sur une échelle et affecte ensuite des points aux aspects qu'il espère voir s'améliorer. Ce questionnaire a été utilisé pour le suivi de malades atteints de sclérodémie systémique et dans la dermatite atopique.

## **Échelles génériques dermatologiques**

### **VQ-dermato**

Le VQ-dermato est le seul instrument de mesure de la qualité de vie, spécifique des maladies dermatologiques disponible en français. Il a été élaboré et validé selon les règles de l'art sur un échantillon large de malades atteints de dermatoses chroniques : ulcères de jambe, psoriasis, dermatite atopique, troubles de la pigmentation, dermatoses affichantes du visage, dermatoses des pieds et des mains, alopecies, dermatoses bulleuses, herpès récurrent, mycosis fongicoïde, cancers cutanés multiples et manifestations cutanés de maladies systémiques. Cette échelle doit être consacrée par l'usage.

### **Dermatology life quality index (DLQI)**

Il s'agit d'une échelle simple de mesure de l'impact des maladies dermatologiques. Les questions ont été tirées d'entretien avec des sujets ayant des maladies dermatologiques diverses.

Le DLQI est composé de dix questions, chacune ayant quatre réponses possibles. La validation du DLQI a inclu des épreuves de tests et retests, une démonstration de sensibilité au changement de l'état clinique et une comparaison avec une population contrôle. Le DLQI a été comparé à plusieurs échelles génériques, le SIP et le SF-36. Le DLQI a été utilisé pour mesurer l'évolution de malades après hospitalisation en dermatologie, chez des malades traités chirurgicalement pour des carcinomes basocellulaires, chez des malades traités pour une acné par rétinoïdes. Ce questionnaire a également utilisé chez des malades adultes avec une dermatite atopique, un psoriasis, une maladie de Behçet et une maladie de Darier. L'usage du DLQI est actuellement

large. Il n'existe pas de version du DLQI validé en français bien que des traductions soient disponibles. Une version pédiatrique a été développée le CDLQI

### **Skindex**

La version simplifiée du Skindex comprend 29 questions évaluant trois dimensions : émotion, symptômes et fonctions. Cette échelle récemment élaborée doit encore faire ses preuves comme instrument validé par l'usage. Elle n'a jusqu'alors été utilisée que dans l'évaluation de l'acné chez l'adulte. Une version française est en cours d'adaptation et de validation chez des malades atteints de neurofibromatose 1.

### **Dermatology-specific quality of life (DSQL)**

Cette échelle comprend 43 questions associées à deux modules de neuf questions de mesure du SF-36. Elle a été utilisée dans l'eczéma de contact et l'acné.

### **Échelles spécifiques d'une maladie dermatologique**

#### **Psoriasis**

Le *psoriasis disability index* (PDI) a été construit en interrogeant des patients psoriasiques sur leur gêne. Une version en quinze questions du PDI a été validée par comparaison au SIP. Les questions concernent les quatre semaines précédant l'administration du questionnaire et les réponses faites en quatre items ou à l'aide d'une échelle visuelle analogique cotée de 0 à 6. L'analyse du PDI a conduit à isoler deux dimensions dans ce score, une dimension liée à l'activité quotidienne, l'autre plus spécifique de l'activité sociale. Le PDI a été utilisé comme outil de surveillance, mais aussi pour le suivi de traitement par UVB et par ciclosporine.

Le *psoriasis life stress inventory* (PLSI) mesure le stress lié au psoriasis. Un questionnaire simplifié comprenant quinze items cotés de 1 à 4 est disponible.

#### **Autres maladies dermatologiques**

L'*eczema disability index* (EDI) est une adaptation du PDI en quinze items. Plusieurs échelles sont utilisées dans l'acné :

- l'*acne disability index* constitué de dix questions ;
- le *Cardiff acne disability index*, version simplifiée en cinq questions du précédent ;
- l'*assessment of the psychological and social effects of acne* (APSEA) constitué de quinze questions dérivés de sept questionnaires psychologiques.

Des questionnaires pour l'urticaire, les onychomycoses et les ulcères de jambe ont été utilisés.

### **MODALITÉS D'UTILISATION DES ÉCHELLES DE QUALITÉ DE VIE EN DERMATOLOGIE:**

#### **GÉNÉRALITÉS : CHOIX DES INSTRUMENTS:**

La décision du choix d'un questionnaire de qualité de vie dépend du but poursuivi : objectif clinique ou de recherche, audit, objectif politique ou financier. Le choix se portera naturellement sur les instruments dont le but de conception originale est proche de celui poursuivi. L'investigateur sera confronté aux difficultés suivantes :

- l'absence de publication des questionnaires et/ou la nécessité d'obtention éventuelle d'un copyright auprès de leurs auteurs ;
- l'analyse correcte de la qualité des processus de validation des instruments ;



– en France, le faible nombre de questionnaires ayant fait l'objet d'un processus de validation transculturelle. Le choix entre un instrument générique, dermatologique ou spécifique de maladie ne fait l'objet d'aucune règle consensuelle. Des règles de bon sens peuvent être néanmoins énoncées ( Tableau I ). En clinique, les questionnaires de qualité de vie seront utilisés pour mieux comprendre les problèmes des malades, pour suivre l'évolution de la maladie sous traitement ou pour éclairer les choix thérapeutiques ; pour l'utilisation en routine, une échelle dermatologique comme le VQ-dermato sera indiquée. Pour la recherche, une échelle spécifique de maladie sera choisie si le but est de démontrer l'efficacité d'une thérapeutique dans une affection, et une échelle dermatologique s'il s'agit de comparer des maladies différentes ; un questionnaire générique sera éventuellement ajouté. Pour une procédure d'audit, le questionnaire le plus simple, soit spécifique de maladie, soit dermatologique sera choisi . Pour une évaluation financière ou politique, l'utilisation d'échelles génériques est raisonnable afin de pouvoir comparer les maladies dermatologiques à des maladies non dermatologiques. Les principaux questionnaires disponibles et les principales affections pour lesquelles ils ont été utilisés sont listés au Tableau .

### **CHOIX D'UN INSTRUMENT VALIDÉ:**

Le choix devra se porter sur des instruments construits et validés suivant les règles de l'art. Le processus de validation des échelles de qualité de vie est bien codifié et remis en question régulièrement. Une échelle de qualité de vie devant 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, à une période et pour un objectif donnés. L'échelle ne sera donc valide que dans le même contexte. Une échelle est fiable si elle donne des résultats comparables dans des situations comparables. Une échelle est valide si elle mesure bien ce qu'elle est supposée 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 qualité de vie chez un sujet à des moments différents de l'évolution de sa maladie ou sous l'influence d'un traitement.

### **CHOIX D'INSTRUMENTS ADAPTÉS À LA CULTURE FRANÇAISE:**

Le concept de qualité de vie est fortement dépendant du contexte culturel. Un seul questionnaire dermatologique a été développé et validé en français, le VQ-dermato. En ce qui concerne les instruments de mesure développés dans le monde anglo-saxon, la simple traduction d'un questionnaire de qualité de vie en français est totalement insuffisante. Le processus d'adaptation nécessite une traduction avec évaluation conceptuelle et linguistique, une contre-traduction, une comparaison des versions obtenues et une analyse des propriétés psychométriques du nouvel instrument obtenue. Des instruments génériques ont fait l'objet d'adaptation dans la culture française. Une adaptation française est disponible pour la NHP, la SIP, et le SF-36. Aucun questionnaire anglo-saxon dermatologique ou spécifique de maladie dermatologique n'a fait l'objet d'une procédure d'adaptation à la culture française suivant les règles préconisées. Une traduction française non validée du DLQI est disponible. Le *skindex*-France est en cours d'adaptation et de validation.

### **MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE ET PRATIQUE MÉDICALE:**

La mesure de la qualité de vie a l'avantage de mettre en évidence des différences individuelles vis-à-vis d'un symptôme quantitativement équivalent pour deux malades. Cette approche devrait permettre un traitement plus adapté à la personne. Cela est fait quotidiennement par tous les médecins, mais de manière subjective et empirique. Les échelles de qualité de vie ont pour

avantage de rationaliser la prise en compte du retentissement individuel, mais aussi de relativiser un bénéfice en fonction de la pénibilité ou des contraintes du traitement.

Certains nouveaux médicaments comme les biothérapies nécessitent une évaluation de qualité de vie pour leur indication et leur suivi. L'utilisation de questionnaires permet dans ce contexte une évaluation formelle. Dans le domaine des essais thérapeutiques leur utilisation demeure à améliorer méthodologiquement.

### **Tableau I:**

Règles pragmatiques de choix et d'utilisation d'une échelle de qualité de vie.

---

Définition de l'objectif de la mesure

But de conception originale de l'instrument choisi  
proche de l'objectif suivi

Choix de questionnaires validés en français

Utilisation en routine :

– échelle dermatologique comme le VQ-dermato

Utilisation en recherche :

– démonstration de l'efficacité d'une thérapeutique  
dans une affection : échelle spécifique de maladie  
ou échelle dermatologique

– comparaison de maladies dermatologiques  
différentes : échelle dermatologique et/ou  
éventuellement générique

Procédure d'audit :

– questionnaire le plus simple spécifique de maladie  
ou dermatologique

Évaluation financière ou politique :

– utilisation d'échelles génériques avec  
éventuellement une échelle dermatologique

## Tableau II

Principaux instruments de mesure de qualité de vie.

<i>Nom</i>	<i>Type d'échelle</i>	<i>Utilisation en dermatologie</i>	<i>Version française</i>
Sickness impact <i>profile</i> (SIP)	Généraliste	Psoriasis, dermatite atopique, acné, carcinome basocellulaire	Disponible
Short form 36-item <i>health survey</i> (SF-36)	Généraliste	Acné	Disponible
<i>Nottingham health profile</i> (NHP)	Généraliste	Urticaire, ulcère de jambe	Disponible
Patient generated <i>index</i> (PGI)	Généraliste	Sclérodémie systémique, dermatite atopique	
Dermatology life quality index (DLQI)	Dermatologique	Carcinome basocellulaire, acné, dermatite atopique, maladie de Darier, maladie de Hailey-Hailey, maladie de Behçet	Traduction non validée
VQ-dermato	Dermatologique		Disponible (échelle française)
Skindex	Dermatologique	Acné	Adaptation/validation en cours
Dermatology-specific quality of life (DSQL)	Dermatologique	Dermite de contact, acné	
Psoriasis life <i>stress inventory</i> (PLSI)	Spécifique	Psoriasis	
Assessments of the psychological and social <i>effects of acne</i> (APSEA)	Spécifique	Acné	
Acne disability <i>index</i> (ADI)	Spécifique	Acné	
<i>Cardiff acne disability index</i> (CADI)	Spécifique	Acné	
Eczema disability <i>index</i> (EDI)	Spécifique	Dermatite atopique	
Psoriasis disability <i>index</i> (PDI)	Spécifique	Psoriasis	

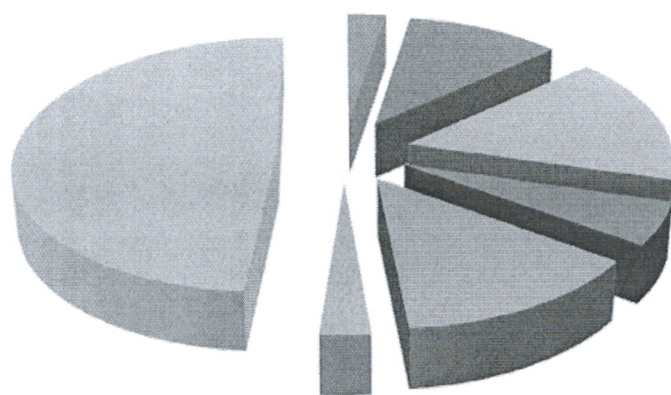
## Partie pratique :

### Etude pratique :

Etude est faite sur les malades hospitalisées durant la période octobre-novembre –décembre 2011 ,la durée du mon stage dans le service de dermatologie CHU tlemcen , qui a donné les résultats suivantes :

Le profil psychologique	Le nombre des cas	
Etat dépressif	01	02%
Etat anxieux	04	10%
Humeur dépressif	06	16%
Mauvaise adaptation	02	04%
Soutient psychologique pour la mère du malade	05	13%
Soutient psychologique pour le conjoint	01	02%
Bonne adaptation	18	48%
Total	37	100%

### profil psychologique



- Etat dépressif
- Etat anxieux
- Humeur dépressif
- Mauvaise adaptation
- Soutient psychologique pour la mère du malade
- Soutient psychologique pour le conjoint
- Bonne adaptation

### **Discussuon :**

D'après ces données on va trouver une bonne adaptation avec les maladies dermatologiques (de 48%) pour des malades atteints des différentes pathologies : érysipèle (04cas) ,lupus systémique, psoriasis(03cas),paniculite dermo-hypodermique ,ulcère de la jambe(02cas), leishmaniose(02cas) syndrome de sweet.

Nous avons remarqué chez 16% des patients un humeur dépressif pour des métastases cutanées , métastases ganglionnaires d'un mélanome malin,lupus chronique dermatite atopique,érysipèle .

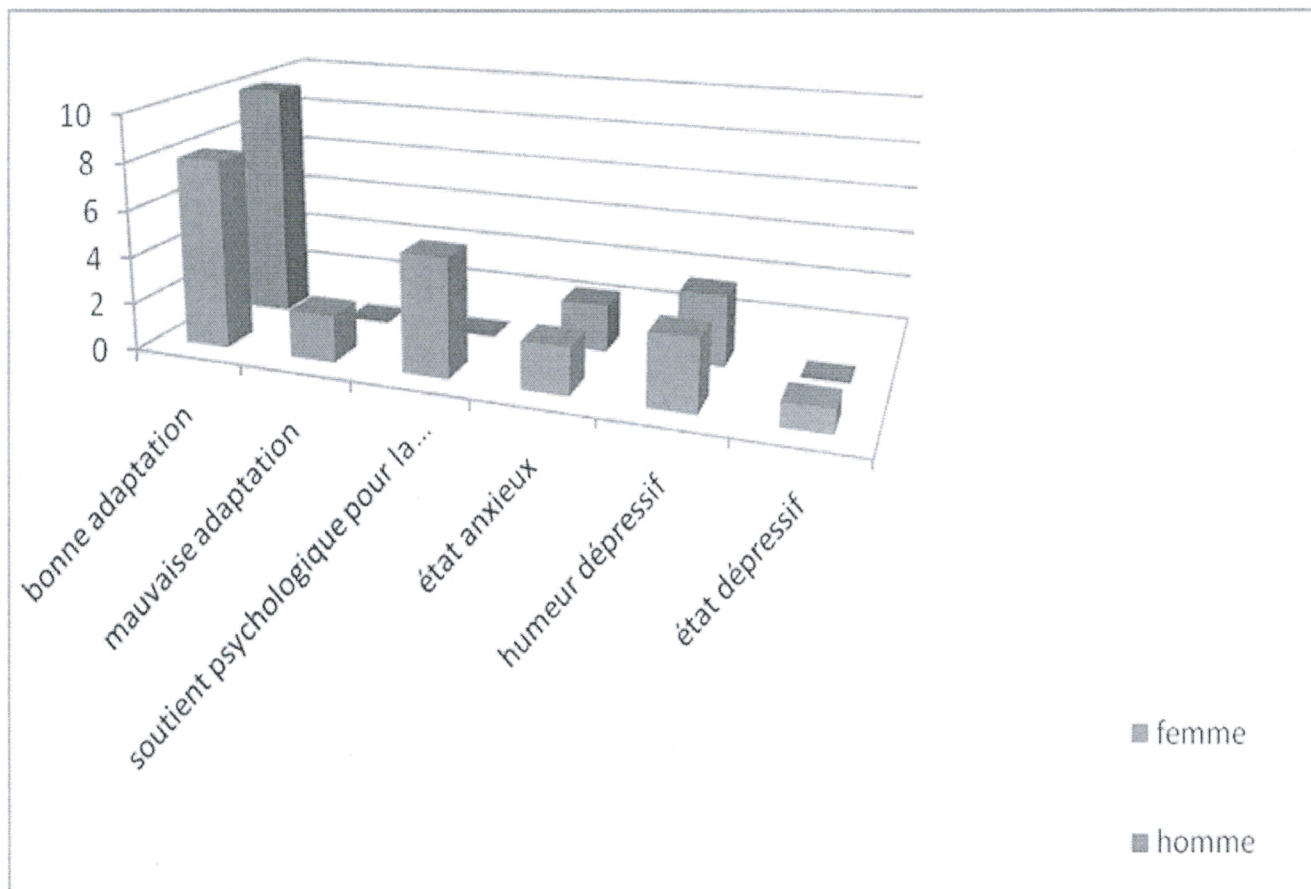
Le soutien psychologique est recouvert 15% des mères et conjoints accompagnants les malades.

Nous avons trouvé 04 états anxieux pour des patients qui ont présenté : carcinome spinocellulaire sur cicatrice de brûlure ,02psoriasis vulgaires, et mycosis fungoide.

Durant les 03mois du stage n'existe qu'un seul cas d'état dépressif pour une malade agée de 37ans qui a une connectivite qui a hospitalisée pendant prèsque 03mois .

### **La répartition selon le sexe :**

	femme	homme
bonne adaptation	8	10
mauvaise adaptation	2	0
soutient psychologique pour la mère	5	0
état anxieux	2	2
humeur dépressif	3	3
état dépressif	1	0



**La discussion :**

D'après cette répartition on va trouver que les hommes ont une bonne adaptation pour ces affections dermatologiques au contraire des femmes qui ont une mauvaise adaptation et qui nécessite un soutien psychologique.

Pour l'état anxieux et l'humeur dépressif les deux sexes ont les le même pourcentage. A part que le seul cas d'état dépressif est présenté chez une femme.

## **conclusion:**

le profil psychologique des dermatoses est indispensable pour traiter une maladie dermatologique ,à cause de son retentissement sur la qualité de vie de cette malade .

il y a des maladies qui ont un retentissement grave sur l'état psychologique du patient allant jusqu'à l'état dépressif comme par exemple les cancers dermatologiques surtout qui atteint un stade avancé , d'autres maladies peuvent nous donner des différents états psychologiques dans la même maladies , par exemple on peut voire chez un malade a un psoriasis une humeur dépressive et, chez un autre état anxieux , et chez un autre une bonne adaptation ,et ça dépend du sexe du patient, de son âge , et sa situation socio-économique . nous avons trouvé que les femmes sont très sensibles à ses maladies dermatologiques que les hommes surtout qui ont des dermatoses à localisation affichantes .

en effet la qualité de vie est une entité qui doit être prise en charge et surveiller par des échelles spécifiques .