



SDNTT  
Swiss Dermatology Network for Targeted Therapies

## Registre Suisse du psoriasis traité par médicaments biologiques et systémiques

### Questionnaire patients

Visite 17

Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous vous souhaitons la bienvenue pour cette première consultation relative au registre SDNTT.

Grâce à votre collaboration active, vous nous permettez d'offrir aujourd'hui et dans le futur un traitement optimal, efficace et fiable contre le psoriasis.

Nous vous remercions de votre soutien et vous sommes reconnaissants de bien vouloir compléter le questionnaire suivant.

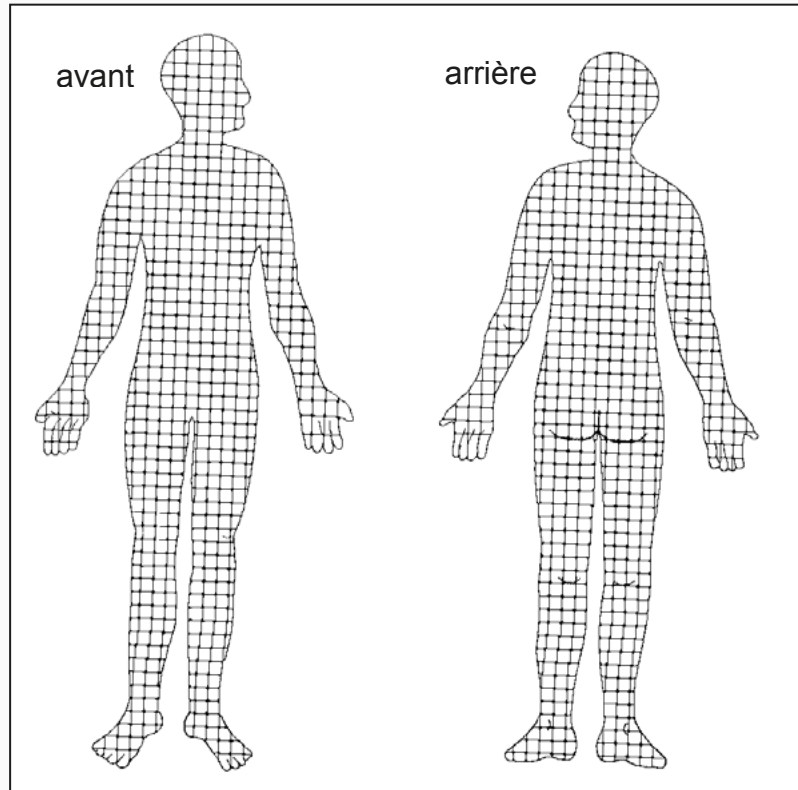
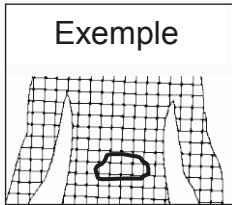
Bureau central : CVderm  
Responsable du projet : Prof. Dr. Med. Matthias Augustin  
Clinique Universitaire Hambourg-Eppendorf  
Martinistr. 52, D-20246 Hambourg

Tél. : 076 433 76 40, Fax: +49 40-7410-57227  
e-mail: [sdntt@derma.ch](mailto:sdntt@derma.ch)

[www.derma.ch/spec/SDNTT.html](http://www.derma.ch/spec/SDNTT.html)

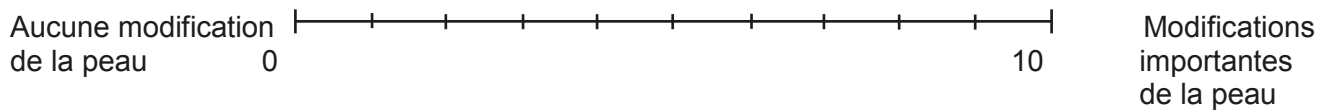
### I. Étendue du foyer psoriasique

Veillez marquer le plus précisément possible les changements de votre peau sur les figures. Vous devez seulement entourer les surfaces atteintes.



### 2. Comment évaluez-vous la sévérité de votre psoriasis à l'heure actuelle?

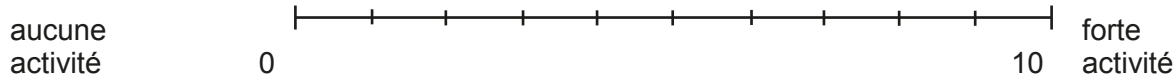
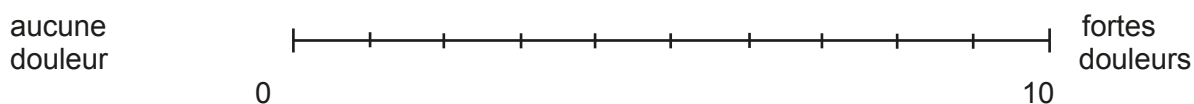
Veillez cocher la position adéquate sur la ligne graduée de 0 à 10:



*Si vos articulations sont touchées (arthrite psoriasique):*

### 3. Comment évaluez-vous la sévérité de votre arthrite psoriasique à l'heure actuelle?

Veillez cocher le nombre correspondant:



## II. Bénéfice du traitement (PBI)

Au début du traitement, vous avez indiqué dans un questionnaire l'importance de différents objectifs du traitement de votre affection cutanée.

Veuillez indiquer, pour chacune des déclarations suivantes, si le traitement a été bénéfique. Si une affirmation ne vous concernait pas, par exemple parce que vous ne ressentiez aucune douleur, veuillez cocher «ne me concernait pas».

**Veuillez inscrire ici votre thérapie actuelle (ou votre dernière)**

Thérapie: \_\_\_\_\_

**Ce traitement m'a aidé à...**

|    |   | pas du tout           | un peu                | moyennement           | assez                 | beaucoup              | ne me concernait pas  |
|----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1  | ... ne pas avoir de douleurs                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2  | ... ne plus avoir de démangeaisons                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3  | ... ne plus avoir de sensations de brûlure sur la peau            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4  | ... être guéri de toute modification cutanée                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5  | ... mieux pouvoir dormir  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6  | ... être moins déprimé  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7  | ... avoir une plus grande joie de vivre                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8  | ... ne pas avoir peur que la maladie évolue                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9  | ... pouvoir mener une vie quotidienne normale                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 | ... être plus productif dans la vie quotidienne                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 | ... être moins une charge pour mes proches                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | ... pouvoir avoir des activités de loisirs normales               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | ... pouvoir mener une vie professionnelle normale                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | ... pouvoir avoir plus de contacts avec d'autres personnes        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | ... accepter de me montrer davantage                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 | ... avoir moins de difficultés quotidiennes dans la vie de couple | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 | ... pouvoir avoir une vie sexuelle normale                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 | ... devoir moins souvent se rendre chez le médecin et à l'hôpital | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 | ... consacrer moins de temps au traitement quotidien              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 | ... avoir moins de frais de traitement à votre charge             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21 | ... avoir moins d'effets secondaires                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22 | ... trouver un diagnostic et une thérapie clairs                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23 | ... avoir confiance dans la thérapie                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24 | ... avoir plus rapidement une meilleure peau                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25 | ... reprendre le contrôle sur la maladie                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

PBQ por psoriasis

**III. Thérapie**

**1. Comment avez-vous vécu le traitement du psoriasis au cours des 7 derniers jours ?**

pas du tout      un peu      modérément      assez      beaucoup

Veillez cocher la case correspondante sur chaque ligne.

|   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Le traitement est une charge pour moi                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le traitement représente pour moi beaucoup de temps investi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pour le traitement, j'ai besoin d'une aide extérieure       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**2. Combien de temps consacrez-vous en moyenne à votre traitement chaque jour?**

|   |                       |                       |                        |                        |                        |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|   | <b>0 min.</b>         | <b>jusqu'à 10 min</b> | <b>jusqu'à 30 min.</b> | <b>jusqu'à 30 min.</b> | <b>minimum 60 min.</b> |
| Pour mon traitement quotidien, j'ai besoin <b>au total</b> de | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  |

**3. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consulté les médecins suivants pour votre psoriasis?**

|   |                       |                       |                       |                       |                        |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
|   | <b>jamais</b>         | <b>1 - 2 fois</b>     | <b>3 - 5 fois</b>     | <b>6 - 10 fois</b>    | <b>plus de 10 fois</b> |
| dermatologue / clinique de dermatologie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  |
| médecin de famille                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  |
| orthopédiste / rhumatologue             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  |
| spécialiste des maladies organiques     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  |
| autres:.....                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  |

(veuillez préciser)

**4. Comment évaluez-vous les soins qui vous ont été apportés ces dernières années dans le cadre du traitement de votre psoriasis?**

- très bien
- bien
- moyen
- mauvais

**5. Êtes-vous satisfait jusqu'ici du traitement de votre psoriasis?**

- très satisfait
- plutôt satisfait
- plutôt mécontent
- très mécontent

**6. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris régulièrement vos médicaments contre le psoriasis?**

- irrégulièrement     plutôt irrégulièrement     plutôt régulièrement     régulièrement

**IV. QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE – DERMATOLOGIE (DLQI)**

**Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie AU COURS DE LA DERNIERE SEMAINE. Veuillez cocher une case par question.**

|     |   |   |   |                                       |
|-----|---|---|---|---------------------------------------|
| 1.  | Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-telle <b>démangé(e), fait souffrir</b> ou <b>brûlé(e)</b> ?  | énormément<br>beaucoup<br>un peu<br>pas du tout                   | <input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/>                              | non concerné(e) <input type="radio"/> |
| 2.  | Au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous senti(e) <b>gêné(e)</b> ou <b>complexé(e)</b> par votre problème de peau ?  | énormément<br>beaucoup<br>un peu<br>pas du tout                   | <input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/>                              | non concerné(e) <input type="radio"/> |
| 3.  | Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour <b>faire des courses</b> , vous occuper de votre maison ou pour <b>jardiner</b> ?  | énormément<br>beaucoup<br>un peu<br>pas du tout                   | <input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/>                              | non concerné(e) <input type="radio"/> |
| 4.  | Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le <b>choix des vêtements</b> que vous portiez ?  | énormément<br>beaucoup<br>un peu<br>pas du tout                   | <input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/>                              | non concerné(e) <input type="radio"/> |
| 5.  | Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau a-t-il affecté vos <b>activités avec les autres</b> ou vos <b>loisirs</b> ?   | énormément<br>beaucoup<br>un peu<br>pas du tout                   | <input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/>                              | non concerné(e) <input type="radio"/> |
| 6.  | Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau?  | énormément<br>beaucoup<br>un peu<br>pas du tout                   | <input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/>                              | non concerné(e) <input type="radio"/> |
| 7.  | Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de <b>travailler</b> ou <b>d'étudier</b> ?<br><br>Si la réponse est "non" : au cours de la dernière semaine, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre <b>travail</b> ou dans vos <b>études</b> ? | <b>oui</b><br><b>non</b><br><br>beaucoup<br>un peu<br>pas du tout | <input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/> | non concerné(e) <input type="radio"/> |
| 8.  | Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre <b>conjoint(e)</b> , vos <b>amis proches</b> ou votre <b>famille</b> ?   | énormément<br>beaucoup<br>un peu<br>pas du tout                   | <input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/>                              | non concerné(e) <input type="radio"/> |
| 9.  | Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau a-t-il rendu votre <b>vie sexuelle difficile</b> ?  | énormément<br>beaucoup<br>un peu<br>pas du tout                   | <input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/>                              | non concerné(e) <input type="radio"/> |
| 10. | Au cours de la dernière semaine, le <b>traitement</b> que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?   | énormément<br>beaucoup<br>un peu<br>pas du tout                   | <input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/><br><input type="radio"/>                              | non concerné(e) <input type="radio"/> |

**V. Échelle de l'état de santé**  
(EQ-5D - Questionnaire santé)

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une **échelle graduée** (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle „100“ correspond au **meilleur état de santé que vous puissiez imaginer** et „0“ au **pire état de santé que vous puissiez imaginer**.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. **Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré cidessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.**

**Votre état de santé  
aujourd'hui**

Meilleur état  
de santé imaginable

100



Pire état de  
santé  
imaginable

**Merci beaucoup ! Veuillez maintenant remettre le questionnaire à votre médecin.**