ABREVIATIONS

Liste des abréviations :

APLCP	: Association pour la lutte contre le psoriasis
EUROPSO	: Fédération représentant les associations de patients atteint de psoriasis en Europe.
PASI	:Psoriasis Area and Severity Index
PDI	:Psoriasis Disability Index
DLQI	:Dermatology Life Quality Index
GHQ	:General Health Questionnaire
UV	:Ultra-violet

PLAN

INTRODUCTION 1

PATIENTS ET METHODES 9
I. Type d'étude 10
II. Population cible 10
III. Collecte de données 10
IV. Analyse de l'étude 11
V. Considérations éthiques 11

RESULTATS 12
I. Données sociodémographiques des patients 13
1- l'âge des patients 13
2- le sexe 13
3- Le phototype des patients 13
4- L'état civil 14
II. Données cliniques 14
III. Les connaissances des malades 15
IV. Les pratiques des patients 18
V. Impact du psoriasis sur la qualité de vie des patients 20
VI. Association des malades psoriasiques 21

DISCUSSION 22
I. Caractéristiques épidémiologiques : 23
1-la fréquence 23
2- l'âge des patients 23
3- le sexe 24
4- Le phototype 24
5- L'état civil 24
II. Caractéristiques cliniques 24
1-Types de psoriasis 24
2- Délai d'apparition de la maladie 25
3- Evolution de la maladie 25
III. Evaluation des connaissances des patients 25
1-Les connaissances de très bon niveau 26
2-Les connaissances de bon niveau 26
3-Les connaissances de niveau moyen 27
4-Les connaissances de niveau médiocre 28
IV. Les pratiques des patients 30
1-les bonnes pratiques 30
2-les mauvaises pratiques 30
V. Impact du psoriasis sur la qualité de vie des patients... 30
VI. Association des malades psoriasiques 34

CONCLUSION 36

ANNEXES 38

RESUMES 43

BIBIOGRAPHIE 47

INTRODUCTION

Le psoriasis est une maladie fréquente qui touche 2 à 3% de la population mondiale [1]. Au Maroc la prévalence du psoriasis est de 1,5 % [2].

C'est une maladie caractérisée par une réaction excessive de la peau aux agressions de l'environnement externe et interne, d'origine le plus souvent génétique. Ces agressions peuvent être immunologiques, mécaniques, métaboliques, médicamenteuses ou psychiques [3].

Cette réaction excessive se caractérise par une prolifération épidermique associée à une différenciation terminale incomplète, mais également par une réaction inflammatoire responsable de la chronicité des lésions.

Les manifestations cliniques du psoriasis sont variées. La lésion élémentaire typique du psoriasis est une plaque érythémato-squameuse arrondie, bien limitée recouverte de squames micacées, blanchâtres (figure 1). Les régions du corps le plus souvent atteintes sont les coudes (figure 2), les genoux (figure 3), le cuir chevelu (figure 4) et la région lombaire. Mais toutes les régions du corps peuvent être atteintes même les muqueuses et les ongles (figure 5). Selon la surface des plaques, on décrit des psoriasis en goutte, nummulaire et généralisé. On décrit également certaines formes graves du psoriasis : le psoriasis érythrodermique (figure 6), pustuleux (figure 7) et arthropathique (figure 8). L'évolution du psoriasis est globalement imprévisible avec alternance de poussées et de rémissions plus ou moins complètes. Un certain nombre de facteurs déclenchant ont été bien identifiés : les traumatismes cutanés responsables de phénomène de Koebner (figure 9), les infections, la consommation excessive d'alcool, les émotions, le stress et certains médicaments (bétabloquants, lithium et corticothérapie généralisée) [3,4].

Les traitements du psoriasis peuvent être utilisés par voie locale ou par voie systémique. Les traitements locaux sont l'hydratation cutanée, les goudrons, le dioxyandranol, la corticothérapie locale, les dérivée de la vitamine D, les rétinoïdes topiques et les cures

Rapport-Gratuit.com

thermales. Les principaux traitements systémiques sont les photothérapies, les rétinoïdes, le méthotrexate, la ciclosporine, l'acide fumarique et les anti TNF [3,4].

Le traitement du psoriasis est adapté à la gravité de la maladie en tenant compte du retentissement sur la qualité de vie, de la résistance du psoriasis aux différents traitements et de l'étendue des lésions [3,4].

La prise en charge du psoriasis nécessite la participation active du patient qui doit connaitre la nature de sa maladie et les médicaments existants, cette notion nous a amené à faire cette étude pour évaluer les connaissances de nos patients psoriasiques sur leur maladie et leurs pratiques thérapeutiques et d'apprécier l'impact de la maladie sur leurs qualité de vie et de les encourager à créer des associations dont le but est l'accompagnement psychologique et l'éducation thérapeutique des patients destinés à leur apprendre à bien gérer leur maladie et améliorer leur qualité de vie.

Figure 1 : plaque érythématho-squameuse du psoriasis.
Iconographie du service de Dermatologie du CHU Mohammed VI Marrakech

Figure 2 : psoriasis des coudes
Iconographie du service de Dermatologie du CHU Mohammed VI Marrakech

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Figure 3 : psoriasis des genoux
Iconographie du service de Dermatologie du CHU Mohammed VI Marrakech

Figure 4 : psoriasis du cuir chevelu [4]

Figure 5 : psoriasis unguéal[4]

Figure 6 : psoriasis érythrodermique[4]

Figure 7 : psoriasis pustuleux
Iconographie du service de Dermatologie du CHU Mohammed VI Marrakech

Figure 8 : psoriasis arthropathique [4]

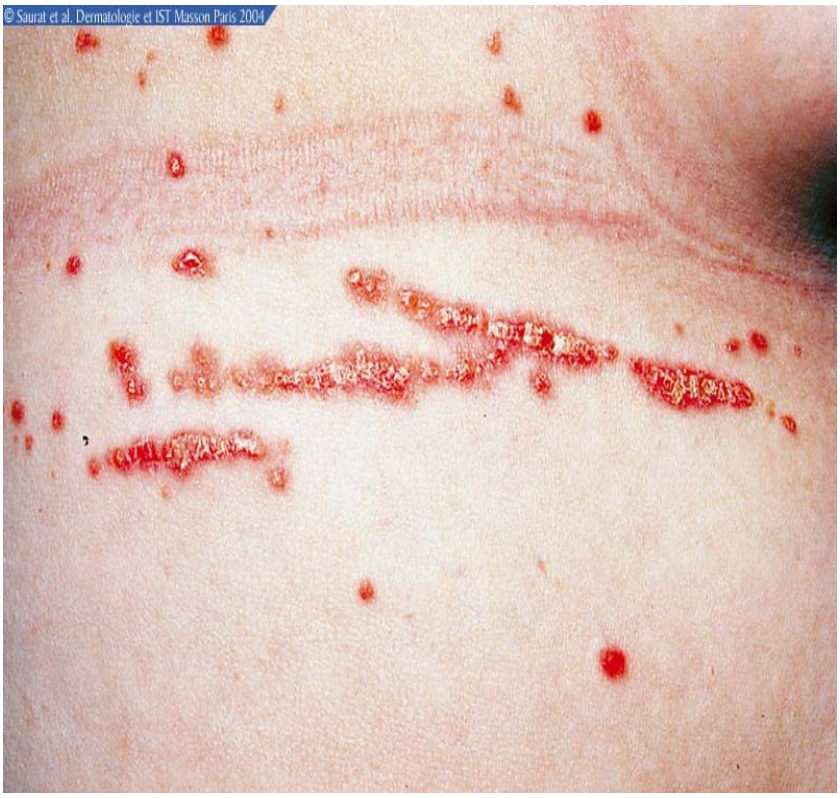

Figure 9 : phénomène de koebner [4]

PATIENTS & METHODES

I. TYPE D'ETUDE :

Ce travail est une étude descriptive transversale se basant sur un questionnaire (annexe I). Elle consiste à évaluer les connaissances des patients psoriasiques et leurs pratiques.

Cette étude couvre une période de 2 ans allant du 1er janvier 2011 jusqu'au 31 décembre 2012.

II. POPULATION CIBLE :

Les patients atteints de psoriasis consultant à l'hôpital ERRAZI au centre de consultation de dermatologie du CHU Mohammed VI à Marrakech.

III. COLLECTE DE DONNEES

Les questionnaires ont été remplit après consentement des patients lors d'une consultation spécialisée du psoriasis qui se fait de façon hebdomadaire au centre de consultation à l'hôpital ERRAZI par un médecin résident. Le questionnaire se compose de :

- Données épidémiologiques des patients :
  - L'âge
  - le sexe
  - le phototype selon la classification de Fitzpatrick (annexe II) [5],
  - l'état civil.

- Données cliniques :
  - Formes cliniques du psoriasis
  - la durée de la maladie
  - l'évolution.

- Les connaissances des malades :
- Les pratiques :

Visite médicale, automédication et l'information sur la maladie.

- L'impact du psoriasis sur la qualité de vie des patients.
- Le souhait des malades d'adhérer à une association des patients psoriasiques et les motifs de cette adhésion

IV. ANALYSE DE L'ETUDE :

L'analyse de l'étude a été faite au service d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. L'analyse statistique des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS version 16.

La saisie des textes et des tableaux a été faite sur le logiciel Word XP et celle des graphiques sur le logiciel Excel XP.

V. CONSIDERATIONS ETHIQUES :

L'étude a été faite dans le respect de l'anonymat des malades et la confidentialité des informations médicales.

Un consentement oral libre et éclairé a été recueilli avant la participation dans l'étude.

RESULTATS

Rapport-Gratuit.com

I. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS :

Quatre cents patients ont été inclus dans notre étude.

1. L'âge des patients :

La moyenne d'âge était de 30 ans avec des extrêmes de 10 et 70 ans.

2. Le sexe :

On a colligé dans cette étude 232 femmes soit 58% et 168 patients de sexe masculin soit 42% (figure 10).

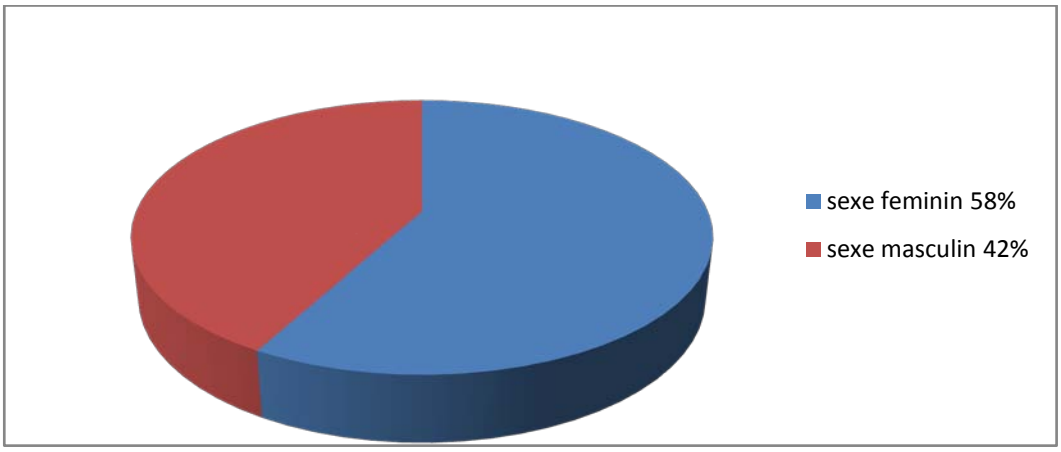

Figure 10 : Répartition des patients selon le sexe

3. Le phototype des patients :

Le phototype 3 est observé chez 228 patients soit 57%, le phototype 4 chez 156 patients soit 39% et le phototype 2 chez 16 patients soit 4%.

4. L'état civil :

230 patients soit 57,5% étaient mariés, 162 des patients soit 40,5% étaient célibataire et 8 patients soit 2% étaient divorcés.

II. DONNEES CLINIQUES:

1. Types de psoriasis :

Le psoriasis en plaque étaient présent dans ce travail chez 238 malades soit 59,5%, le psoriasis nummulaire et en goutte étaient notés chez 160 patients soit 40% et le psoriasis érythrodermique était noté chez 2 patients soit 0,5% (figure 11)

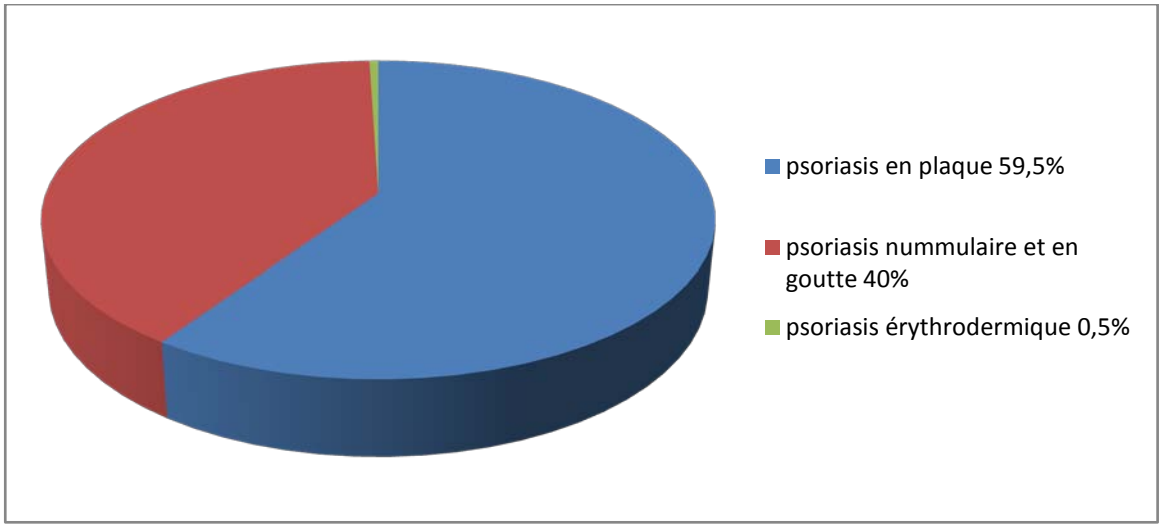

Figure 11 : Les différents types de psoriasis

2. Délai d'apparition de la maladie :

Le délai d'apparition de la maladie était de 5ans.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

3. Evolution de la maladie :

Trois cents patients soit 78% rapportaient que leur maladie évolue par poussées alors que 89 patients soit 22% rapportaient une évolution constante sans rémission de leur maladie.

III. LES CONNAISSANCES DES MALADES :

1. Le psoriasis est -il une maladie contagieuse ?

Trois cents quarante-trois patients soit 85,8% ont répondu que le psoriasis n'est pas une maladie contagieuse et 57 patients soit 14,2% ne savaient pas si leur maladie est contagieuse ou non.

2. Le psoriasis est-il une maladie héréditaire ?

Deux cents quarante-trois patients soit 60,8% ont répondu que le psoriasis n'est pas une maladie héréditaire contre 27 patients soit 6,8% et 130 patients soit 32,4 ne savaient pas si leur maladie est héréditaire ou non.

3. Le psoriasis est-il une maladie chronique ?

Trois cents dix-neuf patients soit 80% ont répondu que le psoriasis est une maladie chronique contre 11 patients soit 3% et 70 malades soit 17% ne savaient pas la bonne réponse.

4. Le psoriasis peut-il dégénérer en cancer ?

Dix-neuf patients soit 4,8% croyaient que le psoriasis peut dégénérer en cancer cutané et 150 patients soit 37,4% affirmaient qu'il n y a pas de lien entre le psoriasis et le cancer. Deux cents trente et un patients soit 57,8% ne savaient pas la réponse.

5. Le psoriasis est-il dû à une mauvaise hygiène ?

Quarante-neuf pour cent des patients ont répondu qu'il n'y a pas de lien entre l'hygiène et le psoriasis et 203 patients soit 51% ne savaient pas la réponse.

6. Le psoriasis est-il aggravé par le stress ?

Deux cents quarante-deux patients soit 60,5% ont répondu que le psoriasis est aggravé par le stress et 158 malades soit 39,5% ne savaient pas la réponse.

7. Le psoriasis peut être guéri complètement ?

Cent soixante-trois patients soit 41% croyaient que le psoriasis est une maladie curable de façon définitive et 237 patients soit 59% ne savaient pas la réponse.

8. Le psoriasis peut-il se généraliser à tout le corps ?

Deux cents dix-sept patients soit 54,2% considéraient que le psoriasis peut se généraliser à tout le corps contre 17% et 115 patients soit 28,8% ne savaient pas la réponse.

9. L'exposition solaire est-elle bénéfique pour la maladie ?

Deux cents vingt patients soit 55% estimaient que le soleil est bénéfique pour le psoriasis contre 11,2% des patients et 135 patients soit 33,8% ne savaient pas la réponse.

10. La cure thermale est-elle bénéfique pour le psoriasis ?

118 patients soit 29,4% affirmaient que la cure thermale est bénéfique pour le psoriasis contre 18,8% des malades. Deux cents sept patients soit 51,8% ne savaient pas la réponse.

11. le psoriasis est-il amélioré par le frottement dans le bain maure ?

Deux cents quatre-vingt-huit patients soit 75,5% croyaient que le frottement dans le bain maure améliore le psoriasis contre 2 patients soit 0,5% et 100 patients soit 25% ne savaient pas la réponse.

12. Les traitements traditionnels sont-ils efficaces pour le psoriasis ?

Deux cents cinquante patients soit 62,5% ont répondu que les traitements traditionnels ne sont pas efficace pour le psoriasis contre 24 patients soit 6% et 126 patients soit 31,5% ne savaient pas la réponse.

Le tableau I illustre les différentes réponses de nos patients concernant l'évaluation de leur connaissance.

Tableau I : Evaluation des connaissances des patients

Questions- Connaissances	Oui	Non	Je ne sais pas
Le psoriasis est une maladie contagieuse	0	85,8%	14,2%
Le psoriasis est une maladie héréditaire	6,8%	60,8%	32,4%
Le psoriasis est une maladie chronique	80%	3%	17%
Le psoriasis peut dégénérer en cancer	4,8%	37,4%	57,8%
Le psoriasis est dû à une mauvaise hygiène	0	49%	51%
Le psoriasis peut être aggravé par le stress	60,5%	0%	39,5%
Le psoriasis ne peut être guéri complètement	41%	0%	59%
Le psoriasis peut se généraliser a tout le corps	54,2%	17%	28,8%
Exposition solaire est-elle bénéfique pour la maladie	55%	11,2%	33,8%
La station thermale est-elle bénéfique pour votre maladie	29,4%	18,8%	51,8%
Le fait de se frotter dans le bain maure aide à guérir et enlever les squames	74,5%	0,5%	25%
Les traitements traditionnels sont efficaces	6%	62,5%	31,5%

IV. LES PRATIQUES DES PATIENTS :

1. Visites médicales :

Trois cents soixante-dix-neuf patients soit 95% ont déjà consulté avant notre consultation spécialisée de psoriasis et 21 patients soit 5% n'ont jamais consulté. Parmi ces 379 patients, 273 ont consulté des généralistes soit 68,3% et 106 malades soit 26,5% ont consulté un dermatologue. 47 patients soit 12% étaient suivie régulièrement.

2. L'information médicale :

Deux cents soixante patients soit 65% estimaient que leurs médecins les ont informés sur la nature de leur maladie.

3. L'automédication :

Deux cents soixante-deux patients soit 65,5% pratiquaient de l'automédication et les traitements traditionnels. L'aggravation de la maladie après traitements traditionnel a été rapporté par 238 patients soit 91%à type des brulures de premier et second degré superficiel dans 50% des cas, un eczéma de contact dans 40% des cas et eczéma infecté dans 10% des cas.24 patients soit 9% ont rapporté une amélioration du psoriasis après l'automédication.

Dans cette automédication traditionnelle, 40% utilisaient des moyens physiques à savoir la scarification, et un patient utilisait du fer chaud pour bruler les lésions du psoriasis. Pour les moyens chimiques les patients utilisaient plusieurs produits en même temps : 70% le goudron, 60% les huiles brûlées de moteur de moto ou de tracteur, 50% des préparations d'herboristes à composition inconnue, 30% henné, 10% huile d'amande douce, 10% miel, 10% huile de table, 5% plastic brulé, 3% ail.

4. La cure thermale :

Quarante-quatre patients soit 11% ont fréquenté une station thermale (Moulay Yaacoub). Parmi ces patients, 27 malades n'ont pas noté de changement de leur maladie après la cure et 16 patients rapportaient une aggravation et seulement 1 patient notait une amélioration de son psoriasis après la cure thermale.

5. La fréquentation des plages :

Trois cents vingt-six patients soit 84,7% n'ont jamais fréquentés la plage contre 61 patients soit 15,3%.

6. La recherche d'information sur le psoriasis par les malades :

Trois cents quatre-vingt-dix-huit patients soit 99,5% ne lisent pas sur le psoriasis.

Trois cents quatre-vingt-huit patients soit 97% ne cherchent pas d'information sur internet. Parmi les 12 patients qui utilisaient l'internet comme source d'information 5 patients cherchaient des photos et 7 patients cherchaient des photos et des articles.

Le tableau II illustre les pratiques de nos patients.

Tableau II : pratiques des patients

Les pratiques	Oui	Non
Visites médicales	95%	5%
Informations médicales par le médecin	65%	35%
Automédication	65,5%	34,5%
Cure thermale	11%	89%
Fréquentation des plages	15,3%	84,7%
Lecture sur psoriasis	0,5%	99,5%
Recherche sur internet	3%	97%

V. IMPACT DU PSORIASIS SUR LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS :

Tous les patients affirmaient que le psoriasis a un impact négatif sur leur qualité de vie.

VI. ASSOCIATION DES MALADES PSORIASIQUES :

Tous les patients souhaitent adhérer à l'association des malades. Les motifs avancés par les malades sont l'aide psychologique et financier, les rencontres avec les autres malades et l'amélioration de la qualité de l'information sur leur maladie.

DISCUSSION

Rapport-Gratuit.com

I. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES :

1. La fréquence :

Le psoriasis atteint plus fréquemment les caucasiens avec une incidence estimée à

60 cas/ 100000/an [6] avec une tendance significative à la hausse avec le temps : 50,8/100 000 habitants : 1970-1974 jusqu'à 105/100 000 habitants : 1995-1999 aux états unis d'Amérique [7].

Au Royaume uni, dans une étude réalisée entre 1987 et 2002, considérée comme étant la plus large étude de prévalence du psoriasis jusqu' à cette date, la prévalence était de 1,5% [8].La plus basse prévalence avait été constatée dans certains groupes ethniques (Japon) et peut être absente chez les autochtones australiens et certaines populations Franco-américaines [6 ,9].

Il est classique de dire que ce sont les populations blanches d'Europe et d'Amérique du Nord qui sont les plus touchées au Monde [10].

Au Maghreb, la prévalence du psoriasis a été estimée à 12,04/1000.15,04/1000 au Maroc, 10,26/1000 en Algérie et 13,26/1000en Tunisie [2].

Quatre cent patients ont été colligés dans notre étude durant 2ans.

2. L'âge des patients :

Dans notre étude la moyenne d'âge était de 30 ans avec des extrêmes de 10 et 70 ans. Il est inférieur à la moyenne d'âge trouvée dans l'étude épidémiologique observationnelle du psoriasis au Maghreb qui est de 43 ans [2].

3. Le sexe :

On notait une prédominance féminine dans notre échantillon avec un taux de 58%, par rapport à l'étude épidémiologique observationnelle sur le psoriasis au Maghreb qui a montré que 54% des patients étaient des hommes [2].

4. Le phototype :

Dans notre étude Le phototype 3 était prédominant avec un taux de 57%. Ce qui rejoint les données de l'étude épidémiologique observationnelle sur le psoriasis au Maghreb [2].

5. L'état civil :

Dans cette étude plus de la moitié des patients étaient marié. Aucun cas de divorce à cause du psoriasis n'a été noté dans notre étude.

II. CARACTERISTIQUES CLINIQUES :

1. Types de psoriasis :

Dans notre étude le psoriasis en plaque étaient prédominant ce qui concorde avec les données de la littérature. Dans l'étude épidémiologique observationnelle sur le psoriasis au Maghreb, les trois quarts des sujets avaient un psoriasis localisé, en plaque pour 85% des patients[2]. Nous avons noté deux cas de psoriasis érythrodermique. Ce taux faible de formes graves de psoriasis est expliqué par la nature de recrutement des malades en consultation externe. Par contre dans les séries hospitalières, on note une prédominance des formes graves [11]. Dans l'étude observationnelle faite par l'association française de lutte contre le psoriasis

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

(APLCP) sur 2487 questionnaires, le psoriasis en plaques était la forme clinique la plus fréquente (77%). Venaient ensuite le psoriasis en goutte (10%), le psoriasis pustuleux (3%) et l'arthrite psoriasique (0,1%). Les formes cliniques multiples représentaient 9% des patients [12].

2. Délai moyen d'apparition de la maladie :

Le délai moyen d'apparition de la maladie chez nos patients était de 5ans. Dans l'étude observationnelle de l'APLCP, 80% des patients avaient un psoriasis depuis plus de 10 ans et 58% vivaient avec le psoriasis depuis plus de 20 ans [11].

Dans un tiers des cas le début de psoriasis est pédiatrique [13]. Trente pour cent des psoriasis de l 'adulte ont débuté avant l 'âge de 15 ans (5 % avant 4 ans, 10 % entre 5 à 9 ans et 15 % entre 10 et 14 ans) et 20 % entre 15 et 19 ans [14].

3. Evolution de la maladie :

Le mode d'évolution le plus fréquent chez nos patients est l'évolution par poussées qui était présent chez 77,8% des patients. Par contre dans l'étude observationnelle faite par l'APLCP sur 2487 questionnaires, 63 % des patients déclaraient être en crise en permanence [11].

III. EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PATIENTS

On peut diviser les réponses de nos patients concernant leurs connaissances en 4 niveaux :

1. Les connaissances de très bon niveau :

1-1 Le psoriasis est –il une maladie contagieuse ?

Quatre-vingt-cinq virgule huit pour cent des patients savent que le psoriasis n'est pas contagieux pourtant 14,2 % n'ont pas répondu à cette question. Ce taux de réponse juste est expliqué par la facilité de cette question vu la chronicité de la maladie et l'absence de contagiosité dans l'entourage des patients.

1-2 Le psoriasis est-il une maladie chronique ?

Quatre-vingt pour cent des patients connaissent que le psoriasis est une maladie chronique. Ce taux de réponse peut être expliqué par l'ancienneté du psoriasis chez nos malades (la date moyenne de début de la maladie est de 5 ans) ainsi que le profil évolutif de leur psoriasis ; 78% des patients ont une évolution par poussées remissions.

2. Les connaissances de bon niveau :

2-1 Les traitements traditionnels sont-ils efficaces pour le psoriasis ?

Soixante-deux virgule cinq pour cent des patients savent que les traitements traditionnels sont inefficaces pour le psoriasis.

2-2 Le psoriasis est-il aggravé par le stress ?

Soixante virgule cinq pour cent des malades connaissent que le stress peut aggraver leur maladie. Dans l'étude épidémiologique observationnelle du psoriasis au Maghreb, 77,4% des patients incriminent le stress comme principal facteur déclenchant des poussées [2].En effet le stress et les émotions sont reconnues comme capable de déclencher une poussée de psoriasis. On retrouve une émotion importante peu de temps avant la première poussée de psoriasis chez 40% à 80% selon les études. La poussée de psoriasis survient entre 15 jours et plusieurs mois

après l'émotion déclenchante. Les émotions et le stress sont souvent liées à l'agression brutale ou chronique d'un des territoires dans lequel s'exprime tout individu (affectif, professionnel, intellectuel, artistique) [3]. L'attribution à des chocs émotifs ou des traumatismes affectifs le déclenchement de poussées de psoriasis est une notion difficile à prouver. La piste la plus plausible reste celle d'un support biologique fonctionnant de manière réciproque [15]. Ainsi, des neuropeptides tels la substance P voient leurs concentrations plasmatiques augmenter au cours de la dépression et des périodes de stress, entraînant à la fois une prolifération kératinocytaire accrue, une inflammation cutanée et une activation lymphocytaire [16,17].

3. Les connaissances de niveau moyen :

3-1 L'exposition solaire est-elle bénéfique pour la maladie ?

Cinquante-cinq pour cent de nos patients savent que l'exposition solaire est bénéfique pour le psoriasis en effet dans la littérature, le soleil a une influence favorable sur le psoriasis chez 70% des patients. Il n'a pas d'effet chez 20% et il peut aggraver le psoriasis chez 10% des patients [3]. Les remissions sont plus fréquentes en été en raison de l'effet bénéfique des rayons ultra-violets (UV) [18], plus particulièrement les UVB qui diminuent l'inflammation, la surproduction des cellules de la peau et par conséquent la desquamation. En effet, une exposition des zones atteintes aux rayonnements solaires peut suffire à les traiter, sous réserve qu'elle soit quotidienne et de courte durée. Les individus à phénotype clair doivent éviter les expositions prolongées susceptibles d'entraîner des brulures et d'aggraver le cours évolutif du psoriasis [18].

3-2 Le psoriasis peut-il se généraliser à tout le corps ?

Cinquante-quatre virgule trois pour cent des patients connaissent que le psoriasis peut se généraliser à tout le corps. L'évolution du psoriasis est globalement imprévisible. Les régions du corps le plus souvent atteintes sont les coudes, les genoux, le cuir chevelu et les régions

lombaires mais le psoriasis peut se généraliser à tout le corps [3]. Dans l'étude observationnelle de l'APLCP, la surface corporelle atteinte était inférieure à 2% chez 24% des patients ; entre 2 et 5% chez 32% des patients ; entre 5 et 10% chez 19% des patients ; supérieure à 10% pour 25% des patients [12].

3-3 le psoriasis est-il dû à une mauvaise hygiène ?

Quarante-neuf virgule trois pour cent des patients savent qu'il n'y a pas de relation entre le psoriasis et l'hygiène.

3-4 le psoriasis peut être guéri complètement ?

Quarante virgule huit pour cent des malades savent que le psoriasis n'est pas curable de façon définitive.

3-5 le psoriasis peut-il dégénérer en cancer ?

Trente-sept virgule cinq pour cent des patients savent que le psoriasis ne se transforme pas en cancer.

4. Les connaissances de niveau médiocre :

4-1 Le psoriasis est-il une maladie héréditaire ?

Six virgule huit pour cent de nos malades pensent que le psoriasis est une maladie héréditaire. Ce taux faible de réponses juste est expliqué par la difficulté de cette question en effet le psoriasis est une maladie génétique complexe. Une atteinte familiale est notée dans 30 à 40% des cas. Chez les patients dont la maladie commence dans l'enfance, on note une forte liaison de la maladie avec certains groupe HLA (CW6, CW7, et, à un moindre degré, HLA B13, B17, B37, B38, DR4 et DR7). Chez les jumeaux homozygotes, l'atteinte d'un jumeau s'accompagne, dans près de 70% des cas, de l'atteinte de l'autre. Cette concordance illustre tout

à la fois l'existence d'un terrain génétique et l'importance de l'environnement. Trois régions chromosomiques ont été identifiées avec une certaine fréquence par différentes équipes : PSOR S1 sur le chromosome 6p, PSOR S2 sur le chromosome 17q et PSOR S3 sur le chromosome 4. D'autres régions ont été identifiées : 1q21, 3q21, 14q31-q32, 17q24-q25, 19p13. 3 et 20p [3].

4-2 la cure thermale est-elle bénéfique pour le psoriasis ?

Vingt-neuf virgule cinq pour cent des patients savent que les cures thermales sont bénéfiques pour le psoriasis. Les propriétés intrinsèque de l'eau thermale vont intervenir dans l'amélioration du psoriasis par exemple si l'eau est riche en Sélénium (par exemple l'eau de la roche posay en France), il y aura une activité anti-inflammatoire, immunorégulatrice et régulatrice du renouvèlement cutané [19]. Par contre si l'eau est riche en souffre (par exemple station Moulay Yaacoub à Fès), il y aura une aggravation de l'inflammation. Les cures thermales améliorent le psoriasis par le biais également de la détente psychologique.

4-3 le psoriasis est-il amélioré par le frottement dans le bain maure ?

Seulement 0,5% des patients connaissent que le frottement dans le bain maure peut aggraver leur psoriasis. En effet les traumatismes cutanés provoqués par le frottement peuvent être responsable de l'apparition de lésion de psoriasis (phénomène de koebner). Ce phénomène de koebner est observé principalement chez les malades en poussée, mais également chez les patients pour lesquels la maladie a commencé tôt dans la vie et qui présente des rechutes fréquentes [20].

Le tableau III illustre le taux des réponses justes des patients.

Tableau III : Taux des réponses justes des patients.

Questions	Taux de réponse juste	Niveau de connaissance
- Le psoriasis est -il une maladie contagieuse ?	85,8%	Très bon niveau
- le psoriasis est-il une maladie chronique ?	80%	
- les traitements traditionnels sont-ils efficaces pour le psoriasis ?	62,5%	Bon niveau
- le psoriasis est-il aggravé par le stress ?	60,5%	
- l'exposition solaire est-elle bénéfique pour la maladie ?	55%	Niveau moyen
-le psoriasis peut-il se généraliser à tout le corps ?	54,3%	
- le psoriasis est-il dû à une mauvaise hygiène ?	49,3%	
-le psoriasis peut être guéri complètement ?	40,8%	
- Le psoriasis peut-il se dégénérer en cancer?	37,5%	
- la cure thermale est-elle bénéfique pour le psoriasis ?	29,5%	Niveau médiocre
- Le psoriasis est-il une maladie héréditaire ?	6,8%	
- le psoriasis est-il amélioré par le frottement dans le bain maure ?	0,5%	

IV. LES PRATIQUES DES MALADES :

1. les bonnes pratiques :

1-1 Les visites médicales :

Pour les bonnes pratiques dans notre étude, 95% des patients ont consulté des médecins, parmi ces patients 68,3% ont consulté des généralistes et 26,5% ont consulté des spécialistes mais seulement 12% étaient régulièrement suivis par leurs médecins.

L'enquête menée par EUROPSO sur l'impact du psoriasis sur la qualité de vie en 2002 en Europe montre que 21 % des patients ne consultent plus de médecins [21].

1-2 Cure thermale :

Dans notre étude 44 patients soit 11% ont fréquenté une station thermale. Parmi ces patients 27 malades n'ont pas noté de changement de leur maladie après la cure et 16 patients rapportaient une aggravation et seulement 1 patient notait une amélioration de son psoriasis après la cure thermale. L'aggravation du psoriasis chez les malades peuvent être expliqué par le fait que la plus part de nos patients fréquentent la station thermale Moulay Yaacoub et que l'eau thermale de cette station est riche en souffre qui aggrave l'inflammation et par conséquent aggrave le psoriasis.

Dans une étude observationnelle sur 199 patients atteints de psoriasis en cure thermale à la Roche Posay, la cure thermale a amélioré l'état clinique des patients avec réduction du Psoriasis Area and Severity Index (PASI), En moyenne le PASI a diminué de 57% après 3 semaines de cure thermale (de 17.6 à 7.8) [22].

1-3 La fréquentation des plages :

Seulement 15% de patients fréquentaient les plages malgré que 55% des patients connaissent que l'exposition solaire est bénéfique pour le psoriasis. Ceci est dû essentiellement au niveau socio-économique des patients, la timidité des femmes et l'absence de plage dans la ville de Marrakech.

1-4 L'information des malades par le médecin :

Le médecin reste le seul moyen d'information sur la maladie dans notre étude, car 65% des patients estimaient que leurs médecins les ont informés sur la maladie et la majorité des patients ne faisaient pas d'auto information sur le psoriasis d'où l'intérêt de bien prendre le temps lors des consultations et d'expliquer clairement la maladie aux patients. Par contre dans l'étude observationnelle réalisée par l'APLCP, à peine 5% des patients déclaraient obtenir leur information auprès du dermatologue. Les sources d'information les plus fréquentes étaient de

très loin les magazines de santé, la télévision, internet. Venaient ensuite et avant les dermatologues, les associations de patients [12].

2. Les mauvaises pratiques :

2-1 Automédication :

Dans notre étude 65,5% des patients pratiquent de l'automédication.

Les résultats de l'enquête menée par EUROPSO sur l'impact du psoriasis sur la qualité de vie en 2002 en Europe a montré que37 % des participants déclarent avoir souvent recours aux médecines alternatives (plantes, acupuncture, techniques de relaxation...) [21].

2-2 Absence de lecture et de recherche sur internet :

Dans ce travail la majorité des patients ne lisent pas sur le psoriasis et ne font pas de recherche sur internet. Par contre 59% des patients psoriasiques français lisent des magazines de santé, 50% suivent des émissions médicales à la télévision, 39% font des recherches à l'internet et 10% participent à des forums de discussion. Cependant plus de 60% des patients ignoraient que de nouveaux traitements étaient disponibles depuis les cinq dernières années. Il semblait donc que l'information des grand medias ne soit pas suffisamment pertinente ou comprise par les patients. La validation des informations par le dermatologue reste donc indispensable pour aider le patient à faire le tri dans la masse des informations disponible [12].

V. IMPACT DU PSORIASIS SUR LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS :

Tous les patients affirment que le psoriasis a un impact important sur leurs qualités de vie.

La qualité de vie des patients est maintenant considérée comme un paramètre prioritaire pour l'évaluation de la prise en charge diagnostique et surtout thérapeutique. Les indices de qualité de vie appliqués au psoriasis sont nombreux, le premier à être validé a été le Psoriasis

Rapport-Gratuit.com

Disability Index (PDI) qui explore l'impact du psoriasis par 15 questions, sur les activités quotidiennes et sur les rapports sociaux [23,24]. Il y a aussi le Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI) qui vise à mesurer le stress induit par le psoriasis [25,26]. Parmi les questionnaires établis pour les affections dermatologiques en général, le Dermatology Life Quality Index (DLQI) a été très largement utilisé et appliqué au psoriasis. Le DLQI est une technique simple d'évaluation de l'impact des dermatoses sur la qualité de vie à l'aide de 10 questions, dont chacune comporte quatre réponses possibles. Ce questionnaire, qui tient facilement sur une seule page, est simple et pratique à utiliser [27,28]. Le DLQI a été traduit et validé en arabe [29]. Il a été utilisé dans une étude prospective de 40 patients Marocains psoriasiques en comparaison avec 28 patients présentant un vitiligo. Cette étude a montré que la qualité de vie des patients psoriasiques consultant en ambulatoire est plus altéré que dans le vitiligo [30].

Le General Health Questionnaire (GHQ) est un questionnaire d'autoévaluation visant à détecter des troubles psychiatriques [31]. En effet, la comorbidité psychiatrique est importante au cours du psoriasis. La dépression est de loin la maladie psychique la plus fréquemment rencontré [15]. Dans le but d'étudier l'incidence de la dépression, de l'anxiété et des tentatives de suicide chez les patients ayant un psoriasis comparés à la population générale, une étude américaine de cohorte sur dossiers électroniques enregistrés entre 1987 et 2002 a montré que les odds-ratio ajusté de la dépression, anxiété, et tendance au suicide, étaient respectivement de 1,39 (IC 95% :1,37-1,41), 1,31 (IC 95% :1,29-1,34) et 1,44 (IC 95% :1,32-1,51) [32]. Environ 30% des patients dans l'étude observationnelle réalisée par l'APLCP avaient un sentiment d'isolement. Ce sentiment était plus marqué avec les relations professionnelles [12]. A côté des aspects psychosociaux, tous les aspects de vie : financiers, familiaux, professionnels, vie sexuelle sont très significativement affectés dans le psoriasis [33].

Au cours du psoriasis, l'altération de l'image de soi se manifeste notamment au travers du regard de l'autre et des idées faussement véhiculées comme la contagion, le manque d'hygiène, le caractère « psy » de la maladie. Le retentissement sur le travail se manifeste en

général en fonction d'une part de la localisation des atteintes et d'autre part de la nature de l'activité. A cela s'ajoute l'attitude de l'environnement professionnel : Les collègues de travail, les supérieurs, les partenaires, les clients et La perception et la vision qu'a le malade de sa propre maladie : Il accepte sa maladie, Il connaît bien sa maladie, sait en parler et surmonter ses difficultés, Il ne se résigne pas et il est prêt à se battre [21].

VI. ASSOCIATION DES MALADES PSORIASIQUES :

L'association des malades psoriasiques peut jouer un rôle très important dans la prise en charge des patients et ceci par l'intégration sociale et économique de ces malades et l'amélioration de leur qualité de vie et de les accompagner ainsi que leur entourage : Information, écoute, édition de brochures, organisation de groupe de parole, conférences, aide juridique. Il peut aussi jouer un rôle dans l'accompagnement psychologique et l'éducation thérapeutique des patients destinés à les apprendre à bien gérer leur maladie. Aussi aider les personnes atteintes de psoriasis à mieux vivre la maladie au quotidien [34].

Suite à cette étude et pour répondre aux besoins de nos malades marocains atteints de psoriasis, une association de lutte contre le psoriasis est créée au Maroc en novembre 2012 et domicilié au service de dermatologie CHU de Marrakech. Elle prend la dénomination de «SADAFIA » et elle a pour objectifs :

- Réunir les malades psoriasiques.
- Ecouter , soutenir et apporter des informations et conseils aux patients porteurs de la maladie du psoriasis ainsi qu'à leur entourage et à tous ceux participant à leur environnement en général ,pour les aider à mieux vivre leur maladie , à rompre leur isolement , à partager leurs préoccupations et à favoriser leur bien – être.
- Aider, informer et éduquer les patients, pour qu'ils s'assument de leurs médications.
- Apporter des témoignages et des réponses aux patients et à leur entourage par le biais d'autres patients, de membres du Comité scientifique.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

- Permettre aux patients et à toute personne interpellée par le psoriasis d'échanger sur la maladie.
- Encourager et participer aux travaux des sociétés savantes et de la recherche dans les domaines du Psoriasis.
- Collaborer avec les organismes et industriels compétents dans le domaine du psoriasis.
- Représenter les malades psoriasiques auprès des organismes mutualistes, assurances maladies, ministère de la santé, et tout organisme compétent dans la prise en charge en général du malade.
- Etre porte-parole des malades auprès de l'ordre des médecins et autres acteurs dans la prise en charge de la maladie pour une prise en charge médico-sociale efficace
- Rechercher et collecter des fonds pour le soutien à ses projets et actions.

CONCLUSION

Le psoriasis est une maladie chronique qui altère la qualité de vie des patients. Afin d'aider les patients à acquérir les compétences dont-ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, ils ont besoin de bien connaitre leur maladie. Le médecin reste la principale source d'information sur le psoriasis pour nos malades qui doit consacrer plus de temps, plus d'écoute auprès de ses patients. Des fausses idées sur le psoriasis provoquent des mauvaises pratiques qui aggravent le plus souvent la maladie.

Les patients ressentent un manque d'information et d'éducation qui ne pourra être comblé que par une collaboration étroite entre le patient, son médecin et les associations de patients atteints de psoriasis.

ANNEXES

Annexe I :

Questionnaire

Service de Dermatologie
CHU MED VI
Date

Evaluation des connaissances des patients psoriasiques sur leur Maladie et leurs pratiques

N de fiche: Nom: Prénom:
Age:
Sexe: F M Phototype:
Etat civil: Célibataire marié divorcé
Type de psoriasis:
Date de début de maladie:
Evolution:

Les connaissances

Le psoriasis est une maladie contagieuse: vrai Faux je ne sais pas
Le psoriasis est une maladie héréditaire : oui non je ne sais pas
Le psoriasis est une maladie chronique : oui non je ne sais pas
Le psoriasis peut dégénérer en cancer : vrai faux je ne sais pas
Le psoriasis est dû à une mauvaise hygiène : vrai faux je ne sais pas
Le psoriasis peut être aggravé par le stress : oui non je ne sais pas
Le psoriasis ne peut être guéri complètement : vrai faux je ne sais pas
Le psoriasis peut se généraliser à tout le corps : vrai faux je ne sais pas
L ' exposition solaire est-elle bénéfique pour la maladie ? Oui Non Je ne sais pas
la station thermale est-elle bénéfique pour votre maladie? Oui non je ne sais pas

Le fait de se frotter dans le bain maure aide à guérir et enlever les squames : vrai faux je ne sais pas
Les traitements traditionnels sont efficaces: vrai faux je ne sais pas

Les pratiques

Avez-vous déjà consulté chez un médecin ? : Oui Non
Si oui lequel? Généraliste dermatologue autre
Combien de fois? 1fois rarement régulièrement
Est-ce que votre médecin vous a informé sur la nature de votre maladie ? Oui Non Très peu
Pratiquez-vous de l ' automédication : oui non

Utilisez-vous les traitements traditionnels? Oui non
si oui lesquels ?
Quel est leur impact sur votre maladie? Amélioration aggravation
Pas de changement
Avez-vous fréquentez une station thermale? Oui non
Si oui là ou lesquelles?
Si oui quel est son impact sur votre maladie ? Amélioration aggravation pas de changement
Fréquentez-vous les plages ? Oui Non Rarement
Quel est l'impact de cette fréquentation sur votre maladie ?
Amélioration aggravation pas de changement
Vous arrive-t'il de lire sur le psoriasis ? Oui non
si oui par quel moyen?

Recherchez-vous sur internet ? Oui non
Que recherchez-vous? Photos articles sites
Souhaitez-vous adhérer à l'association des malades psoriasiques ? Oui Non
Si oui pourquoi ?
Si non pourquoi?
Est-ce que la maladie a un impact sur votre qualité de vie?

Annexe II :

La classification de Fitzpatrick [5]

- **Phototype I** : réaction au soleil : ne bronze pas, attrape systématiquement des coups de Soleil. Type : peau très claire, taches de rousseur, cheveux blonds ou roux.

- **Phototype II**: réaction au soleil : bronze difficilement, attrape souvent des coups de soleil. Type : peau très claire, cheveux blonds ou châtain, des taches de rousseur apparaissent au soleil, yeux clairs.

- **Phototype III** : réaction au soleil : a parfois des coups de soleil, bronze progressivement. Type : peau claire, cheveux blonds ou châtain.

- **Phototype IV**: réaction au soleil : attrape peu de coups de soleil, bronze bien.
Type : peau mate, cheveux châtains ou bruns, yeux fonces.

- **Phototype V** : réaction au soleil : a rarement des coups de soleil, bronze facilement.
Type : peau foncée, yeux foncées.

- **Phototype VI** : réaction au soleil : peau foncée, n'a jamais de coups de soleil.
Type : peau noire.

RESUMES

Rapport-Gratuit.com

Résumé

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau, qui a un impact sur la qualité de vie, et pousse à des pratiques d'automédication. L'objectif de ce travail était de savoir les connaissances des psoriasiques sur leur maladie et leurs pratiques afin de mieux les guider et les aider.

Notre travail est une étude descriptive se basant sur un questionnaire qui était rempli par des patients psoriasiques. Il comprenait : des renseignements épidémiologiques et cliniques, les connaissances des patients sur leur maladie ; leurs pratiques et l'impact du psoriasis sur leur qualité de vie. La durée de l'étude était de 2ans.

Quatre cents patients ont été inclus dans notre étude dont 58 % étaient des femmes. L'âge moyen de nos patients était de 30ans, 59,5% des patients avaient un psoriasis en plaques. La date moyenne de début du psoriasis était de cinq ans, 85,8 % des malades savaient que le psoriasis n'est pas contagieux, 80 % qu'il est chronique, 4,8% croyaient que le psoriasis peut dégénérer en cancer cutané, 60,5% des malades pensaient que le stress pouvait aggraver le psoriasis, 5 % n'avaient jamais consulté, 68,3 % avait consulté un médecin généraliste, 65 % des malades étaient informés par leur médecin sur le psoriasis, 65,5 % pratiquaient de l'automédication, 99,5 % des malades ne lisaient pas sur le psoriasis et 97% ne faisaient pas de recherches sur Internet. Tous les malades souhaitent adhérer à une association et ils affirment que la maladie a un impact négatif sur leur qualité de vie.

Les patients psoriasiques sont peu informés sur leur maladie par leur médecin. Les connaissances sont variables en fonction des questions. Le niveau d'études des malades ne leur permettant pas de lire et faire des recherches sur Internet.

SUMMARY

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease, which has an impact on life quality, and push for self-medication practices. The aim of this study was to determine the knowledge of psoriasis patient on their illness and their practices to better guide and help them. A questionnaire was completed by psoriasis patients. It included: epidemiological and clinical information, patients' knowledge about their disease, their practices and the impact of psoriasis on quality of life. The study duration was 2 years 400 patients of whom 58 % were women. The average age of our patients was 30 years. 59.5% of patients had psoriasis with plaque form. The average start date of psoriasis was five years. 85.8 % of patients knew that psoriasis is not contagious and 80% that it is chronic. 4.8% believed that psoriasis can lead to cancer. 60.5 % of patients believed that stress can aggravate psoriasis. 5 % had never consulted and 68.3% had consulted a general practitioner. 65% of patients were told by their doctor about their illness and 65.5 % practiced self-medication. 99.5 % of patients did not read about psoriasis and 97 % did not do research on the Internet. All patients wanted to join an association. All patients claimed that the disease has a negative impact on their quality of life. Psoriatic patients are not well informed about their disease by their doctor. Knowledge vary depending on the issues. The level of education of the patients did not allow them to read and do research on the Internet.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

ملخص

الصدفية مرض جلدي التهابي مزمن، له تأثير على جودة الحياة ويدفع إلى ممارسات التطبيب الذاتي.يهدف هذا العمل إلى تحديد مدى معرفة مرضى الصدفية لمرضهم وممارساتهم من أجل توجيههم ومساعدتهم. هدا العمل عبارة عن دراسة وصفية على أساس استبيان، تم ملء استمارات الاستبيان من قبل المرضى الذين يعانون من الصدفية وشملت هذه الاستمارات ما يلي: المعلومات الوبائية و السريرية ،ومعرفة المرضى لمرضهم وممارساتهم وتأثير الصدفيةِ على جودة الحياة واستغرقت هده الدراسة سنتين وقد تم درج 400 مريض فيهذْه الدراسة، 58٪منهم من النساء كما آن متوسط السن لدى المرضى هو 30 عاما وكان 59.5٪ من المرضى يعانون من الصداف اللويحي وكان متوسط تاريخ بداية الصدفية خمس سنوات. 85.8 ٪ من المرضى يعرفون أن مرض الصدفية ليس معديا ، و 80٪ منهم يعرفون أنه مرض مزمن و4.8٪ اعتقدوا أن الصدفية يمكن أن يؤدي إلى سرطان جلدي و 60.5٪ من المرضى يعتقدون أن التوتر يمكن أن يؤدي إلى تفاقم مرض الصدفية و 5٪ من المرضى لم يتلقوا أي استشارة طبية و 68.3٪ تلقوا استشارة طبيب عام و 65٪ من المرضى قد تم إخبارهم عن مرضهم من طرف الطبيب المعالج و 65.5٪ من المرضى يمارسون التطبيب الذاتي و 99.5٪ منهم لا يقرؤون عن مرض الصدفية و 97٪ لا يقومون بعمليات البحث على شبكة الإنترنت. جميع المرضى يريدون الانضمام إلى جمعية و جلهم يعتبرون المعلومات المقدمة من طرف طبيبهم غير كافية ويختلف مستوى المعرفة لدى المرضى باختلاف الأسئلة كما أن مستوى التعليم لديهم لا يسمح لهم بالقراءة وإجراء البحوث على شبكة الانترنت.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Du-Thanh A, Jullien D, Girard C.**
Psoriasis.
Encycl Méd Chir, Dermatologie,98-520-A-10,2013:1-20

2. **Mokhtar I.**
Etude épidémiologique observationnelle du psoriasis au Maghreb
Ann dermatol venereol 2013;40Suppl:10

3. **Dubertret L.**
Le psoriasis de la clinique au traitement
Paris MED'COM 2004 :19-24.

4. **Saurat J H, LACHAPELLE J M, LIPSKER D, THOMAS L.**
Dermatologie et IST.
5° éd. Paris. Masson 2009 :269-276

5. **Pathak MA, Fitzpatrick TB, Greiter F, Kraus EW.**
Preventive treatement of sunburn, dermatoheliosis, and skin cancer with sun-protective agents.
Dermatology in general medicine.Fitzpatrik TB.
Third édition.Mac Graw Hill Ed.1987.Volume I,chap.130,1507-10

6. **Traub M, Marshall K.**
Psoriasis,pathophysiology,conventional and alternative approaches to traitement.
Altern Med Rev. 2007;12:319-30.

7. **Icen M,Crowson CS,McEvoy MT,Dann FJ,Gabriel SE.**
Trends in incidence of adulte onset psoriasis over 3 decades: a population based study
J. Am Acad Dermaol 2009;60:394-401

8. **Joel M,Gelfand MD,MSCE,Rachael weinstern,PhD, Steven B et al.**
Prevalence and traitement of psoriasis in the united Kingdom
Arch Dermatol 2005,141-1537-1541

9. **Green AC**
Australian Aborigines and psoriasis
Astralien j Dermatil 1984;25:18-24

10. **Lewkowcz D, Gottlieb A.B.**
Pediatric psoriasis and psoriatic arthritis.
Dermatologic Therapy, Vol.17,2004:364-375.

11. **Jalal O, Houass S, Laissaoui K, Hocar O, Charioui S, Amal S.**
Formes graves du psoriasis : 160 cas
Ann Dermatol Venereol. 2005;132:126-8.

12. **Sid-Mohand D.**
Une maladie complexe: le psoriasis. Un challenge au jour le jour : le point de vie du patient
Ann dermatolvenereol 2009;136,suppl8, S467-S471

13. **Fond L, Michel J.L, Gentil-perret A, Eve B, Montelimard N et al.**
Psoriasis chez l'enfant.
Arch Pédiatr 1999;6:669-74

14. **.Swanbeck G, lnerot A, Martinsson T, Wahlstrom J, Enerback C, Enlund F, et al.**
Age at onset and different types of psoriasis.
Br J Dermatol1995;133:768-73.

15. **Bougueona K, Miseryb L.**
Dépression et psoriasis.
Ann dermatol venereol 2008;135,suppl4,254-8

16. **Misery L.**
Skin, immunity and the nervous system.
Br J Dermatol 1997;137:843-50.

17. **Saraceno R, Kleyn CE, Terenghi G, Griffiths CEM.**
The role of neuropeptides in psoriasis.
Br J Dermatol 2006;154:876-82.

18. **Guilhou JJ, Dubertret L.**
Psoriasis : Diagnostic, evolution, physiopathologie, principes du traitement.
Disponible sur http://www.assim.refer.org/ psoria/htm. Consulté le 02/11 /2013

19. **APLCP**
Les 20 ans de l'association pour la lutte contre le psoriasis
PSO 2003;1257-8814-AS68280

20. **Weiss G , Shemer A, Trau H.**
The Koebner phenomenon: review of the literature
J Eur Acad Dermatol Venereol 2002;16:241-8.

21. **EUROPSO**
L'étude Europso
Disponible sur http://www.europso.org/psoria/htm. Consulté le 27/11/2013

22. **Sarrazin P, Seite S, Ledantec G, Ainouche R, Lestrel C**
Etude observationnelle sur 199 patients atteints de psoriasis en cure thermale à la roche posay
Disponible sur http://www.thermes-larocheposay.fr/psoria/htm. Consulté le 26/11 /2013

23. **Finaly AY, Keylly SE.**
Psoriasis-an index of disability.
Clin EXP Dermatol 1987;12:8-11

24. **Kent G, Al-Abadie M.**
The Psoriasis Disability Index6futer analyses.
Clin Exp Dermatol1993;132:236-44

25. **Gupta MA, Gupta AK, Kikby S.**
A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors.
Gen Hosp Psychiatry 1989;11:166-73

26. **Mckenna KE, Stern RS.**
The outcomes movement and new measures of the severity of psoriasis.
J Am Acad Dermatol1996;34:534-8

27. **Finaly AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS.**
Validation of sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis.
Br J Dermatol 1990;123:571-6

28. **Finaly AY, Khan GK.**
Dermatology life quality index(DLQI) :a simple practical measure for routine clinical use.
Clin Exp Dermatol 1994;19:210-8

29. **Khoudri I, Lamchahb FZ, Rmili M, Ismaili N, Hassan B, Abouqal R.**
Traduction,adaptation transculturelle et validation de la version arabe pour le Maroc du dermatology life quality index(DLQI).
Rev Epid Sant Publ 2009;57:3-59

30. **Benchikhi H, Abarji H, Nani S, Hassoune S, Maaroufi A**
Psoriasis et qualité de vie: étude de 40 patients marocains consultant pour psoriasis
Ann dermatol venereol 2013:10-11

31. **Root S, Kent G, Al-Abadie MSK.**
The relationship between disease severity, disability and psychological distressin patient undergoing PUVA treatment for psoriasis.
Dermatology 1994;189:234-7

32. **Bandoli G, Johnson DL, Jones KL, Lopez Jiminez J, Salas E, Mirrasoul N et al.**
Potentially modifiable risk factors for adversepregnancyoutcome in women with psoriasis.
Br J Dermatol 2010;163:334-9

33. **Ortonne J P.**
Psoriasis: évaluation de la qualité de vie.
Ann Dermatol Venereol 2000;127:2S19-2S22

34. **Balica S, Bernier C, Mazereeuw-Hautier J, Chiaverini C, Bulai-Livideanu C, Lahfa M et al.**
Elaboration d'un référentiel d'éducation thérapeutique dans le psoriasis.
Ann Dermatol Venereol 2011;138 :337-353

قسم الطبيب

اقسِمُ باللهِ العَظِيمْ

أن أراقبَ اللّه في مِهنَتِي.

وأن أصُونَ حياة الإنسان في كَافّةِ أدوَارِهَا في كل الظروف والأحوال

بَاذِلاً وسْعِي في استنقاذها مِن الهَلاكِ والمرَضِ والألَم والقَلق.

وأن أَحفَظ لِلنّاسِ كرَامَتهُم، وأستر عَوْرَتهُم، وأكتمَ سِرَّهُمْ.

وأن أكونَ عَلى الدوَام من وسائِل رحمة الله، باذلا رِعَايَتِي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح

والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أُسَخِره لنفعِ الإنسَان ..لا لأذَاه.

وأن أُوَقِّرَ مَن عَلَّمَني، وأُعَلِّمَ مَن يَصغرني، وأكون أخاً لِكُلِّ زَميلٍ في المِهنَةِ الطِّبّيّة

مُتعَاوِنِينَ عَلى البرِّ والتقوى.

وأن تكون حياتي مِصْدَاق إيمَاني في سِرّي وَعَلَانيَتي ،

نَقيّةً مِمّا يشينهَا تجَاهَ اللهِ وَرَسُولِهِ وَالمؤمِنين.

واللهُ على ما أقول شهيد

جامعـــة القاضـي عيـــاض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش

سنة 2013

أطروحة رقم 135

ماذا يعلم مرضى الصدفية عن مرضهم؟

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2013/12/16

من طرف

السيد السعيد العلواني

المزداد في 1 يناير 1986 بقلعة السراغنة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الصدفية – المعارف – الممارسات.

اللجنة

السيد ة ل. السعدوني أستاذة في الطب الباطني	الرئيس
السيد س. أمال أستاذ في طب الجلد	المشرف
السيدة ن. الأخضري أستاذة في طب الجلد	الحكام
السيد م. أمين أستاذ مبرز في علم الوبائيات السريرية	
السيد ب.ادمو أستاذ مبرز في المناعة	

Rapport-Gratuit.com