



HAL
open science

Comparaison et validation d'outils de dépistage de la dépression chez des patients souffrant de psoriasis

Antoine Petit

► **To cite this version:**

Antoine Petit. Comparaison et validation d'outils de dépistage de la dépression chez des patients souffrant de psoriasis. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03930000

HAL Id: dumas-03930000

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03930000v1>

Submitted on 9 Jan 2023

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

PETIT Antoine

Présentée et soutenue publiquement le 27 avril 2022

Comparaison et validation d'outils de dépistage de la dépression chez des patients souffrant de psoriasis.

Directrice de thèse :

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

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

Monsieur AMBLARD Jeremy, Docteur, CH Sainte Marie 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

Antoine PETIT

Présentée et soutenue publiquement le 27 avril 2022

Comparaison et validation d'outils de dépistage de la dépression chez des patients souffrant de psoriasis.

Directrice de thèse :

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

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

Monsieur AMBLARD Jeremy, Docteur, CH Sainte Marie 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
Mathias
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
Françoise
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
Vanessa
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES
François

: **BERNARD**
: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD**
: **PREVOT**
: **PAQUIS**



**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 - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAMOIX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - 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 - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
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. 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.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

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

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 Andréï	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
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne Nutrition
Mme FOGLI Anne Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUMY Carole Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric Bactériologie
Mme VERONESE Lauren Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien Bactériologie
Mme MIRAND Audrey Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric Pharmacologie Médicale
Mme COSTE Karen Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë Biologie et Médecine du Développement

2ème CLASSE

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRÉSIDENTE DE JURY

Madame la Professeur JALENQUES Isabelle

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

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.
Pour votre disponibilité et votre bienveillance tout au long de ce travail ainsi que la
qualité de votre enseignement tout au long de notre internat.
Pour tout cela, nous vous prions de trouver ici l'expression de notre grande
admiration, de toute notre gratitude et de notre profond respect.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur Michel D'INCAN

Service Dermatologie et Oncologie cutanée, CHU de Clermont-Ferrand

Pour votre disponibilité et vos conseils avisés tout au long de ce travail.
Pour l'honneur que vous nous faites d'accepter de participer notre jury.
Veuillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre gratitude.

Madame la Docteur Sophie LAURON

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

Pour votre écoute, votre soutien infailible, 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 Dr Jeremy AMBLARD

Secteur centre CH Sainte Marie 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 mes parents, à votre amour sans faille, à votre bienveillance, à vos conseils avisés et votre patience depuis ma naissance. Je suis fier d'être votre fils.

A mon frère, Raphaël, pour ton soutien, ta sagesse qui me montre le chemin dans les moments difficiles, au lien indestructible qui nous liera à vie, merci.

A mon grand-père, pour tout le bonheur et la joie que tu m'as apportés et toutes les valeurs que tu m'as transmises.

A Claire, pour tout l'amour que tu m'apportes depuis notre rencontre, tu embellis chaque jour que je passe avec toi.

Aux Tarbais, aux Jackson, aux Claouith, Ambroise, Guillaume, Juliken, Louis, Ludo, Maxime, Mélanie, Paul, Pierre, P-A, Théo... dont je garde avec moi la chaleur d'un soleil amical constamment, même dans ce pays nordique. Tèh le Bougre!

Aux Toulousains, Brendan, Gabi, Gabidou, Mathias, Mathilde, Pauline, Symich, Thomas, Adri et tous les autres, pour cette épopée toulousaine qui restera à jamais gravée dans mon cœur, je vous considère comme des frères, oui même les filles.

Aux Clermontois, bien sûr, les Bonnards, les Shlagitos, pour tout ce sport et ces activités ludiques que l'on aura fait ensemble, et votre soutien à l'approche de cette soutenance.

A mes colloc, Laetitia, qui a été bien plus, une amie de tous les instants et à Ludo, à vos côtés les années se sont écoulées en une fraction de seconde.

A mes chefs et amis, Jeremy, Mia, Thomas, Julie, Leo, Céline, Arnaud, Ana, Aymane qui m'ont montré la voie, appris, rassuré.

A mes collègues, co-internes, amis, Manu, Thibaud, Myriame, Nathan, Elisa, Julia, Sophie, Nicolas, Estelle, Catherine, Johnny, Aude, Isaure, Sébastien, Thibault, Laura, Johan, Chris, Pauline, Micka et bien d'autres.

A Sophie et Fabien, sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

A tous ceux non cités, mais tellement importants.

Merci

1	INTRODUCTION ET CONTEXTE DE L'ETUDE.....	15
1.1	PRESENTATION D'UNE MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE : LE PSORIASIS	15
1.1.1	<i>Généralités</i>	15
1.1.2	<i>Causes et mécanismes</i>	16
1.1.2.a	Facteurs génétiques	16
1.1.2.b	Facteurs infectieux.....	17
1.1.2.c	Facteurs psychologiques	17
1.1.2.d	Autres facteurs environnementaux	18
1.1.3	<i>Approche pathogénique du psoriasis</i>	18
1.1.4	<i>Approche clinique du psoriasis</i>	19
1.1.4.a	Forme habituelle : psoriasis vulgaire	19
1.1.4.b	Formes particulières	21
1.1.5	<i>Approche thérapeutique du psoriasis</i>	24
1.1.5.a	Indication et objectif	24
1.1.5.b	Traitements topiques	25
1.1.5.c	Traitements systémiques.....	25
1.2	DEPRESSION ET DYSTHYMIE.....	26
1.2.1	<i>Définition et épidémiologie de l'épisode dépressif chez l'adulte</i>	26
1.2.2	<i>Hypothèses étiologiques</i>	27
1.2.3	<i>Clinique de la dépression</i>	28
1.2.4	<i>Outils d'aide au diagnostic et au dépistage (MINI, BDI, PHQ9, IDS, QIDS, HADS)</i>	29
1.2.5	<i>Dysthymie</i>	31
1.3	PLACE DE LA PSYCHIATRIE DANS LE PSORIASIS.....	32
1.3.1	<i>Fonctions de la peau</i>	32
1.3.2	<i>Psycho-dermatologie</i>	34
1.3.3	<i>Syndrome dépressif, une co-morbidité importante au cours du psoriasis</i>	36
1.4	OBJECTIF DE L'ETUDE	37
2	PROTOCOLE D'ETUDE	37
2.1	DESCRIPTION DE L'ETUDE	37
2.2	OBJECTIFS DE L'ETUDE	38

2.3	MODALITES DE RECRUTEMENT	38
2.4	POPULATION ETUDIEE / CONCERNEE	39
2.4.1	<i>Critères d'inclusion</i>	39
2.4.2	<i>Critères de non-inclusion</i>	39
2.4.3	<i>Procédure d'arrêt prématuré de la recherche</i>	39
2.5	DEROULEMENT DE L'ETUDE	40
2.5.1	<i>Schéma général de l'étude</i>	40
2.5.2	<i>Méthode d'observation ou d'investigation retenue</i>	41
2.5.3	<i>Données recueillies</i>	42
2.5.3.a	Recueil de données sociodémographiques et médicales.....	42
2.5.3.b	Évaluation psychiatrique standardisée	42
2.5.3.c	Évaluation dermatologique du psoriasis	42
2.5.3.d	Evaluation de l'intensité des symptômes dépressifs par auto-questionnaires.....	43
2.5.4	<i>Conduite à tenir en cas de dépistage de troubles psychiatriques</i>	43
3	RESULTATS	44
3.1	DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	44
3.2	COMPARAISON DES SUJETS AVEC OU SANS SYNDROME DEPRESSIF ACTUEL (DEFINIT PAR LA MINI) ..	48
3.3	COMPARAISON DES DIFFERENTS SCORES DE DEPRESSION EN FONCTION DES RESULTATS A LA MINI.	51
3.4	DESCRIPTION DE LA PERFORMANCE DIAGNOSTIQUE DES QUESTIONNAIRES EVALUANT LA DEPRESSION	52
4	DISCUSSION	59
4.1	POPULATION DE ÉTUDE	59
4.2	METHODOLOGIE	60
4.3	CARACTÉRISTIQUES PSYCHOMÉTRIQUES	61
4.4	LIMITES DE NOTRE ÉTUDE	62
5	CONCLUSION.....	64
6	BIBLIOGRAPHIE	66
7	ANNEXES	71
7.1	ANNEXE 1: MINI.....	71

7.2	ANNEXE 2 : BDI	73
7.3	ANNEXE 3 : PHQ9.....	75
7.4	ANNEXE 4 : HADS	76
7.5	ANNEXE 5 : IDS ET QIDS	77
7.6	ANNEXE 6 : ISP.....	84
7.7	ANNEXE 7 : EVA	86

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

1 Introduction et contexte de l'étude

1.1 Présentation d'une maladie inflammatoire chronique : le Psoriasis

1.1.1 Généralités

Le psoriasis reste une des affections cutanées et rhumatologiques les plus fréquente avec 2 à 5 % de la population mondiale atteinte. En France, plus d'un million de français en sont atteints (1).

Sur le plan dermatologique, la lésion psoriasique se caractérise par une prolifération des cellules épidermiques (les kératinocytes), associée à des anomalies de leur différenciation ainsi qu'à des manifestations inflammatoires du derme et de l'épiderme avec l'apparition d'infiltrats de lymphocytes T et de polynucléaires.

Le rhumatisme psoriasique reste la complication la plus fréquente du psoriasis cutané, mais il ne faut pas en oublier les autres complications systémiques telles que les formes osseuses, pulmonaires ou oculaires. S'y ajoute une association significative à des maladies auto-immunes et une prédisposition à des comorbidités, notamment le syndrome anxio-dépressif et le syndrome métabolique.

Sur le plan thérapeutique, le début du XXI ème siècle a vu apparaitre d'importantes avancées, sous le nom des biotechnologies, regroupant les traitements biologiques et les biothérapies.

1.1.2 Causes et mécanismes

En dépit de nombreux travaux de recherche ces dernières décennies, les mécanismes conduisant au psoriasis sont encore indéterminés. Comme une forte part des affections inflammatoires, cette pathologie est caractérisée comme étant d'origine génétique et déclenchée par des phénomènes environnementaux.

1.1.2.a Facteurs génétiques

Si une origine héréditaire du psoriasis est mise en évidence depuis plusieurs décennies, un consensus, lui, ne l'est toujours pas.

En effet on estime que 20 à 30 % des cas sont familiaux et que la prévalence de la maladie est trois fois supérieure chez les parents du 1^{er} degré. Ainsi les études chez les jumeaux monozygotes montrent une concordance de la maladie chez 60 à 70 % des patients et seulement de 15 % chez des jumeaux dizygotes.

Un consensus est encore plus difficile à trouver sur le plan du mode de transmission, en effet les trois modèles les plus cités sont (1) :

- Le modèle monogénique autosomique dominant
- Le modèle autosomique récessif
- Le modèle multigénique, cité par le plus grand nombre de publications

Les études de génétique moléculaire les plus récentes révèlent la liaison entre la maladie et une vingtaine de locus de susceptibilité différents, répartis sur l'ensemble du génome humain (« le plus constamment retrouvé est le locus 6p21.3 (PSOR 1) qui correspond à la zone HLA »)(1).

1.1.2.b Facteurs infectieux

Les infections bactériennes, notamment à streptocoque, pourraient être l'élément déclencheur de 10% des psoriasis chez l'adulte et jusqu'à 30 à 50 % chez l'enfant et l'adolescent. La forme débutante serait le plus souvent un psoriasis en goutte d'évolution aiguë. Les infections bactériennes en question, apparaissent sous la forme de rhino-pharyngites.

De plus, sur des psoriasis connus, de nouvelles poussées de la maladie psoriasique sont déclenchées par des infections pharyngées.

Le streptocoque, ou les autres agents infectieux, joueraient leur rôle déclencheur en produisant des super-antigènes capables de stimuler une large population de lymphocytes. Plus spécifiquement au streptocoque, la protéine M de ce dernier, présentant des homologies de séquence avec certaines kératines épidermiques, pourrait être reconnue par des lymphocytes psoriasiques et entraîner des troubles de la kératinisation (1).

1.1.2.c Facteurs psychologiques

L'impact des chocs émotionnels et des stress environnementaux est mis en évidence depuis longtemps dans le déclenchement de la maladie psoriasique ou dans la survenue de nouvelles poussées de cette pathologie. On estime que ce facteur serait impliqué dans pas moins de 70% des cas de psoriasis.

On parle alors d'évènements de stress aigus tels qu'une séparation, un deuil ou un accident, ou d'évènements d'ordre matériel ou professionnel.

Si le déclenchement de cette dermatose par des facteurs traumatiques n'est plus à démontrer, l'existence « d'un profil psychologique particulier » entraînant l'apparition du psoriasis amène à des avis très discordants dans la littérature (1).

1.1.2.d Autres facteurs environnementaux

La consommation d'alcool et de tabac sont décrits comme des facteurs de gravité de la pathologie psoriasique ainsi que de résistance thérapeutique.

De même que certaines molécules comme les sels de lithium, les bêtabloqueurs, l'interféron alpha et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine qui pourraient induire ou aggraver un psoriasis (1).

1.1.3 Approche pathogénique du psoriasis

Actuellement le consensus tend à définir le psoriasis comme une maladie inflammatoire chronique ou auto-immune, médiée par l'activation dans la peau de lymphocytes T spécifiques d'antigènes. Il est alors admis que les anomalies kératinocytaires sont entraînées par les interleukines IL-1, IL-8, IL-2, tumor necrosis factor (TNF) - α , interféron (IFN) - γ , des cytokines et des chémokines, produites par des populations lymphocytaires qui sont présentes dans la lésion psoriasique (1).

Cependant nombre de questions restent à résoudre (1) :

-La sous population lymphocytaire exacte entraînant les lésions cutanées. Cette dernière n'est que partiellement définie. Dans un premier temps, les lymphocytes T CD4 helpers seraient en cause, puis dans un deuxième temps les LT CD8 régulateurs et cytotoxiques.

-Le ou les mécanismes précis par lesquels ces lymphocytes sont responsables de l'hyperkératose induite. Les cytokines produites en sont l'origine la plus connue, mais il est difficile d'admettre que seul ce mécanisme en soit à l'origine.

-La cause de l'activation des lymphocytes psoriasiques ou la nature des antigènes potentiellement responsables du psoriasis.

1.1.4 Approche clinique du psoriasis

1.1.4.a Forme habituelle : psoriasis vulgaire

1) La lésion élémentaire

La lésion élémentaire est une macule érythémateuse et squameuse, généralement arrondie, ovale ou polycyclique. La couche squameuse et superficielle, blanchâtre, peut être épaisse et très kératosique. La tache érythémateuse sous-jacente est le plus souvent visible par transparence et en périphérie. Cette lésion peut avoir un caractère papuleux, notamment lors des psoriasis évolutifs. La lésion décrite ci-dessus est généralement multiple avec des intervalles de peau saine. Les taches sont de tailles variables, pouvant être définies comme des taches de psoriasis en pont, en goutte, nummulaires voire en plaques occupant de larges espaces de peau (1).

2) Formes topographiques

La localisation la plus commune se trouve dans les zones du corps exposées aux contacts extérieurs comme les coudes et les bords cubitaux des avant bras ainsi que les genoux, les régions prétoriale et lombosacrée (1).

Cependant de nombreuses autres formes topographiques sont décrites :

-Le *psoriasis des plis ou inversé* où les lésions siègent dans le pli interfessier, les zones sous mammaires, l'ombilic ou encore les plis inguinaux et la région génitale. On retrouve aussi des lésions dans les creux poplités ou axillaires.

-Le *psoriasis du cuir chevelu*, réalisant des plaques circonscrites de tailles variables, bien limitées, couvertes de larges squames traversées par les cheveux. Dans la région antérieure les lésions sont généralement humides, prurigineuses, bordées par une ligne érythémateuse couverte de squames grasses à la lisière du cuir chevelu. Elle reste fréquente vers l'occiput et ces deux localisations peuvent se rejoindre pour ne former qu'une grande carapace sur l'ensemble du cuir chevelu.

-Le *psoriasis du visage* est plus rare, se localisant dans les plis nasogéniens et l'oreille externe avec l'aspect d'une dermatite séborrhéique.

-Le *psoriasis palmoplantaire* est généralement bilatéral et réalisant une kératodermie.

-Le *psoriasis des ongles* est rarement isolé, qui accompagne souvent un psoriasis cutané.

-Le *psoriasis des muqueuses* est plus rare, il apparaît sur le gland ou la langue.

3) Évolution clinique habituelle

La maladie se déclare le plus souvent à l'adolescence et chez l'adulte jeune. Elle est chronique et évolue par poussées alternant rémissions et rechutes. Lors des rémissions, les lésions disparaissent complètement le plus souvent, mais il peut persister des éléments squameux ou achromatiques dans les zones les plus touchées (généralement les coudes ou genoux) (1).

Les rémissions apparaissent le plus souvent lors de la saison estivale, en lien avec l'effet bénéfique des rayons ultraviolets.

Les poussées restent imprévisibles, pouvant être déclenchées par les événements cités plus hauts ou non. Il peut réapparaître des plaques plus étendues que lors des poussées précédentes, avec des bordures périphériques plus actives ou de nouveaux éléments, en gouttes ou punctiformes.

Les complications restent rares avec un traitement adapté.

1.1.4.b Formes particulières

1) Psoriasis grave : psoriasis pustuleux

Le psoriasis grave, dit pustuleux, peut apparaître sur un psoriasis vulgaire ou plus exceptionnellement être la forme inaugurale d'un psoriasis. Il apparaît par les mêmes mécanismes que le psoriasis vulgaire ou peut être provoqué par effet iatrogène, notamment par la corticothérapie.

Le psoriasis pustuleux apparaît sous plusieurs formes (1) :

-*Le psoriasis pustuleux palmoplantaire*, se manifeste par des pustules de couleur jaunâtre évoluant par poussées qui se succèdent de façon chronique. Cette forme peut entraîner un handicap fonctionnel non négligeable.

-*Le psoriasis pustuleux généralisé*, à début brutal généralement, s'accompagne d'une forte altération de l'état général avec fièvre et des placards rouges vifs de grande taille se couvrant de pustules superficielles. Ces dernières peuvent se rassembler en de larges nappes sur le tronc. Anciennement le pronostic était grave mais avec l'avènement des thérapies par rétinoïdes ce dernier s'améliore. On note que la majorité des psoriasis pustuleux généralisés sont liés aux mutations récessives du gène IL36RN ou plus rarement à des variants du gène CARD14.

-*Le psoriasis érythrodermique*, se caractérise par une atteinte psoriasique généralisée, sans espace de peau saine. Il apparaît soit par des lésions diffuses et sèches accompagnées d'une importante desquamation, ou par une érythrodermie œdémateuse, prurigineuse et associée à une forte altération de l'état général. Cette dernière est liée à des facteurs toxiques surajoutés, notamment aux thérapeutiques locales ou générales et s'apparente à une toxidermie érythrodermique. Il peut alors apparaître des surinfections, des troubles de la thermorégulation et des anomalies hydro électrolytiques.

2) Rhumatisme psoriasique

La définition la plus utilisée pour décrire le rhumatisme psoriasique est la définition de Moll et Wright: « Arthrite inflammatoire (arthrite périphérique et/ou sacro-iléite ou spondylites) associée à un psoriasis cutané en l'absence habituelle de séropositivité au facteur rhumatoïde » (1).

Celui-ci touche environ 6 à 38 % des patients atteints de psoriasis cutané (1).

Sans prédominance de sexe, il touche généralement l'adulte à partir de la 4^{ème} décennie. Les cas chez les mineurs sont rares.

Globalement, le psoriasis cutané précède la forme rhumatismale dans trois quarts des cas, l'accompagne dans environ 15 % des cas et persiste après cette forme dans 15 % des cas également. Dans le dernier cas, les formes familiales sont majoritaires.

Les formes graves de psoriasis cutané accompagnent généralement la forme rhumatismale.

On distingue deux grandes formes de rhumatisme psoriasique (1):

-Le Rhumatisme psoriasique périphérique :

Les patients qui en sont atteints présentent des *arthralgies*. Les douleurs articulaires sont fréquentes et peuvent rester isolées. La mobilisation des articulations en devient d'autant plus douloureuse si le sujet présente des lésions dermatologiques en regard.

-L'Oligo- ou mono-arthrite est la forme la plus fréquente (70%). Elle peut atteindre toutes les articulations avec par ordre de fréquence : Doigts/orteils > Poignet > Genoux > Chevilles > Coudes > Épaules. Une atteinte des doigts/orteils, associée à une ténosynovite des fléchisseurs, est très évocatrice.

-La *polyarthrite psoriasique* est plus rare que la forme précédente. Avec un début aigu ou subaigu généralement. La clinique et la biologie se rapprochent de celles de la polyarthrite rhumatoïde mais avec certaines différences notables :

- Atteinte asymétrique
- Atteinte des inter phalangiennes distales
- Déformation des doigts et des orteils non systématisée (« Aspect en saucisse »)
- Absence de nodule rhumatoïde
- Altération moindre de l'état général
- Recherche de facteur rhumatoïde le plus souvent négative

-Le Rhumatisme psoriasique axial :

Il s'associe dans 50 % des cas à un rhumatisme psoriasique périphérique.

Il se rapproche fortement de la spondylarthrite ankylosante idiopathique sur le plan clinique et radiologique. Une atteinte cervicale initiale, l'existence de syndesmophytes volumineux avec ossification paraspinale en agrafe, sont en faveur d'une origine psoriasique de ce dernier.

1.1.5 Approche thérapeutique du psoriasis

1.1.5.a Indication et objectif

A l'heure actuelle, aucun traitement ne permet de guérir du psoriasis. Cependant des traitements topiques et généraux, ainsi qu'une prise en charge non médicamenteuse, peuvent être mis en place. Ces différentes prises en charge sont recommandées en fonction de la sévérité de la pathologie psoriasique et de l'impact sur la qualité de vie du patient (2).

La sévérité de la pathologie psoriasique peut s'évaluer grâce à plusieurs outils tels que le Psoriasis Area and Severity Index (PASI) ou le Physician's Assessment (PGA).

En ce qui concerne l'évaluation de l'impact de la pathologie sur la qualité de vie du patient, la Société Française de Dermatologie (SFD) (2) recommande l'utilisation du Dermatology Life Index (DLQI), non spécifique au psoriasis.

Les objectifs thérapeutiques qui en découlent sont (2):

- Un DLQI de 0 à 1, afin d'indiquer l'absence d'impact du psoriasis sur la qualité de vie
- Un PASI absolu ≤ 3 , indiquant le statut « blanchi » ou « presque blanchi » du patient

1.1.5.b Traitements topiques

Les traitements topiques seront utilisés dans les formes peu étendues de psoriasis, seuls ou combinés avec des traitements systémiques (surface corporelle atteinte $< 10\%$ et pathologie stable) (3). On trouve donc les émoullients, les keratolytiques comme l'acide salicylique, les corticoïdes locaux ou dermocorticoïdes, les réducteurs, les goudrons, les dérivés de la vitamine D ainsi que les rétinoïdes topiques.

1.1.5.c Traitements systémiques

Les traitements généraux sont utilisés dans les formes modérées à sévères de psoriasis. Les recommandations thérapeutiques diffèrent en fonction de la forme du psoriasis évoluant chez un patient. On différenciera les traitements dans le psoriasis en plaques sans comorbidité, avec comorbidités et des formes particulières du psoriasis notamment le rhumatisme psoriasique (2). Les traitements généraux regroupent le methotrexate, les photothérapies (UVB alpestre étroit, PUVA-thérapie, rétinoïdes-PUVA), la ciclosporine et les rétinoïdes (associés à la PUVA-thérapie).

On ajoute les traitements provenant des biotechnologies, produits à partir de matériel vivant grâce à la technologie de l'ADN recombinant (3). Ces derniers se regroupent sous le nom de « traitements biologiques » ou « biothérapies ». On parle alors des inhibiteurs du TNF-alpha, des inhibiteurs de l'IL12/IL23, des inhibiteurs de l'IL17 et des inhibiteurs de la phosphodiesterase 4. D'autres molécules sont disponibles mais ne disposent pas de l'AMM pour le psoriasis en France et d'autres traitements sont en cours d'évaluation.

1.2 Dépression et dysthymie

1.2.1 Définition et épidémiologie de l'épisode dépressif chez l'adulte

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent et la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde, de ce fait elle est un enjeu de santé publique.

Selon les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus de 300 millions de personnes dans le monde souffrent de cette pathologie, soit une augmentation de plus de 18% de 2005 à 2015 (4).

En France, la prévalence se situe aux alentours de 21,4% sur la vie entière alors que la prévalence de l'épisode dépressif majeur actuel (sur 12 mois) est de 6% (5).

L'âge moyen pour le début de ce trouble psychiatrique est de 27 ans, et il y a 3 fois plus de femmes atteintes que d'hommes (6).

1.2.2 Hypothèses étiologiques

Les causes exactes du syndrome dépressif restent à ce jour inconnues. Mais nous pouvons dire avec certitude que cette pathologie est d'origine multifactorielle.

Une interaction entre facteurs biologiques et génétiques associés aux facteurs psychologiques et environnementaux, reste pour l'instant le modèle retenu pour rendre compte de la survenue d'un épisode dépressif (6).

De ce fait on peut mettre en évidence plusieurs facteurs étiologiques :

-Environnementaux ou facteurs psychosociaux. Des stress majeurs de la vie, en particulier des séparations ou des pertes, précèdent fréquemment les épisodes de dépression majeure; cependant, ces événements n'entraînent habituellement pas de dépression durable et sévère, sauf chez le patient prédisposé à un trouble de l'humeur (7).

-L'hypothèse neurobiologique, qui suppose qu'un état dépressif puisse être induit par la perturbation du fonctionnement des voies de neurotransmission cholinergique, catécholaminergique (adrénergique ou dopaminergique), glutamatergique et sérotoninergique (5-hydroxytryptamine) (8).

-L'hypothèse génétique, qui suppose qu'il y ait un risque majoré de développer un syndrome dépressif chez les apparentés au 1er degré des patients déprimés. Les facteurs génétiques influencent aussi probablement le développement de réponses dépressives secondaires à des événements indésirables (7).

-L'hypothèse inflammatoire est mise en évidence lors d'anomalie de la régulation des systèmes immunitaires innés et adaptatifs chez des patients atteints de syndrome dépressif. Ces patients semblent présenter une augmentation de certains marqueurs de l'inflammation. A l'inverse, on note une prévalence plus importante de syndromes dépressifs chez les patients atteints de certaines maladies inflammatoires (9).

-L'hypothèse neuro-endocrine: le dysfonctionnement neuroendocrine peut être un facteur impliqué, en particulier sur 3 axes: l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, hypothalamo-hypophyso-thyroïdien et l'hormone de croissance (7).

1.2.3 Clinique de la dépression

Le diagnostic du syndrome dépressif caractérisé est clinique et repose sur l'entretien psychiatrique du patient.

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent selon le site de l'HAS (10):

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

Pour diagnostiquer un syndrome dépressif caractérisé il faut :

- Au moins deux symptômes principaux parmi :
 - humeur dépressive

-perte d'intérêt, abattement

-perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité

-Au moins deux des autres symptômes parmi:

-concentration et attention réduite

-diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi

-sentiment de culpabilité et d'inutilité

-perspectives négatives et pessimistes pour le futur

-idées et comportement suicidaire

-troubles du sommeil

-perte d'appétit

La classification de référence est la CIM-10 de l'OMS.

Le DSM-5, est une autre classification, utilisée en clinique et à des fins de recherche.

Dans cette dernière les symptômes doivent provoquer une souffrance cliniquement significative ou des altérations du fonctionnement social ou professionnel. Il ne faut pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale (cf annexe 1) (10).

1.2.4 Outils d'aide au diagnostic et au dépistage (MINI, BDI, PHQ9, IDS, QIDS, HADS)

Bien que le diagnostic d'un syndrome dépressif caractérisé soit clinique, et fait lors d'un entretien psychiatrique, certains instruments permettent d'en faciliter son dépistage, son diagnostic ou d'évaluer la sévérité de la dépression.

-MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview (11)

C'est un entretien semi-dirigé, validé en français, qui permet une évaluation standardisée de tous les troubles psychiatriques actuels ou passés, notamment pour l'épisode dépressif majeur (actuel ou passé). Il s'agit de questions précises auxquelles le patient doit répondre par oui ou par non.

-BDI: Beck Depression Inventory (12)

Est constitué de 21 items à choix multiples mesurant la présence et le degré de dépression chez les adolescents et les adultes conformément au DSM-IV. Il ne s'agit pas d'un instrument diagnostique. Il est principalement utilisé comme instrument de dépistage et pour la recherche clinique.

-PHQ9: Patient Health Questionnaire 9 (13)

Sa caractéristique principale est d'être particulièrement bref. Il évalue en 9 questions, 9 critères diagnostiques de la dépression clinique, appelée dépression majeure ou caractérisée, du DSM-IV.

Le score va de 0 à 27, chaque item étant coté de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours).

-HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (14)

C'est une échelle d'auto-évaluation de la symptomatologie anxieuse et dépressive, composée de 14 items. Elle est conçue pour faciliter la reconnaissance des troubles psychopathologiques en médecine interne, elle peut permettre de suivre l'évolution de ces troubles sous traitement mais

elle peut également servir d'instrument de dépistage. La version française de cette échelle a fait l'objet de nombreux travaux de validation.

-IDS (IDS-C30 ou -SR30): Inventory Depressive Symptomatology (15)

Cette échelle est disponible en version remplie par le clinicien (IDS-C30) et en version autoévaluée (IDS-SR30). Elle fait l'inventaire rapide de la symptomatologie dépressive et est conçue pour évaluer la gravité des symptômes dépressifs. De plus elle 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 en clinique.

1.2.5 Dysthymie

La dysthymie, appelée trouble dépressif persistant, se classe au sein des troubles dépressifs dans le DSM-5 (cf annexe 2). Elle est définie par une humeur dépressive présente quasiment toute la journée, au moins un jour sur deux pendant au moins deux ans.

Dans la CIM-10, la dysthymie se définit par un abaissement chronique de l'humeur pendant plusieurs années, mais dont la sévérité ou la durée des épisodes est insuffisante pour justifier un épisode dépressif récurrent, sévère, léger ou moyen. On la classe dans les troubles de l'humeur, affectifs, persistants.

Maintenant que ces deux pathologies ont été abordées, il est important d'étudier la place de la psychiatrie dans l'approche clinique et thérapeutique du psoriasis et notamment du syndrome dépressif.

1.3 Place de la psychiatrie dans le psoriasis

1.3.1 Fonctions de la peau

La peau est l'organe permettant de faire le lien entre les milieux extérieur et intérieur du corps.

C'est un organe complexe dont le fonctionnement a deux finalités (16):

- assurer la communication entre notre propre organisme et le milieu environnant ;
- protéger notre organisme des agressions extérieures.

Chez l'être humain, elle est l'un des organes les plus massif avec en moyenne 5 kilogrammes pour environ 2m² de surface.

On peut la décrire grossièrement en deux parties anatomiques : la superficielle et l'externe, constituant l'épiderme, ainsi qu'une partie plus profonde et interne, constituée du derme et de l'hypoderme.

Le tégument rassemble l'ensemble de la peau et les phanères (Ongles, poils, cheveux).

On dénombre de multiples fonctions à cet organe, certaines sont encore méconnues.

La peau est une barrière physique qui protège les tissus et les organes internes des agressions extérieures. Elle est efficace face aux micro-organismes. C'est une membrane semi-perméable face aux liquides extérieurs qui évite la perte des fluides corporels. De plus elle protège l'organisme des traumatismes mécaniques, des UV, des agents infectieux, des toxines.

Elle a un rôle dans le maintien de la température corporelle, dans l'homéostasie thermique, par la sécrétion de sueur essentiellement.

La peau est un organe sensoriel, comprenant des terminaisons nerveuses. Elle donne à l'organisme, la capacité d'être sensible à la pression, à la douleur, à la température extérieure. La présence de récepteurs et de terminaisons nerveuses permet l'interprétation des informations reçues par le système nerveux central.

La peau fait fonction d'organe immunitaire, dans la présentation aux lymphocytes T d'antigènes par les cellules de Langerhans par exemple, et intervient dans la réponse inflammatoire générale de l'organisme.

De plus, elle est un véritable réservoir de vascularisation. Elle peut favoriser l'apport sanguin en cas d'effort physique. Ce réservoir est compris entre l'hypoderme et le derme, l'épiderme n'étant pas vascularisé mais nourrit par les réseaux capillaires.

On parle aussi d'organe de synthèse de substances essentielles avec la production par les kératinocytes de vitamine D. Ces derniers participent aussi à la production d'endorphines sous l'action des UV et interviennent dans la régulation thymique de l'individu.

Pour finir, on parle d'organe de la relation sociale et de la communication (17). La peau, à travers sa couleur, sa texture et son odorat, transmet des messages sociaux et sexuels. Toute modification de ces messages sociaux a des répercussions sur l'individu et la reconnaissance de lui-même.

1.3.2 Psycho-dermatologie

L'étude de l'interface entre la psychiatrie et la dermatologie s'est considérablement développée ces derniers temps en raison de la reconnaissance accrue de l'impact des facteurs psychosociaux sur les résultats médicaux. La dermatologie est une discipline dans laquelle les problèmes psychosomatiques servent un objectif clé pour nous aider à comprendre l'étiologie et la progression des maladies de la peau et à déterminer les protocoles de traitements appropriés (18).

On considère que 30 à 40 % de comorbidités psychiatriques sont retrouvés chez les patients suivis en dermatologie (19) et que 85 % des patients atteints d'une pathologie dermatologique admettent que l'aspect psychologique de leur dermatose joue un rôle important dans leur maladie (20).

La psycho-dermatologie traite principalement trois domaines, s'intriquant entre deux spécialités médicales, la psychiatrie et la dermatologie (21):

- les troubles psychiatriques primaires aux expressions dermatologiques ;
- le rôle des facteurs psychosociaux dans l'évolution ou même le déclenchement de dermatoses ;
- le retentissement psycho-affectif et social des dermatoses, comme pour le psoriasis.

Une classification des différents troubles en psycho-dermatologie a été proposée en 2008 par le Pr Laurent Misery, Professeur Universitaire en dermatologie au CHU de Brest. Cette classification se définit en quatre catégories de troubles (22):

- Troubles psychiques secondaires à des maladies dermatologiques, comme la dépression, l'anxiété, les TOC ou la détresse psychologique.

-Troubles psychiques responsables de troubles cutanés, des sensations cutanées anormales ou des lésions cutanées.

-Troubles cutanés influencés par des troubles psychiques. On peut parler ici du psoriasis, de la pelade, de la dermatite atopique ou de l'effluvium télogène.

-Troubles psychiques et cutanés associés mais sans relation évidente.

Une prise en charge conjointe entre psychiatre et dermatologue semble s'orienter vers un même objectif dans la prise en charge globale du patient : une amélioration de la qualité de vie, le renforcement de l'estime de soi et l'évitement de l'isolement social. Cette prise en charge impose une vision bidirectionnelle de la pathologie avec un lien psychosomatique (23,24):

- de la dermatologie à la psychiatrie ;

- de la psychiatrie à la dermatologie.

Par cette théorie, on souligne l'importance du rôle des facteurs psycho-sociaux dans le déclenchement et la progression des pathologies en dermatologie comme le rôle du stress psychologique dans le déclenchement de psoriasis ou pour le score d'activité du lupus.

Inversement, les dermatoses ont un retentissement psychoaffectif et social pour l'individu. Plusieurs études montrent que l'altération de la qualité de vie chez un patient est étroitement liée au retentissement psychique des affections dermatologiques de ce dernier (25).

Plusieurs troubles psychiatriques ont des répercussions primaires sur le plan dermatologique (26):

- les troubles des conduites avec les pathomimies cutanées (onychophagie, trichotillomanie) ;

- les délires cutanées avec le syndrome d'Ekbom (délire d'infestation cutané) ;
- des troubles fonctionnels cutanés et muqueux qu'on retrouve dans les troubles somatoformes (prurit psychogène, douleurs des muqueuses et dysmorphophobie corporelle).

1.3.3 Syndrome dépressif, une co-morbidité importante au cours du psoriasis

Selon la méthodologie de dépistage, la dépression touche entre 9 et 55% des personnes atteintes de psoriasis (27). La maladie est fortement stigmatisée en raison du caractère visible des lésions (28), elle a un impact important sur l'apparence physique et les patients expérimentent facilement un sentiment de honte, une mauvaise estime d'eux-mêmes et se retrouvent socialement isolés (29).

Bien que les facteurs contributifs potentiels de la dépression dans le psoriasis soient variés, ils proviennent en grande partie d'une mauvaise qualité de vie et peuvent inclure des taux accrus de prurit, de stigmatisation sociale, de manifestations conjointes, et potentiellement, une mauvaise observance du traitement (29).

Des recherches émergentes suggèrent qu'il peut y avoir un lien physiologique entre le psoriasis et la dépression. Les cytokines pro-inflammatoires telles que TNF- α , IL-12, IL-17, IL-23 et IFN- γ sont élevées dans le psoriasis (30). Les patients souffrant de dépression ont souvent un taux élevé de TNF- α , IL-1, IL-1b, IL-2, IL-6, IL-8, IL-17, IL-23 et protéine C-réactive.

Bien que le psoriasis et la dépression conservent leur propre ensemble unique de cytokines dans leurs pathogénèses respectives, l'interleukine (IL) -17 et le facteur de décroissance tumorale (TNF) sont présents dans les deux maladies (31).

Un lien entre les messagers inflammatoires de la maladie psoriasique et des éléments anxio-dépressifs (31) existerait et plusieurs études retrouvent ainsi une efficacité des anti-TNF- α dans

la dépression. Il est bien sûr difficile de différencier l'amélioration psychique due à la résolution symptomatique du psoriasis de l'amélioration due à l'atténuation du syndrome inflammatoire. Cela représente autant de pistes possibles de traitement médicamenteux (32).

1.4 Objectif de l'étude

Devant l'impact de la pathologie psoriasique sur le fonctionnement psycho social du sujet atteint, et devant les difficultés à diagnostiquer le trouble dépressif du fait des symptômes confondants, l'existence d'outils diagnostics de la dépression, validés chez le patient psoriasique semble nécessaire au dermatologue.

L'objectif principal de notre étude sera de valider des auto-questionnaires et d'identifier les plus performants pour dépister le trouble dépressif dans une population de patients atteints de psoriasis.

2 Protocole d'étude

2.1 Description de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle unicentrique, réalisée chez des patients suivis pour un psoriasis en dermatologie et en rhumatologie au CHU de Clermont-Ferrand, atteints ou non d'un syndrome dépressif.

Le rôle de cette étude observationnelle, est de proposer aux dermatologues des outils, évaluant la symptomatologie dépressive, validés spécifiquement chez des patients souffrant de psoriasis.

Pour cela plusieurs auto-questionnaires, validés en population générale, sont comparés chez des patients suivis en dermatologie et rhumatologie pour une pathologie psoriasique face au diagnostic de trouble dépressif établi par la MINI (entretien semi dirigé), pris comme référence.

Les auto-questionnaires en question sont :

- le Beck Depression Inventory (BDI)
- le Patient Health Questionnaire 9 (PHQ9)
- le Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- le Inventory Depressive Symptomatology (IDS)
- le Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)

2.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est la validation d'auto-questionnaires (BDI, PHQ9, IDS, QIDS, HADS) évaluant la dépression chez des patients souffrant de psoriasis.

2.3 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 seront contactés par téléphone. L'étude leur sera alors présentée et proposée.

La durée totale de participation pour chaque patient est de 15 jours.

L'étude doit porter sur 250 patients, tous suivis pour un psoriasis au CHU de Clermont-Ferrand.

2.4 Population étudiée / concernée

2.4.1 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.

2.4.2 Critères de non-inclusion

- Patient incapable majeur
- Refus de participation

2.4.3 Procédure d'arrêt prématuré de la recherche

Les patients ne répondant pas complètement à l'entretien téléphonique seront exclus de l'étude et donc de l'analyse (absence d'évaluation du critère diagnostique).

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 seront également exclus.

Les patients qui déclarent un trouble dépressif ou dysthymique secondaire ou iatrogène (déclenché et maintenu par une maladie physique autre que le psoriasis et ses évolutions, ou par prise de médicaments ou de drogues) seront également exclus.

2.5 Déroulement de l'étude

2.5.1 Schéma général de l'étude

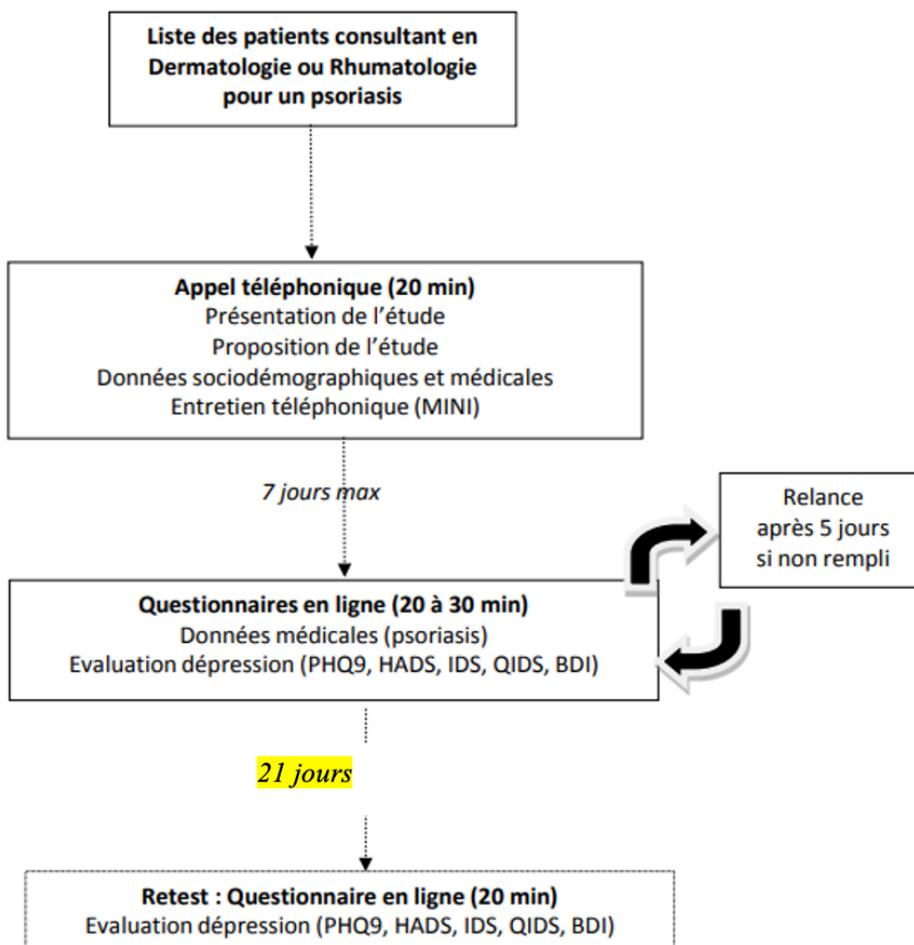


Figure 1 : Schéma de l'étude

2.5.2 Méthode d'observation ou d'investigation retenue

L'objectif principal est la validation d'outils diagnostics de la dépression en population particulière, ici les patients atteints de psoriasis, au moyen d'auto-questionnaires déjà validés en population générale (BDI, PHQ9, IDS, QIDS, HADS, Echelle EVA de la douleur, de la fatigue et du prurit ainsi que l'Echelle Simplifiée du Psoriasis).

Pour rappel, cette étude est transversale, observationnelle et unicentrique.

L'étude se déroule en trois étapes (+ étape de « Retest »):

- Entretien téléphonique par l'investigateur (Données sociodémographiques et médicales, diagnostic de dépression et dysthymie = MINI).

- Envoi des auto-questionnaires par mail après leur avoir demandé au téléphone leur adresse mail (BDI, PHQ9, IDS, QIDS, HADS, EVA, Indice Simplifié du Psoriasis)

- Etape de « Retest »: certains patients se verront proposer de remplir à nouveau les auto-questionnaires évaluant l'intensité des symptômes dépressifs 15 jours après le remplissage de l'enquête. Cette étape nécessite 50 patients qui se déclarent stables (identifiés par un item) pour chaque questionnaire.

2.5.3 Données recueillies

2.5.3.a Recueil de données sociodémographiques et médicales

Lors de l'entretien téléphonique, il sera demandé aux patients de renseigner leur situation sociodémographique (âge, sexe, mode de vie, statut marital, niveau d'étude) et médicale (présence d'une prise en charge psychiatrique ou psychologique actuelle, le recueil des traitements actuels, de leur indication et date de début, la consommation de tabac et d'alcool, ainsi que l'âge de début du psoriasis et sa durée d'évolution).

2.5.3.b Évaluation psychiatrique standardisée

Lors de l'entretien téléphonique, est réalisé un entretien semi-dirigé permettant d'identifier la présence de troubles dépressifs ou dysthymiques : Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) abordé précédemment dans la revue de la littérature.

2.5.3.c Évaluation dermatologique du psoriasis

L'évaluation dermatologique est réalisée par un questionnaire médical envoyé au patient et notamment par auto-questionnaire comprenant :

-Indice Simplifié du Psoriasis: permettant d'évaluer spécifiquement les localisations critiques du psoriasis (cuir chevelu, visage, mains, pieds, région ana-génitale), par 10 questions portant chacune sur une région anatomique et cotée : 0 (nulle ou minime), 1/2 (manifeste) ou 1 (étendue) soit un total ≥ 0 et ≤ 10 . La sévérité moyenne des lésions était évaluée de 0 (très

légère) à 5 (inflammation cutanée intense). Le score d'étendue et de sévérité, produit de ces 2 variables, est > 0 et ≤ 50 .

Cet indice comporte également un volet sur l'impact psychosocial (score de 0 à 10) et l'anamnèse (score de 0 à 10). Un score élevé représente une sévérité plus importante du psoriasis.

Traduit en français et recommandé par la Société Française de Dermatologie (SFD), il peut être utilisé par le médecin ou en auto-questionnaire le patient. Dans notre cas, l'auto-questionnaire est utilisé pour l'étude.

- Echelle Visuelle Analogique de la douleur cutanée et articulaire
- Echelle Visuelle Analogique de la fatigue
- Echelle Visuelle Analogique de l'intensité du prurit

2.5.3.d Evaluation de l'intensité des symptômes dépressifs par auto-questionnaires

Les différents auto-questionnaires ci-dessous, décrits dans les parties précédentes, sont utilisés:

- le Beck Depression Inventory (BDI)
- le Patient Health Questionnaire 9 (PHQ9)
- le Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- le Inventory Depressive Symptomatology (IDS)
- le Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)

2.5.4 Conduite à tenir en cas de dépistage de troubles psychiatriques

Lors de l'examen du patient par auto-questionnaire ou lors de l'entretien semi-dirigé, si des troubles psychiatriques sont dépistés, la personne examinée en sera informée.

Si un suivi psychiatrique est en cours, il sera proposé au patient d'en informer son médecin psychiatre.

Si aucun suivi psychiatrique n'est en cours, une prise en charge adaptée sera proposée :

- orientation vers le médecin traitant ou un psychiatre, informé par courrier ;
- orientation vers une consultation psychiatrique d'urgence au CMP de secteur ou aux urgences psychiatriques ;
- en cas de risque suicidaire, une prise en charge adaptée sera organisée : les démarches seront effectuées avec le patient selon les recommandations de la HAS (HAS 2000).

3 Résultats

3.1 Description de la population

Quarante patients ont été inclus dans l'étude à ce stade, dix-neuf femmes (47,5%) et vingt et un hommes (52,5%). L'âge moyen est de 48,4 ans, avec un âge minimum de 19 ans et un âge maximum de 70 ans.

Huit de ces patients vivent avec leur famille (20%), vingt-cinq vivent en couple (62,5%) et sept vivent seul (17,5%). Dix-sept de ces patients ont un niveau scolaire inférieur au bac (42,5%), dix ont un niveau bac (42,5%) et treize ont un niveau scolaire supérieur au bac (32,5%) (Tableau 1 ci-dessous).

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des patients

Patients (n=40)	
Sexe (F/H) n (%)	19 (47.5%) / 21 (52.5%)
Age (Mean ± SD)	48.4 ans ± 14.2 Min/Max: 19 ans / 70 ans
Mode de vie n (%)	En couple : 25 (62.5%) Avec de la famille : 8 (20%) Seul / Célibataire : 7 (17.5%)
Niveau d'étude n (%)	Inférieur au Bac : 17 (42.5%) Niveau Bac : 10 (25%) Supérieur au Bac : 13 (32.5%)

Le tableau 2 ci-dessous résume la répartition des patients, dans les listes actives de consultation, en dermatologie et en rhumatologie. Ces listes actives ont été utilisées pour contacter les patients suivis pour un psoriasis au CHU de Clermont Ferrand afin de réaliser cette étude. On constate que sur les 40 patients inclus dans l'étude, 26 étaient suivis en dermatologie et 14 en rhumatologie.

Tableau 2 : Répartition des patients dans les listes actives de consultation dermatologique et rhumatologique

	Patients n/40 (%)
Dermatologie	26 (65%)
Rhumatologie	14 (35%)

Le tableau 3 ci-dessous, résume les caractéristiques psychiatriques des patients ainsi que les caractéristiques de la pathologie psoriasique de ces derniers (en dermatologie et rhumatologie).

On constate que 6 patients sur les 40 inclus (6%) dans l'étude, ont un syndrome dépressif dépisté par la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).

Le Psoriasis évolue en moyenne depuis 18,8 ans et que les patients sont en général traités depuis 15,3 ans. Trente-huit patients ont un traitement spécifique pour le psoriasis soit 95% des participants.

Les résultats des 3 sous parties de l'Indice Simplifié du Psoriasis sont résumés dans ce tableau avec un ISP « Sévérité » moyen de 6,7/50, un ISP « Psychosocial » moyen de 4,1/10 et un ISP « Traitement » moyen de 4,0/10. Sur nos quarante participants, sept (17,5%) ont un traitement antidépresseur actuellement et six (15%) un traitement anxiolytique.

Sur le plan du suivi psychologique, six patients (15%) ont un suivi avec un/une psychologue actuellement et onze (27%) ont eu un suivi psychologique par le passé.

Un seul patient présente un suivi psychiatrique actuellement et sept patients ont eu un suivi psychiatrique par le passé.

Tableau 3 : Caractéristiques médicales (psychiatriques et dermatologiques) des patients

Variable	Patients / Score
Durée du Psoriasis (mean \pm SD)	18,8 ans \pm 14,1
Traitement pour le psoriasis n Oui (%) / n Non (%)	38 (95%) / 2 (5%)
Durée du traitement pour psoriasis (mean \pm SD)	15,3 ans \pm 15
	6,7 \pm 8,7
Indice Simplifié du Psoriasis (Sévérité) (mean \pm SD)	Min: 0 Max 32,5 Score de 0 à 50
	4,1 \pm 2,9
Indice Simplifié du Psoriasis (Psychosocial) (Mean \pm SD)	Min: 0 Max 10 Score de 0 à 10
	4,0 \pm 2,0
Indice Simplifié du Psoriasis (Traitement) (Mean \pm SD)	Min: 0 Max: 8 Score de 0 à 10
EVA Fatigue 0-100 (mean \pm SD)	41,8 \pm 28,7
EVA Prurit 0-100 (mean \pm SD)	38,6 \pm 29,6
EVA Douleur 0-100 (mean \pm SD)	33,1 \pm 29,0
EVA Douleur Articulaire 0-100 (mean \pm SD)	43,9 \pm 32,0
Patient dépisté dépressif par MINI n (%)	6 (15%)
Traitement antidépresseur actuel n (%)	7 (17,5%)
Traitement anxiolytique actuel n (%)	6 (15%)
Suivi psychologique actuel n (%)	6 (15%)

Tableau 3 : Caractéristiques médicales (psychiatriques et dermatologiques) des patients

Suivi psychologique antérieur n (%)	11 (27%)
Suivi psychiatrique actuel n (%)	1 (2,5%)
Suivi psychiatrique antérieur n (%)	7 (17,5%)

3.2 Comparaison des sujets avec ou sans syndrome dépressif actuel (Défini par la MINI)

Tableau 4: Facteurs associés aux syndromes dépressifs actuels

	Pas de syndrome dépressif actuel (N=34)	Syndrome dépressif présent (N=6)	P
DEMOGRAPHIE			
Sexe F n (%)	16 (47,1)	3 (50)	0,894
Sexe M n (%)	18 (52,9)	3 (50)	0,894
Age (Mean ± SD)	48,0 ± 13,9	50,7 ± 17,3	0,557
En couple n (%)	21 (61,8)	4 (66,7)	0,970
Avec famille n (%)	7 (20,59)	1 (16,7)	0,970
Célibataire n (%)	6 (17,6)	1 ((16,7)	0,970
Niv inférieur au Bac n (%)	13 (38,24)	4 (66,67)	0,177
Niv Supérieur au Bac n (%)	13 (38,24)	0	0,177
Niv Bac n (%)	8 (23,5)	2 (33,3)	0,177
PSORIASIS			
Durée du psoriasis (Mean ± SD)	18,9 ans ± 14,9	18 ans ± 10,0	0,969
Age du début du Psoriasis (Mean ± SD)	29,8 ans ± 15,0	32,7 ans ± 17,2	0,755

Tableau 4: Facteurs associés aux syndromes dépressifs actuels

Traitement pour le psoriasis n (%)	32 (94)	6 (100)	0,542
Acitrétine n (%)	2 (6,2)	0 (0)	0,529
Biothérapie n (%)	21 (65,6)	5 (83,3)	0,392
Methotrexate n (%)	2 (6,2)	0 (0)	0,529
Dermocorticoïde n (%)	8 (25)	0 (0)	0,168
ISP Sévérité (Mean ± SD)	6,3 ± 8,8	9 ± 8,7	0,449
ISP Psychosocial (Mean ± SD)	3,8 ± 2,8	5,8 ± 2,7	0,101
ISP Traitement (Mean ± SD)	3,7 ± 1,9	5,5 ± 2,2	0,060
EVA Fatigue (Mean ± SD)	38,8 ± 29,2	58,7 ± 20,2	0,111
EVA Prurit (Mean ± SD)	35,7 ± 30,1	55 ± 22,5	0,150
EVA Douleur (Mean ± SD)	30,3 ± 29,0	48,8 ± 26,1	0,116
EVA DI Articulaires (Mean ± SD)	41,2 ± 31,4	59,3 ± 34,3	0,225
PSYCHOTROPE			
Antidépresseur n (%)	4 (16,7)	3 (60)	0,039
Anxiolytique n (%)	3 (12,5)	3 (60)	0,017
SUIVI PSY			
Consultation avec Psychologue dans la vie n (%)	13 (38,2)	4 (66,67)	0,194
Consultation avec Psychiatre dans la vie n (%)	5 (14,7)	3 (50)	0,046

Le tableau 4 ci-dessus compare les caractéristiques des patients avec un syndrome dépressif ou sans syndrome dépressif actuel.

Au niveau des caractéristiques démographiques, on retrouve une proportion d'hommes et de femmes avec un syndrome dépressif semblable (50%).

Le reste des caractéristiques démographiques des patients ne montre aucune différence significative sur la présence d'un syndrome dépressif ou non.

Au niveau des caractéristiques de la pathologie psoriasique, la durée et l'âge de début du psoriasis sont sensiblement les mêmes. Chez les patients ne présentant pas de syndrome dépressif à la MINI, la durée de la pathologie psoriasique est de 18,9 ans alors que chez les patients présentant un syndrome dépressif elle est en moyenne de 18 ans. De plus l'âge de début de la pathologie psoriasique est en moyenne à 29,8 ans chez les patients ne présentant pas de syndrome dépressif et à 32,7 ans chez les patients atteints d'un syndrome dépressif.

Si on compare les différentes échelles de Psoriasis, seule l'Indice Simplifié du Psoriasis « Traitement » présente une différence significative dans son résultat entre les patients atteints d'un syndrome dépressif et ceux qui n'en sont pas atteints. En effet on retrouve en moyenne un score de 5,5/10 chez les patients dépressifs et un score de 3,7/10 chez les patients sains.

Au niveau de la prise de traitements psychotropes chez les sujets de l'étude, la prise d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs présente une différence significative entre les sujets sains et les sujets atteints d'un syndrome dépressif : respectivement $P=0,017$ et $P=0,039$.

Au niveau de la présence d'un suivi psychologique ou psychiatrique chez les sujets, le tableau montre une différence significative pour la présence d'un suivi psychiatrique chez les

patients au cours de leur vie ($P= 0,046$) mais pas de différence significative pour la présence d'un suivi avec un psychologue durant la vie des patients ($P= 0,194$).

3.3 Comparaison des différents scores de dépression en fonction des résultats à la MINI

Tableau 5 : Comparaison des scores de dépression en fonction des résultats à la MINI

	Pas de syndrome dépressif actuel (N=34)	Syndrome dépressif présent (N=6)	P value
BDI	9,4 [3-12]	22,8 [20-23]	0,0016
PHQ9	4,9 [1-7]	16 [11-20]	0,0010
HADS Anxiété	7,6 [5-10]	15,3 [15-17]	0,0007
HADS Dépression	4,8 [2-7]	10,8 [10-13]	0,0028
IDS 30	17,8 [8-25]	36,2 [27-42]	0,0045
QIDS	6,8 [3-10]	13,2 [10-16]	0,0091

Le Tableau 5 ci-dessus qui présente les différents scores de dépression auxquels les sujets ont répondu, montre une différence significative chez les patients atteints d'un syndrome dépressif et les patients ne présentant pas de syndrome dépressif. A noter que les scores sont présentés en moyenne [IC 95%].

3.4 Description de la performance diagnostique des questionnaires évaluant la dépression

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

Chaque questionnaire sera ci-dessous associé à un tableau récapitulant les résultats obtenus, en fonction de la valeur seuil retenue pour chaque questionnaire, pour :

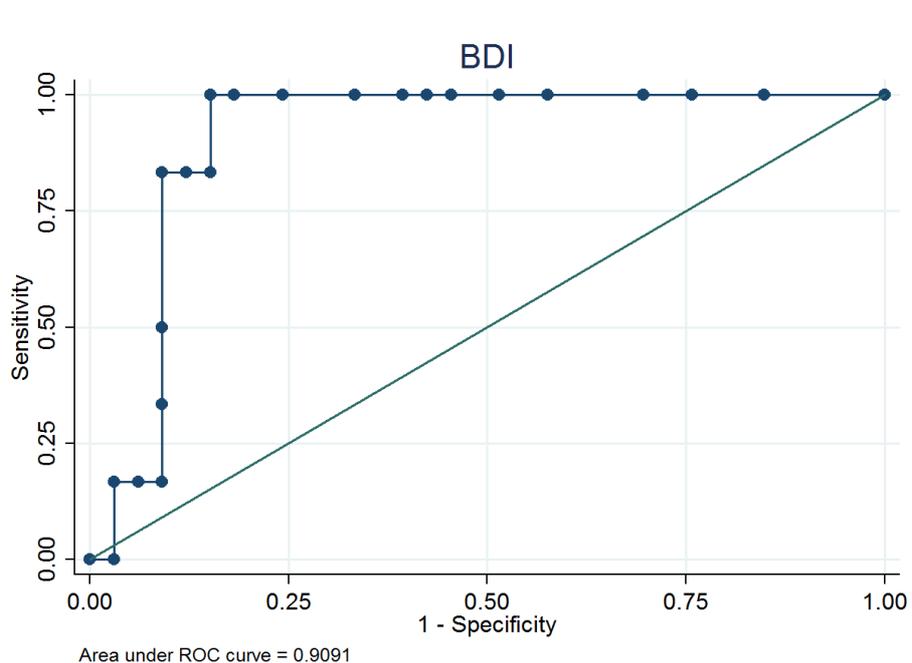
- la sensibilité,
- la spécificité,
- l'aire sous la courbe,
- l'intervalle de confiance pour chaque donnée.

On retrouve associée la courbe ROC de chacun des questionnaires analysés.

a. Beck Depression Inventory (BDI)

Tableau 6: Beck Depression Inventory

Valeur seuil retenue : BDI \geq 16		Intervalle de confiance à 95%
Aire sous la courbe	0,91	0,81 - 1,00
Sensibilité	1,0	0,54 - 1,00
Spécificité	0,82	0,65 - 0,93

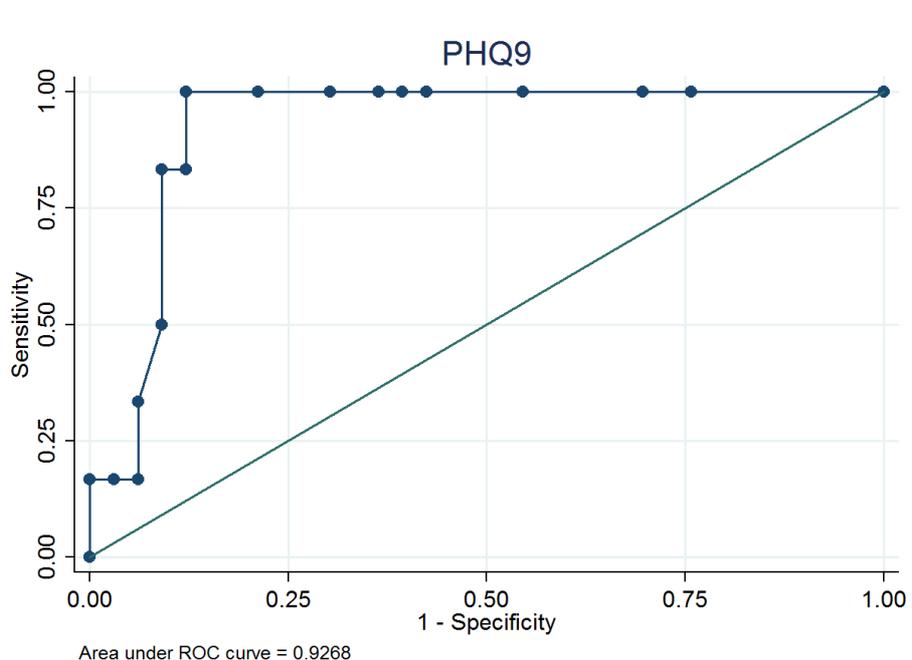


Au sujet du Beck Dépression Inventory, on retrouve le meilleur rapport Sensibilité / 1-Spécificité pour une valeur seuil de 16/63 au questionnaire ainsi qu'une aire sous la courbe de 0,91. La Sensibilité et la Spécificité sont respectivement de 1 et 0,82.

b. Patient Health Questionnaire (PHQ 9)

Tableau 7: Patient Health Questionnaire (PHQ 9)

Valeur seuil retenue : PHQ 9 \geq 9		Intervalle de confiance à 95%
Aire sous la courbe	0,93	0,84 - 1,00
Sensibilité	1,0	0,54 - 1,00
Spécificité	0,853	0,69 - 0,95

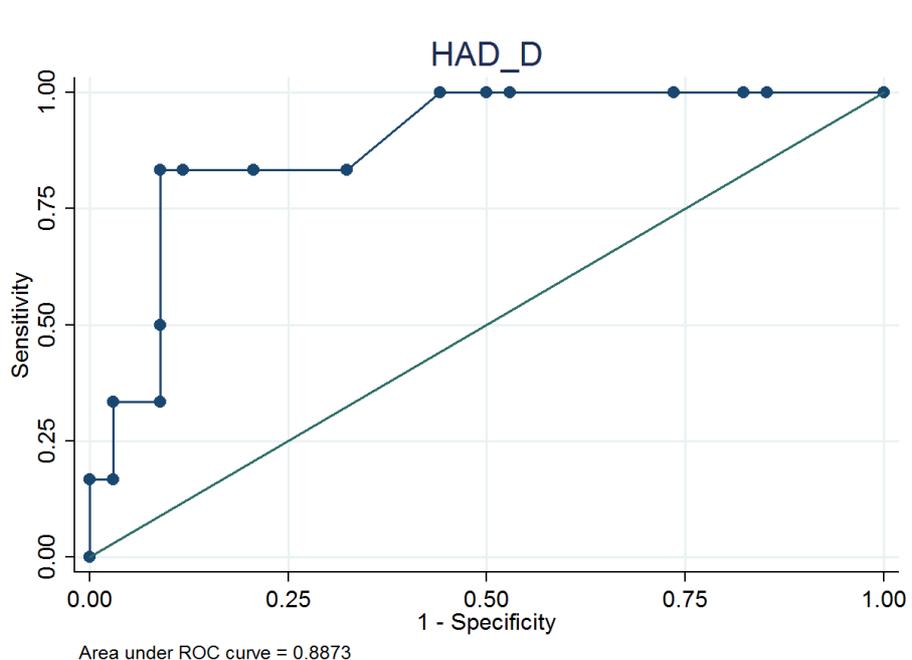


Au sujet du PHQ 9, on retrouve le meilleur rapport Sensibilité / 1-Spécificité pour une valeur seuil de 9/27 au questionnaire ainsi qu'une aire sous la courbe de 0,93. La Sensibilité et la Spécificité sont respectivement de 1,0 et de 0,85.

c. Hospital Anxiété and Depression Scale (HADS)

Tableau 8: Hospital Anxiété and Depression Scale (HADS)

Valeur seuil retenue : HADS-D \geq 10		Intervalle de confiance à 95%
Aire sous la courbe	0,89	0,76 - 1,00
Sensibilité	0,83	0,36 - 1,00
Spécificité	0,91	0,76 - 0,98

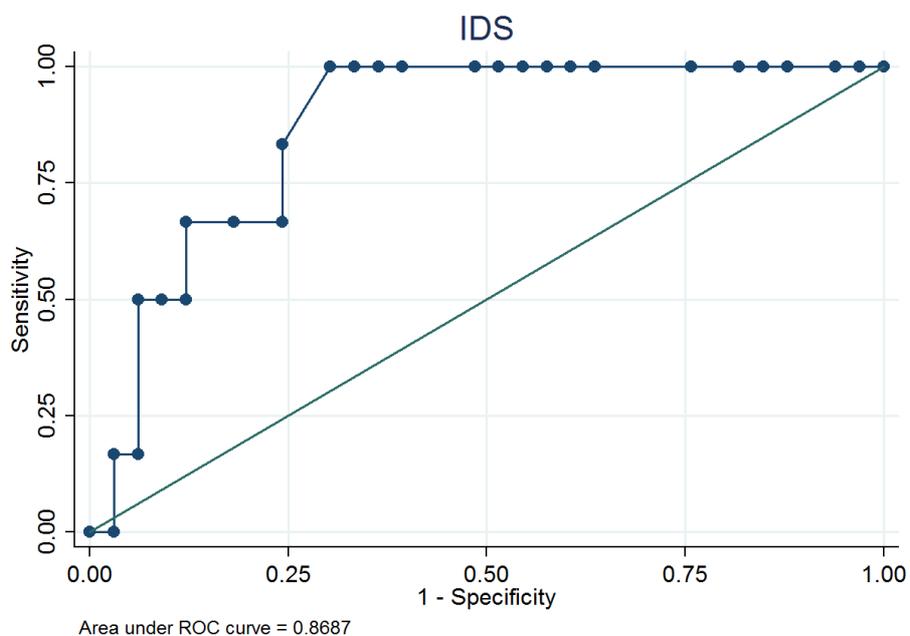


Au sujet du HAD_D, on retrouve le meilleur rapport Sensibilité / 1-Spécificité pour une valeur seuil de 10/16 au questionnaire ainsi qu'une aire sous la courbe de 0,89. La Sensibilité et la Spécificité sont respectivement de 0,83 et de 0,91.

d. Inventory Depressive Symptomatology (IDS)

Tableau 9: Inventory Depressive Symptomatology (IDS)

Valeur seuil retenue : IDS \geq 27		Intervalle de confiance à 95%
Aire sous la courbe	0,87	0,75 - 0,99
Sensibilité	0,83	0,36 - 1,00
Spécificité	0,73	0,56 - 0,87

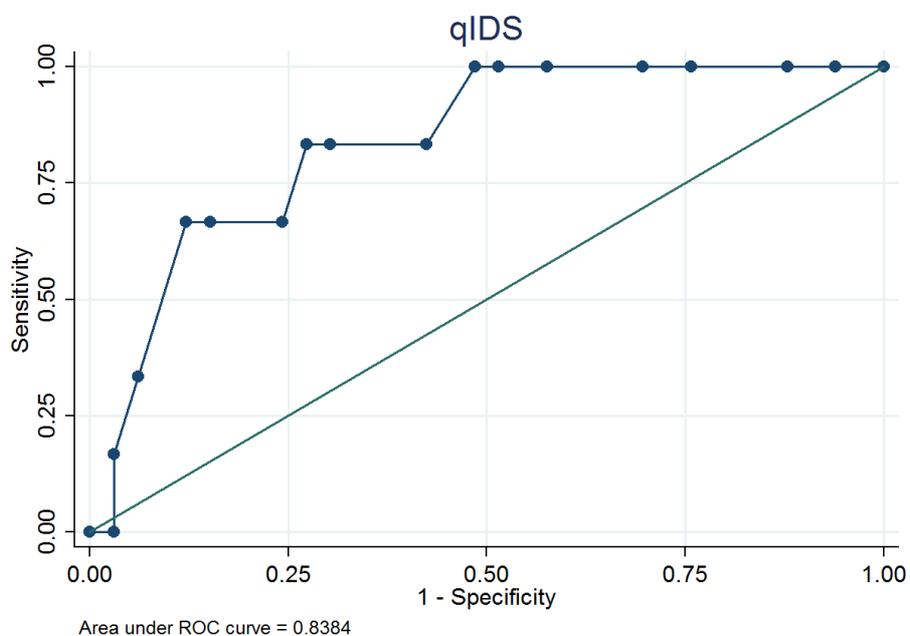


Au sujet du IDS, on retrouve le meilleur rapport Sensibilité / 1-Spécificité pour une valeur seuil de 27/84 au questionnaire ainsi qu'une aire sous la courbe de 0,87. La Sensibilité et la Spécificité sont respectivement de 0,83 et de 0,73.

e. Quick Inventory of Depressive Symptomatology (qIDS)

Tableau 10: Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)

Valeur seuil retenue : qIDS \geq 10		Intervalle de confiance à 95%
Aire sous la courbe	0,84	0,68 - 0,99
Sensibilité	0,83	0,36 - 1,00
Spécificité	0,71	0,52 - 0,85



Au sujet du qIDS, on retrouve le meilleur rapport Sensibilité / 1-Spécificité pour une valeur seuil de 10/27 au questionnaire ainsi qu'une aire sous la courbe de 0,84. La Sensibilité et la Spécificité sont respectivement de 0,83 et de 0,71.

f. Résumé des caractéristiques psychométriques des auto-questionnaires

Tableau 11: Résumé des caractéristiques psychométriques des auto-questionnaires

	Sensibilité	Spécificité	Aire sous la courbe
BDI	1,0	0,82	0,91
PHQ9	1,0	0,85	0,93
HADS-D	0,83	0,91	0,89
IDS	0,83	0,73	0,87
qIDS	0,83	0,71	0,84

Le tableau 11 ci-dessus résume la spécificité, la sensibilité et l'aire sous la courbe des différents questionnaires analysés.

4 Discussion

4.1 Population de étude

Si l'on se réfère à la description de la population plus haut, les caractéristiques sociodémographiques des patients inclus correspondent à celles présentées par la population cible de notre étude. En effet, il y a presque autant d'hommes que de femmes et l'âge moyen du début du psoriasis est de 30,2 ans \pm 15, moyenne qui est décrite dans notre étude. Selon cette littérature (33) l'âge du début du psoriasis se situe entre 15 et 30 ans.

De plus, la littérature décrit une prévalence du trouble dépressif chez les patients psoriasiques allant de 9 à 55% (31) et notre étude montre une prévalence de 15% patients dépressifs.

Dans cette même population, deux tiers des personnes atteintes d'un syndrome dépressif ont un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat ce qui rejoint la population à risque de syndrome dépressif avec une sur-représentation dans les milieux socio-économiques défavorisés.

Si l'on se réfère aux chiffres des suivis psychiatriques, nous pouvons remarquer qu'un seul de nos patients de l'étude bénéficie d'un suivi psychiatrique au moment de son inclusion, parmi les six patients ayant un syndrome dépressif à la MINI. Sur ces six patients, seulement la moitié ont bénéficié d'un suivi dans leur vie. Ces résultats nous montrent que les patients suivis pour un psoriasis sont sous diagnostiqués et insuffisamment pris en charge sur le plan psychiatrique.

En 2004, une étude (34) illustre la grande difficulté des dermatologues à dépister la dépression lors des consultations de patients atteints de psoriasis. En effet, seulement un tiers des patients déprimés ont été identifiés dans la population de cette étude. Ce chiffre a son importance car cela montre que les médecins ne réagissent souvent pas aux signaux émotionnels exprimés par leurs patients lors d'une consultation en dermatologie.

4.2 Méthodologie

Par le passé, d'autres études ont utilisé un protocole similaire au notre pour valider des échelles évaluant la dépression dans des pathologies chroniques.

On retient l'étude de Watnik et al (35), ayant travaillé sur la validation de deux scores, le BDI et le PHQ9 sur une population de patients dialysés. Les deux questionnaires ont été comparés à un entretien clinique structuré réalisé par un psychiatre avec l'évaluation des neuf critères diagnostics du DSM IV.

L'échelle BDI a aussi été validée dans la paralysie supra nucléaire progressive dans l'étude de Cuoco et al (36), avec un cut-off de 15 et des sensibilité et spécificité de 71% pour chacune.

Dans une autre étude de la littérature, Hitchon et al (37) ont travaillé sur la validité des scores HADS-D et PHQ-9, évaluant la dépression et l'anxiété chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Pour l'étude de Watnik et al sur le BDI et le PHQ 9, les résultats sont sensiblement les mêmes si on les compare avec ceux de notre étude. Dans notre étude avec les seuils optimaux sont respectivement de 16 et de 9 pour le BDI et le PHQ 9. Dans l'étude de Watnik et al les seuils de 16 et de 10 ont été retenus. Sur le plan de la sensibilité et la spécificité, elles étaient respectivement de 91% et 86% pour le BDI et de 92% et 92% pour le PHQ 9 dans l'étude de Watnik et al. Dans notre étude elles sont de 100% et 82% pour le BDI et de 100% et 85 % pour le PHQ 9.

Pour l'étude de Hitchon et al sur l'HADS-D et le PHQ 9, les résultats restent comparables dans notre étude en ce qui concerne la spécificité. Les seuils utilisés dans cette étude de 2020 sont de 10 pour le PHQ 9 et de 11 pour l'HADS-D. Sur le plan de la sensibilité et la spécificité, elles étaient

respectivement de 35% et 94% pour l'HADS-D et de 87% et 77% pour le PHQ 9. Dans notre étude elles sont de 83% et 91% pour l'HADS-D et toujours de 100% et 85% pour le PHQ 9.

4.3 Caractéristiques psychométriques

Sur l'ensemble de l'étude, toutes les échelles étudiées montrent de bons résultats, notamment en termes de validité dans le dépistage de la dépression chez les patients atteints de psoriasis.

En effet si l'on reprend les spécificités de chaque échelle étudiée, aucune n'est en dessous de 71%. Ces bonnes spécificités permettraient d'éviter le plus possible un mauvais dépistage des patients atteint d'une dépression co morbide au psoriasis.

Néanmoins, trois de ces échelles restent en dessous des 85% de spécificité : le BDI, l'IDS et qIDS respectivement avec 82%, 76% et 71% de spécificité. Cette baisse de spécificité pourrait être en lien avec la construction de ces études.

En effet ces trois questionnaires présentent de nombreux items en rapport avec des symptômes somatiques comme pour l'appétit, le sommeil, la fatigue ou les arthralgies.

Cette baisse de spécificité est la conséquence de l'augmentation de faux positifs en lien avec la présence de symptômes confondants entre psoriasis et dépression. On peut citer la fatigue, la perte d'estime de soi, les douleurs physiques parmi les symptômes confondants entre le psoriasis et la dépression.

Dans le choix des échelles, il est donc important de s'intéresser aux fortes corrélations entre les symptômes tels que le prurit, la fatigue, les douleurs cutanées et les arthralgies. Des corrélations fortement significatives expliquent la présence de patients indemnes de dépression obtenant un score élevé aux échelles de dépistage.

Ces trois questionnaires présentent de plus un nombre d'items important par rapport aux deux autres : 21 pour le BDI, 30 pour l'IDS et 16 pour le qIDS, contre respectivement 9 et 7 pour le

PHQ9 et le HADS-D. Ce nombre important d'items freine la rapidité d'exécution du questionnaire. De plus il pourrait amener à une baisse de la corrélation inter item et donc perdre en pertinence, le risque que certains items ne corrélerent pas entre eux en deviendrait plus important.

Discutons maintenant des caractéristiques psychométriques des deux autres échelles de dépistage.

Le PHQ9 et l'HADS-D présentent respectivement une spécificité de 85% et 91% et des sensibilités respectivement de 100% et 83%.

Le PHQ 9 se concentre exclusivement sur les 9 critères diagnostics de la dépression dans le DSM-IV sans multiplier les items concernant des symptômes confondants ce qui lui permet de présenter une bonne cohérence interne. Le PHQ-9 présente de plus la meilleure aire sous la courbe, de 0,93, parmi les auto-questionnaires analysés dans notre étude.

Paradoxalement, l'HADS-D présente d'excellentes caractéristiques psychométriques dans cette étude avec une aire sous la courbe de 0,89 et une spécificité de 91% alors qu'un de ces 7 items concerne l'intérêt que le patient porte à son apparence ce qui peut entrer dans la catégorie des symptômes confondant dans la symptomatologie psoriasique.

4.4 Limites de notre étude

Notre étude comporte plusieurs limites qu'il est important de mettre en évidence. La limite principale est le nombre de participants à cette étude. Ils sont quarante à avoir répondu entièrement aux questionnaires de l'étude, ce qui est un frein à la généralisation des résultats dans la population des patients atteints de psoriasis. De plus ils sont au nombre de six à présenter un trouble dépressif à la MINI, et la sensibilité des échelles se voit impactée par ce faible nombre de patients dépressifs.

Cette étude expose à un biais d'information, notamment durant les entretiens téléphoniques, ou les patients peuvent présenter des erreurs de mémorisations entraînant une mesure incorrecte par l'intervenant. En effet, les différents patients interrogés peuvent présenter une sensibilité différente à la présence de symptômes dépressifs lors de l'interrogatoire téléphonique ou dans le remplissage des questionnaires ainsi que présenter des difficultés à se souvenir de leur état psychique dans le passé. De plus certains peuvent tendre à minimiser voire à banaliser la symptomatologie dépressive, tout comme le contraire peut être vrai.

Le biais d'information peut également se manifester si la présence d'une dépression amène l'interrogateur à insister davantage sur un ou plusieurs facteurs de risque au téléphone. Même si l'entretien téléphonique est organisé autour d'un interrogatoire bien précis, la répétition des entretiens par l'opérateur peut entraîner des changements dans le déroulement de cet entretien structuré durant la période d'inclusion. De plus, du fait que l'entretien se fasse par téléphone, l'opérateur n'a pas accès au langage non verbal des patients interrogés. En effet le langage non verbal peut aider à aiguiller le psychiatre sur la symptomatologie psychiatrique.

5 Conclusion

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique. Les lésions cutanées visibles de cette pathologie, auxquelles s'ajoutent des symptômes physiques tels que le prurit, la fatigue et les douleurs cutanées et articulaires, la rendent très stigmatisante. Le psoriasis impacte donc la qualité de vie ainsi que les fonctions physiques et psychiques des personnes qui en sont atteintes. La présence de symptômes dépressifs peut être à l'origine d'une mauvaise observance des traitements chez les patients souffrants de psoriasis, favorisant l'expansion du psoriasis.

On décrit d'importantes difficultés pour les praticiens à identifier correctement la détresse psychique des patients souffrants d'un psoriasis. En cause, les plaintes et symptômes liés au psoriasis peuvent être faussement identifiés comme une symptomatologie dépressive et peuvent surestimer les symptômes dépressifs ou inversement. Les symptômes comme l'asthénie, les troubles du sommeil, l'auto-dévalorisation ou le sentiment de perte d'estime de soi, sont des symptômes confondants, pouvant être inhérents à la maladie psoriasique comme à la dépression.

Cette étude a eu pour objectif d'identifier et de valider les auto-questionnaires les plus performants pour diagnostiquer la dépression chez des patients souffrant de psoriasis.

Tous les auto-questionnaires testés dans notre étude se sont avérés valides et utilisables dans le dépistage de la dépression chez des patients atteints de psoriasis. Néanmoins, l'analyse des résultats montre que le PHQ9 se démarque par une excellente sensibilité (100%) et une très bonne spécificité (85,3%) et son aire sous la courbe est la plus importante (0,93) parmi tous les auto-questionnaires analysés. Le PHQ 9 présente une bonne cohérence interne et se concentre exclusivement sur les 9 critères diagnostics de la dépression dans le DSM-IV sans multiplier les items concernant des symptômes confondants. L'utilisation de ce questionnaire, rapide et simple d'emploi pourrait permettre d'améliorer la prise en charge des personnes suivies pour un

psoriasis. En effet, il pourrait faciliter le diagnostic de la dépression ainsi que l'orientation des patients atteints de psoriasis, associé à une comorbidité dépressive, vers un suivi spécialisé.

Le Doyen de l'UFR de médecine,

Pierre CLAVELOU

Le Président du Jury,

Professeur I. JALENQUES



I. Jalenques
Professeur I. JALENQUES
Psychiatrie et Psychologie Médicale
Faculté de Médecine
Clermont - Ferrand

6 Bibliographie

1. Bessis D, Girard C, Saint-Éloi H. Cours no 13 Psoriasis, polyarthrite rhumatoïde et autres affections rhumatismales inflammatoires. :31.
2. Amatore F, Villani A-P, Tauber M, Viguier M, Guillot B, Psoriasis Research Group of the French Society of Dermatology (Groupe de Recherche sur le Psoriasis de la Société Française de Dermatologie). French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. mars 2019;33(3):464-83.
3. Psoriasis - Troubles dermatologiques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/psoriasis-et-dermatoses-desquamantes/psoriasis>
4. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Lond Engl. 10 nov 2018;392(10159):1789-858.
5. 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]. 1 avr 2005 [cité 19 févr 2022];31(2):182-94. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700605823851>
6. Nieto I, Bellivier F. Troubles dépressifs. Wwwem-Premiumcomdatatraitessps37-59254 [Internet]. 17 mai 2017 [cité 19 févr 2022]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/1121932/resultatrecherche/1>
7. Troubles dépressifs - Troubles psychiatriques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-d%C3%A9pressifs>

8. Ghasemi M, Phillips C, Fahimi A, McNerney MW, Salehi A. Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. sept 2017 [cité 19 févr 2022];80:555-72. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763417301458>
9. Djamila B, Emmanuel H. Inflammation et dépression : revue de la littérature. *PSN* [Internet]. 10 juin 2015 [cité 19 févr 2022];13(2):7-14. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psn-2015-2-page-7.htm>
10. [depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf](#) [Internet]. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf
11. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. 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*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
12. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 juin 1961 [cité 19 févr 2022];4(6):561-71. Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
13. Patient Health Questionnaire (PHQ-9) – Strokengine [Internet]. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://strokengine.ca/fr/assessments/patient-health-questionnaire-phq-9/>
14. Health Advisor - Outils [Internet]. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.healthsadvisor.com/fr/guest/qs/evaluation-de-l-anxiete-et-de-la-depression/>
15. Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, Jarrett RB, Trivedi MH. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med*. mai 1996;26(3):477-86.
16. Dréno B. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. *Ann Dermatol Vénéréologie* [Internet]. oct 2009 [cité 19 févr 2022];136:S247-51. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S015196380972527X>
17. Dréno B. Anatomie, immunologie de la peau et de ses annexes. *Ann Dermatol Vénéréologie* [Internet]. févr 2008 [cité 19 févr 2022];135:149-52. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S015196380870070X>

18. Locala JA. Current concepts in psychodermatology. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. juin 2009 [cité 19 févr 2022];11(3):211-8. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-009-0033-x>
19. Marshall C, Taylor R, Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2014 [cité 19 févr 2022];0. Disponible sur: <http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-2370>
20. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* [Internet]. nov 2000 [cité 19 févr 2022];143(5):983-91. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2133.2000.03831.x>
21. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update: Stress and psoriasis. *Int J Dermatol* [Internet]. juill 2011 [cité 19 févr 2022];50(7):783-92. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2010.04844.x>
22. Misery L, Feton-Danou N. La psychodermatologie en France. *Ann Dermatol Vénéréologie* [Internet]. déc 2008 [cité 19 févr 2022];135(12):863-5. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0151963808004948>
23. Leon A, Levin E, Koo J. Psychodermatology: An Overview. *Semin Cutan Med Surg* [Internet]. juin 2013 [cité 19 févr 2022];32(2):64-7. Disponible sur: http://scmsjournal.com/article/buy_now/?id=80
24. Marshall C, Taylor R, Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2014 [cité 19 févr 2022];0. Disponible sur: <http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-2370>
25. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The Psychosocial Burden of Psoriasis: *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2005 [cité 19 févr 2022];6(6):383-92. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.2165/00128071-200506060-00005>
26. Barrimi M, Aalouane R, Hlal H, Benchat L, Mernissi FZ, Rammouz I. Skin disorders among psychiatric patients: a cross-sectional 12 month study. *Inf Psychiatr* [Internet]. 25 avr 2016 [cité

- 19 févr 2022];92(4):317-26. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-4-page-317.htm>
27. Korman AM, Hill D, Alikhan A, Feldman SR. Impact and management of depression in psoriasis patients. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. 22 janv 2016 [cité 19 févr 2022];17(2):147-52. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1517/14656566.2016.1128894>
28. Szepietowski J, Hrehorów E, Salomon J, Matusiak \square , Reich A. Patients with Psoriasis Feel Stigmatized. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2012 [cité 19 févr 2022];92(1):67-72. Disponible sur: <http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-1193>
29. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments: Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease. *Int J Dermatol* [Internet]. janv 2012 [cité 19 févr 2022];51(1):12-26. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2011.05071.x>
30. Baliwag J, Barnes DH, Johnston A. Cytokines in psoriasis. *Cytokine* [Internet]. juin 2015 [cité 19 févr 2022];73(2):342-50. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1043466614006280>
31. 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 19 févr 2022];18(5):613-20. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s40257-017-0279-8>
32. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol* [Internet]. janv 2006 [cité 19 févr 2022];27(1):24-31. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471490605002887>
33. Levine D, Gottlieb A. Evaluation and Management of Psoriasis: An Internist's Guide. *Med Clin North Am* [Internet]. nov 2009 [cité 8 mars 2022];93(6):1291-303. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712509001084>
34. 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 14 mars 2022];151(6):1227-33. Disponible sur:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2004.06221.x>

35. Watnick S, Wang P-L, Demadura T, Ganzini L. Validation of 2 Depression Screening Tools in Dialysis Patients. *Am J Kidney Dis* [Internet]. nov 2005 [cité 14 mars 2022];46(5):919-24.

Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272638605011091>

36. Cuoco S, Cappiello A, Abate F, Tepedino MF, Erro R, Volpe G, et al. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in progressive supranuclear palsy. *Brain Behav* [Internet]. oct 2021 [cité 20 mars 2022];11(10). Disponible sur:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/brb3.2344>

37. 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* [Internet]. août 2020 [cité 14 mars 2022];72(8):1130-9. Disponible sur:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.24011>

7 Annexes

7.1 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, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de ± 5 %, c. à d. ± 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 OU 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 _____

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 |
-

7.3 Annexe 3 : PHQ9

Nom : _____ Prénom : _____ Age: _____

Date : _____ Évaluateur : _____

Veillez répondre à chacune des questions en encercrant 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.

7.4 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).

7.5 Annexe 5 : IDS et 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 irrépressible 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 a 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.

7.6 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

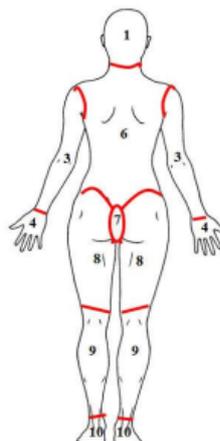
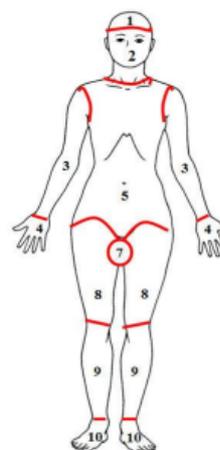
0 ± **+**

- | | |
|---|--|
| 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



PRODUIT 1A X 1B

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'épaississements |
| 3 | Présence importante de rougeurs, de squames (peau qui pèle) ou d'épaississements |
| 4 | Présence très prononcée de rougeurs, squames (peau qui pèle) ou d'épaississements |
| 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.

Veuillez tourner la page

7.7 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 CONDISEIPLES, 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.

Comparaison et validation d'outils de dépistage de la dépression chez des patients souffrant de psoriasis.

Résumé :

INTRODUCTION ET CONTEXTE : Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique. Les lésions cutanées visibles de cette pathologie la rendent très stigmatisante. Le psoriasis impacte donc la qualité de vie ainsi que les fonctions physiques et psychiques des personnes qui en sont atteintes. On décrit d'importantes difficultés pour les praticiens à identifier correctement la détresse psychique des patients souffrant d'un psoriasis. En cause, les plaintes et symptômes liés au psoriasis peuvent être faussement identifiés comme une symptomatologie dépressive et peuvent surestimer les symptômes dépressifs ou inversement. Les symptômes comme l'asthénie, les troubles du sommeil, l'auto-dévalorisation ou la perte d'estime de soi sont des symptômes confondants, pouvant être inhérents à la maladie psoriasique comme à la dépression. Il semble donc nécessaire de proposer aux praticiens des outils, évaluant la symptomatologie dépressive, validés spécifiquement chez des patients atteints de psoriasis.

OBJECTIF : Validation et comparaison d'auto-questionnaires (BDI, PHQ9, IDS, qIDS, HADS) évaluant la dépression chez des patients souffrant de psoriasis.

MATERIELS ET METHODES : Étude transversale observationnelle uni centrique

RESULTATS : Tous les auto-questionnaires testés dans cette étude se sont avérés valides et fiables dans le dépistage de la dépression chez des patients atteints de psoriasis. En effet la sensibilité varie de 83% (IC 95% 0,36 ;1,0) pour l'HADS-D, l'IDS et le qIDS à 100% (IC 95% 0,54 ; 1,0) pour le BDI et le PHQ9. La spécificité, varie de 70,6% (IC 95% 0,52 ; 0,85) pour le qIDS à 91,2% (IC 95% 0,76 ; 0,98) pour l'HADS-D. Le PHQ-9 présente la meilleure aire sous la courbe, de 0,93, parmi l'ensemble des auto-questionnaires analysés dans cette étude avec une sensibilité et une spécificité respectivement de 100% et 85,3%.

CONCLUSION : L'ensemble des auto-questionnaires testés dans notre étude se sont avérés valides et utilisables dans le dépistage de la dépression chez des patients atteints de psoriasis. Néanmoins, l'analyse des résultats montre que le PHQ9 se démarque par une excellente sensibilité (100%) et une très bonne spécificité (85,3%) et son aire sous la courbe est la plus importante (0,93) parmi tous les auto-questionnaires analysés. L'utilisation de ce questionnaire, rapide et simple d'emploi pourrait permettre d'améliorer la prise en charge des personnes suivies pour un psoriasis.

Mots-clés :

- | | |
|-----------------------|--------|
| - Dépression | - PHQ9 |
| - Psoriasis | - BDI |
| - Auto-questionnaires | - IDS |
| - HADS-D | - qIDS |