



HAL
open science

Validation et comparaison d'outils d'évaluation de la dépression chez des patients souffrant de psoriasis

Léa Boudon

► **To cite this version:**

Léa Boudon. Validation et comparaison d'outils d'évaluation de la dépression chez des patients souffrant de psoriasis. Psychiatrie et santé mentale. 2021. dumas-03436584

HAL Id: dumas-03436584

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03436584v1>

Submitted on 19 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

BOUDON Léa

Présentée et soutenue publiquement le 07 Octobre 2021

**Validation et comparaison d'outils d'évaluation de la dépression chez des patients souffrant de
psoriasis.**

Directeur de thèse : **Dr LAURON Sophie**, CHU Clermont-Ferrand

.....

Présidente du jury :

Madame JALENQUES Isabelle, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur D'INCAN Michel, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame LAURON Sophie, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand, service de psycho-oncologie

Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

BOUDON Léa

Présentée et soutenue publiquement le 07 Octobre 2021

Validation et comparaison d'outils d'évaluation de la dépression chez des patients souffrant de psoriasis.

Directeur de thèse : **Dr LAURON Sophie**, CHU Clermont-Ferrand

.....
Présidente du jury :

Madame JALENQUES Isabelle, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur D'INCAN Michel, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame LAURON Sophie, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand, service de psycho-oncologie

Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTMUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine

M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mlle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie

M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d’Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l’Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRÉSIDENTE DE JURY

Madame la Professeur JALENQUES Isabelle

Service de Psychiatrie de l'Adulte A, CHU de Clermont-Ferrand

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous avons pu bénéficier de la qualité de votre enseignement tout au long de notre internat. Nous vous sommes très reconnaissantes pour votre disponibilité et votre bienveillance. Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre sincère et profond respect.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur Michel D'INCAN

Service de Dermatologie, CHU de Clermont-Ferrand

Pour votre disponibilité, votre accessibilité et vos conseils. Nous vous sommes reconnaissantes de votre implication pour que cette thèse puisse avoir lieu. Pour l'honneur que vous nous faites d'accepter de participer à notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre profonde gratitude.

Madame la Docteur Sophie LAURON

Service de Psychiatrie de l'Adulte A, CHU de Clermont-Ferrand

Pour votre écoute, votre soutien infaillible, votre disponibilité, vos précieux conseils et votre bienveillance. Pour l'encadrement de ce travail de thèse. Pour toutes les connaissances que vous nous avez transmises. Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre immense gratitude.

Monsieur le Professeur Georges BROUSSE

Service de Psychiatrie de l'Adulte B, CHU de Clermont-Ferrand

Pour l'honneur que vous nous faites d'accepter de juger notre travail. Pour votre enseignement empreint de passion, pour votre disponibilité et votre bienveillance durant ce compagnonnage. Nous vous témoignons ici notre sincère et profond respect.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A Julien, mon phare, mon roc. Pour ton soutien plein d'amour et d'intelligence. Pour ta patience à toute épreuve et ton regard bienveillant qui me porte toujours plus loin. A la médecine à qui je devrai toujours notre rencontre.

A mes parents, à leur soutien sans faille, aux longues heures passées à m'écouter. A vos conseils avisés. A votre amour inconditionnel, à votre présence tout simplement. Je vous suis redevable de tout.

A mes sœurs Charlotte et Marie qui me montrent le chemin de la meilleure des façons. A vos magnifiques têtes blondes que j'aime infiniment.

A ma famille, je vous aime tellement.

A Anne et Lisa, pour nos longues soirées de dimanche à refaire le monde.

A mes amies de toujours Emilie et Mathilde. Echouer, pleurer, se relever, rire, réussir, découvrir et rire encore.... Grandir à vos côtés est une richesse inestimable.

A mes amours des premiers jours en médecine : Chloé, Pauline, Margaud, Messo. Vous illuminez mon quotidien, à vos côtés les années se sont écoulées en une fraction de seconde. A tout ce qui nous attend.

A mes co-internes Elisa, Laura, Daniel, Anne, Belkis et aux médecins Stéphanie, Sophie, Chloé, Sébastien, Isaure, Claire, Mylène, Arnaud, Nicoleta qui m'ont montré la voie, appris, rassuré. A l'incompréhension et aux erreurs, sources de connaissance.

A Fabien pour ton aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

A vous qui habitez mon cœur et vivez dans mes pensées.

A tous ceux non cités mais tellement importants.

Merci ♥

PARTIE 1 : INTRODUCTION ET CONTEXTE DE L'ETUDE

I-	<u>Dépression</u>	16
	1. <i>Epidémiologie</i>	16
	2. <i>Caractéristiques cliniques</i>	16
	3. <i>Evaluation et outils d'aide au diagnostic</i>	18
	4. <i>Prise en charge</i>	23
II-	<u>Psoriasis</u>	23
	1. <i>Epidémiologie</i>	23
	2. <i>Définition et caractéristiques cliniques</i>	23
	3. <i>Outils d'évaluation</i>	25
	4. <i>Prise en charge</i>	27
III-	<u>Dépression et pathologie chronique</u>	28
IV-	<u>Dépression et psoriasis</u>	30
V-	<u>Objectif de l'étude</u>	31

PARTIE 2 : ETUDE

I-	<u>Matériel et méthode</u>	32
	1. <i>Description et objectif de l'étude</i>	32
	1.1. Objectif principal.....	32
	1.2. Objectifs secondaires.....	32
	2. <i>Population étudiée</i>	32
	2.1. Critères d'inclusion.....	32
	2.2. Critères de non-inclusion.....	33
	2.3. Procédure d'arrêt prématuré de la recherche.....	33
	2.4. Modalités de recrutement.....	33
	3. <i>Description de l'étude</i>	33
	3.1. Critères d'évaluation.....	33
	3.1.1. <i>Critère d'évaluation principal</i>	33
	3.1.2. <i>Critères d'évaluation secondaires</i>	34
	3.2. Méthode d'investigation.....	34
	3.3. Description des mesures prises pour réduire les biais.....	36
	4. <i>Modalités d'organisation de la recherche</i>	36
	4.1. Description de l'organisation logistique générale.....	36
	4.2. Conduite à tenir en cas de dépistage de troubles psychiatriques.....	37
	5. <i>Données recueillies</i>	37
	5.1. Saisie et traitement.....	37
	5.2. Confidentialité.....	38
	6. <i>Considérations statistiques</i>	38
	6.1. Justification du nombre de sujets / analyse de puissance.....	38
	6.2. Méthode d'analyse des données.....	39
	6.2.1. <i>Généralités</i>	39
	6.2.2. <i>Analyse principale</i>	40
	6.2.3. <i>Analyses secondaires</i>	40

	7. <i>Considérations éthiques et réglementaires</i>	41
	7.1. Comité de Protection des Personnes.....	41
	7.2. Information du patient.....	41
II-	Résultats	42
	1. <i>Description de la population</i>	42
	1.1. Représentativité.....	44
	1.2. Descriptif des participants selon le MINI sur les 215 questionnaires analysés.....	45
	2. <i>Score aux différentes échelles</i>	48
	3. <i>Validité de l'étude</i>	51
	3.1. Validité interne.....	51
	3.2. Validité externe.....	52
	4. <i>Retest</i>	54
	5. <i>Corrélation des échelles avec la sévérité du psoriasis</i>	56
III-	Discussion	57
	1. <i>Population</i>	57
	2. <i>Méthodologie</i>	58
	3. <i>Valeurs seuils et qualités psychométriques</i>	59
	4. <i>Limitation de l'étude</i>	62
IV-	Conclusion	63
V-	Bibliographie	65
VI-	Annexes	69
	1. <i>Annexe 1 : MINI</i>	69
	1. <i>Annexe 2 : BDI</i>	72
	2. <i>Annexe 3 : PHQ9</i>	74
	3. <i>Annexe 4 : HADS</i>	75
	4. <i>Annexe 5 : IDS et qIDS</i>	76
	5. <i>Annexe 6 : ISP</i>	83
	6. <i>Annexe 7 : EVA</i>	85
VII-	Serment d'Hippocrate	86
	1. <i>Version longue</i>	86
	2. <i>Version courte</i>	87

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1	Représentativité des patients	45
Tableau 2	Descriptif des patients	47
Tableau 3	Score des échelles	50
Tableau 4	Sensibilité et spécificité	53
Tableau 5	Reproductibilité des échelles	55
Tableau 6	Corrélation des échelles avec la sévérité du psoriasis.	56

LISTE DES FIGURES :

Figure 1	Schéma de l'étude	35
Figure 2	Diagramme de flux	43
Figure 3	Aires sous la courbe	53
Figure 4	Retest	55

LISTE DES ABREVIATIONS :

ATCD	Antécédents
BDI	Beck Depression Inventory
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
DLQI	Dermatology Life Quality Index
EVA	Echelle Visuelle Analogique
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
IDS	Inventory for depressive symptomatology
IPS	Indice Simplifié du Psoriasis :
MADRS	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
PASI	Psoriasis Area and Severity Index
PHQ9	Patient Health Questionnaire 9
qIDS	Quick Inventory for depressive symptomatology
ROC	Receiver Operating Characteristic
WHO 5	World Health Organization

PARTIE 1 : INTRODUCTION, CONTEXTE DE L'ETUDE

I- Dépression :

1. Epidémiologie

La dépression est un problème de santé publique majeur. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la prévalence mondiale de la dépression en 2017 était de plus de 264 millions de personnes (1). En France, elle est de 21,4% sur la vie entière (2). La dépression est responsable d'environ 15 % du nombre total de jours vécus avec une invalidité (3), elle est donc en passe de devenir la deuxième cause d'invalidité après les maladies cardio-vasculaires. Elle affecte trois fois plus de femmes et l'âge de début se situe entre 20 et 50 ans avec une moyenne d'âge de 27ans.

Le profil évolutif des troubles dépressifs est caractérisé par un fort risque de chronicité, de récurrence après rémission (estimé jusqu'à 80 % à 5 ans) et de décès puisqu'un dixième des personnes souffrant de dépression décède par suicide.(4)

2. Caractéristiques cliniques

L'épisode dépressif constitue une rupture avec l'état clinique antérieur. Cette rupture peut être brutale ou insidieuse. Le diagnostic du trouble dépressif est clinique et repose sur l'évaluation des symptômes cardinaux : tristesse de l'humeur et perte d'intérêt et de plaisir pour les activités habituelles. La tétrade symptomatique de la dépression repose sur l'altération pathologique de l'humeur, des cognitions dépressives, un ralentissement psychomoteur et des symptômes physiques tels que l'altération du sommeil, de l'appétit et de la libido. L'entretien clinique s'attache également à évaluer les critères associés tels que la durée de l'épisode, la sévérité, le nombre d'épisode antérieurs, les antécédents familiaux de trouble de l'humeur (5).

Le trouble dépressif caractérisé est communément diagnostiqué selon les critères du DSM V. Afin de poser le diagnostic clinique, cinq symptômes parmi les neufs définis, dont au moins la tristesse de l'humeur ou l'anhédonie, doivent être présents sur une période d'au moins deux semaines et représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur de l'individu.

Les 9 symptômes sont les suivants :

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée presque tous les jours (se sentir vide, sans espoir)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités
3. Perte ou gain de poids significatif ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours
9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes avec ou sans plan précis, tentative de suicide.

Les symptômes décrits ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale et induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Ils

ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale. (6)

3. Evaluation et outils d'aide au diagnostic

Il existe deux catégories d'instruments :

- les hétéro-questionnaires parmi lesquels nous pouvons citer le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), la HDRS (Hamilton Depression Rating Scale), la MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale). (7)

- les auto-questionnaires parmi lesquels nous comptons : le BDI (Beck Depression Inventory), le PHQ (Patient Health Questionnaire), la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), l'IDS et le quickIDS (Inventory for depressive symptomatology) (7)

Nous nous attarderons à décrire les échelles utilisées dans notre étude.

- **Le MINI :**

Il est un entretien semi-dirigé validé en Français. (8) Il permet une évaluation standardisée de tous les troubles psychiatriques actuels ou passés. Dans cette étude, nous utiliserons le module « épisode dépressif majeur actuel ou passé » ainsi que le module « dysthymie actuelle » Il s'agit de questions précises auxquelles le patient doit répondre par « oui » ou par « non ».

- **Le BDI : (Annexe 1)**

Il comporte 21 items à choix multiples mesurant la présence et le degré de dépression chez les adolescents et les adultes conformément au critère du DSM-IV. Il est l'une des échelles d'auto-évaluation les plus utilisées dans le monde pour mesurer la dépression (9). Il ne s'agit pas d'un instrument de diagnostic. Il est principalement utilisé comme instrument de dépistage et dans

la recherche clinique. (10) Chacun des 21 items tente d'évaluer un symptôme ou une attitude spécifique de la dépression et est gradué de 0 à 3. Ils portent sur la tristesse, le pessimisme, les échecs passés, le mépris de soi, l'autocritique, les pensées ou velléités suicidaires, les pleurs, l'agitation, la perte d'intérêt, l'indécision, la perte d'énergie, la modification des habitudes de sommeil, l'irritabilité, la modification de l'appétit, les difficultés de concentration, la fatigue et la perte d'intérêt pour le sexe. (11)

Les seuils du questionnaire sont :

- dépression nulle ou minime : score inférieur à 10
- dépression légère : score de 10 à 18
- dépression modérée : score entre 19 et 29
- dépression sévère : score total supérieur à 30.

- **Le PHQ9 : (Annexe 2)**

Le Patient Health Questionnaire est un outil développé et validé dans les années 1990 pour diagnostiquer, selon les critères du DSM-IV, cinq types de troubles mentaux (la dépression, l'anxiété, les troubles somatoformes, l'alcoolisme et les troubles alimentaires) (7). Le PHQ9 est le module évaluant la présence et la sévérité de la dépression par le biais de 9 items correspondant aux 9 critères diagnostics de la dépression clinique du DSM-IV (qui sont demeurés les mêmes dans le DSM-V publié en 2013). Une version Française a été validée. (12) Une cotation de 0 à 3 des 9 items permet au patient d'estimer la fréquence des symptômes au cours des deux semaines précédentes. (7)

Le résultat au PHQ-9 est donné par le calcul d'un score variant de 0 à 27 :

- dépression légère : score de 5 à 9,
- dépression modérée : score de 10 à 14,

- dépression modérément sévère : score de 15 à 19

- dépression sévère : score de 20 à 27.

La caractéristique du PHQ-9, comparativement à d'autres tests de dépistage et de diagnostic de la dépression est d'être particulièrement bref.

- **HADS-D : (Annexe 3)**

L'échelle HADS a été développée par Zigmond et Snaithe en 1983 (13). Cet auto-questionnaire est composé de 14 items répartis en deux sous échelles de chacune 7 items : une sous échelle dépression (HADS-D) et en une sous échelle anxiété (HADS-A) (7). Elle est conçue pour faciliter la reconnaissance des troubles psychopathologiques en médecine interne, elle permet de suivre l'évolution de ces troubles sous traitement mais sert également d'instrument de dépistage.

La version française de cette échelle a fait l'objet de nombreux travaux de validation. L'objectif essentiel de la HADS-D est d'évaluer le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques (perte de poids, asthénie, troubles du sommeil...) qui selon les auteurs sont susceptibles de fausser les évaluations chez des patients vus en médecine interne et qui présentent donc fréquemment des problèmes organiques.

Un item de la HADS-D concerne la dysphorie, un autre le ralentissement et les cinq derniers traitent la dimension anhédonique qui pour les auteurs est très spécifique de la dépression et dont la sévérité implique l'indication d'un traitement antidépresseur.

Concernant la cotation de l'échelle, chaque item est coté de 0, 1, 2 ou 3 sur une échelle évaluant de manière semi-quantitative l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée. Le score de la Hospital Anxiety and Depression Scale-D est la somme des cotations.

Il varie donc de 0 à 21.

Les seuils du questionnaire sont :

- 0 à 7 : absence de troubles dépressifs ;
- 8 à 10 : troubles dépressifs suspectés ;
- 11 à 21 : troubles dépressifs avérés.

- **IDS et qIDS : (Annexe 4)**

Les deux inventaires IDS et qIDS ont été conçus pour évaluer la gravité des symptômes dépressifs. L'IDS et le qIDS sont tous les deux déclinés en deux versions : un hétéro questionnaire (IDS-C30 ; qIDS-C16) et un auto-questionnaire (IDS-SR30 ; qIDS-SR16).

Les items de l'IDS et du qIDS ont été sélectionnés pour évaluer les 9 critères diagnostics de l'épisode dépressif caractérisé du DSM-IV (14). L'IDS et le qIDS évaluent tous deux les symptômes des 7 jours précédents (qu'ils soient chroniques, de longue date ou récents).

- Le qIDS pose 16 questions permettant d'évaluer la gravité des neuf critères diagnostics utilisés dans le DSM -IV: les troubles du sommeil constituent 4 items ; les troubles de l'appétit représentent 4 items également, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur forment deux items, les 6 autres critères diagnostics (tristesse de l'humeur, troubles de la concentration, estime de soi, pensées de mort, perte d'intérêt, fatigue) correspondent chacun à 1 item (15).

-L'IDS inclue les 16 items du qIDS mais ajoute l'évaluation des symptômes couramment associés tels que l'anxiété, l'irritabilité, les douleurs ainsi que les symptômes aidant à déterminer les caractéristiques mélancoliques ou atypiques de l'épisode dépressif caractérisé. De ce fait, L'IDS est sensible au changement, avec les médicaments, la psychothérapie ou les traitements somatiques, ce qui la rend utile à la fois à des fins de recherche et cliniques.

Les 2 questionnaires ont fait l'objet d'un processus de validation linguistique complet en français par Mapi Research Trust.

Chaque item est coté de 0 à 3.

-L'IDS est noté en additionnant les réponses à 28 des 30 items pour obtenir un score total allant de 0 à 84. En effet, l'augmentation ou la diminution de l'appétit, mais pas les deux, sont utilisées pour calculer le score total. Il en est de même pour l'augmentation ou la diminution du poids.

-Le score final du QIDS varie de 0 à 27. Il est obtenu par l'addition des scores de chacun des 9 symptômes du DSM-IV.

	IDS	Q-IDS
Dépression légère	14-25	6-10
Dépression modérée	26-38	11-15
Dépression sévère	39-48	16-20
Dépression très sévère	49-84	21-27

Pour notre étude, l'IDS contenant tous les items du q-IDS, seul l'IDS sera remplie par les patients. Les scores du q-IDS seront donc obtenus à partir de l'IDS.

4. Prise en charge

Différents moyens sont à notre disposition pour traiter l'épisode dépressif caractérisé. Leur utilisation est guidée par la sévérité du trouble dépressif, on compte les psychothérapies, les règles hygiéno-diététiques, les traitements médicamenteux, avec notamment les antidépresseurs qui ciblent essentiellement le système mono-aminergique, ou encore l'électroconvulsivothérapie et la stimulation magnétique transcrânienne (5).

II- Psoriasis

1. Epidémiologie

Le psoriasis est une affection inflammatoire chronique qui affecte environ 2% à 3% de la population générale (16). Il affecte autant les femmes que les hommes. Il se présente généralement en une distribution d'âge bimodale, avec un pic d'incidence plus précoce entre 15 et 30 ans et un pic d'incidence plus tardif entre 50 et 60 ans (17).

2. Définition et caractéristiques cliniques

Le psoriasis est une maladie chronique à médiation immunitaire pour laquelle certains patients ont une prédisposition génétique. Cette affection se manifeste par des effets inflammatoires sur la peau ou les articulations, ou les deux (18).

- Au niveau dermatologique,

Il s'agit d'une dermatose dont la lésion élémentaire est une plaque érythémato-squameuse bien limitée, arrondie ou polycyclique associée à une couche squameuse plus ou moins épaisse correspondant sur le plan histologique à une hyperkératose. Le psoriasis peut affecter n'importe quel site cutané ; cependant, les emplacements typiques se situent au niveau : des

coudes, bord cubital de l'avant-bras, genoux, tibias, région lombosacrée, scalp, ongles, palmo-plantaire et le tronc qui sont des zones sujettes aux frottements et traumatismes (19).

On distingue différents types de psoriasis (20):

- Le psoriasis vulgaris ou psoriasis en plaques, forme la plus fréquente décrite ci-dessus
- Le psoriasis inversé, qui correspond à une atteinte des plis et où la lésion élémentaire n'est plus squameuse mais rouge brillante, parfois macérée et suintante
- Le psoriasis pustuleux, qui peut se limiter à une forme localisée, palmo-plantaire ou généralisée (de Von Zumbusch) et qui dans cette dernière configuration constitue une forme plus grave.
- L'érythrodermie psoriasique, qui complique souvent un psoriasis connu et dont il existe deux formes : « sèche » de meilleur pronostic et « humide et œdémateuse » particulièrement grave.
- Le psoriasis aigu en goutte qui est la forme pédiatrique la plus fréquente, souvent associée ou secondaire à une infection rhinopharyngée.

- Sur le plan rhumatologique,

Il est courant que l'atteinte articulaire survienne après ou de façon concomitante à l'atteinte cutanée (21). En effet, dans 70% des cas, l'atteinte cutanée ou unguéale précède le rhumatisme inflammatoire (20). Le rhumatisme psoriasique survient chez 10 à 40 % des patients atteints de psoriasis (22), les poussées cutanées et articulaires peuvent être simultanées ou dissociées.

Des formes périphériques et axiales ont été décrites :

-Mono ou oligoarthritis asymétriques : atteinte des métacarpophalangiennes, interphalangiennes proximales, aspect de doigt/orteil en « saucisse »

-Polyarthrite séronégative symétrique ou asymétrique : souvent débutée par une oligoarthritis aiguë. De présentation très proche de la polyarthrite rhumatoïde, elle se distingue par l'atteinte asymétrique et prédominante sur les interphalangiennes distales, l'absence habituelle de facteur rhumatoïde, de nodule rhumatoïde.

-Enthésopathie : inflammation puis calcification des insertions tendino-ligamentaires.

-Spondylarthrite psoriasique : dans 20% des cas elle s'associe à une atteinte périphérique des articulations. L'atteinte pelvienne asymétrique est moins fréquente que l'atteinte vertébrale et plus particulièrement cervicale.

Les lésions visibles de cette pathologie la rendent très stigmatisante. Le psoriasis par ses manifestations, impacte les fonctions physiques, psychologiques et la qualité de vie.

Ce n'est qu'au cours de la 67^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé, que les états membres de l'OMS reconnaissent le psoriasis comme étant « une maladie chronique, non-contagieuse, douloureuse et invalidante, pour laquelle il n'existe aucun traitement de guérison ».

3. Outils d'évaluation

Comme vu précédemment, le psoriasis présente de nombreux impacts physiques et psychosociaux. Ainsi, il semble important au cours de la prise en charge de la maladie, d'évaluer sa sévérité et son influence sur la qualité de vie :

- Sévérité de la pathologie :

- **PASI : Psoriasis Area and Severity Index**

La sévérité du psoriasis est principalement évaluée dans les essais cliniques en utilisant le PASI. Il cote de 0 à 4 la sévérité de l'érythème, de l'induration et de la desquamation sur quatre régions du corps (tête et cou ; membres supérieurs, tronc, membres inférieurs). Il estime de 0 à 6 le pourcentage de la surface atteinte de chaque zone. Le score total varie entre 0 et 72, et fait état d'un psoriasis modéré à sévère pour un score strictement supérieur à 10.

- **IPS : Indice Simplifié du Psoriasis : (Annexe 5)**

Cet indice utilisé au cours de notre étude, dérive du Salford Psoriasis Index. Il remplace le PASI par un score de gravité conçu pour refléter l'impact du psoriasis sur le plan fonctionnel et psychosocial (23). Il comprend des composantes distinctes pour la gravité (SPI-s), l'impact psychosocial (SPI-p) ainsi que les antécédents et traitements (SPI-i).

- *SPI-s* : permet d'évaluer, par le biais de 10 questions, spécifiquement les localisations critiques du psoriasis (cuir chevelu, visage cou oreilles, bras et aisselles, mains et ongles, poitrine et abdomen, dos et épaules, fesses et cuisses, pieds orteils, région ano-génitale). Chaque item est coté de : 0 (nulle ou minime), ½ (manifeste) ou 1 (étendue) donnant un score total compris entre 0 et 10. La sévérité moyenne des lésions est évaluée de 0 (très légère) à 5 (inflammation cutanée intense).

Le score de sévérité et de l'étendue, produit de ces 2 variables, est compris entre 0 et 50.

-*SPI-p* : est coté entre 0 et 10

-*SPI-i* : est coté entre 0 et 10

Traduit en français, il peut être utilisé par le médecin ou le patient. Nous utiliserons la version auto-questionnaire. Le SPI est un outil utile pour l'évaluation de la sévérité du psoriasis,

nécessitant peu de calculs, avec une bonne corrélation entre l'évaluation par le patient et le médecin. Il est recommandé par la Société Française de Dermatologie (SFD).

- Qualité de vie

La Société Française de Dermatologie (SFD) recommande en plus de l'évaluation de la sévérité de l'atteinte cutanée, l'évaluation de l'impact sur la qualité de vie (24). The Dermatology Life Quality Index (DLQI) est l'outil le plus utilisé (25). Il comporte dix questions cotées de 0 à 3, rendant un score total de 0 à 30. Il est important de préciser que cet outil n'est pas spécifique au psoriasis.

4. Prise en charge

Actuellement, il n'existe aucun traitement permettant la guérison du psoriasis. Il est possible de distinguer les thérapeutiques utilisées en deux classes : les topiques et les traitements généraux.

- Traitements topiques :

Ils sont utilisés seuls ou en association dans les formes peu étendues de la maladie (surface corporelle atteinte <10%). En association avec les traitements systémiques, ils permettent d'accroître leur efficacité ou de prendre en charge une poussée. Parmi eux nous pouvons citer les émoullients, les kératolytiques, les corticoïdes locaux, les réducteurs (bien que peu employés en France), les rétinoïdes topiques et les dérivés de la vitamine D.

- Traitements généraux :

Selon les recommandations de la SFD (24): le traitement systémique doit être proposé aux patients dont le psoriasis couvre plus de 10% de la surface corporelle, ou lorsque le PASI est supérieur à 10 mais également si le DLQI est supérieur à 10. Il reste indiqué lorsque la maladie est localisée mais non contrôlée par les traitements topiques et responsable d'un impact social et/ou psychologique significatif.

Les traitements systémiques recouvrent les photothérapies, le méthotrexate, la ciclosporine, les rétinoïdes et les médicaments biologiques (anti-TNF α , inhibiteurs de l'IL12/IL23 et de l'IL17).

III- Dépression et pathologie chronique :

Au cours des dernières années, des études ont montré que les patients souffrant de maladies chroniques ont des taux de prévalence de troubles mentaux plus élevés. Les principaux troubles psychiatriques rencontrés sont l'anxiété et les troubles dépressifs (26).

Il apparaît primordial de reconnaître précocement les symptômes psychiatriques afin d'initier une prise en charge adéquate et d'empêcher ainsi une aggravation ou une chronicisation du trouble (26)(27).

La sous-détection des troubles dépressifs peut impacter la prise en charge des maladies somatiques. En effet, le taux d'observance des thérapeutiques et l'adhésion aux soins se voient diminuer chez les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé. Ignorer les maladies mentales chez les patients atteints de maladies somatiques chroniques entraînent également une augmentation des coûts dans les soins de santé en raison d'une plus grande utilisation des services médicaux (28).

Les chevauchements des critères psychiatriques avec les symptômes causés par la maladie et le traitement (fatigue, trouble du sommeil, trouble du contenu de la pensée) rendent les troubles psychiatriques difficiles à diagnostiquer chez les patients atteints de maladies chroniques. Des instruments spécifiques sont nécessaires pour détecter les patients nécessitant des soins psychiatriques (29)(30). À cette fin, les échelles de dépistage représentent des outils importants pour les médecins en charge du patient afin de détecter le trouble dépressif et orienter plus précocement le patient vers des soins adaptés (26).

De nombreuses études se sont ainsi attachées à valider les outils précédemment cités afin de faciliter l'évaluation et le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé chez les patients souffrant de pathologie chronique comme l'asthme, la BPCO, la polyarthrite rhumatoïde, l'insuffisance rénale chronique...

Ainsi, Brown et al (31) ont évalué les propriétés psychométriques du qIDS chez des patients souffrant d'asthme. Ces propriétés ont été comparées à un hétéro questionnaire, l'échelle d'Hamilton. Cette étude met en évidence une sensibilité identique. Le qIDS évalue la sévérité des symptômes dépressifs ainsi que leur évolution. L'échelle est sensible à la réponse au traitement et à la rémission des symptômes. Son utilisation simple et rapide pourrait représenter une aide pour les pneumologues afin d'évaluer l'état psychique des patients et de proposer si nécessaire une aide spécialisée.

Les rhumatologues, confrontés à la difficulté d'évaluation de la dépression chez des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde ont étudié la validation d'auto-questionnaires standardisés (BDI 2, PHQ 9, WHO 5) en comparaison à la MADRS (32). Ainsi de nouveaux cut-off ont été proposés pour ces outils afin de refléter au mieux la symptomatologie dépressive dans la polyarthrite rhumatoïde.

IV- Dépression et psoriasis :

La présence de symptômes dépressifs peut être à l'origine d'une mauvaise observance des traitements chez les patients souffrant de psoriasis, favorisant l'expansion du psoriasis et l'installation de symptômes psychiques. Selon une étude multicentrique, la présence d'idées suicidaires est plus élevée chez les patients souffrant de psoriasis (OR : 1.94 ; 1.33-2.82) (33). La gravité de la dépression semble corrélée à la sévérité de l'atteinte psoriasique (34).

D'après la méta-analyse de Dowlatshahi et al portant sur 98 études (35), la prévalence des symptômes dépressifs en utilisant l'HADS est de 23 % (en utilisant une valeur de cut-off de 8), de 36% (en utilisant le BDI, avec une valeur de cut-off de 10). La prévalence semble s'élever à 55 % lorsqu'elle est mesurée avec un autre questionnaire (Echelle de dépression du centre des études épidémiologiques). Lors de l'utilisation des échelles HADS-D et MADRS, Dowlatshahi et al montrent que les patients souffrant de psoriasis ont un risque 6 fois plus important de présenter des symptômes dépressifs. La dépression affecte entre 9 et 55% des patients souffrant de psoriasis selon Patel (34), 10 à 58 % selon Fortune et al (16), 6 à 62 % selon Esposito et al (36). Cette hétérogénéité est liée aux designs des études, à la population, aux définitions variées de la dépression mais également aux méthodes de mesures utilisées pour évaluer la dépression (16).

La littérature décrit chez les patients souffrant de psoriasis, des symptômes physiques associés; le prurit semble être positivement corrélé à la sévérité de la dépression en favorisant les troubles du sommeil (37). Misery et al rapportent à travers une étude cas-témoin, l'existence de douleurs cutanées à l'origine d'une altération physique et morale, présente chez un tiers des patients souffrant de psoriasis (38). Skoie et al décrivent une fatigue associée au psoriasis, non corrélée à l'activité de la dermatose, et d'intensité moindre en l'absence de

rhumatisme psoriasique (39). Le rhumatisme psoriasique impacte le sommeil, le travail, et la socialisation (34).

Les questionnaires de dépression qui mesurent seulement les symptômes dépressifs sans tenir compte des symptômes cliniques induits par le psoriasis, semblent surévaluer la prévalence des troubles dépressifs et ne reflètent pas nécessairement la dépression clinique (40). Les plaintes et les symptômes liés au psoriasis peuvent être faussement identifiés par les questionnaires comme symptomatologie dépressive et peuvent surestimer les symptômes dépressifs.

Richards et al (41) montre la difficulté des dermatologues à identifier correctement la détresse psychologique des patients souffrant de psoriasis. En effet, seulement la moitié des cas d'anxiété et le tiers des patients déprimés sont identifiés en consultation. Une orientation spécialisée vers un psychologue ou un psychiatre ne serait ensuite réalisée que dans un tiers des cas identifiés.

V- Objectif de l'étude

Dans ce contexte, face à l'impact du psoriasis sur le fonctionnement psychosocial du patient et devant la difficulté à diagnostiquer le trouble dépressif du fait des symptômes confondants, il semble nécessaire de proposer aux dermatologues des outils évaluant la symptomatologie dépressive, validés spécifiquement chez des patients souffrant de psoriasis. Ainsi, l'objectif principal de notre étude consistera à valider les auto-questionnaires présentés et à identifier le plus performant pour diagnostiquer la dépression chez cette population de patients.

PARTIE 2 : ETUDE

I- Matériel et méthode :

1. Description et objectif de l'étude :

Notre étude menée au CHU est transversale observationnelle uni centrique.

Elle ne modifie pas la prise en charge des patients.

1.1. Objectif principal :

Elle a pour objectif la validation d'auto-questionnaires (BDI, PHQ9, IDS, QIDS, HADS) évaluant la dépression chez des patients souffrant de psoriasis.

1.1. Objectif secondaire :

Par ailleurs, les qualités psychométriques des auto-questionnaires (BDI, PHQ9, IDS, qIDS, HADS) validés pour la dépression en population psoriasique ont été comparés.

2. Population étudiée :

2.1. Critères d'inclusion :

- Patient majeur, homme ou femme, atteint de psoriasis, âgé de moins de 70 ans, et faisant partie de la file active des services de dermatologie ou de rhumatologie du CHU de Clermont-Ferrand.
- Capable mentalement et linguistiquement de répondre aux questionnaires proposés.
- Pouvant remplir des questionnaires en ligne à partir de son domicile.
- Affilié à la Sécurité Sociale.

2.2. Critères de non-inclusion :

- Patient incapable majeur
- Refus de participation

2.3. Procédure d'arrêt prématuré de la recherche

Les patients ne répondant pas complètement à l'entretien téléphonique ont été exclus de l'étude et donc de l'analyse (absence d'évaluation du critère diagnostic). Les patients répondant à la totalité de l'entretien téléphonique mais ne répondant pas du tout au questionnaire informatisé ou répondant dans un délai supérieur à 7 jours ont été également exclus. Les patients qui ont déclaré un trouble dépressif ou dysthymique (déclenché et maintenu par une maladie physique autre que le psoriasis et ses évolutions, ou par la prise de médicaments ou de drogues) se sont vu exclure de l'étude.

2.4. Modalités de recrutement

Tous les patients ayant consulté pour un psoriasis dans le service de dermatologie ou de rhumatologie du CHU de Clermont-Ferrand et répondant aux critères d'inclusion ont été contactés par téléphone. L'étude leur a alors été présentée et proposée.

3. Description de l'étude

3.1. Critères d'évaluation

3.1.1. Critère d'évaluation principal

Il s'agit de la performance diagnostique des cinq auto-questionnaires testés (BDI, PHQ9, IDS, QIDS, HADS), face au diagnostic de trouble dépressif établi par le MINI au cours de l'entretien téléphonique pris comme Gold standard pour notre étude.

3.1.2. Critères d'évaluation secondaires

Les critères d'évaluations secondaires correspondent aux questionnaires de dépression (BDI, PHQ9, IDS, QIDS, HADS), à l'indice simplifié du psoriasis estimant la gravité du psoriasis, mais également aux échelles d'Evaluation Visuelle Analogique cotant l'intensité de la douleur cutanée, articulaire, du prurit et de la fatigue.

Les critères détaillés ici ont été des co-variables utilisées dans les modèles d'analyse.

3.2. Méthode d'investigation

Cette étude s'est déroulée en 3 étapes :

-Entretien téléphonique :

Il a duré environ 10 minutes et a débuté par un questionnaire sociodémographique : sexe, âge, statut marital, niveau d'étude. Puis l'entretien s'est axé sur le versant médical à savoir : le service de prise en charge au CHU, la date de début du psoriasis, le recueil des traitements actuels, de leurs indications et de leurs dates de début, la consommation de tabac et d'alcool. Au cours de l'entretien, le patient a été questionné quant à un suivi psychiatrique ou psychologique actuel ou passé. Par la suite, l'opérateur a réalisé un entretien semi-dirigé ayant permis d'identifier la présence de troubles dépressifs ou dysthymiques par le biais du MINI.

-Envoi des auto-questionnaires

A la fin de cet entretien, il a été envoyé par mail aux patients plusieurs auto-questionnaires : l'Indice simplifié du psoriasis, l'EVA prurit, l'EVA de la douleur (cutanée et articulaire), l'EVA de la fatigue, le BDI, le PHQ9, l'IDS, le QIDS, l'HADS-D. Ces derniers se complétaient en 20 à 30 minutes.

- Test-retest :

Certains patients se sont vu proposer de remplir à nouveau les auto-questionnaires évaluant l'intensité des symptômes dépressifs 15 jours après avoir répondu à l'enquête.

Le retest nécessite 50 patients qui se déclarent stables pour chaque questionnaire.

Schéma de l'étude

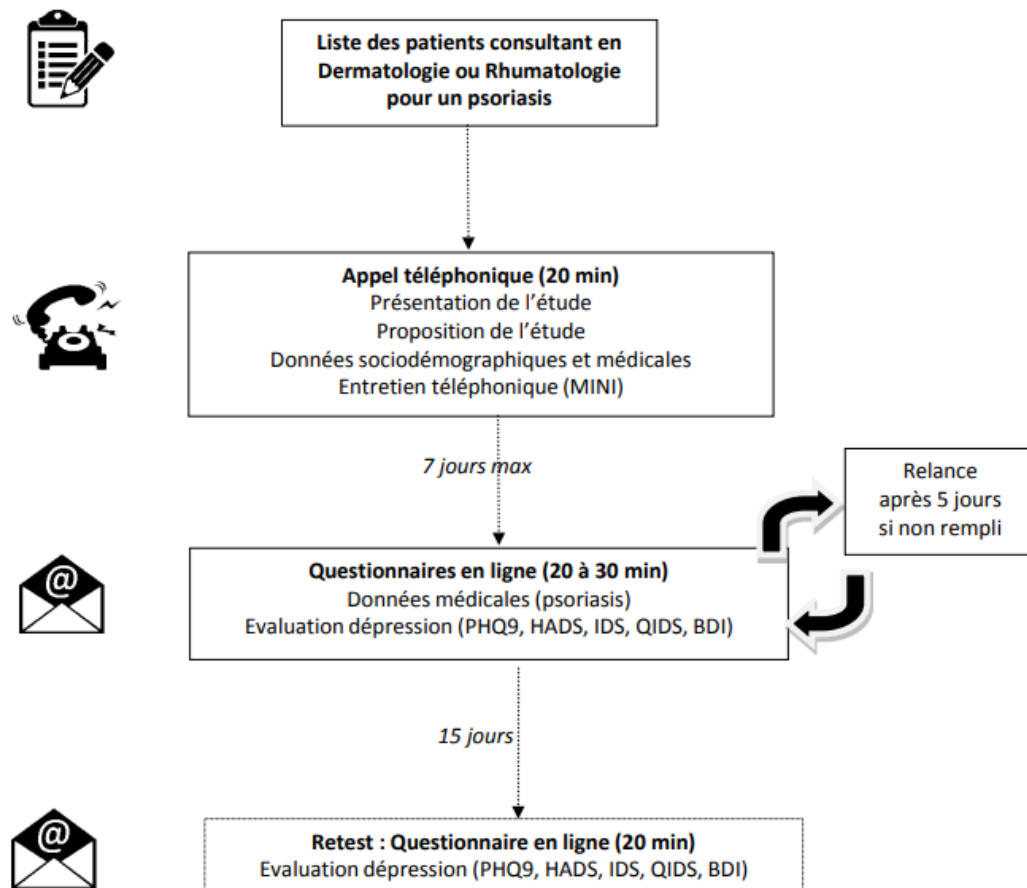


Figure 1 : Schéma de l'étude

3.3. Description des mesures prises pour réduire les biais

- Tous les participants sélectionnés pour le retest n'ont pas rempli tous les questionnaires à nouveau : les questionnaires ont été répartis entre les patients. Seuls les questionnaires remplis dans les 21 jours ont été analysés.
- Les patients non-répondeurs ont été relancés par téléphone au bout de 5 jours.
- Les auto-questionnaires remplis 7 jours après l'entretien téléphonique n'ont pas été pris en compte. En effet, les échelles évaluent l'humeur sur les 7 derniers jours et la période explorée doit contenir l'entretien téléphonique durant lequel le diagnostic a été établi.
- L'ordre des questionnaires en ligne a été rendu aléatoire afin d'éviter que le même questionnaire soit toujours rempli en dernier et soit donc impacté par la fatigabilité des participants.
- Tous les investigateurs ont été formés pour l'entretien téléphonique et suivront le même plan.

4. Modalités d'organisation de la recherche

4.1. Description de l'organisation logistique générale

La sélection des patients souffrant de psoriasis a été permise par le Pr D'INCAN (service de dermatologie) et le Pr SOUBRIER (service de rhumatologie).

Le Dr LAURON a sélectionné les patients éligibles à l'appel. Les résultats ont été anonymisés par Mr RONDEPIERRE et analysés par Pr JALENQUES, Dr LAURON, Mr PEREIRA et Mr RONDEPIERRE.

4.2. Conduite à tenir en cas de dépistage de troubles psychiatriques

Lorsque des troubles psychiatriques ont été dépistés au cours de l'entretien, la personne en a été informée. En cas de suivi psychiatrique en cours, il a été proposé au patient d'informer son médecin psychiatre. En revanche dans la situation où aucun suivi psychiatrique n'était en cours, une prise en charge adaptée a été proposée à savoir :

- En cas de dépression légère ou modérée, le patient a été orienté vers son médecin traitant ou vers un psychiatre qui en a été informé par courrier.

- En cas de dépression sévère ou de risque suicidaire, le psychiatre a proposé de contacter le médecin traitant par téléphone dans la demi-journée afin que le patient soit évalué.

Dans le cas où la prise en charge par le médecin traitant n'était pas possible, le patient a été orienté sur une consultation psychiatrique d'urgence au Centre Médico Psychologique de secteur ou sur la consultation psychiatrique des urgences psychiatriques les plus proches.

5. Données recueillies

5.1. Saisie et traitement

La base de données a été construite grâce au logiciel RedCap par Mr RONDEPIERRE.

REDCAP est un logiciel gratuit, sécurisé, basé sur internet. C'est un outil spécifique pour la saisie de données pour les études de recherche et pour la réalisation d'enquêtes en ligne.

5.2. Confidentialité

La saisie a été effectuée directement par les investigateurs lors de l'appel téléphonique et eux seuls ont eu un droit d'accès aux données. Il leur incombait également d'assurer la confidentialité des informations recueillies conformément aux dispositions relatives à la confidentialité des informations concernant les personnes participant à la recherche et les résultats obtenus (article R. 5121-13 du code de la santé publique).

Le statisticien qui a réalisé les analyses statistiques a eu accès aux données non identifiantes. Ces personnes, au même titre que les investigateurs eux-mêmes, sont soumises au secret professionnel (selon les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal).

Pendant la recherche et à son issue, les données recueillies sur les personnes qui s'y sont prêtées et transmises au promoteur par les investigateurs ont été rendues anonymes.

6. Considérations statistiques

6.1. Justification du nombre de sujets / analyse de puissance.

La justification du nombre de sujets nécessaires repose sur les recommandations de la COSMIN. Ainsi, l'analyse de la consistance interne nécessite 100 à 120 sujets minimums. La reproductibilité étudiée par le retest requiert la réponse de 50 patients qui se déclarent stables.

Dans la littérature, les questionnaires évaluant la dépression ont une sensibilité de plus de 80% et une spécificité comprise entre 75 et 85% selon les questionnaires (7).

Dans cette étude, nous ne nous sommes pas attendus à une modification de la sensibilité. Cependant, une baisse de la spécificité était attendue (augmentation des faux positifs du fait des symptômes du psoriasis). Ainsi, les meilleurs questionnaires ne devaient pas être, ou être peu impactés par les symptômes physiques du psoriasis et leur spécificité ne devait donc pas être inférieure à 75%. En revanche pour les échelles les plus impactées par les symptômes du psoriasis, la spécificité devait être inférieure à 70%.

Avec une spécificité de 75% pour les meilleurs questionnaires et de 69% pour les questionnaires plus impactés, et en tenant compte d'une corrélation de 0.75 entre les questionnaires, 243 sujets permettaient d'atteindre une puissance de 80% et une signification bilatérale de 5% pour détecter une différence de -6% de spécificité entre les questionnaires. L'inclusion de 250 patients permettait de répondre à l'objectif principal.

6.2. Méthode d'analyse des données

6.2.1. Généralités

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA) en considérant un risque d'erreur de première espèce α bilatéral de 5%.

La population a été décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne (\pm écart-type) ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique.

6.2.2. Analyse principale

La performance diagnostique des questionnaires évaluant la dépression a été explorée pour évaluer leur validité en tant que méthode de dépistage de la dépression dans le psoriasis en rapport avec le diagnostic établi par le MINI.

Une analyse par courbe ROC a été proposée avec estimation de l'aire sous la courbe (AUC) et des intervalles de confiance à 95%.

Pour chaque questionnaire, un seuil optimal a été défini au regard de la pertinence clinique et des indicateurs habituellement rapportés dans la littérature.

Les valeurs de sensibilité, de spécificité, les valeurs prédictives positives et négatives ont été présentées pour les nouveaux seuils définis ainsi que pour les seuils rapportés habituellement dans la littérature. Les résultats ont été présentés avec des intervalles de confiance à 95%. Les aires sous la courbe associées aux différents questionnaires à l'étude seront comparées (23); tout comme les valeurs de sensibilité et de spécificité.

Nous avons accordé une attention particulière à l'étude de la meilleure sensibilité afin de déterminer l'auto-questionnaire présentant le moins possible de faux négatifs.

6.2.3. Analyses secondaires

L'analyse de la consistance interne a été évaluée et appréciée par le calcul du coefficient α de Cronbach. Un coefficient α compris entre 0,70 et 0,90 est considéré comme acceptable. Par ailleurs, la cohérence de l'agencement interne des questionnaires a été étudié par le biais des corrélations inter-items ; les coefficients de corrélations étaient attendus positifs sans être trop élevés (0.60-0.80).

La reproductibilité (stabilité des scores au cours du temps chez un même individu, à des temps différents, dans la mesure où son état est resté sensiblement stable) a été appréciée par le « test-retest » chez un même individu dont l'état clinique psychiatrique et psoriasique est resté stable. Les coefficients de concordance de Lin ont permis d'évaluer la stabilité test-retest. L'interprétation du coefficient de Lin a été réalisée au regard des recommandations rapportées habituellement dans la littérature à savoir : <0.2 (concordance négligeable), 0.2-0.4 (concordance faible), de 0.4 à 0.6 (concordance modérée), 0.6-0.8 (concordance bonne) et ≥ 0.8 (concordance excellente) (15).

7. Considérations éthiques et réglementaires

7.1. Comité de Protection des Personnes

Le protocole, le formulaire d'information et de consentement ainsi que le cahier d'observation de l'étude ont été soumis et validé par le Comité de Protection des Personnes.

7.2. Information du patient

Les patients ont été informés de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs de l'étude, de la nature des informations recueillies et de leur droit de s'opposer à tout moment à l'exploitation des données recueillies.

II- Résultats :

1. Description de la population

Au total, 596 patients souffrant de psoriasis et/ou de rhumatisme psoriasique ont été sélectionnés pour l'étude. Après l'application des critères d'exclusions : 99 d'entre eux sont exclus de l'étude et 497 patients sont éligibles à l'entretien téléphonique. 147 ne répondent pas au téléphone, 39 refusent la participation, 4 réfutent le diagnostic de psoriasis, 16 expliquent ne pas avoir de mail et 2 patients se trouvent en situation d'incapacité (trisomie 21 et trouble du langage). De ce fait, l'entretien téléphonique est réalisé auprès de 289 patients. Après l'appel, 66 patients se voient exclus de l'étude : 60 d'entre eux ne donnent pas suite aux auto-questionnaires, 3 d'entre eux souffrent de dysthymie et 3 présentent des symptômes dépressifs depuis moins de 15 jours.

Nous comptons 223 auto-questionnaires complétés dont 8 au-delà du délai des 7 jours. Ainsi seul 215 questionnaires seront pris en compte dans notre étude (Figure 1).

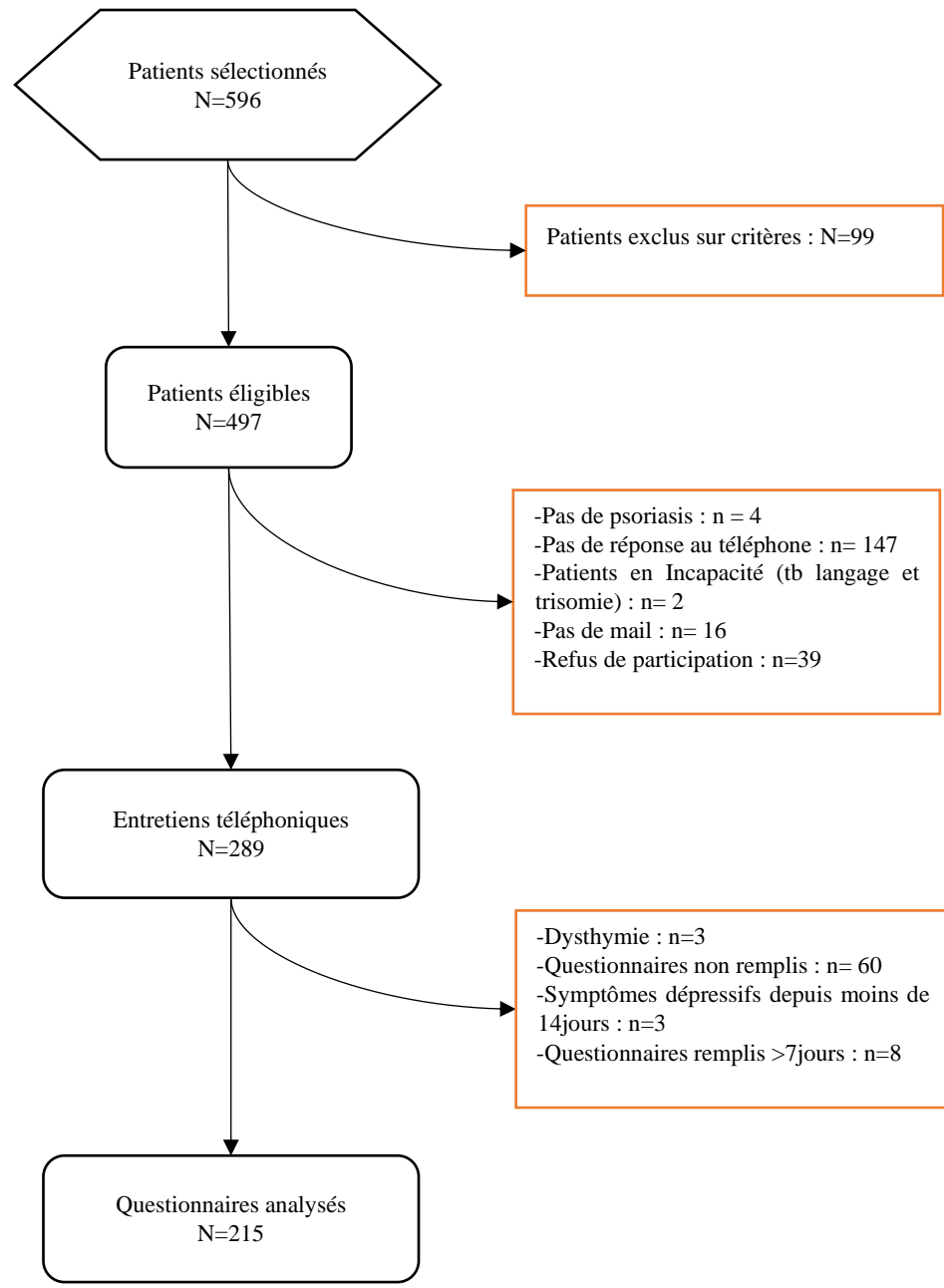


Figure 2 : Diagramme de flux

Patients exclus

Patients inclus

1.1 Représentativité

Après avoir exclu les 6 patients souffrants de dysthymie et de symptômes dépressifs évoluant depuis moins de deux semaines. Il nous est possible de comparer les caractéristiques des patients n'ayant pas complété les auto-questionnaires aux autres participants.

Il apparait ainsi deux différences significatives entre les patients non-répondants et les répondants. Ces derniers sont plus jeunes et présentent une moyenne d'âge à 46,32 ans ($\pm 12,6$) contre 50,83 ans ($\pm 10,47$) chez les patients non-répondants ($p=0,014$). De même il est mis en évidence que le niveau d'étude a un impact sur le taux de participation. Les personnes qui n'ont pas répondu aux questionnaires ont un niveau d'étude plus faible (60% inférieurs au bac et 21.67% supérieur au bac) par rapport aux participants (35% inférieur au bac et 45% supérieur au bac, $p=0.001$).

Par ailleurs, le taux de réponse n'est pas impacté par la pathologie dépressive. En effet, aucune différence n'est montrée pour les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé : sur les 32 patients 10,76% ont rempli les échelles d'auto-évaluation alors que 13.33% ne les ont pas remplis (tableau 1).

Tableau 1 : représentativité des patients

	Nombre total N=283	Pas de réponse N=60	Réponse N=223	p-value
Homme	142 (50.18)	33 (55.00)	109 (48.88)	0.400
Age	47.28± 12.35	50.83±10.47	46.32±12.6	0.014
Niveau d'étude :				
-Inferieur au BAC	114 (40.28)	36 (60.00)	78 (34.98)	
-BAC	55 (19.43)	11 (18.33)	44 (19.73)	0.001
-Supérieur au BAC	114 (40.28)	13 (21.67)	101 (45.29)	
Suivi :				
-Dermatologie	209 (73.85)	48 (80.00)	161 (72.20)	0.222
-Rhumatologie	74 (26.15)	12 (20.00)	62 (27.80)	
ATCD de dépression	141 (49.82)	28 (46.67)	113 (50.67)	0.582
Dépression actuelle	32 (11.31)	8 (13.33)	24 (10.76)	0.577
Antidépresseur	34 (12.01)	9 (15.00)	25 (11.21)	0.423
Anxiolytique	17 (6.01)	3 (5.00)	14 (6.28)	0.712
ATCD de suivi psychologique	94 (33.22)	22 (36.67)	72 (32.29)	0.523
Suivi psychologique actuel	20 (21.28)	4 (18.18)	16 (22.22)	0.685
ATCD de suivi psychiatrique	68 (24.03)	20 (33.33)	48 (21.52)	0.057
Suivi psychiatrique actuel	20 (29.41)	4 (20.00)	16 (33.33)	0.272

Les valeurs sont des moyennes et pourcentages ; ± écart type () pourcentage

1.2 Descriptif des participants selon le MINI sur les 215 questionnaires analysés

La population étudiée présente une moyenne d'âge à 46,3 ans (± 12.8). Elle compte autant d'hommes que de femmes (50.3%). Parmi les patients étudiés 154 soit 71,6% sont suivis en dermatologie et 28.4% souffrent de rhumatisme psoriasique. 91.2% de la population bénéficie d'un traitement pour la dermatose, 70.9% d'entre eux prennent actuellement une biothérapie. On note que 110 patients soit 51.16% déclarent avoir souffert de dépression par le passé.

Dans le groupe de patients déprimés, nous notons qu'il y a significativement plus de femmes que d'hommes (74%, $p=0.018$). Le niveau d'étude est significativement plus bas chez les patients souffrant de dépression ($p=0.034$). Seuls 6 patients déprimés (26,1%) ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat.

Par ailleurs, nous ne constatons pas de différence significative dans les conduites addictives entre les patients n'étant pas atteints de dépression et les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé. Dans chaque sous-groupe, la population est répartie de façon homogène, 70% des patients déprimés sont suivis en dermatologie contre 71,9% chez les non déprimés. L'âge de début et la durée du psoriasis ne sont pas significativement différents entre les patients déprimés vs non déprimés.

Par ailleurs, nous mettons en évidence des différences significatives dans l'Indice Simplifié du psoriasis volet Psychosocial (ISP-p) et Anamnèse (ISP-i). En effet, les patients déprimés présentent en moyenne un score significativement plus élevé à l'ISP-p : 6.16 ± 2.96 contre 3.51 ± 2.98 chez les patients non déprimés ($p<0.01$) et 5 ± 2.07 vs 4.03 ± 2.13 ($p=0.042$) à l'ISP-i. De même, les patients souffrants d'un trouble dépressif présentent des scores aux échelles EVA fatigue, douleur et douleur articulaire significativement plus élevés que les patients non déprimés, la p-value pour ces scores étant inférieure à 0.01.

Parmi les 23 patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé, 7 d'entre eux sont sous traitement anti dépresseur (30,43%) et 5 prennent un traitement anxiolytique (21,74%). On note que 56,52% d'entre eux ont bénéficié d'un suivi psychiatrique par le passé mais que seul 38,46% sont encore suivis à ce jour.

Tableau 2 : Descriptif des patients

	Nombre total (n=215)	Déprimé (n=23)	Non déprimé (n=192)	P value
Age	46.3±12.8	49.2±11.5	45.9 ±12.9	0.208
Homme	106 (49.3)	6 (26.1)	100 (52.1)	0.018
Seul/célibataire	43 (20.0)	3 (13.0)	40 (20.8)	0.337
Niveau d'étude :				
-Inferieur au BAC	75 (34.9)	8 (34.8)	67 (34.9)	
-bac	43 (20.0)	9(39.1)	34 (17.7)	0.034
-supérieur au BAC	97 (45.1)	6 (26.1)	91 (47.4)	
Tabagisme actif	61 (28.4)	7 (30.4)	54 (28.1)	0.565
Mésusage alcool	18 (8.37)	2 (8.70)	16 (8.33)	0.953
Suivi en dermatologie	154 (71.6)	16 (69.6)	138 (71.9)	0.816
Suivi en rhumatologie	61 (28.4)	7 (30.4)	54 (28.1)	0.816
Age du début du psoriasis	27.12 ±14.97	30.91±14.41	26.67±15.01	0.177
Durée du psoriasis	19.15±13.53	18.34±10.45	19.25±13.87	0.979
Traitement du psoriasis :	196 (91.2)	23 (100.0)	173 (90.1)	0.114
Emollients	28 (14.2)	3 (13.0)	25 (14.45)	0.856
Dermocorticoïde	42 (21.4)	4 (17.4)	38 (21.9)	0.615
Biothérapie	139 (70.9)	19 (82.6)	120 (69.3)	0.189
Methotrexate	29 (14.8)	2(8.7)	27 (15.6)	0.380
Rétinoïde (acitretine)	6 (3.1)	0 (0.0)	6 (3.5)	0.364
IPS-S	5.82 ±8.49	8.5 ±8.94	5.50 ±8.41	0.061
IPS-P	3.79 ±3.08	6.16 ±2.96	3.51 ±2.98	< 0.01
IPS-i	4.13 ±2.14	5 ±2.07	4.03 ±2.13	0.042
EVA fatigue	42.90 ±26.29	65 ±20.27	40.25 ±25.71	< 0.01
EVA prurit	33.81 ±30.02	46.74 ±32.77	32.27 ±29.39	0.064
EVA douleur	25.12 ±26.91	47.96 ±29.21	22.38 ±25.35	< 0.01
EVA douleur articulaire	43.54 ±32.10	68.39 ±26.54	40.56 ±31.47	< 0.01
Antidépresseur	24 (11.16)	7 (30.43)	17 (8.85)	< 0.01
Anxiolytique	13 (6.05)	5 (21.74)	8 (4.17)	< 0.01
ATCD de suivi psychologique	71 (33.02)	15 (65.22)	56 (29.17)	< 0.01
Suivi psychologique actuel	15 (6.97)	2 (8.69)	13 (6.77)	0.405
ATCD de suivi psychiatrique	48 (22.33)	13 (56.52)	35 (18.23)	< 0.01
Suivi psychiatrique actuel	16 (7.44)	5 (21.73)	11 (5.73)	0.646
ATCD de dépression	110 (51.16)	21 (91.30)	89 (46.35)	< 0.01

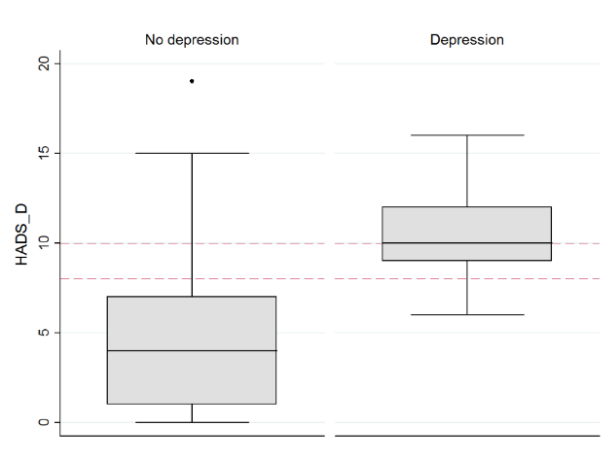
Les valeurs sont des moyennes ± écart type et nombre (pourcentages)

2. Score aux différentes échelles :

L'ordre des échelles ayant été modifié pour chaque patient, certaines échelles n'ont pas été complétées par tous les participants. Les échelles testées présentent toutes un score significativement plus élevé chez les patients déprimés ($p=0.0001$) (Tableau 3).

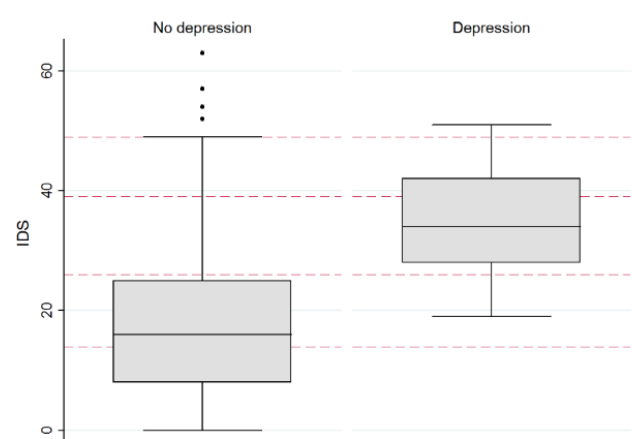
-HADS :

En moyenne, les patients déprimés ont un score de 10.18 (± 2.75) contre 4.49 (± 3.85) chez les patients non déprimés. Dans le groupe des patients déprimés, la médiane est à 10 et l'interquartile p25 se situe à 9. Notons que le diagnostic de dépression est suspecté pour un score compris entre 8 et 10 et certain pour un score supérieur ou égal à 11.



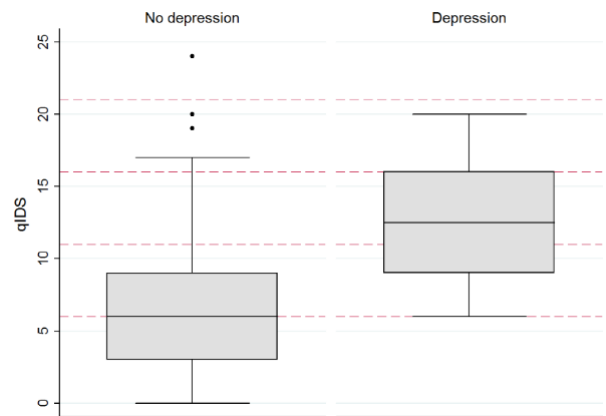
-IDS :

Les patients déprimés ont en moyenne un score à 34.76 (± 9.13), correspondant au seuil de dépression modérée [26-38]. Le groupe des patients non déprimés présente une moyenne à 17.76 (± 12.10) avec une médiane à 16 posant pour rappel le diagnostic de dépression légère [14-25].



-qIDS :

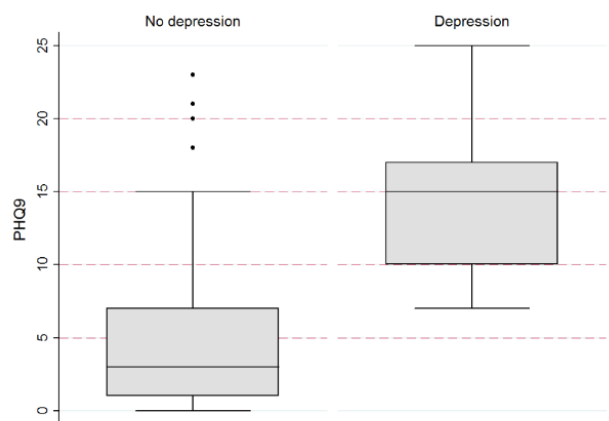
Le score moyen des patients déprimés avec le qIDS est de 12.32 (± 3.80), seuil de dépression modérée [11-16]. La médiane est à 12.5 et l'interquartile p25 à 9. Les patients non déprimés présentent un score moyen à 6.51 (± 4.66), avec une médiane à 6. De ce fait 50% des patients non déprimés ont un diagnostic de dépression légère [6-10].



-PHQ9:

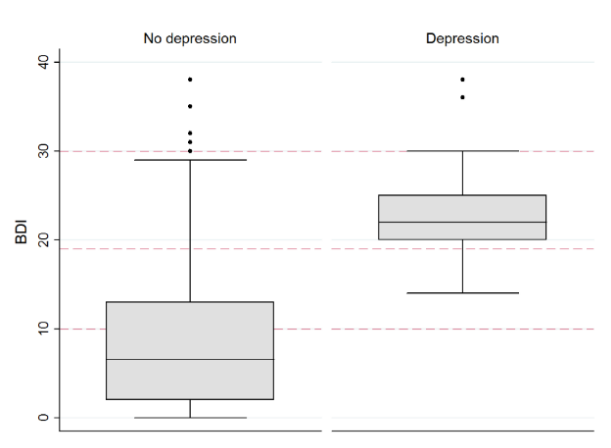
En moyenne les patients déprimés présentent un score à 14.43 (± 4.64) seuil de dépression modérée [10-14]. La médiane est à 15, l'interquartile p25 à 10 et p75 à 17.

Les patients non déprimés ont une moyenne à 4.78 (± 4.81) ce qui correspond à l'absence de dépression [0-5]. Par ailleurs, dans ce dernier groupe, la médiane est à 3, l'interquartile p25 à 1 et p75 à 7.



-BDI:

Le score moyen des patients déprimés est de 22.95 (± 6.10) ce qui correspond au seuil de dépression modérée à sévère [19-29]. La médiane se situe à 22, l'interquartile p25 à 20 et p75 à 25. Dans le groupe des non déprimés, la moyenne 8.7 (± 8.25), la médiane est à 6.50 l'interquartile p25 à 2 et p75 à 13. Pour rappel, un score inférieur à 10 dépiste une dépression nulle ou minime et une dépression légère à modérée pour un score entre 10 et 18.



Notons la présence de scores très élevés dans le groupe des non déprimés pour chaque échelle.

Tableau 3 : Score des échelles

Score Echelles	Score total	Déprimé	Non déprimé	P value
HADS (n=213)	5.08 \pm 4.13	10.18 \pm 2.75	4.49 \pm 3.85	0.0001
IDS (n=211)	19.45 \pm 12.87	34.76 \pm 9.13	17.76 \pm 12.10	0.0001
qIDS (n=212)	7.12 \pm 4.90	12.32 \pm 3.80	6.51 \pm 4.66	0.0001
PHQ9 (n=212)	5.82 \pm 5.65	14.43 \pm 4.64	4.78 \pm 4.81	0.0001
BDI (n=212)	10.18 \pm 9.14	22.95 \pm 6.10	8.7 \pm 8.25	0.0001

Les valeurs sont des moyennes ; \pm écart type

3. Validité de l'étude :

Rappelons que l'objectif principal de l'étude est d'identifier l'auto-questionnaire le plus performant pour diagnostiquer la dépression chez les patients souffrant de psoriasis.

3.1 Validité interne

Au cours de cette étude, nous avons évalué la validité interne de chaque échelle. Pour ce faire nous avons utilisé le coefficient alpha de Cronbach utilisé en psychométrie pour déterminer si plusieurs items d'une échelle mesurent bien la même dimension psychologique et ainsi évaluer la fiabilité interne d'un test. Pour mémoire, plus sa valeur s'approche de 1 plus l'homogénéité du test est élevée. Elle est considérée comme acceptable pour des valeurs supérieures à 0.7. (42) Nous pouvons constater que toutes les échelles utilisées dans cette étude ont un coefficient α supérieur à 0.8 attestant ainsi d'une bonne homogénéité et d'une adaptation à la population étudiée : α HADS=0.852 ; α IDS=0.916 ; α qIDS=0.836 ; α PHQ9=0.895 ; α BDI=0.926.

Par ailleurs, il convient de vérifier la corrélation entre les items de l'échelle. Une corrélation inter-items supérieure à 0.80 indique une redondance sur le contenu évalué par les deux items. Inversement, une corrélation inférieure à 0.30 remet en cause la présence d'un de ces deux items (42).

Il apparaît que certains items comme les items 18 et 19 du BDI, évaluant respectivement la perte d'appétit et la perte de poids ne corrélaient pas avec les autres items de l'échelle. Il en est de même pour les items IDS 1, 2, 3, 4 cotant respectivement : l'endormissement, la qualité du sommeil, le réveil précoce et le nombre d'heures dormies, les items 8 et 9 évaluant la réactivité de l'humeur et les variations de l'humeur, ainsi que les items 11/12 et 13/14 portant sur la

perte ou le gain d'appétit et de poids. Nous pouvons également noter que les items 1 à 4 et 6 à 9 du qIDS ne corrélaient pas avec les autres items.

Ces items présentent un coefficient de corrélation inter-item inférieur à 0.30.

3.2 validité externe

Pour chaque échelle les seuils de dépistage ont été redéfinis, ainsi les valeurs présentées dans le Tableau 4 correspondent aux nouveaux seuils établis. Seuls les seuils du PHQ9 et du BDI restent inchangés à respectivement 10 et 19.

Nous constatons que toutes les échelles sont performantes dans le dépistage des troubles dépressifs. En effet, la sensibilité varie de 78.3% (IC 95% à 56.3;92.5) pour l'HADS à 87% (IC 95% à 66.4 ; 97.2) pour le BDI et le PHQ9 ce qui en fait les meilleures échelles en termes de sensibilité. Seul le qIDS voit sa spécificité diminuer à 70.5% (IC 95% à 63.5 ; 76.8). Les autres échelles gardent une spécificité supérieure à 75%, elles sont comprises entre 77.2% [70.6 ; 82.9] pour l'IDS et 88.6% (IC à 95% à 83.3 ; 92.7) pour le BDI (Tableau 4).

Rappelons qu'en population générale les tests ont une sensibilité de plus de 80% et une spécificité entre 75 et 85% selon les questionnaires.

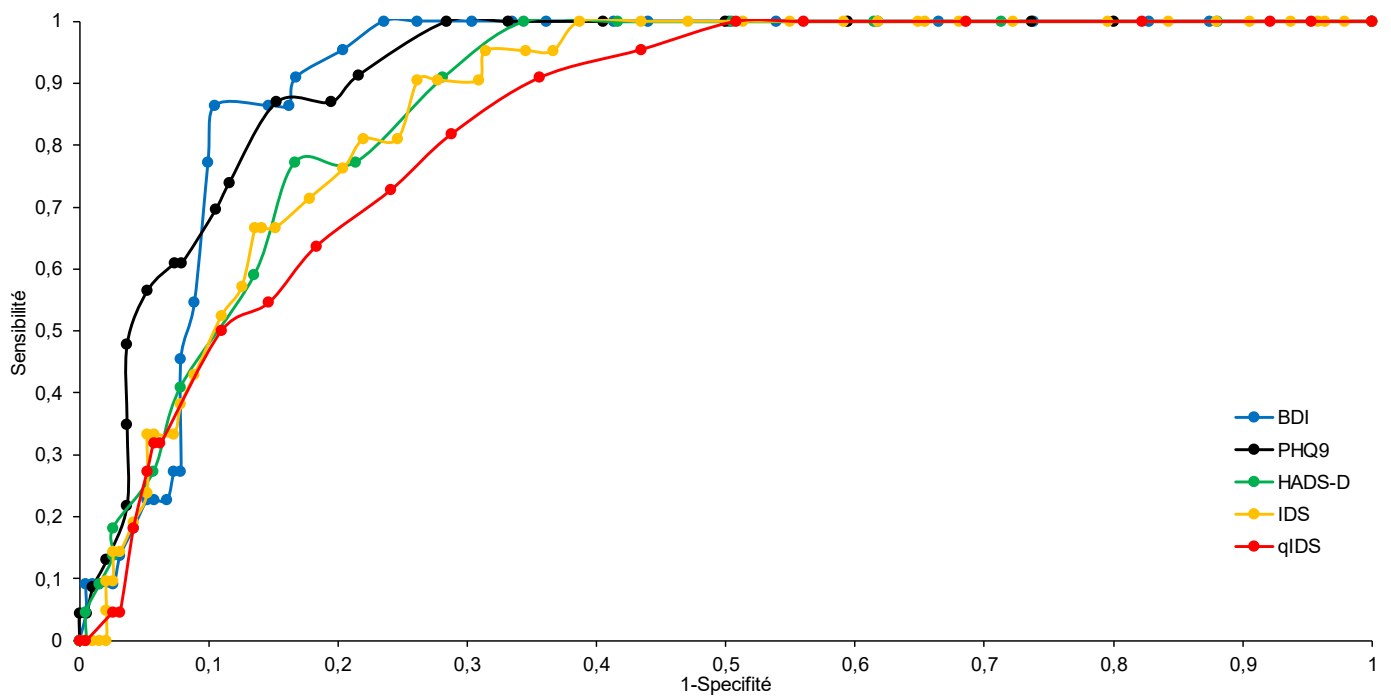
Tableau 4 : Sensibilité et spécificité

Echelles	HADS	IDS	qIDS	PHQ9	BDI
Cut off usuel	11	26	11	10	19
Cut off	9	27	9	10	19
Sensibilité	78.3% [56.3;92.5]	82.6% [61.2 ; 95.0]	82.6% [61.2 ; 95.0]	87.0% [66.4 ; 97.2]	87.0% [66.4 ; 97.2]
Spécificité	82.9% [76.8 ;87.9]	77.2% [70.6 ; 82.9]	70.5% [63.5 ; 76.8]	83.4% [77.4 ; 88.4]	88.6% [83.3 ; 92.7]
VPP	35.3% [22.4 ;49.9]	30.2% [19.2 ; 43.0]	25.0% [15.8 ; 36.3]	38.5% [25.3 ; 53.0]	47.6% [32.0 ; 63.6]
VPN	97.0% [93.1 ;99.0]	97.4% [93.4 ; 99.3]	97.1% [92.8 ; 99.2]	98.2% [94.7 ; 99.6]	98.3% [95.0 ; 99.6]
AUC	0.87 [0.82;0.93]	0.87 [0.81;0.92]	0.84 [0.77;0.90]	0.92 [0.88;0.96]	0.91 [0.87;0.93]

Les Valeurs entre crochets correspondent à l'Intervalle de confiance à 95%

Toutes les échelles étudiées dans notre étude ont une aire sous la courbe supérieure à 0.84 (AUC du qIDS) ce qui représente une bonne discrimination. Cependant comme nous le montre la Figure 2 ; le BDI et le PHQ9 présentent une aire sous la courbe plus proche de 1 : 0.92 (IC 95% à [0.88;0.96]) pour le PHQ9 et 0.91 (IC 95% à [0.87;0.93]) pour le BDI.

Figure 3 : Aires sous la courbe



4. Retest :

Les auto-questionnaires ont été complétés par 215 patients, 133 ont rempli à nouveau les échelles pour le retest. 31 patients ont été exclus de l'analyse devant la modification (dégradation ou amélioration) de leur état clinique psychiatrique et somatique :

- 6 déclarent une dégradation de leur psoriasis mais une stabilité de leur santé mentale ;
- 12 déclarent une amélioration de leur psoriasis avec stabilité de leur état psychiatrique ;
- 3 rapportent une amélioration de leur état clinique psychiatrique et dermatologique ;
- 7 relatent une dégradation conjointe de leur état clinique psychiatrique et dermatologique ;
- 3 décrivent une stabilité de leur psoriasis mais une dégradation de leur humeur.

Ainsi, 102 patients sont stables sur le plan psychiatrique et du psoriasis, parmi eux 10 sont atteints de dépression.

Les délais de réponse s'étendent entre 13 et 40 jours. Il n'y a pas de différence significative de délais entre les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé et ceux indemnes de troubles dépressifs ($p=0.739$). En moyenne, les patients déprimés ont répondu en 15.9 (± 2.6) jours contre 16.6 (± 4.2) jours chez les patients non déprimés. Pour l'étude, seuls les questionnaires remplis dans un délai de 21 jours sont analysés, 7 patients sont donc exclus de l'analyse, aucun n'étant déprimé.

Nous constatons que toutes les échelles testées sont reproductibles dans le temps. Le coefficient de corrélation de Lin est supérieur à 0.7 pour chaque échelle (tableau 5). Notons que pour le BDI le coefficient de corrélation est proche de 1 ($\rho_c = 0.940$) ce qui lui confère la meilleure reproductibilité dans le temps.

Tableau 5 : Reproductibilité des échelles

	Coefficient corrélation de Lin	Différence moyenne
HADS n= 39	0.865 [0.758 ;0.927]	0.128 [-3.692 ; 3.948]
IDS n=43	0.889 [0.809 ;0.937]	2.558 [-6.796 ; 11.912]
qIDS n=43	0.836 [0.737 ;0.900]	1.233 [-3.126 ; 5.591]
PHQ9 n=57	0.812 [0.704 ;0.883]	0.912 [-5.538 ; 7.363]
BDI n=52	0.940 [0.907 ;0.972]	0.481 [-5.996 ; 6.958]

Les Valeurs entre crochets correspondent à l'Intervalle de confiance à 95%

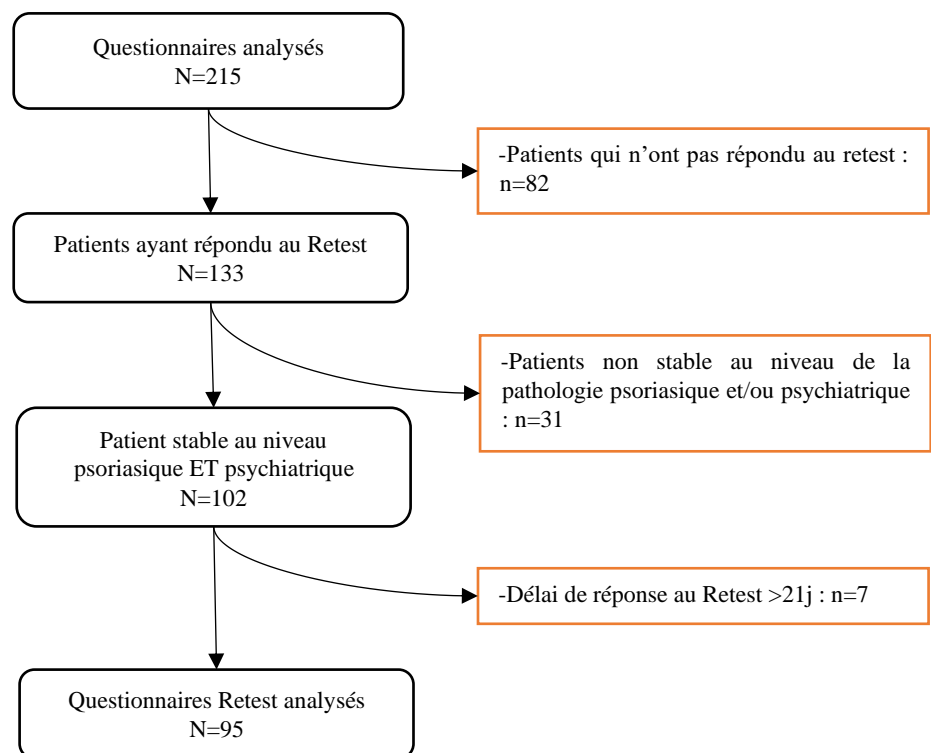
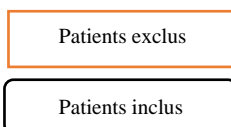


Figure 4 : Retest



5. Corrélation des échelles avec la sévérité du psoriasis :

Comme énoncé dans la partie : **2. Score aux différentes échelles**, nous pouvons constater des scores très élevés aux auto-questionnaires HADS, IDS, qIDS, BDI et PHQ9 chez des patients pourtant non déprimés au MINI lors de l'entretien téléphonique.

Ainsi nous nous sommes attachés à chercher s'il existait une corrélation entre les scores de sévérité du psoriasis avec les échelles de dépression. Dans le Tableau 6 ; il apparaît que les EVA fatigue, douleur et douleur articulaire sont très significativement corrélés aux auto-questionnaires de dépression (p value <0.001). Il existe également une corrélation significative entre l'EVA prurit et les échelles IDS, qIDS, PHQ9 et BDI.

Inversement, l'âge, la durée d'évolution du psoriasis, sa sévérité et son étendue évaluées par l'ISP-s, ne sont pas corrélés avec les échelles de dépistage.

Tableau 6 : corrélation des échelles avec la sévérité du psoriasis.

<i>Echelles</i>	<i>Âge</i>	<i>Durée du psoriasis</i>	<i>ISP-s</i>	<i>ISP-p</i>	<i>ISP-i</i>	<i>EVA fatigue</i>	<i>EVA prurit</i>	<i>EVA douleur</i>	<i>EVA douleur articulaire</i>
HADS	0.0836	0.0440	0.1365	0.2328	0.1395	0.5163***	0.2132	0.3232***	0.3848***
IDS	0.0308	0.0045	0.1047	0.1989	0.1190	0.6016***	0.2763**	0.3369***	0.4579***
qIDS	0.0121	0.0164	0.0858	0.1919	0.1086	0.5768***	0.2480*	0.3367***	0.3367***
PHQ9	0.1042	0.0369	0.1195	0.2369	0.0837	0.6552***	0.2649**	0.3329***	0.4246***
BDI	0.0399	0.0095	0.1230	0.2476*	0.1117	0.6023***	0.2705**	0.3390***	0.4282***

Dans le tableau sont représentés les coefficients de corrélation de Spearman

* : corrélation significative, p< 0.05

** : p<0.01

*** : p<0.001

III- Discussion :

1. Population :

Les caractéristiques socio-démographiques des patients inclus correspondent à celles présentées par la population cible de notre étude. En effet, dans notre travail, il y a autant d'hommes que de femmes. L'âge moyen de début du psoriasis est à 27.12 ans \pm 14.97, ce qui est également décrit dans la littérature. En effet, comme nous l'avons précisé précédemment, le premier pic d'incidence du psoriasis se trouve entre 15 et 30 ans (17).

La prévalence des manifestations rhumatismales dans notre échantillon de patients atteints de psoriasis est de 28.4%, elle est de 10 à 40% dans la population générale (43). Patel et al ont décrit une prévalence de la dépression allant de 9 à 55% chez les patients souffrant de psoriasis (34), dans notre étude elle est de 11.31%.

Parmi les patients déprimés dans notre travail, 73.9% des patients déprimés sont des femmes, et 73.9% ont un niveau d'étude inférieur ou équivalant au Baccalauréat. Les études qui se sont attachées à décrire l'épidémiologie des troubles dépressifs dépeignent cette tendance. En effet, la population à risque est principalement féminine avec un ratio de trois femmes pour un homme et une sur-représentation dans les milieux socio-économiques défavorisés (44).

Enfin, il semble important de rappeler que dans notre étude, seul un quart des patients déprimés bénéficie d'un suivi psychiatrique et un tiers d'un traitement antidépresseur. Ces chiffres montrent que les patients sont sous diagnostiqués et insuffisamment pris en charge. L'étude réalisé en 2004 par Richard et al illustre la difficulté des dermatologues à dépister la dépression. En effet, la capacité des dermatologues à détecter la détresse psychologique chez

les patients atteints de psoriasis selon leur jugement clinique a une sensibilité et une spécificité de 60% et 21% (41).

2. Méthodologie :

Dans la littérature, des protocoles similaires au notre, ont été employés pour valider les échelles évaluant la dépression dans des pathologies chroniques. Ainsi, Watnik et al ont travaillé sur la validation du BDI et du PHQ9 dans une population dialysée en comparant les deux échelles à un entretien clinique structuré réalisé par un psychiatre et évaluant les 9 critères diagnostics du DSM IV (45). De la même façon, Hitchon et al, ont étudié la validité et la fiabilité de l'HADS-D et du PHQ9 pour évaluer la dépression chez des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (46).

Leurs résultats, rejoignent sensiblement les nôtres. En effet, dans la première étude, les valeurs seuils optimales du BDI et du PHQ-9 pour les troubles dépressifs étaient de 16 et de 10 respectivement contre 19 et 10 dans notre travail. Les sensibilités du BDI et du PHQ9 étaient de 91 % et 92 %, les spécificités étaient de 86 % et 92 %. Dans notre étude, la sensibilité est à 87.0% pour les deux échelles et la spécificité du BDI et du PHQ9 est à respectivement 88.6% et 83.4%.

Dans l'analyse menée par Hitchon et al en 2020, la sensibilité était de 35% pour l'HADS-D à un seuil de 11 et de 87% pour le PHQ-9 à un seuil de 10, versus respectivement les valeurs de sensibilité de 40.91% et 87% dans notre travail et pour les mêmes seuils étudiés. La spécificité était de 94% pour l'HADS-D et de 77% pour le PHQ9 versus respectivement les valeurs de spécificité de 92.2% et 83.4% dans notre travail et toujours au seuil de 11 pour l'HADS-D et au seuil de 10 pour le PHQ9.

Ce protocole a également été utilisé pour valider les outils d'auto-évaluation dans la sclérose en plaques et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (47,48).

3. Valeurs seuils et qualités psychométriques :

Les résultats de notre étude ont montré que toutes les échelles étudiées sont des instruments fiables et valides pour évaluer la dépression chez les patients qui souffrent de psoriasis.

En effet, les coefficients de corrélation de Cronbach élevés font état d'une bonne cohérence interne pour chaque outil. Néanmoins, lorsque nous nous attardons sur les coefficients de corrélation inter-items pour chaque échelle, nous constatons que certains items ne corrélaient pas entre eux et sont inférieurs à 0.3. Ce manque de cohérence dans l'agencement interne se retrouve pour les items du BDI, de l'IDS et du qIDS portant sur l'appétit et le sommeil.

Dans l'étude menée par Brown et al en 2008, les qualités psychométriques de l'IDS et du qIDS ont été étudiées chez des patients souffrant d'asthme (31). La cohérence interne des questionnaires est bonne. A la différence de notre étude, les coefficients de corrélation inter-items ne sont pas inférieurs à 0.3. Tous sont supérieurs à 0.6 exceptés l'évaluation des troubles du sommeil et de l'appétit/poids qui présentent des coefficients de corrélation inter-item à respectivement 0.52 et 0.46.

Ces échelles contiennent un nombre important d'items (21, 30 et 16 respectivement) qui évaluent un large éventail de symptômes. Le risque que certains items ne corrélaient pas entre eux est donc plus important : en effet tous les symptômes ne peuvent pas toujours être reliés entre eux. De ce fait, ces échelles voient leur cohérence interne amoindrie et perdent en pertinence.

A contrario, les échelles comportant le moins d'items, comme l'HADS-D et le PHQ9, présentent de bons coefficients de corrélation inter-items.

Après avoir redéfini les valeurs seuils des cut-off pour chaque échelle afin d'obtenir les meilleures sensibilités et spécificités, nous constatons que certains auto-questionnaires voient leur sensibilité et leur spécificité impactées.

- HADS-D : contrairement aux données classiques de la littérature où la sensibilité est de 80% (7), dans notre analyse, l'HADS a une sensibilité inférieure à 80% pour un seuil optimal fixé à 9 : 78.3% (IC 95% à 56.3;92.5). Il existe de ce fait une augmentation des faux négatifs. Dans une étude transversale menée en Norvège le seuil optimal pour l'évaluation de la dépression dans la population générale était fixé à 8 pour une sensibilité à 80% et une spécificité à 88% (49). Dans notre étude, au seuil de 8, la sensibilité reste stable à 78.3% mais la spécificité s'abaisse de 82.9% à 78.65%, augmentant ainsi le risque de faux positifs. Au seuil établi à 11 dépistant un « trouble dépressif avéré », l'HADS présente une excellente spécificité à 92.19%, mais sa sensibilité s'effondre à 40.91%.

- Q-IDS : le seuil classiquement établi pour le diagnostic de dépression modérée est à 11 (31,50). Dans notre travail et au seuil de 11, l'échelle présente une sensibilité de 63.64% et une spécificité à 81.68%. Devant la mauvaise sensibilité, le cut-off est redéfini à 9 lui conférant ainsi une sensibilité à 82.6% et une spécificité à 70.5%. La perte de spécificité augmente de façon importante le risque de faux positifs. En effet, comme précédemment vu, les patients non déprimés ont un score moyen à 6.51 au qIDS et 25% d'entre eux ont un score supérieur à 9.

- IDS : au seuil de 26 utilisé dans la littérature (51) pour dépister la dépression modérée, l'IDS présente une sensibilité de 82.6% et une spécificité à 75.39%. Le nouveau seuil défini à 27 permet de conserver la même sensibilité mais augmente la spécificité à 77.2%.

La baisse de spécificité était attendue du fait de l'augmentation des faux positifs en lien avec la présence des symptômes confondants du psoriasis. Il convient de s'intéresser à la forte corrélation entre les symptômes tels que le prurit, la fatigue, la douleur articulaire et cutanée avec toutes les échelles. Ces corrélations fortement significatives expliquent la présence de patients indemnes de dépression obtenant un score élevé aux auto-questionnaires.

De ce fait les échelles comme l'IDS et le q-IDS accordant 8 items à l'évaluation du sommeil et de l'appétit sur respectivement 30 et 16 items se voient fortement impactées par leur manque de cohérence interne et par la majoration des scores du fait des symptômes physiques : 50% des patients non déprimés ont un diagnostic de dépression légère à l'IDS et au qIDS.

Lors de l'analyse de nos résultats, deux échelles se démarquent par leur sensibilité, leur spécificité et leur aire sous la courbe. Il s'agit du BDI et du PHQ9. Cela peut refléter le fait que le BDI et le PHQ9 ne mesurent que les 9 critères diagnostics du DSM-IV et que, par conséquent, ils adhèrent le plus étroitement au concept central de dépression là où l'IDS et le q-IDS paraissent s'en éloigner et perdre en pertinence. Rappelons également que le gold standard de notre étude (entretien à la MINI) se base sur ces 9 critères diagnostics.

4. Limitations de l'étude :

Notre travail comporte plusieurs limites qu'il convient de souligner. La généralisation des résultats est limitée par la taille de notre échantillon de patients. La sensibilité des échelles, se voit impactée par le faible nombre de patients déprimés. Par ailleurs, il s'agit d'une étude observationnelle, l'entretien téléphonique expose à différents biais d'information. Le premier est le biais de mémorisation. En effet, les patients peuvent se souvenir avec une acuité différente de la présence des symptômes dépressifs. Certains peuvent tendre à minimiser voire à banaliser la symptomatologie dépressive, tout comme l'opposé peut être vrai. L'évaluation clinique est rendue d'autant plus difficile que le thérapeute n'a pas accès au langage non verbal du patient, qui souvent aide le clinicien et l'aiguille dans son évaluation. L'entretien téléphonique est mené par différents investigateurs exposant ainsi à un biais d'investigateur lors du recueil des informations.

En résumé, notre étude est la première à évaluer la validité des auto-questionnaires (HADS, IDS, qIDS, PHQ-9, BDI) par rapport aux critères de la MINI dans la population souffrant de psoriasis.

Si le BDI et le PHQ9 sortent du lot, il convient de préciser que toutes les échelles évaluées dans notre étude sont validées et peuvent être utilisées dans l'évaluation de la dépression chez les patients souffrant de psoriasis. En effet, toutes ont de bonnes propriétés psychométriques dans le psoriasis. Les cut-off habituellement utilisés ne sont pas mauvais et démontrent une sensibilité/spécificité correctes. Ce qui répond à notre objectif principal.

Le PHQ9 et le BDI sont des mesures de dépistages valides et qui fonctionnent de manière optimale à des valeurs seuils respectives de 10 et 19. Après comparaison des aires sous la courbe, le BDI et le PHQ-9 montrent tous deux un degré égal de validité par rapport à la mesure

de référence pour la dépression. Compte tenu de sa précision et de sa facilité d'administration, le PHQ-9 est une alternative intéressante au BDI plus long puisqu'il comporte 21 items.

En effet, le PHQ9 présente plusieurs avantages : il ne prend que 5 minutes à remplir, il peut être complété dans la salle d'attente, il est facilement côté et n'empiète pas sur le temps du clinicien. Il est une méthode fiable et rapide pour évaluer la présence de symptômes dépressifs. Ainsi il peut aider les médecins à mieux dépister la dépression ainsi qu'à orienter vers un spécialiste si le test s'avère supérieur à 19. Nos résultats montrent la reproductibilité du PHQ9 dans le temps. De ce fait, il peut également être utilisé pour évaluer rapidement l'évolution de la symptomatologie dépressive et la réponse au traitement antidépresseur.

IV- Conclusion :

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse d'évolution chronique. Aux lésions cutanées visibles et stigmatisantes s'ajoutent de nombreux symptômes physiques tels que le prurit, les douleurs cutanées, la fatigue, le rhumatisme articulaire. De ce fait, le psoriasis impacte les fonctions physiques, psychologiques et la qualité de vie.

L'épisode dépressif caractérisé est une comorbidité fréquente des maladies chroniques. Il constitue une urgence médicale en psychiatrie par son association à la survenue possible d'une crise suicidaire. L'identification des symptômes dépressifs constitue une réelle difficulté dans les pathologies chroniques. En effet : la fatigabilité, les troubles du sommeil, le trouble du contenu de la pensée avec sentiment d'inutilité et de perte de l'estime de soi peuvent être relatifs à la maladie comme à la dépression.

Notre étude s'est attachée à évaluer la validité et fiabilité des auto-questionnaires évaluant les troubles dépressifs en population psoriasique. Toutes les échelles testées au cours de notre

travail se sont avérées valides et utilisables dans le dépistage de la dépression chez les patients atteints de la dermatose. Cependant, après une analyse des résultats, le BDI et le PHQ9 se démarquent par leurs excellentes sensibilités (87.0%), leurs très bonnes spécificités (respectivement 88.6% et 83.4%) et leurs aires sous la courbe proche de 1 (0.91 pour le BDI et 0.92 pour le PHQ9).

Les 9 items du PHQ9, correspondant aux 9 critères diagnostics de la dépression clinique du DSM-IV, en font un test facile et rapide d'utilisation. Ainsi l'intégrer dans une évaluation de routine pourrait faciliter le diagnostic de dépression et améliorer la prise en charge des patients en augmentant la probabilité de traitement et de suivi spécialisé.

Clermont-Ferrand, le 24/09/2021
Professeur I. JALENQUES



A handwritten signature in black ink, corresponding to the name Professeur I. Jalenques mentioned in the text above.

V- Bibliographie

1. OMS. Dépression. [cité 3 août 2021]; Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale* [Internet]. avr 2005 [cité 3 août 2021];31(2):182-94. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700605823851>
3. OMS. Dépression en Europe/ OMS. [cité 3 août 2021]; Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe>
4. Fond G, Lancon C, Auquier P, Boyer L. Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature. *La Presse Médicale* [Internet]. avr 2019 [cité 3 août 2021];48(4):365-75. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498218304895>
5. Nieto I, Bellivier F. Troubles dépressifs. *EMC psychiatrie* [Internet]. 2017;14(3):1-16. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1121932>
6. Critères DSM V Episode dépressif majeur - HAS. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/apathie_criteres_dsm-iv.pdf
7. HAS - Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours - Diagnostic - Méthode Recommandation pour la pratique clinique. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf
8. Sheehan DV. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. :12.
9. Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the Validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology* [Internet]. 1998 [cité 18 août 2021];31(3):160-8. Disponible sur: <https://www.karger.com/Article/FullText/66239>
10. Beck AT. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 juin 1961 [cité 1 août 2021];4(6):561. Disponible sur: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
11. Bourque P, Beaudette D. Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement* [Internet]. 1982 [cité 18 août 2021];14(3):211. Disponible sur: <https://doi.org/10.1037/h0081254>
12. Carballeira Y, Dumont P, Borgacci S, Rentsch D, Tonnac N, Archinard M, et al. Criterion validity of the French version of Patient Health Questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [Internet]. mars 2007 [cité 1 août 2021];80(1):69-77. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1348/147608306X103641>
13. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. janv 1997 [cité 1 août 2021];42(1):17-41. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399996002164>
14. IDS & qIDS [Internet]. Disponible sur: <http://ids-qids.org/>
15. Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, Jarrett RB, Trivedi MH. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* [Internet]. mai 1996 [cité 1 août 2021];26(3):477-86. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/product/identifiaer/S0033291700035558/type/journal_article

16. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CEM. Psychologic Factors in Psoriasis: Consequences, Mechanisms, and Interventions. *Dermatologic Clinics* [Internet]. oct 2005 [cité 1 août 2021];23(4):681-94. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0733863505000586>
17. Levine D, Gottlieb A. Evaluation and Management of Psoriasis: An Internist's Guide. *Medical Clinics of North America* [Internet]. nov 2009 [cité 21 août 2021];93(6):1291-303. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712509001084>
18. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, Doney L, Dressler C, Hua C, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Skin Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 9 janv 2020 [cité 21 août 2021]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011535.pub3>
19. Boehncke W-H, Schön MP. Psoriasis. *The Lancet* [Internet]. sept 2015 [cité 22 juill 2021];386(9997):983-94. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614619097>
20. Schleicher SM. Psoriasis. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery* [Internet]. juill 2016 [cité 22 juill 2021];33(3):355-66. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891842216300167>
21. Bardin T, Fournié B. Formes cliniques et évolution du rhumatisme psoriasique. *Revue du Rhumatisme* [Internet]. juin 2002 [cité 21 août 2021];69(6):630-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1169833002003629>
22. Napolitano M, Caso F, Scarpa R, Megna M, Patri A, Balato N, et al. Psoriatic arthritis and psoriasis: differential diagnosis. *Clin Rheumatol* [Internet]. août 2016 [cité 21 août 2021];35(8):1893-901. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10067-016-3295-9>
23. Chularojanamontri L, Griffiths CEM, Chalmers RJG. The Simplified Psoriasis Index (SPI): A Practical Tool for Assessing Psoriasis. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. août 2013 [cité 21 août 2021];133(8):1956-62. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X15363764>
24. Amatore F, Villani A -P., Tauber M, Viguiet M, Guillot B. French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. mars 2019 [cité 22 août 2021];33(3):464-83. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6593704/>
25. Mazzotti E, Barbaranelli C, Picardi A, Abeni D, Pasquini P. Psychometric Properties of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 900 Italian Patients with Psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica* [Internet]. 1 sept 2005 [cité 22 août 2021];85(5):409-13. Disponible sur: <https://medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.1080/00015550510032832>
26. Härter M, Woll S, Wunsch A, Bengel J, Reuter K. Screening for mental disorders in cancer, cardiovascular and musculoskeletal diseases: Comparison of HADS and GHQ-12. *Soc Psychiat Epidemiol* [Internet]. janv 2006 [cité 22 août 2021];41(1):56-62. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-005-0992-0>
27. Hasenbring M, Marienfeld G, Kuhlendahl D, Soyka D. Risk Factors of Chronicity in Lumbar Disc Patients: A Prospective Investigation of Biologic, Psychologic, and Social Predictors of Therapy Outcome. *SPINE* [Internet]. déc 1994 [cité 22 août 2021];19(24):2759-65. Disponible sur: <http://journals.lww.com/00007632-199412150-00004>
28. Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Jane Massie M. Screening for Anxiety and Depression in Women With Breast Cancer. *Psychosomatics* [Internet]. janv 1999 [cité 22 août 2021];40(1):64-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033318299712739>
29. Pincus T, Williams A. Models and measurements of depression in chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. sept 1999 [cité 22 août 2021];47(3):211-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399999000458>
30. Wilhelm K, Kotze B, Waterhouse M, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. Screening for Depression in the Medically Ill: A Comparison of Self-Report Measures, Clinician Judgment, and DSM-IV Diagnoses.

- Psychosomatics [Internet]. nov 2004 [cité 22 août 2021];45(6):461-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003331820470136X>
31. Brown ES, Murray M, Carmody TJ, Kennard BD, Hughes CW, Khan DA, et al. The Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-report: a psychometric evaluation in patients with asthma and major depressive disorder. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* [Internet]. mai 2008 [cité 1 août 2021];100(5):433-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S108112061060467X>
 32. Englbrecht M, Alten R, Aringer M, Baerwald CG, Burkhardt H, Eby N, et al. Validation of Standardized Questionnaires Evaluating Symptoms of Depression in Rheumatoid Arthritis Patients: Approaches to Screening for a Frequent Yet Underrated Challenge: Depression Questionnaire Validation in RA Patients. *Arthritis Care & Research* [Internet]. janv 2017 [cité 1 août 2021];69(1):58-66. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.23002>
 33. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. *J Invest Dermatol* [Internet]. avr 2015 [cité 22 août 2021];135(4):984-91. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378256/>
 34. Patel N, Nadkarni A, Cardwell LA, Vera N, Frey C, Patel N, et al. Psoriasis, Depression, and Inflammatory Overlap: A Review. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. oct 2017 [cité 22 juill 2021];18(5):613-20. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s40257-017-0279-8>
 35. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The Prevalence and Odds of Depressive Symptoms and Clinical Depression in Psoriasis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. juin 2014 [cité 1 août 2021];134(6):1542-51. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X15368226>
 36. Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S. An Italian Study on Psoriasis and Depression. *Dermatology* [Internet]. 2006 [cité 1 août 2021];212(2):123-7. Disponible sur: <https://www.karger.com/Article/FullText/90652>
 37. Bouguéon K, Misery L. [Depression and psoriasis]. *Ann Dermatol Venereol*. févr 2008;135 Suppl 4:S254-258.
 38. Misery L, Taieb C. Douleurs cutanées au cours du psoriasis. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* [Internet]. déc 2017 [cité 22 août 2021];144(12):S203-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0151963817306749>
 39. Skoie IM, Dalen I, Ternowitz T, Jonsson G, Kvivik I, Norheim K, et al. Fatigue in psoriasis: a controlled study. *Br J Dermatol* [Internet]. août 2017 [cité 1 août 2021];177(2):505-12. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.15375>
 40. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* [Internet]. 21 mai 2002 [cité 1 août 2021];136(10):765. Disponible sur: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-136-10-200205210-00013>
 41. Richards HL, Fortune DG, Weidmann A, Sweeney SKT, Griffiths CEM. Detection of psychological distress in patients with psoriasis: low consensus between dermatologist and patient. *Br J Dermatol* [Internet]. déc 2004 [cité 1 août 2021];151(6):1227-33. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2004.06221.x>
 42. Blanc G. Validation des propriétés psychométriques d'une échelle d'évaluation des qualités relationnelles en consultation maïeutique. 2019;58.
 43. Mease PJ, Armstrong AW. Managing Patients with Psoriatic Disease: The Diagnosis and Pharmacologic Treatment of Psoriatic Arthritis in Patients with Psoriasis. *Drugs* [Internet]. 2014 [cité 5 sept 2021];74(4):423-41. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3958815/>
 44. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. févr 2008 [cité 11 sept 2021];166(1):63-70. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448707003204>

45. Watnick S, Wang P-L, Demadura T, Ganzini L. Validation of 2 Depression Screening Tools in Dialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases* [Internet]. nov 2005 [cité 5 sept 2021];46(5):919-24. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272638605011091>
46. Hitchon CA, Zhang L, Peschken CA, Lix LM, Graff LA, Fisk JD, et al. Validity and Reliability of Screening Measures for Depression and Anxiety Disorders in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [Internet]. août 2020 [cité 1 août 2021];72(8):1130-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7496677/>
47. Marrie RA, Zhang L, Lix LM, Graff LA, Walker JR, Fisk JD, et al. The validity and reliability of screening measures for depression and anxiety disorders in multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord*. févr 2018;20:9-15.
48. Bernstein CN, Zhang L, Lix LM, Graff LA, Walker JR, Fisk JD, et al. The Validity and Reliability of Screening Measures for Depression and Anxiety Disorders in Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 16 août 2018;24(9):1867-75.
49. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. The hospital anxiety and depression rating scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry* [Internet]. 14 déc 2005 [cité 5 sept 2021];5:46. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343544/>
50. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, et al. The 16-Item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry* [Internet]. sept 2003 [cité 18 sept 2021];54(5):573-83. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322302018668>
51. Corruble E, Legrand JM, Duret C, Charles G, Guelfi JD. IDS-C and IDS-SR: Psychometric properties in depressed in-patients. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. déc 1999 [cité 18 sept 2021];56(2-3):95-101. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032799000555>

VI- Annexes :
Annexe 1 : MINI

Mini International Neuropsychiatric Interview MINI

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours de votre vie avez-vous eu une période de deux semaines ou plus, où vous vous sentiez particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours de votre vie, avez-vous eu une période de deux semaines ou plus où vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?	NON	OUI	2
A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?		→ NON	OUI	
A3 a	Actuellement, vous sentez-vous particulièrement triste, déprimé(e) ?	NON	OUI	
b	Actuellement, avez-vous le sentiment de n'avoir plus goût à rien ?	NON	OUI	
SI A3a ET A3b = NON : PASSER A A5 ET EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE SI A3a ou A3b = OUI : PASSER A A4				
A4 a	Depuis combien de temps dure cette période ? _____ jours			
b	L'EPISODE ACTUEL DURE-T-IL DEPUIS AU MOINS 14 JOURS ?	NON	OUI	
SI A4b = OUI : EXPLORER L'EPISODE ACTUEL SI A4b = NON : EXPLORER L'EPISODE PASSE LE PLUS GRAVE				
A5	Durant cette période d'au moins deux semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg, pour une personne de 70 kg) COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agitée(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A5 ? (ou 4 si A1 <u>OU</u> A2 EST COTEE NON)	→	NON OUI	
A6	Ces problèmes entraînent-ils / entraînaient-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils / gênaient-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	→	NON OUI	10
A7	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ? (Si OUI précisez la maladie ou le médicament)	NON	OUI	11

A6 EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON	OUI
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	
ACTUEL	_____
PASSE	_____

SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR :

A8 a Au cours de votre vie, combien de périodes de deux semaines ou plus avez-vous eues durant lesquelles vous vous sentiez particulièrement déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?

Nombre d'EDM : _____
Episode actuel compris

b Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ?

Première fois : il y a _____ ans / à l'âge de _____ ans / en _____

c Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période ?

Dernière fois : il y a _____ ans / à l'âge de _____ ans / en _____

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

B1	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?	→ NON	OUI	20
B2	Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?	NON	→ OUI	21
B3	Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé ?	NON	OUI	22
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?	NON	OUI	23
c	Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI	24
d	Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	NON	OUI	25
e	Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?	NON	OUI	26
f	Vous arrive-t-il de perdre espoir ?	NON	OUI	27
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?	→ NON	OUI	
B4	Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	→ NON	OUI	28
B5	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues ? (Si OUI précisez la maladie ou le médicament)	NON	→ OUI	29

B5 EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

DYSTHYMIE
ACTUEL

SI LE PATIENT PRESENTE UNE DYSTHYMIE ACTUEL :

- B6 Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période ayant duré au moins deux ans où vous vous sentiez déprimé(e) la plupart du temps ?
Première fois : il y a ____ ans / à l'âge de ____ ans / en ____
- B7 Depuis quand dure la période actuelle ?
Période actuelle : ____ (années)

TABLEAU 1

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entourez la lettre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des sept derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encerclez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

1. 0 Je ne me sens pas triste
1 Je me sens triste
2 Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir
3 Je suis si triste que je ne peux le supporter
2. 0 Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir
1 Je me sens découragé(e) par l'avenir
2 J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie
3 J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer
3. 0 Je ne me considère pas comme un(e) raté(e)
1 J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels
2 Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs
3 J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie
4. 0 Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
1 Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
2 Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit
3 Tout me rend insatisfait ou m'ennuie
5. 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable
1 Je me sens coupable une bonne partie du temps
2 Je me sens coupable la plupart du temps
3 Je me sens continuellement coupable
6. 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni(e)
1 J'ai l'impression que je pourrais être puni(e)
2 Je m'attends à être puni(e)
3 J'ai l'impression d'être puni(e)
7. 0 Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) de moi
1 Je suis déçu(e) de moi
2 Je suis dégoûté(e) de moi
3 Je me hais
8. 0 Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
1 Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
2 Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
3 Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent
9. 0 Je ne pense aucunement à me suicider
1 J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes
2 J'aimerais me suicider
3 J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion
10. 0 Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
1 Je pleure plus qu'avant
2 Je pleure continuellement maintenant
3 Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable

TABLEAU 1 (suite)

-
11. 0 Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant
 1 Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement qu'auparavant
 2 Je suis continuellement irrité(e)
 3 Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant
12. 0 Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens
 1 Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois
 2 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens
 3 J'ai perdu tout intérêt pour les gens
13. 0 Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
 1 Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant
 2 J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant
 3 Je ne peux plus prendre de décisions
14. 0 Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant
 1 J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant (e)
 2 J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant (e)
 3 J'ai l'impression d'être laid (e)
15. 0 Je peux travailler aussi bien qu'avant
 1 Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
 2 Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
 3 Je ne peux faire aucun travail
16. 0 Je dors aussi bien que d'habitude
 1 Je ne dors pas aussi bien qu'avant
 2 Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
 3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir
17. 0 Je ne me sens pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumé
 1 Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
 2 Je me fatigue pour un rien
 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit
18. 0 Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
 1 Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était
 2 Mon appétit a beaucoup diminué
 3 Je n'ai plus d'appétit du tout
19. 0 Je n'ai pas perdu de poids dernièrement
 1 J'ai perdu plus de 5 livres
 2 J'ai perdu plus de 10 livres
 3 J'ai perdu plus de 15 livres
 Je suis présentement un régime Oui ___ Non ___
20. 0 Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
 1 Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation
 2 Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose
 3 Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose
21. 0 Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe
 1 J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant
 2 J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels
 3 J'ai perdu tout désir sexuel
-

Annexe 3 : PHQ9

Nom : _____ Prénom : _____ Âge: _____

Date : _____ Évaluateur : _____

Veillez répondre à chacune des questions en encerclant l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses*	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré*	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre ¹ .	0	1	2	3

Score total : somme des scores obtenus à chaque question : _____

Si vous avez coché **au moins un** des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : Dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile

Plutôt
difficile

Très
difficile

Extrêmement
difficile

1. Si le patient répond **oui** à la question 9, une évaluation du risque suicidaire ou de l'auto-agressivité par un professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié est conseillée.

Annexe 4 : HADS

Le questionnaire HADS (de l'anglais *Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Score	Anxiété	Score	Dépression
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <input type="checkbox"/> oui, tout autant <input type="checkbox"/> pas autant <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> presque plus
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses <input type="checkbox"/> autant que par le passé <input type="checkbox"/> plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> plus du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> la plupart du temps
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent	3 2 1 0	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> plus du tout <input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> autant qu'auparavant <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> presque jamais
3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> très rarement
	☞ Total du score pour l'anxiété		☞ Total du score pour la dépression

Chaque réponse correspond à un chiffre. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que vous souffrez d'anxiété ou de dépression (selon la colonne concernée).

Annexe 5 : IDS & qIDS

INVENTAIRE DE SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE – EVALUATION PAR LE CLINICIEN (IDS-C)

NOM: _____

DATE: _____

Pour chaque item, entourez la réponse qui décrit le mieux le patient au cours des sept derniers jours.

1. Insomnie d'endormissement:

- 0 Ne met jamais plus de 30 minutes pour s'endormir.
- 1 Moins d'une fois sur deux, met au moins 30 minutes pour s'endormir.
- 2 Plus d'une fois sur deux, met au moins 30 minutes pour s'endormir.
- 3 Plus d'une fois sur deux, met plus de 60 minutes pour s'endormir.

2. Insomnie du milieu de la nuit:

- 0 Ne se réveille pas la nuit.
- 1 Agitation, sommeil léger avec peu de réveils.
- 2 Se réveille au moins une fois par nuit mais se rendort facilement.
- 3 Plus d'une fois sur deux, se réveille plus d'une fois par nuit et reste éveillé pendant 20 minutes ou plus.

3. Insomnie du petit matin:

- 0 Moins d'une fois sur deux, ne se réveille pas plus de 30 minutes avant de devoir se lever.
- 1 Plus d'une fois sur deux, se réveille plus de 30 minutes avant de devoir se lever.
- 2 Plus d'une fois sur deux, se réveille au moins 1 heure avant de devoir se lever.
- 3 Plus d'une fois sur deux, se réveille au moins 2 heures avant de devoir se lever.

4. Hypersomnie:

- 0 Ne dort pas plus de 7-8 heures par nuit et ne fait pas de sieste.
- 1 Ne dort pas plus de 10 heures par période de 24 heures (sieste comprise).
- 2 Ne dort pas plus de 12 heures par période de 24 heures (sieste comprise).
- 3 Dort plus de 12 heures par période de 24 heures (sieste comprise).

5. Humeur (tristesse):

- 0 Ne se sent pas triste.
- 1 Se sent triste moins de la moitié du temps.
- 2 Se sent triste plus de la moitié du temps.
- 3 Se sent extrêmement triste pratiquement tout le temps.

6. Humeur (irritabilité):

- 0 Ne se sent pas irritable.
- 1 Se sent irritable moins de la moitié du temps.
- 2 Se sent irritable plus de la moitié du temps.
- 3 Se sent extrêmement irritable pratiquement tout le temps.

7. Humeur (anxiété):

- 0 Ne se sent pas anxieux ou tendu.
- 1 Se sent anxieux/tendu moins de la moitié du temps.
- 2 Se sent anxieux/tendu plus de la moitié du temps.
- 3 Se sent extrêmement anxieux/tendu pratiquement tout le temps.

8. Réactivité de l'humeur:

- 0 Retrouve son humeur habituelle pendant plusieurs heures quand des événements agréables se produisent.
- 1 L'humeur s'améliore mais ne se sent pas dans son état normal quand des événements agréables se produisent.
- 2 L'humeur ne s'améliore que légèrement lorsque des événements précis très désirés se produisent.
- 3 L'humeur ne s'améliore jamais même quand des événements très agréables ou souhaités se produisent.

9. Variation de l'humeur:

- 0 Pas de rapport régulier entre l'humeur et le moment de la journée.
 - 1 L'humeur varie souvent selon le moment de la journée en fonction de circonstances extérieures.
 - 2 Durant la plus grande partie de la semaine, l'humeur semble plus liée au moment de la journée qu'aux événements.
 - 3 L'humeur est clairement et de manière prévisible, meilleure ou pire chaque jour à des moments précis.
- 9A. L'humeur est-elle nettement plus triste LE MATIN, L'APRÈS-MIDI ou LE SOIR ?
(**ENTOURER UNE SEULE RÉPONSE**).
- 9B. Les variations d'humeur sont-elles attribuées à l'environnement par le patient ? OUI / NON
(**ENTOURER UNE SEULE RÉPONSE**).

10. Qualité de l'humeur:

- 0 N'est pas triste ou la tristesse est pratiquement identique à celle qui est associée à la perte d'un proche.
- 1 L'humeur ressemble beaucoup à celle qui est associée à la perte d'un proche bien qu'il n'y ait pas d'explication à cela, qu'elle soit associée à plus d'anxiété ou que l'intensité des affects soit plus forte.
- 2 Moins de la moitié du temps, l'humeur se distingue qualitativement de celle qui est associée à la perte d'un proche et elle est donc difficile à expliquer aux autres.
- 3 L'humeur se distingue qualitativement de celle qui est associée à la perte d'un proche presque tout le temps.

COMPLÉTER SOIT LE 11 SOIT LE 12 (PAS LES DEUX)

11. Appétit (diminution):

- 0 Pas de changement par rapport à l'appétit habituel.
- 1 Mange plutôt moins souvent et/ou de plus petites quantités que d'habitude.
- 2 Mange beaucoup moins que d'habitude et seulement en se forçant.
- 3 Mange rarement dans une période de 24 heures et seulement au prix de gros efforts ou lorsqu'on l'en persuade.

12. Appétit (augmentation):

- 0 Pas de changement par rapport à l'appétit habituel.
- 1 Éprouve plus souvent que d'habitude le besoin de manger.
- 2 Mange régulièrement plus souvent et/ou en plus grandes quantités que d'habitude.
- 3 Se sent poussé à trop manger pendant et entre les repas.

COMPLÉTER SOIT LE 13 SOIT LE 14 (PAS LES DEUX)

13. Poids (perte) au cours des deux dernières semaines:

- 0 Ne pense pas avoir changé de poids.
- 1 A l'impression d'avoir perdu un peu de poids.
- 2 A perdu 1 kg ou plus.
- 3 A perdu 2,5 kg ou plus.

14. Poids (augmentation) au cours des deux dernières semaines:

- 0 Ne pense pas avoir changé de poids.
- 1 A l'impression d'avoir un peu grossi.
- 2 A pris 1 kg ou plus.
- 3 A pris 2,5 kg ou plus.

15. Concentration / prise de décision:

- 0 Pas de changement dans les capacités de concentration et de prise de décision.
- 1 Se sent parfois indécis ou trouve que son attention se disperse.
- 2 La plupart du temps, lutte pour fixer son attention ou pour prendre une décision.
- 3 Est incapable de se concentrer suffisamment pour lire ou est incapable de prendre une décision même peu importante.

16. Image de soi:

- 0 Considère qu'il/elle a autant de valeur et qu'il/elle est aussi estimable que les autres.
- 1 Se fait plus de reproches que d'habitude.
- 2 Croit très souvent qu'il/elle cause des problèmes aux autres.
- 3 Rumine à propos de ses gros et de ses petits défauts.

17. Perspective d'avenir:

- 0 Voit l'avenir avec optimisme.
- 1 A parfois une perspective pessimiste mais qui peut être dissipée par les autres ou par les événements.
- 2 Largement pessimiste à propos de son avenir proche.
- 3 Ne voit aucun espoir dans le futur en ce qui le concerne et en ce qui concerne sa situation.

18. Idéation suicidaire:

- 0 Ne pense pas au suicide ou à la mort.
- 1 Sentiment que la vie est vide ou qu'elle ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 Pense au suicide ou à la mort plusieurs fois par semaine pendant plusieurs minutes.
- 3 Pense sérieusement au suicide ou à la mort plusieurs fois par jour, ou a préparé son suicide ou a essayé de mettre fin à ses jours.

19. Implication dans les activités:

- 0 Pas de changement dans le niveau habituel d'intérêt pour les autres et pour les activités.
- 1 Remarque une diminution des intérêts/activités qu'il/elle avait auparavant.
- 2 Seuls un ou deux intérêts qu'il/elle avait auparavant subsistent.
- 3 N'a pratiquement plus aucun intérêt pour les activités pratiquées auparavant.

20. Énergie / fatigabilité:

- 0 Pas de changement par rapport au niveau d'énergie habituel.
- 1 Se fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Doit faire des efforts significatifs pour entreprendre ou poursuivre les activités quotidiennes habituelles.
- 3 Ne peut mener à bien la plupart des activités quotidiennes par manque d'énergie.

21. Plaisir (activité sexuelle exclue):

- 0 S'investit dans des activités agréables et est capable d'en tirer le plaisir habituel.
- 1 Ne tire pas le plaisir habituel des activités agréables.
- 2 Tire rarement du plaisir d'une activité quelle qu'elle soit.
- 3 Est incapable de retirer un quelconque plaisir de quelque chose/d'apprécier quoi que ce soit.

22. Intérêt pour la sexualité:

- 0 A le même intérêt sexuel ou tire le même plaisir des activités sexuelles que d'habitude.
- 1 L'intérêt sexuel et le plaisir tiré des activités sexuelles sont assez proches de ce qui est habituel.
- 2 A peu de désir sexuel ou tire rarement du plaisir des activités sexuelles.
- 3 N'a absolument aucun intérêt pour les activités sexuelles ou n'en tire aucun plaisir.

23. Ralentissement psychomoteur:

- 0 Vitesse normale de la pensée, des gestes et du discours.
- 1 Le patient remarque un ralentissement de la pensée et de sa façon de parler.
- 2 Prend plusieurs secondes pour répondre à la plupart des questions, fait état d'un ralentissement de la pensée.
- 3 Est incapable de répondre à la plupart des questions sans une forte incitation.

24. Agitation psychomotrice:

- 0 Pas d'augmentation de la vitesse ou de désorganisation de la pensée ou des gestes.
- 1 S'agite, se tord les mains et change souvent de position.
- 2 Décrit un besoin irrésistible de bouger et présente une agitation motrice.
- 3 Incapable de rester assis. Déambule avec ou sans permission.

25. Plaintes somatiques:

- 0 Ne rapporte aucune lourdeur ou douleur au niveau des membres.
- 1 Se plaint de maux de tête, de douleurs abdominales, de douleurs au niveau du dos ou des articulations, intermittentes mais pas invalidantes.
- 2 Se plaint des douleurs décrites ci-dessus et les ressent la plus grande partie du temps.
- 3 Altération fonctionnelle qui résulte des douleurs décrites ci-dessus.

26. Symptomatologie neurovégétative:

- 0 Ne rapporte pas de palpitations, de tremblements, de flou visuel, de tintement d'oreilles ou de transpiration excessive, d'essoufflement, de frissons ou de bouffées de chaleur, de douleurs dans la poitrine.
- 1 Les signes décrits ci-dessus sont légers et ne se manifestent que de manière intermittente.
- 2 Les signes décrits ci-dessus sont d'intensité moyenne et se manifestent plus de la moitié du temps.
- 3 Les signes décrits ci-dessus entraînent une altération fonctionnelle.

27. Symptômes phobiques ou de panique:

- 0 N'a ni épisodes de panique, ni symptômes phobiques.
- 1 A de légers épisodes de panique ou des phobies qui n'altèrent pas le comportement ou ne sont pas invalidants.
- 2 A des épisodes de panique ou des phobies qui modifient le comportement mais ne sont pas invalidants.
- 3 A des épisodes de panique invalidants au moins une fois par semaine ou des phobies sévères qui conduisent régulièrement à des comportements d'évitement total.

28. Troubles gastro-intestinaux:

- 0 Pas de modification du transit intestinal.
- 1 Présente une constipation intermittente et/ou une légère diarrhée.
- 2 Présente une diarrhée et/ou une constipation la plupart du temps mais cela n'altère pas le fonctionnement.
- 3 Présente une constipation intermittente et/ou une diarrhée qui nécessitent un traitement ou altèrent le fonctionnement.

29. Sensibilité dans les relations interpersonnelles:

- 0 Ne se sent pas facilement rejeté, remis à sa place, critiqué ou blessé par les autres.
- 1 Se sent occasionnellement rejeté, remis à sa place, critiqué ou blessé par les autres.
- 2 Se sent souvent rejeté, remis à sa place, critiqué ou blessé par les autres mais cela n'a que peu de répercussions sur le fonctionnement social/professionnel.
- 3 Se sent souvent rejeté, remis à sa place, critiqué ou blessé par les autres, ce qui induit une altération du fonctionnement social/professionnel.

30. Inertie / énergie physique:

- 0 N'a pas la sensation physique d'être lesté de plomb et d'être sans énergie physique.
- 1 A occasionnellement des périodes où il se sent lesté de plomb et dépourvu d'énergie mais sans effets négatifs sur le travail, l'école ou le niveau d'activité.
- 2 A la sensation physique d'être lesté de plomb (d'être sans énergie) plus de la moitié du temps.
- 3 A la sensation physique d'être lesté de plomb (d'être sans énergie) la plupart du temps, plusieurs heures par jour, plusieurs jours par semaine.

**QUESTIONNAIRE COURT SUR LES SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION
(AUTO-ÉVALUATION) (French version of the QIDS-SR₁₆)**

Pour chaque item, veuillez entourer l'affirmation qui correspond le mieux à votre situation des 7 derniers jours.

1. Endormissement :

- 0 Je ne mets jamais plus de 30 minutes à m'endormir.
- 1 Moins d'une fois sur deux, je mets au moins 30 minutes à m'endormir.
- 2 Plus d'une fois sur deux, je mets au moins 30 minutes à m'endormir.
- 3 Plus d'une fois sur deux, je mets plus d'une heure à m'endormir.

2. Sommeil pendant la nuit :

- 0 Je ne me réveille pas la nuit.
- 1 J'ai un sommeil agité, léger et quelques réveils brefs chaque nuit.
- 2 Je me réveille au moins une fois par nuit, mais je me rendors facilement.
- 3 Plus d'une fois sur deux, je me réveille plus d'une fois par nuit et reste éveillé(e) 20 minutes ou plus.

3. Réveil avant l'heure prévue :

- 0 La plupart du temps, je me réveille 30 minutes ou moins avant le moment où je dois me lever.
- 1 Plus d'une fois sur deux, je me réveille plus de 30 minutes avant le moment où je dois me lever.
- 2 Je me réveille presque toujours une heure ou plus avant le moment où je dois me lever, mais je finis par me rendormir.
- 3 Je me réveille au moins une heure avant le moment où je dois me lever et je n'arrive pas à me rendormir.

4. Sommeil excessif :

- 0 Je ne dors pas plus de 7 à 8 heures par nuit, et je ne fais pas de sieste dans la journée.
- 1 Je ne dors pas plus de 10 heures sur un jour entier de 24 heures, siestes comprises.
- 2 Je ne dors pas plus de 12 heures sur un jour entier de 24 heures, siestes comprises.
- 3 Je dors plus de 12 heures sur un jour entier de 24 heures, siestes comprises.

5. Tristesse :

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens triste moins de la moitié du temps.
- 2 Je me sens triste plus de la moitié du temps.
- 3 Je me sens triste presque tout le temps.

6. Diminution de l'appétit :

- 0 J'ai le même appétit que d'habitude.
- 1 Je mange un peu moins souvent ou en plus petite quantité que d'habitude.
- 2 Je mange beaucoup moins que d'habitude et seulement en me forçant.
- 3 Je mange rarement sur un jour entier de 24 heures et seulement en me forçant énormément ou quand on me persuade de manger.

7. Augmentation de l'appétit :

- 0 J'ai le même appétit que d'habitude.
- 1 J'éprouve le besoin de manger plus souvent que d'habitude.
- 2 Je mange régulièrement plus souvent et/ou en plus grosse quantité que d'habitude.
- 3 J'éprouve un grand besoin de manger plus que d'habitude pendant et entre les repas.

8. Perte de poids (au cours des 15 derniers jours) :

- 0 Mon poids n'a pas changé.
- 1 J'ai l'impression d'avoir perdu un peu de poids.
- 2 J'ai perdu 1 kg ou plus.
- 3 J'ai perdu plus de 2 kg.

9. Prise de poids (au cours des 15 derniers jours) :

- 0 Mon poids n'a pas changé.
- 1 J'ai l'impression d'avoir pris un peu de poids.
- 2 J'ai pris 1 kg ou plus.
- 3 J'ai pris plus de 2 kg.

QUESTIONNAIRE COURT SUR LES SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION (AUTO-ÉVALUATION) (French version of the QIDS-SR₁₆) (Suite)

Pour chaque item, veuillez entourer l'affirmation qui correspond le mieux à votre situation des 7 derniers jours.

10. Concentration/Prise de décisions :

- 0 Il n'y a aucun changement dans ma capacité habituelle à me concentrer ou à prendre des décisions.
- 1 Je me sens parfois indécis(e) ou je trouve parfois que ma concentration est limitée.
- 2 La plupart du temps, j'ai du mal à me concentrer ou à prendre des décisions.
- 3 Je n'arrive pas me concentrer assez pour lire ou je n'arrive pas à prendre des décisions même si elles sont insignifiantes.

11. Opinion de moi-même :

- 0 Je considère que j'ai autant de valeur que les autres et que je suis aussi méritant(e) que les autres.
- 1 Je me critique plus que d'habitude.
- 2 Je crois fortement que je cause des problèmes aux autres.
- 3 Je pense presque tout le temps à mes petits et mes gros défauts.

12. Idées de mort ou de suicide :

- 0 Je ne pense pas au suicide ni à la mort.
- 1 Je pense que la vie est sans intérêt ou je me demande si elle vaut la peine d'être vécue.
- 2 Je pense au suicide ou à la mort plusieurs fois par semaine pendant plusieurs minutes.
- 3 Je pense au suicide ou à la mort plusieurs fois par jours en détail, j'ai envisagé le suicide de manière précise ou j'ai réellement tenté de mettre fin à mes jours.

13. Enthousiasme général :

- 0 Il n'y pas de changement par rapport à d'habitude dans la manière dont je m'intéresse aux gens ou à mes activités.
- 1 Je me rends compte que je m'intéresse moins aux gens et à mes activités.
- 2 Je me rends compte que je n'ai d'intérêt que pour une ou deux des activités que j'avais auparavant.
- 3 Je n'ai pratiquement plus d'intérêt pour les activités que j'avais auparavant.

14. Énergie :

- 0 J'ai autant d'énergie que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je dois faire un gros effort pour commencer ou terminer mes activités quotidiennes (par exemple, faire les courses, les devoirs, la cuisine ou aller au travail).
- 3 Je ne peux vraiment pas faire mes activités quotidiennes parce que je n'ai simplement plus d'énergie.

15. Impression de ralentissement :

- 0 Je pense, je parle et je bouge aussi vite que d'habitude.
- 1 Je trouve que je réfléchis plus lentement ou que ma voix est étouffée ou monocorde.
- 2 Il me faut plusieurs secondes pour répondre à la plupart des questions et je suis sûr(e) que je réfléchis plus lentement.
- 3 Je suis souvent incapable de répondre aux questions si je ne fais pas de gros efforts.

16. Impression d'agitation :

- 0 Je ne me sens pas agité(e).
- 1 Je suis souvent agité(e), je me tords les mains ou j'ai besoin de changer de position quand je suis assis(e).
- 2 J'éprouve le besoin soudain de bouger et je suis plutôt agité(e).
- 3 Par moments, je suis incapable de rester assis(e) et j'ai besoin de faire les cent pas.

Annexe 6 : ISP

Indice simplifié du psoriasis Formulaire d'auto-évaluation

Date :

ÉTIQUETTE ou
n° de dossier :

Sexe :

Prénom :

Nom :

Merci de remplir ce questionnaire qui nous permettra de mieux vous comprendre et de mieux comprendre votre psoriasis. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez demander de l'aide à l'infirmière ou au médecin présent. Les questions sont classées en trois parties et nous apportent quelques informations sur l'état actuel de votre psoriasis, sur son impact sur votre vie personnelle et sur son évolution.

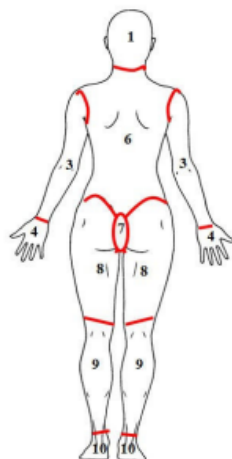
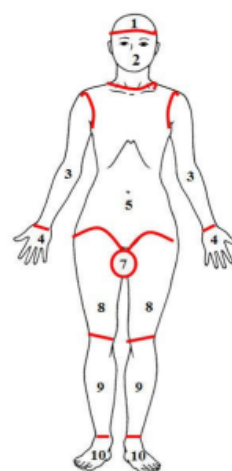
Veuillez indiquer comment vous ressentez aujourd'hui votre psoriasis

PARTIE 1A Pour chacune de ces 10 parties du corps, veuillez entourer la proposition qui décrit le mieux votre psoriasis aujourd'hui		0	±	<input checked="" type="radio"/>
0	Absent ou si faible qu'il ne me gêne pas (0)			
±	Manifeste, mais une partie importante de la peau est normale (0,5)			
+	Étendu, touchant une partie importante de la région atteinte (1,0)			
1	Cuir chevelu et sa lisière	0	±	+
2	Visage, cou et oreilles	0	±	+
3	Bras et aisselles	0	±	+
4	Mains, doigts et ongles des mains*	0	±	+
5	Thorax et abdomen	0	±	+
6	Dos et épaules	0	±	+
7	Région génitale et/ou autour de l'anus	0	±	+
8	Fesses et cuisses	0	±	+
9	Genoux, partie inférieure des jambes et chevilles	0	±	+
10	Pieds, orteils et ongles des orteils*	0	±	+
*PSORIASIS DES ONGLES : même si la peau des mains et des pieds n'est pas atteinte, vous pouvez noter ± pour un psoriasis important touchant au moins 2 ongles des doigts ou des orteils et + s'il touche au moins 6 ongles des doigts ou des orteils.		TOTAL		

PARTIE 1B Veuillez entourer la proposition qui décrit le mieux l'état général de votre psoriasis aujourd'hui. Votre score doit refléter la sévérité moyenne de votre psoriasis, et non pas seulement celle des régions les plus atteintes.

0	Absence de symptômes ou seulement quelques rougeurs ou pigmentations
1	Légères rougeurs ou présence de squames (peau qui pèle) avec tout au plus de légers épaissements
2	Présence claire de rougeurs, de squames (peau qui pèle) ou d'épaissements
3	Présence importante de rougeurs, de squames (peau qui pèle) ou d'épaissements
4	Présence très prononcée de rougeurs, squames (peau qui pèle) ou d'épaissements
5	Inflammation intense avec ou sans pustules (collections de pus)

Vous pourrez avoir accès à des photographies qui vous aideront à évaluer le score de votre psoriasis.



PRODUIT 1A X 1B

Veuillez tourner la page

Annexe 7 : EVA

Selon vous, comment évaluez-vous votre fatigue ?

Pour répondre veuillez déplacer le curseur ci-contre :

Plus vous déplacez le curseur vers la DROITE, plus la valeur augmente, PLUS vous souhaitez indiquer une fatigue importante ;

Plus vous déplacez le curseur vers la GAUCHE, plus la valeur diminue, MOINS vous souhaitez indiquer une fatigue importante.



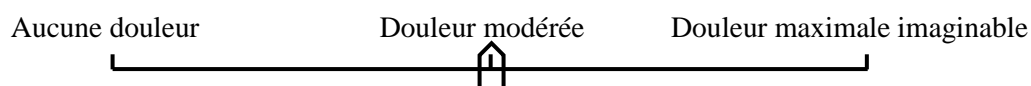
Souffrez-vous de prurit (démangeaisons) ?

Pour répondre veuillez déplacer le curseur ci-contre.



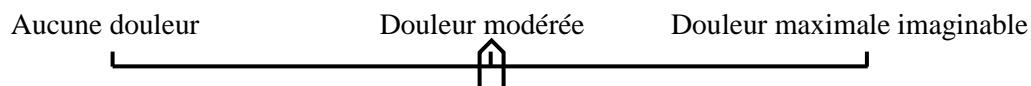
Avez-vous des douleurs liées au psoriasis (au niveau de la peau) ?

Pour répondre veuillez déplacer le curseur ci-contre.



Avez-vous des douleurs articulaires ?

Pour répondre veuillez déplacer le curseur ci-contre.



(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Validation et comparaison d'outils d'évaluation de la dépression chez des patients souffrant de psoriasis.

BOUDON Léa

TH Médecine - Clermont-Ferrand - 2021

RÉSUMÉ :

Introduction : Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse d'évolution chronique. Aux lésions cutanées visibles et stigmatisantes s'ajoutent de nombreux symptômes physiques. De ce fait, le psoriasis impacte les fonctions physiques, psychologiques et la qualité de vie. La dépression affecte entre 9 et 55% des patients souffrant de psoriasis. L'utilisation des questionnaires de dépression qui mesurent seulement les symptômes dépressifs sans tenir compte des symptômes cliniques induits par le psoriasis, semble surévaluer la prévalence des troubles dépressifs et ne reflète pas correctement la dépression clinique. Les plaintes et les symptômes liés au psoriasis peuvent être faussement identifiés par les questionnaires comme symptomatologie dépressive et peuvent surestimer les symptômes dépressifs. Dans ce contexte, il semble nécessaire de proposer aux dermatologues des outils évaluant la symptomatologie dépressive, validés spécifiquement chez des patients souffrant de psoriasis.

Objectif : Valider les auto-questionnaires (BDI, PHQ9, IDS, QIDS, HADS) évaluant la dépression chez des patients souffrant de psoriasis.

Matériels et méthodes : Etude transversale observationnelle uni centrique

Résultats : Les résultats de cette étude ont montré que toutes les échelles étudiées sont des instruments fiables et valides pour évaluer la dépression chez les patients qui souffrent de psoriasis. Nous pouvons constater que les échelles utilisées ont un coefficient α de Cronbach supérieur à 0.8 attestant ainsi d'une bonne homogénéité et d'une adaptation à la population étudiée. Cependant, le BDI, l'IDS et le qIDS perdent en pertinence dans l'évaluation de la dépression du fait de la présence de coefficients de corrélation inter-item inférieurs à 0.30. Toutes les échelles sont performantes dans le dépistage des troubles dépressifs. En effet, la sensibilité varie de 78.3% (IC 95% à 56.3;92.5) pour l'HADS à 87% (IC 95% à 66.4 ; 97.2) pour le BDI et le PHQ9. Seul le qIDS voit sa spécificité diminuer à 70.5% (IC 95% à 63.5 ; 76.8). Les autres échelles gardent une spécificité supérieure à 75%. Enfin les auto-questionnaires restent stables dans le temps.

Conclusion : Toutes les échelles testées au cours de notre travail se sont avérées utilisables dans le dépistage de la dépression chez les patients atteints de la dermatose. Cependant, après une analyse des résultats, le BDI et le PHQ9 se démarquent par leur excellente sensibilité : 87.0%. Leur très bonne spécificité : respectivement 88.6% et 83.4% et leur aire sous la courbe proche de 1 : 0.91 pour le BDI et 0.92 pour le PHQ9.

Les 9 items du PHQ9 en font un test facile et rapide d'utilisation. Son intégration dans le dépistage peut faciliter le diagnostic de dépression et augmenter la probabilité de traitement et de suivi spécialisé.

JURY :

Présidente :

Madame le Professeur JALENQUES Isabelle

Membres :

Monsieur le Professeur BROUSSE Georges

Monsieur le Professeur D'INCAN Michel

Madame le Docteur LAURON Sophie

MOTS-CLÉS : Psoriasis, dépression, étude transversale, auto-questionnaires, HADS, BDI, PHQ9, IDS, qIDS.