

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

n° _____

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

AZOT Axelle Alice

Née le 10 septembre 1984 à Paris 19e

Présentée et soutenue publiquement le : 28/09/2016

**Prise en charge du psoriasis par les internes de médecine générale
et évaluation de leurs besoins en formation en dermatologie**

Président de thèse : Professeur GUILLAUSSEAU Pierre-Jean

Directeur de thèse : Docteur HALIOUA Bruno

DES de médecine générale

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	5
ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
I. LE PSORIASIS.....	10
A. PHYSIOPATHOLOGIE.....	10
B. FACTEURS ETIOLOGIQUES.....	10
C. FORME COMMUNE DU PSORIASIS.....	11
D. EVOLUTION DE LA MALADIE.....	12
E. PRINCIPES DU TRAITEMENT.....	13
II. LA FORMATION INITIALE EN DERMATOLOGIE.....	15
A. LE DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES.....	15
B. LE DES DE MEDECINE GENERALE.....	15
III. MATERIELS ET METHODES.....	17
A. TYPE D’ETUDE.....	17
B. POPULATION D’ETUDE ET ECHANTILLONNAGE.....	17
C. LE QUESTIONNAIRE (ANNEXE 1).....	17
D. RECUEIL DE DONNEES.....	18
E. ANALYSES STATISTIQUES.....	18
IV. RESULTATS.....	20
A. TAUX DE PARTICIPATION.....	20
B. INFORMATIONS GENERALES SUR LA POPULATION ETUDIEE.....	20

C. LE PSORIASIS	23
1. Questions générales sur le psoriasis	23
2. Iconographie et cas cliniques.....	32
D. ÉVALUATION DES BESOINS EN FORMATION EN DERMATOLOGIE.....	47
1. Évaluation des connaissances sur le psoriasis	47
2. Évaluation des connaissances en dermatologie	47
3. Souhaits de prise en charge	48
4. Évaluation de l'enseignement de dermatologie reçu	49
5. Souhaits de formation.....	50
6. Sacrifier une journée de travail pour suivre une formation	51
7. Notation des domaines de spécialité en fonction de leur priorité.....	52
V. DISCUSSION.....	53
A. INFORMATIONS GENERALES SUR LA POPULATION ETUDIEE	53
B. SYNTHÈSE ET COMMENTAIRES DES RESULTATS.....	54
1. Connaissances des internes sur le psoriasis	54
2. Évaluation des besoins en formation	60
C. LE MANQUE DE FORMATION EN DERMATOLOGIE	63
D. LA PLACE DE LA TELEMEDECINE EN DERMATOLOGIE.....	64
E. BIAIS ET LIMITES DE LA THESE	66
F. LIMITES DU QUESTIONNAIRE	67
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXES.....	73
ABSTRACT	90

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Répartition par sexe	20
Figure 2 : Enseignement de dermatologie reçu depuis le début du DES	22
Figure 3 : Caractéristiques d'une lésion élémentaire de psoriasis	23
Figure 4 : Caractère héréditaire du psoriasis	24
Figure 5 : Facteurs déclenchant du psoriasis.....	25
Figure 6 : Traitement pouvant aggraver un psoriasis	26
Figure 7 : Localisations habituelles du psoriasis.....	28
Figure 8 : Traitements connus des internes	29
Figure 9 : Traitements prescrits par les internes	30
Figure 10 : Iconographie : Synthèse.....	36
Figure 11 : Traitement prescrit psoriasis cutané peu étendu	37
Figure 12 : Traitement prescrit dans le psoriasis du cuir chevelu	38
Figure 13 : Diagnostic du cas clinique 2	40
Figure 14 : Avis dermatologique demandé en 1ère intention	41
Figure 15 : Traitement prescrit en 1ère intention	41
Figure 16 : Traitement prescrit en 2ème intention	42
Figure 17 : Diagnostic du cas clinique 3	44
Figure 18 : Prescription d'examen complémentaires	45
Figure 19 : Connaissance sur le psoriasis.....	47
Figure 20 : Connaissances en dermatologie	47
Figure 21 : Souhaits de prise en charge des dermatoses	48
Figure 22 : Evaluation de l'enseignement en dermatologie au cours du DES.....	49
Figure 23 : Souhaits de formation des IMG	50
Figure 24 : Intérêt à suivre une journée de formation de dermatologie après le DES	51
Figure 25 : Notes moyennes attribuées par les internes aux différentes spécialités.....	52

Remerciements

Au Professeur Guillausseau,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse.

Aux membres du jury, le Professeur Bergmann et le Professeur Mouly,

Merci de votre participation à ma soutenance.

Au Docteur Bruno Halioua,

Merci d'avoir guidé mon travail depuis le commencement et du temps accordé à sa correction.

Au Docteur Baruch,

Merci de votre implication dans ce projet et de vos précieux conseils.

Au Docteur Wakim,

Même si aujourd'hui vous n'êtes plus parmi nous, je vous remercie pour votre gentillesse, votre confiance, et de m'avoir appris mon métier.

Au Docteur Benazra et au Docteur Loscheider,

je vous remercie pour votre accueil et votre confiance alors que je n'étais encore qu'une jeune interne.

Au Docteur Guy Bellaiche et à toute l'équipe du service d'hépatogastro de l'hôpital Robert Ballanger,

Je vous remercie pour votre accueil et de m'avoir fait passer un 1^{er} semestre merveilleux avec vous.

A mes parents,

Je vous remercie d'avoir toujours été présents pour moi et en particulier à ma mère qui m'a soutenue dans ce travail comme elle m'a soutenue dans mes études et sans qui je n'aurais jamais été là où je suis aujourd'hui. Tu es une maman merveilleuse, je t'aime.

A mes nièces,

Sienna et Emy et bien sûr à leurs parents, j'espère que vous serez de plus en plus nombreux(ses). Je vous aime à la folie.

A mes amis les plus proches qui m'ont aidée, soutenue, relue, corrigée, supportée...

Lionel, Caroline, Rebecca c'est un peu votre travail aussi, je vous remercie infiniment d'avoir toujours répondu présent quand j'en avais besoin.

Et à tous les autres ...

Abréviations

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdiens

DES : Diplôme d'études spécialisées

DLQI :Dermatology life quality index

DMG : Département de médecine générale

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

IMG : Interne en médecine générale

PASI : Psoriasis area and severity index

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

Introduction

Depuis la mise en place du système du médecin traitant en 2005, le médecin généraliste est le maillon fondamental du parcours de soins. Il est le premier recours qui permet de n'adresser aux médecins spécialistes que les cas qui le nécessitent ou qui dépassent ses compétences [1].

La prise en charge des dermatoses occupe une place de plus en plus importante dans la pratique de la médecine générale. Ceci s'explique principalement par deux phénomènes : par la baisse du nombre de dermatologues [2], [3] et l'importance des délais d'attente avant d'obtenir un rendez-vous avec le spécialiste et par le désir des médecins généralistes d'approfondir leurs connaissances en dermatologie afin de prendre en charge certaines affections courantes. En France une enquête d'octobre 2012 montrait que le délai moyen pour obtenir un rendez-vous était de 41 jours pour les professionnels libéraux et de 43 jours en secteur hospitalier en ce qui concerne les motifs non urgents [4].

D'après les dernières données de 2009 de l'observatoire de médecine générale, créé en 1992 et fermé en 2011, les pathologies dermatologiques représentent 3.3% des motifs de consultation et étaient classées au 23^{ème} rang des résultats de consultation [5]. Une autre étude de 2002 menée par la direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) auprès des médecins généralistes libéraux a établi que les affections dermatologiques représentaient 2.5% des consultations [6].

Cependant, même s'il s'agit d'une des seules spécialités où l'apprentissage se fait essentiellement par l'observation et la description de l'iconographie, le stage de dermatologie ne fait pas partie de la maquette du DES (diplôme d'études spécialisées) de médecine générale et les stages en dermatologie durant l'externat ne sont pas obligatoires. De plus, l'enseignement de la dermatologie, varie considérablement d'une faculté à l'autre. Il est donc

probable qu'à la fin de leur formation les internes de médecine générale ne se sentent pas capables d'assurer le diagnostic et le suivi de leurs patients.

Le psoriasis, qui a une prévalence très importante dans la population (2 à 3 %) est un motif fréquent de consultations dermatologiques. Le psoriasis est une maladie chronique, évoluant par poussées, avec des conséquences importantes sur la qualité de vie. Le médecin généraliste peut intervenir à différents niveaux dans la prise en charge de cette pathologie. Il peut évoquer le diagnostic car c'est lui qui voit le patient en première intention, mais il sera également amené à suivre des patients dont le diagnostic a déjà été fait (les patients qui ont consulté un dermatologue en premier, ceux qui ont déménagé ou encore ceux qui changent de médecin traitant) [7], [8].

Le médecin généraliste a un rôle important dans le suivi, il peut ajuster les traitements, intervenir en cas d'effets secondaires graves, soutenir le patient dans l'observance. C'est lui aussi qui suit le patient dans sa globalité, qui prescrit et renouvelle les autres traitements non dermatologiques ; il est important qu'il prenne en compte les interactions médicamenteuses, les effets indésirables. Le médecin généraliste a un rôle capital par son approche globale de la santé de son patient [7].

Donc, du fait de la complexité de la maladie et du rôle central du médecin traitant dans la prise en charge de son malade, il est intéressant d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale, futurs médecins généralistes, dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique du psoriasis, mais aussi d'estimer leurs besoins en formations complémentaires sur le psoriasis et la dermatologie en général.

I. Le psoriasis

Le psoriasis est une dermatose chronique érythémato-squameuse, évoluant par poussées entrecoupées de rémissions qui atteint 2 à 3% de la population française [7].

A. Physiopathologie

Une biopsie cutanée est rarement utile au diagnostic de psoriasis.

L'examen anatomopathologique montrerait s'il était réalisé, une hyperkératose avec parakératose et une acanthose de l'épiderme liée à une prolifération excessive des kératinocytes. L'épiderme est en outre le siège de micro abcès à polynucléaires et l'on retrouve dans le derme et l'épiderme un infiltrat lymphocytaire et un grand développement capillaire avec allongement des papilles dermiques.

Ce renouvellement accéléré de l'épiderme est sous la dépendance d'une activation anormale du système immunitaire cutané induit par des facteurs de prolifération extrakératinocytaires ou résultant d'anomalies intrinsèques du kératinocyte.

B. Facteurs étiologiques

Des facteurs environnementaux (stress, climat, traumatisme) peuvent être responsables de l'expression du psoriasis chez certaines personnes prédisposées.

La prédisposition génétique est étayée par la survenue de cas familiaux et la fréquence de la dermatose chez les jumeaux homozygotes (60%) [9], [10], [11].

Des facteurs infectieux ont aussi été mis en évidence, en particulier dans le psoriasis de l'enfant dans la suite d'épisodes infectieux rhinopharyngés. Le rôle d'antigènes bactériens dans la stimulation des lymphocytes T est discuté. L'aggravation du psoriasis au cours du SIDA fait aussi discuter l'implication d'agents viraux dans la maladie [7].

Certains médicaments peuvent être responsables de l'apparition ou de l'aggravation d'un psoriasis. On peut citer principalement : les sels de lithium, les bêtabloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, l'interféron et les antipaludéens de synthèse. L'arrêt d'une corticothérapie générale prescrite pour une autre pathologie, peut s'accompagner d'un rebond important voire de l'apparition de formes graves de psoriasis [12], [13], [14].

Les facteurs psychologiques dans la survenue du psoriasis sont probablement les plus connus des médecins comme des patients. Le rôle des chocs émotionnels et des traumatismes affectifs est possible dans le déclenchement de la maladie comme dans la survenue et l'aggravation des poussées. Le stress pourrait induire une libération accrue de neuromédiateurs à activité pro inflammatoire [15].

L'alcool et le tabac ne sont pas à proprement parler des facteurs déclenchant de la maladie mais plutôt des facteurs de gravité et de la résistance thérapeutique. La surcharge pondérale est aussi un facteur de résistance aux traitements [16], [26], [27].

C. Forme commune du psoriasis

Le diagnostic du psoriasis est un diagnostic clinique qui se fait devant sa lésion élémentaire. Il s'agit d'une lésion érythémato-squameuse bien limitée, arrondie ou ovale ou polycyclique. La couche squameuse superficielle peut être très épaisse ou décapée par le traitement et laisse alors entrevoir l'érythème sous-jacent. Le plus souvent ces lésions sont multiples et symétriques et leur taille est variable : psoriasis en plaques, psoriasis en gouttes, psoriasis nummulaire [7].

Les localisations habituelles sont les zones exposées aux frottements et aux traumatismes physiques : coudes, genoux, région lombosacrée, cuir chevelu, ongles, paumes et plantes.

Le prurit peut être présent dans 30 à 60% des cas.

Selon la localisation, les lésions de psoriasis peuvent prendre différents aspects :

- Sur le cuir chevelu, les plaques sont généralement circonscrites, de taille variable, arrondies, bien limitées couvertes de larges squames traversées par les cheveux.
- Le psoriasis unguéal peut quant à lui prendre l'aspect de dépressions ponctuées, cupuliformes : ongles en dés à coudre.

Des formes graves de psoriasis cutanés peuvent aussi se présenter :

- Le psoriasis érythrodermique est un psoriasis généralisé à plus de 90% de la surface corporelle avec une desquamation abondante. C'est une urgence médicale pouvant entraîner des troubles hémodynamiques et nécessitant l'hospitalisation du malade.
- Le psoriasis pustuleux peut apparaître d'emblée ou compliquer un psoriasis en plaques et peut être déclenché par certains traitements. Dans cette forme de psoriasis il faut distinguer deux types : le psoriasis pustuleux localisé palmo-plantaire et le psoriasis pustuleux généralisé qui est une urgence nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

D. Evolution de la maladie

La maladie débute le plus souvent chez l'adulte jeune. L'évolution est chronique et se fait par poussées entrecoupées de rémissions pendant lesquelles les lésions sont minimales. Les rémissions ont souvent lieu en été du fait de l'effet bénéfique des rayons du soleil. Les poussées sont souvent imprévisibles et déclenchées par des facteurs psychologiques, des médicaments, des infections, des traumatismes cutanés (phénomène de Koebner).

Même en dehors des formes graves, le psoriasis est une maladie qui peut altérer profondément la qualité de vie lorsque les lésions sont visibles ou gênantes pour un travail manuel par exemple. La gravité de ce retentissement est souvent sous-estimée par le médecin qui peut pourtant facilement l'évaluer grâce à des outils simples utilisables en consultation (échelle DLQI) [7].

E. Principes du traitement

L'une des règles de base dans la prise en charge thérapeutique du psoriasis est une bonne relation médecin-malade.

Il faut comprendre que les traitements actuels n'entraînent pas la guérison mais permettent la diminution des lésions et l'amélioration de la qualité de vie [17].

Le choix du traitement dépend de plusieurs critères : le gravité et l'étendue des lésions (score PASI), le retentissement sur la qualité de vie (échelle DLQI), les comorbidités du patient, les effets indésirables potentiels des traitements. Il n'est pas utile de traiter les psoriasis très limités ou bien acceptés par les patients.

Deux types de traitements peuvent être proposés aux patients : les traitements locaux et les traitements généraux.

Les traitements locaux sont principalement les dermocorticoïdes, les analogues de la vitamine D3 ou leur association, l'acide salicylique (pour son effet kératolytique), les bains et les émoullients (utiles pour décapier les lésions et soulager le prurit). Les dermocorticoïdes, traitement le plus utilisé, se présentent sous plusieurs galéniques : en pommade pour les lésions sèches, en crème pour les plis et en lotion pour le cuir chevelu. En dehors des lésions du visage il faut utiliser dans le psoriasis un dermocorticoïde de classe III.

La photothérapie est un traitement qui repose sur l'administration de rayons ultraviolets. Il y a différentes photothérapies : la PUVAthérapie qui nécessite la prise d'un psoralène photosensibilisant et une irradiation UVA et la photothérapie UVB à spectre étroit qui ne nécessite pas la prise de psoralène. Les résultats de la photothérapie sont bons avec une rémission dans 80% des cas après 20 à 30 séances.

Les traitements généraux sont représentés par :

- Les rétinoïdes (acitrétine)
- Le méthotrexate
- La ciclosporine

Les traitements par biothérapie à visée anti –TNF ou à visée lymphocytaire T sont réservés aux échecs ou contre-indications à deux des trois traitements suscités [18].

Les indications des traitements dépendent de la gravité du psoriasis, du retentissement sur la qualité de vie du patient, des contre-indications et des antécédents du patient. Dans les formes localisées, le traitement local est suffisant ; dans les formes plus étendues on peut proposer au patient la photothérapie plus ou moins associée aux rétinoïdes, au méthotrexate ou à la ciclosporine [19], [20], [21].

II. La formation initiale en dermatologie

A. Le deuxième cycle des études médicales

Durant l'externat, la formation en dermatologie se fait par des enseignements théoriques et/ou un stage hospitalier dans un service de dermatologie. Ce stage n'est pas obligatoire et le nombre de places proposées diffère selon les facultés. Tous les étudiants ne peuvent donc pas passer dans un service spécialisé.

B. Le DES de médecine générale

Le DES de médecine générale a pour but l'acquisition de compétences [22]. La compétence médicale est définie comme « l'utilisation judicieuse de la communication, des connaissances, des compétences techniques, des raisonnements cliniques, des émotions, des valeurs et de la réflexion dans la pratique quotidienne pour le bénéfice des individus et des collectivités ».

La maquette du DES de médecine générale comporte 6 semestres de stages pratiques et un enseignement théorique dispensé par les facultés permettant l'acquisition des compétences.

Seulement quatre places de dermatologie sont proposées dans toute l'Île de France dans un service de dermatologie.

Les stages ambulatoires de médecine générale permettent de prendre en charge des patients présentant des pathologies cutanées « de ville ». Ainsi, la formation pratique est principalement délivrée lors des stages ambulatoires (niveau 1 et SASPAS) mais elle n'est pas exclusivement axée sur la dermatologie.

Les enseignements facultaires de dermatologie durant le DES sont délivrés pour la plupart par les enseignants du département de médecine générale et sont inégaux selon les facultés. Par exemple à Paris 7, il est proposé aux internes de suivre un séminaire d'une

journée sur les pathologies cutanées et vasculaires et d'avoir accès tout au long du DES à une photothèque de dermatologie.

La formation initiale influence la pratique du médecin généraliste. Les pathologies dermatologiques sont nombreuses ce qui rend cette formation d'autant plus importante. Or il n'y a pas de formation pratique spécifique en dermatologie pendant les études de médecine.

III. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale au moyen d'un questionnaire (annexe 1) envoyé exclusivement par mail à des internes de médecine générale de 5^e et 6^e semestre d'Île-de-France.

B. Population d'étude et échantillonnage

Les internes de médecine générale (IMG) d'Île de France de 5^e et 6^e semestre représentent la population source.

Un échantillon de 200 IMG a été sélectionné le 7 octobre 2015 lors de la première journée de procédure de choix de postes des IMG entamant leur 5^e ou 6^e semestre à la date du 2 novembre 2015. Ces 200 étudiants ont été informés de l'envoi d'un questionnaire en ligne dont le sujet principal leur a été expliqué oralement. Ils ont accepté de communiquer leur email afin de recevoir celui-ci et participer à l'enquête. Les étudiants faisaient partie des différentes facultés d'Île-de-France et entraient soit en 6^e semestre, soit en 5^e semestre et dans ce dernier cas, classés de 1 à 340 dans leur promotion.

C. Le questionnaire (Annexe 1)

Le questionnaire a été rédigé avec l'aide d'un dermatologue et d'un médecin généraliste afin d'obtenir la version définitive transmise par mail aux internes. Il a été conçu avec le logiciel Typerform.

Le questionnaire se divisait en 3 parties. Il était précédé par une brève introduction expliquant le sujet et le but de l'étude.

La première partie correspondait aux caractéristiques de la population étudiée, afin de dresser le profil des médecins répondants.

La deuxième partie traitait du psoriasis et était elle-même subdivisée en 3 sous-parties :

- La première était composée de questions à choix multiples sur les connaissances générales sur le psoriasis ;
- La deuxième sous-partie ne contenait que de l'iconographie, et l'on demandait à l'interne de sélectionner les photos correspondant au psoriasis. Il n'y avait pas de diagnostic à donner pour les autres photos ;
- La dernière partie comprenait trois cas cliniques sur 3 situations pouvant se présenter lors d'une consultation de médecine générale. Elle comportait essentiellement des questions à réponses courtes sur notre conduite à tenir et la thérapeutique à mettre en place.

La troisième et dernière partie concluait ce questionnaire en demandant aux internes d'évaluer leurs connaissances, leur formation durant le DES de médecine générale et surtout leurs besoins et leurs envies de formations complémentaires.

D. Recueil de données

L'enquête a été faite au moyen d'un questionnaire en ligne dont le lien a été envoyé par mail aux 200 internes sélectionnés le 1^{er} décembre 2015. Une première relance a été faite le 16 décembre, une deuxième le 3 janvier et une dernière le 10 janvier, afin d'optimiser au maximum le nombre de répondants [23].

La date limite de réponse était fixée au 15 janvier 2016.

Les données ont été collectées par le médecin enquêteur et classées dans un fichier Excel.

E. Analyses statistiques

L'analyse statistique des données collectées a été réalisée à l'aide du logiciel Stata 13. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyennes et écarts types. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme de fréquences et de pourcentages. Les pourcentages ont été arrondis pour la plupart au nombre entier le plus proche.

Une analyse de variance non paramétrique et un test post-hoc de Tukey ont été menés afin de comparer les notes (1-10) attribuées par les internes aux différentes spécialités.

Les résultats sont présentés essentiellement sous forme de fréquences, pourcentages et illustrations graphiques.

Le seuil de signification a été fixé à 5 % [24].

IV. Résultats

A. Taux de participation

Le questionnaire a été envoyé le 1^{er} décembre 2015 aux 200 internes de médecine générale sélectionnés. Trois relances ont été effectuées sur une période de 6 semaines. Le recueil de données a été clôturé le 15 janvier 2016.

62 internes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 31 %.

B. Informations générales sur la population étudiée

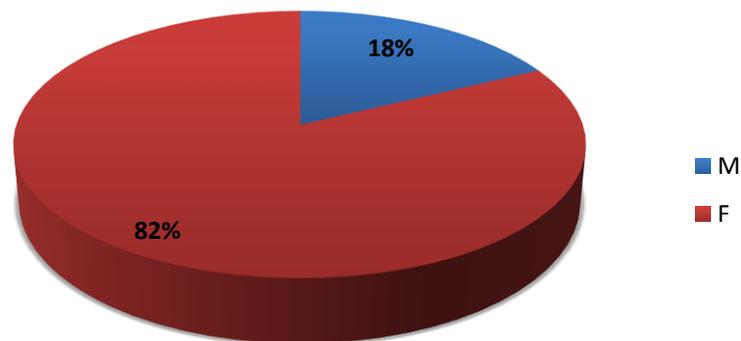


Figure 1 : Répartition par sexe

51 femmes (82 %) et 11 hommes (18 %) ont répondu au questionnaire.

	Oui	Non
Niveau 1	100%	0%
SASPAS	30%	70%
Remplacement	39%	61%
Maquette terminée	71%	29%
Stage externat	37%	63%
Enseignement de dermatologie	55%	45%

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée

- 58 % (n = 36) des répondeurs étaient en 5^e semestre et 42 % (n = 26) en 6^e semestre au moment de l'envoi.
- 58 % venaient de la faculté Paris 7 (n = 36) ; 11 % (n = 7) de Paris 5 ; 11 % (n = 7) de Paris 13 ; 8 % (n = 5) de Paris 6 ; 8 % (n = 5) de Paris 12 et 3 % (n = 2) de Paris 11.
- 100 % des internes avaient fait leur stage de niveau 1, mais seulement 30 % (n = 19) avaient déjà fait un SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée).
- 71 % (n = 44) avaient terminé leur maquette de stage obligatoire pour valider le DES de médecine générale.
- 39 % (n = 24) déclaraient avoir déjà fait des remplacements.
- 37 % (n = 23) des internes ont fait un stage dans un service de dermatologie durant leur externat.
- 55 % (n = 34) ont suivi depuis le début de leur DES un enseignement de dermatologie dans leur faculté.

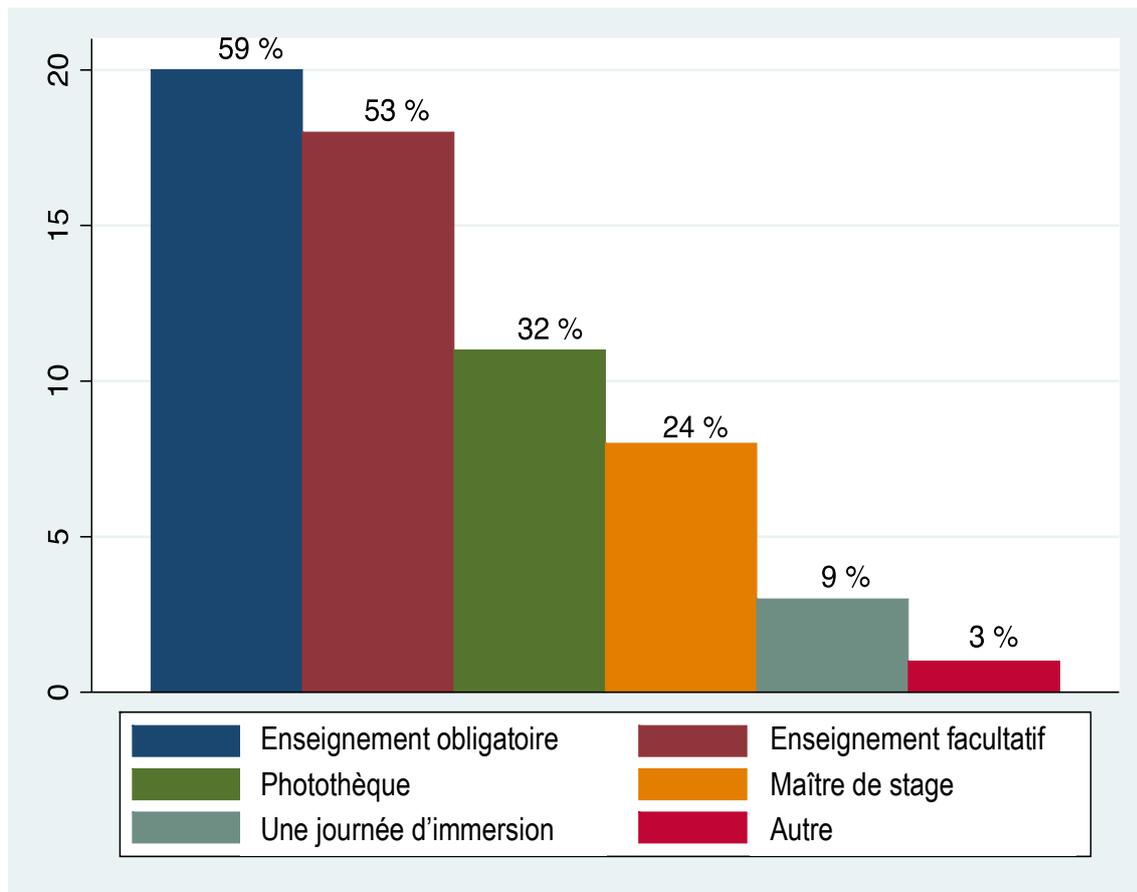


Figure 2 : Enseignement de dermatologie reçu depuis le début du DES

Parmi ces 34 internes, 11 (32 %) ont eu un enseignement obligatoire dans leur faculté ; 20 (59 %) un enseignement facultatif ; 18 (53 %) ont eu accès à une photothèque à distance ; 8 d'entre eux (24 %) ont bénéficié d'un apprentissage auprès de leurs maîtres de stage et 3 (9 %) ont participé à une journée d'immersion auprès d'un dermatologue ; et 1 étudiant déclare avoir eu un enseignement sous une autre forme sans autre précision.

C. Le psoriasis

1. Questions générales sur le psoriasis

a) Caractéristiques d'une lésion élémentaire de psoriasis

Dans la première question, il a été demandé aux internes de désigner les caractéristiques de la lésion élémentaire du psoriasis parmi une liste de 7 propositions.

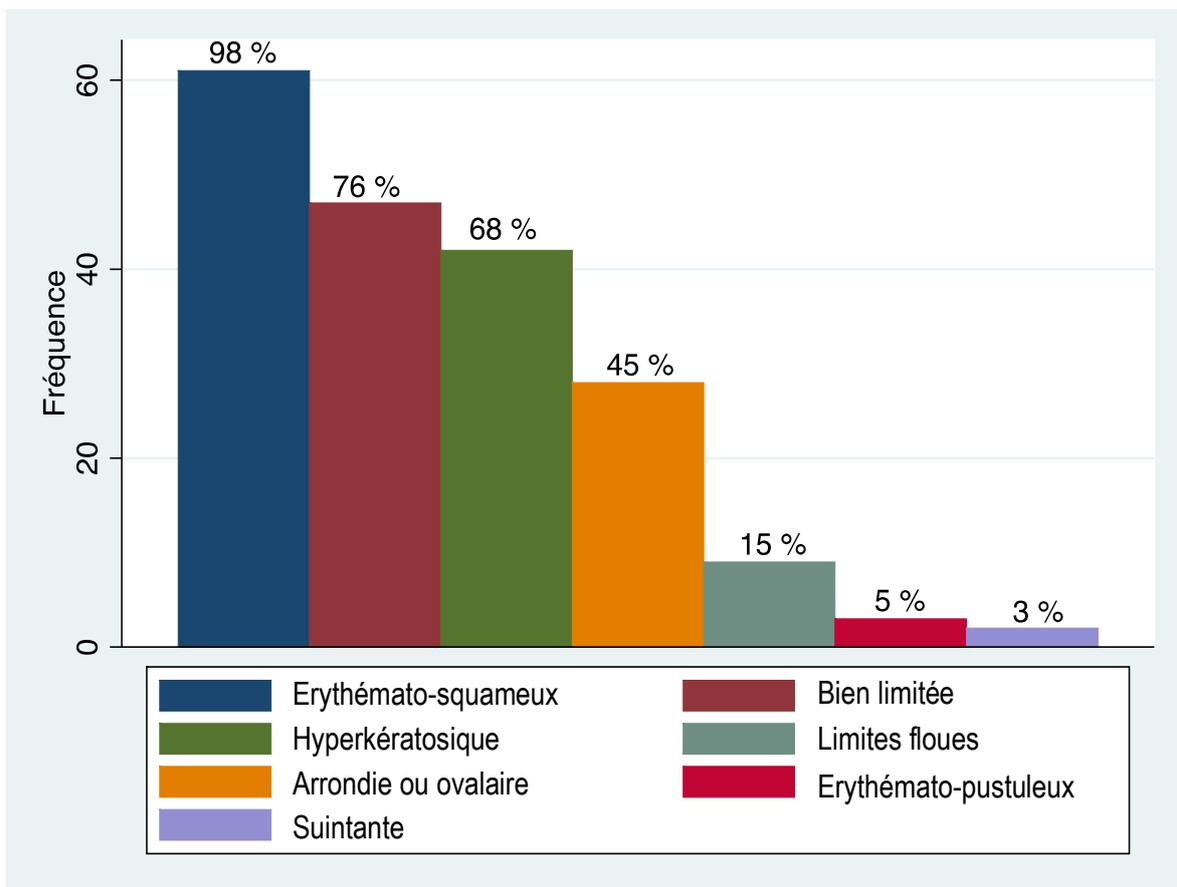


Figure 3 : Caractéristiques d'une lésion élémentaire de psoriasis

Les bonnes réponses étaient : érythémato-squameuse, hyperkératosique, arrondie ou ovale et bien limitée.

Parmi les 62 internes répondants, 98 % (n = 61) connaissent le caractère érythémato-squameux de la lésion ; 76 % (n = 47) la savent bien limitée ; 68 % (n = 42) la définissent comme hyperkératosique et seulement 45 % (n = 28) comme de forme arrondie ou ovale.

Cependant, 15 % d'entre eux (n = 9) pensent que les limites sont floues, 5 % (n = 9) supposent qu'elle est érythémato-pustuleuse et 3 % (n = 2) qu'elle est suintante.

b) Caractère héréditaire du psoriasis

Caractère héréditaire du psoriasis

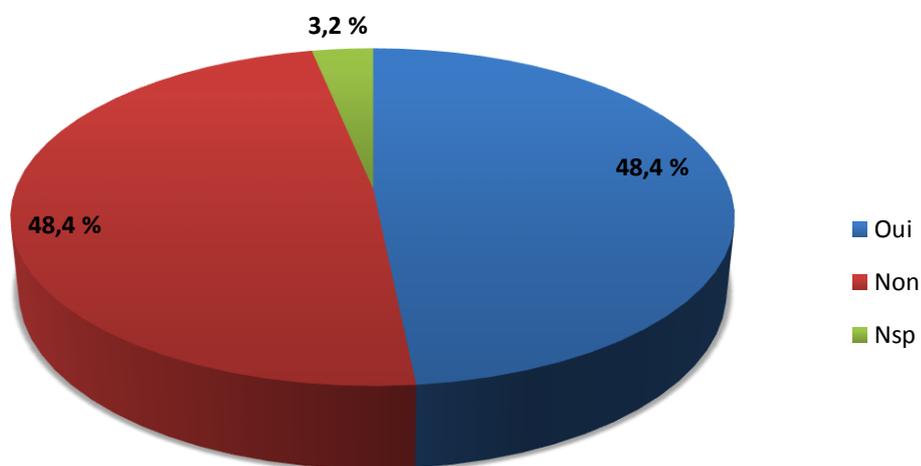


Figure 4 : Caractère héréditaire du psoriasis

Dans notre questionnaire, 48,4 % des internes (n = 30) pensent que le psoriasis est héréditaire, et le même nombre qu'il n'y a pas de caractère familial dans la maladie. 3,2 % (n = 2) ne se prononcent pas.

c) Facteurs déclenchant du psoriasis

Toutes les réponses qui ont été proposées aux internes à la question sont des facteurs avérés de déclenchement de poussée psoriasique.

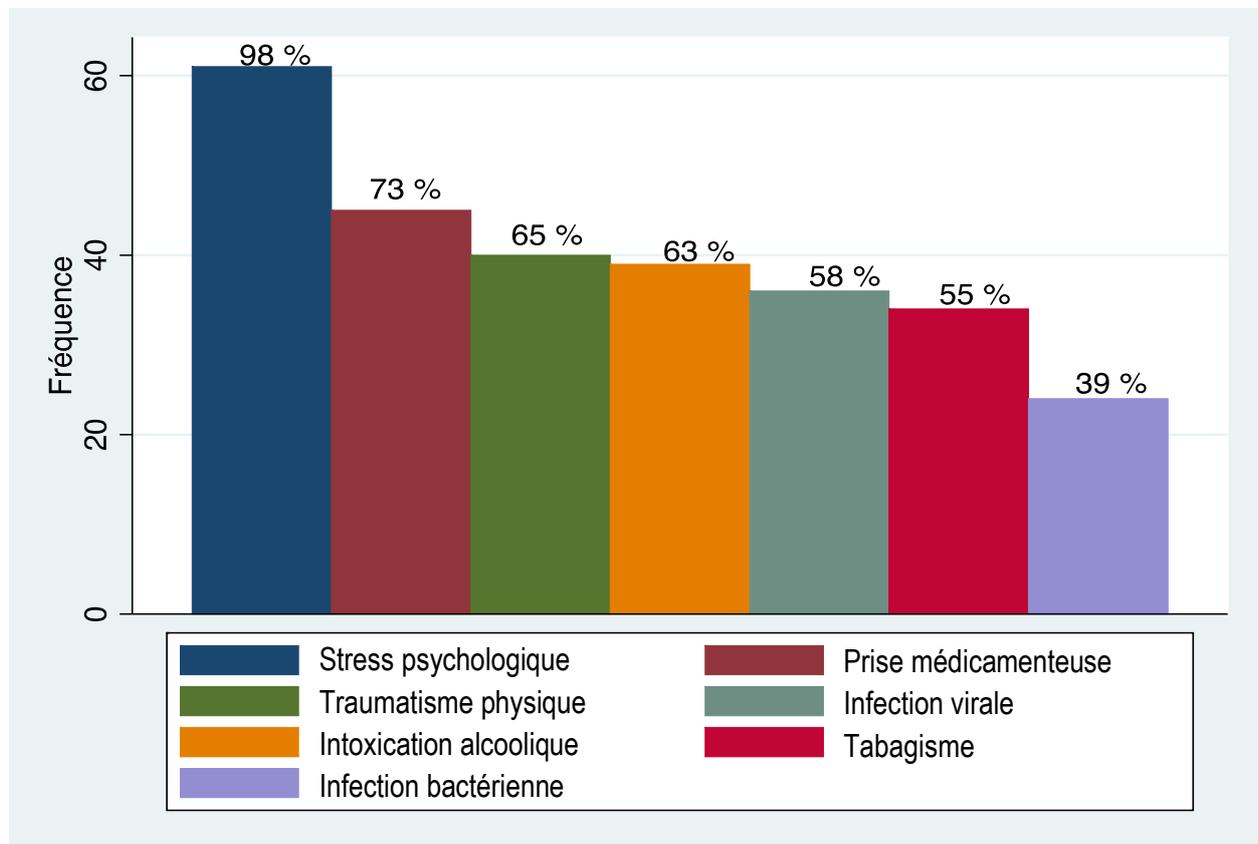


Figure 5 : Facteurs déclenchant du psoriasis

98 % des internes (n = 61) considèrent le stress psychologique comme un facteur majeur de psoriasis.

73 % (n = 45) savent qu'une prise médicamenteuse peut déclencher une poussée.

65 % (n = 40) connaissent le lien avec un traumatisme physique.

63 % (n = 39) et 55 % (n = 34) connaissent l'incidence de l'alcool et du tabac sur le déclenchement de la maladie.

Pour ce qui est du psoriasis d'origine infectieuse, 58 % (n = 36) savent qu'une infection virale peut déclencher une poussée mais seulement 39 % (n = 24) reconnaissent l'infection bactérienne comme facteur.

d) Traitements pouvant aggraver le psoriasis

Dix traitements étaient proposés aux internes. Parmi ceux-là, sept d'entre eux sont connus pour aggraver le psoriasis chez les patients atteints (bêtabloquants, lithium, corticothérapie générale, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, anti-inflammatoires non stéroïdiens, interféron et antipaludéens de synthèse). Les trois autres (cotrimoxazole, inhibiteurs calciques et paracétamol) ne sont pas des facteurs aggravants de la maladie et étaient proposés pour tromper l'interne.

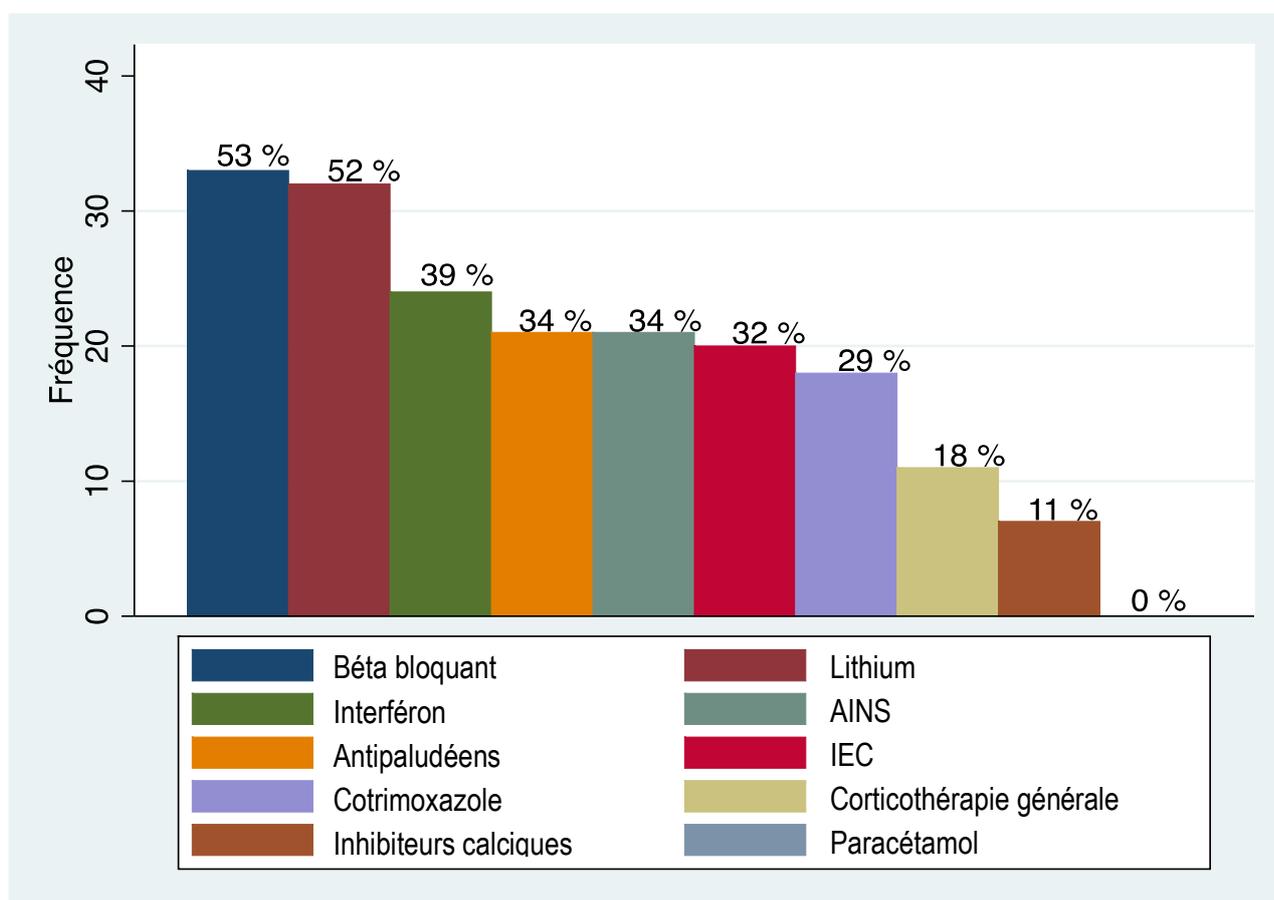


Figure 6 : Traitement pouvant aggraver un psoriasis

Les résultats obtenus sont les suivants :

53 % (n = 33) connaissent le lien entre psoriasis et bêtabloquants et 52 % (n = 32) avec le lithium.

39 % (n = 24) ont déclaré connaître les conséquences de l'interféron sur les poussées de psoriasis.

Seulement 1/3 des internes interrogés savent que le psoriasis peut être aggravé par la prise d'antipaludéens (n = 21) ; d'AINS (n = 21) ; ou d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (n = 20).

En ce qui concerne la corticothérapie par voie générale, moins d'un interne sur 5 (18 %, n = 11) pensent que celle-ci peut aggraver la maladie.

À propos des 3 mauvaises réponses proposées aux internes, 29 % (n = 18) font un lien entre le cotrimoxazole et le psoriasis ; 11 % (n = 7) avec les inhibiteurs calciques et 0 % avec la prise de paracétamol.

e) *Localisations habituelles du psoriasis*

Huit propositions étaient faites aux internes. Cinq d'entre elles étaient des localisations habituelles du psoriasis et les 3 autres sont beaucoup plus rares.

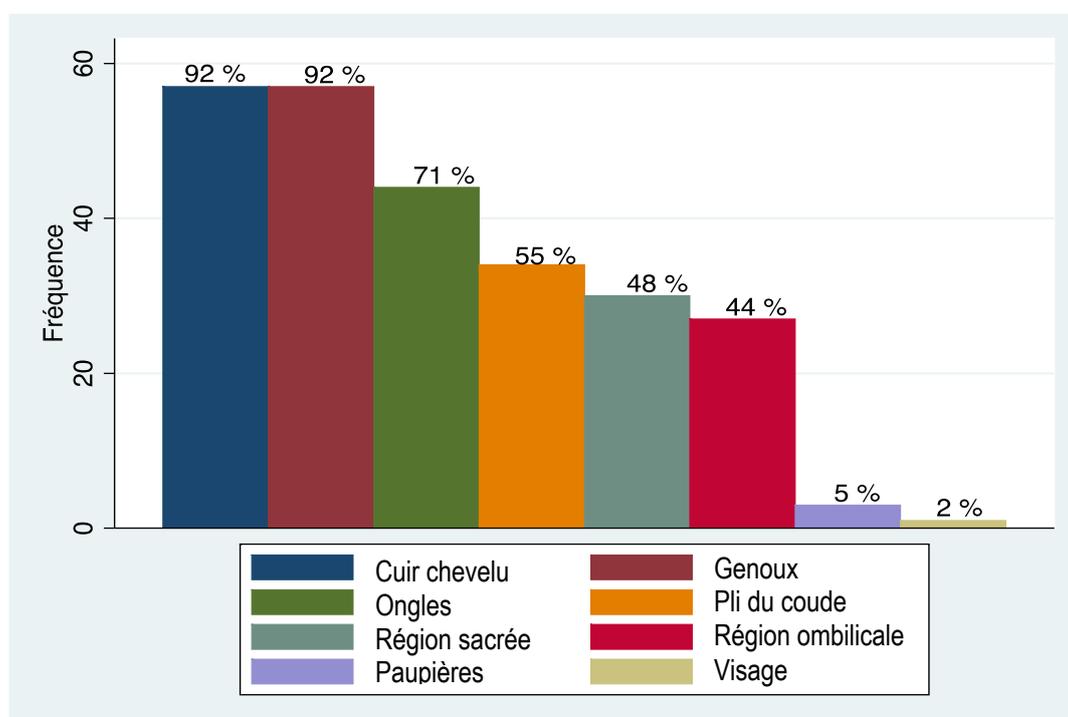


Figure 7 : Localisations habituelles du psoriasis

Les résultats sont les suivants :

Pour les 5 localisations habituelles les internes ont répondu :

- Cuir chevelu : 92 % (n = 57)
- Genoux : 92 % (n = 57)
- Ongles : 71 % (n = 44)
- Région sacrée : 48 % (n = 30)
- Région ombilicale : 44 % (n = 27)

Pour les 3 mauvaises réponses, les pourcentages obtenus sont assez hétérogènes.

55 % (n = 34) ont désigné le pli du coude comme une localisation habituelle, mais seulement 5 % (n = 3) ont répondu les paupières et 2 % (n = 1) le visage.

f) Traitements du psoriasis

Deux questions ont été posées aux internes. Tout d'abord, il a été demandé aux internes de sélectionner parmi une liste des traitements du psoriasis ceux qu'ils connaissaient (graphique 8) ; la deuxième question complétait la première en demandant cette fois de ne choisir que ceux qu'ils prescriraient eux-mêmes à leurs patients parmi les mêmes propositions (graphique 9).

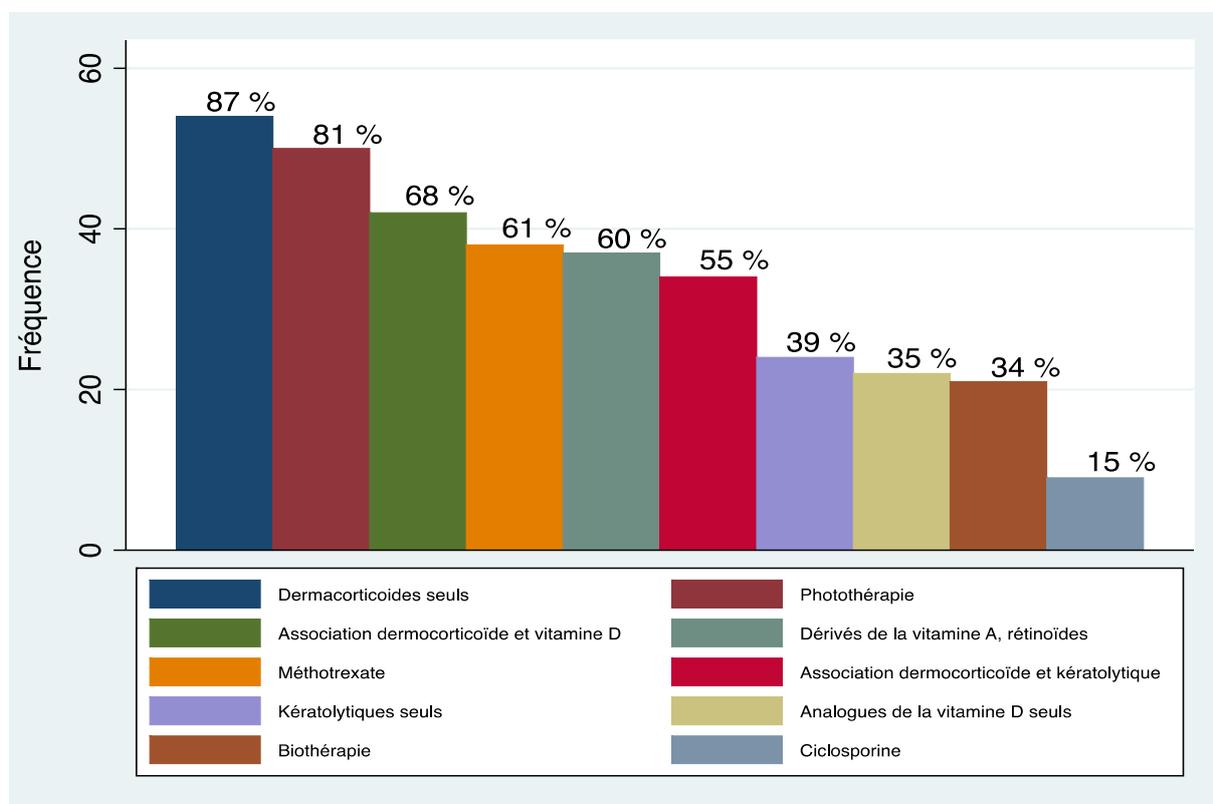


Figure 8 : Traitements connus des internes

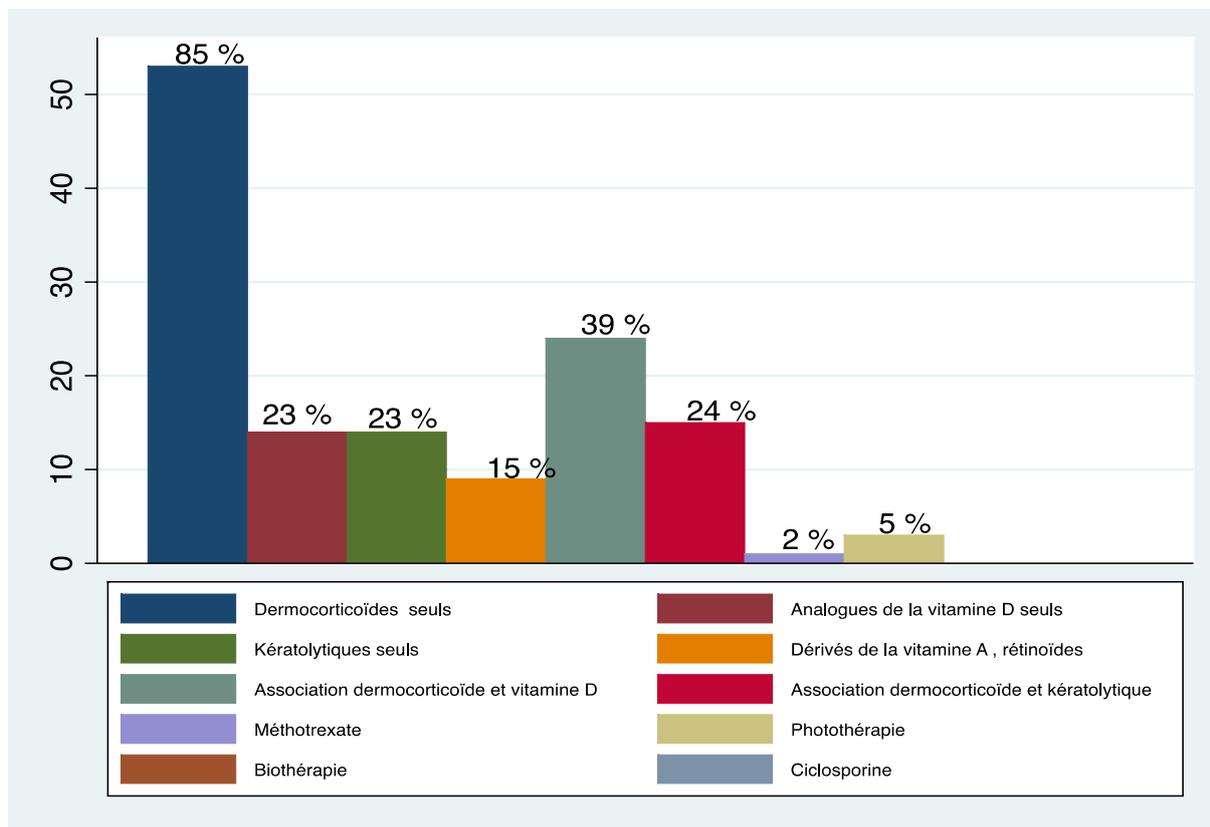


Figure 9 : Traitements prescrits par les internes

87 % (n = 54) connaissent le traitement par dermocorticoïdes et 85 % sont prêts à le prescrire eux-mêmes sans attendre l'avis du dermatologue.

La photothérapie, bien que connue de 81 % (n = 50) n'est que très peu prescrite par les internes (5 %, n = 3), ce qui semble cohérent, celle-ci étant réalisée par les dermatologues dans la grande majorité des cas.

68 % (n = 42) des internes déclarent connaître les traitements par association de dermocorticoïdes et vitamine D mais seulement 39 % (n = 24) les prescriraient à leurs malades.

61 % (n = 38) connaissent l'existence du méthotrèxate dans le traitement du psoriasis mais seulement 2 % (n = 1) prendraient l'initiative d'un tel traitement.

60 % (n = 37) considèrent les dérivés de la vitamine A et les rétinoïdes comme thérapeutiques du psoriasis mais ces derniers ne sont prescrits que par 15 % (n = 9) des internes ; 1 interne sur 4 connaissant ce traitement ne le propose donc pas à ses patients.

En ce qui concerne l'association de dermocorticoïdes et kératolytiques, connue par 55 % (n = 34) des internes, elle n'est prescrite que par 24 % (n = 15) d'entre eux soit autant que les analogues de la vitamine D beaucoup moins connus des internes interrogés (35 %, n = 22) et que les kératolytiques seuls connus par 39 % (n = 24) d'entre eux.

34 % (n = 21) des internes déclarent connaître l'existence des biothérapies dans la prise en charge thérapeutique du psoriasis, mais aucun interne ne déclare la prescrire lui-même au patient, tout comme la cyclosporine, connue par 15 % (n = 9) d'entre eux mais non prescrite par les internes répondants.

En résumé, les trois traitements les plus connus des internes sont les dermocorticoïdes seuls, la photothérapie et l'association dermocorticoïde et vitamine D ; et les trois traitements les plus prescrits sont, pour la plus grande majorité d'entre eux, les dermocorticoïdes seuls puis en plus faible proportion les associations dermocorticoïde/vitamine D et dermocorticoïde/kératolytique.

2. Iconographie et cas cliniques

a) *Quelles images correspondent selon vous à du psoriasis ?*

Dans cette partie ne contenant que de l'iconographie, il a été demandé aux internes de choisir parmi 11 photos celles qui correspondaient selon eux à du psoriasis.

Psoriasis des mains :

- 98 % (n = 61) des internes ont reconnu la photo représentant le psoriasis de la main (photo 1) ;
- 13 % (n = 8) ont confondu de l'eczéma avec du psoriasis (photo 2).



Photo 1 : Psoriasis de la main



Photo 2 : Eczéma de la main

Psoriasis unguéal :

- Les photos 3 et 4 représentent du psoriasis unguéal, elles ont été reconnues respectivement par 85 % (n = 53) et 33 % (n = 21) des internes ;
- La photo 5 était un mélanome unguéal, 11 % (n = 7) des internes l'ont désignée comme du psoriasis ;
- La photo 6 était une mycose unguéale et seulement 5 % (n = 3) ont pensé qu'il s'agissait d'un psoriasis.



Photo 3 : Psoriasis unguéal



Photo 4 : Psoriasis unguéal



Photo 5 : Mélanome unguéal



Photo 6 : Mycose unguéale

Psoriasis des plis :

Trois photos de plis ont été présentées aux internes. Deux d'entre elles montraient du psoriasis des plis.

47 % (n = 29) des internes ont confondu une mycose des plis avec un psoriasis inversé (photo 7). Seuls 34 % (n = 21) et 35 % (n = 22) des internes ont reconnu le psoriasis inversé des photos 8 et 9.



Photo 7 : Mycose des plis



Photo 8 : Psoriasis inversé des plis



Photo 9 : Psoriasis inversé des plis

Psoriasis du cuir chevelu :

- 98 % (n = 61) ont bien reconnu le psoriasis du cuir chevelu (photo 11).
- 13 % (n = 8) ont désigné la photo de la dermite séborrhéique comme étant du psoriasis (photo10).



Photo 10 :
Dermite séborrhéique

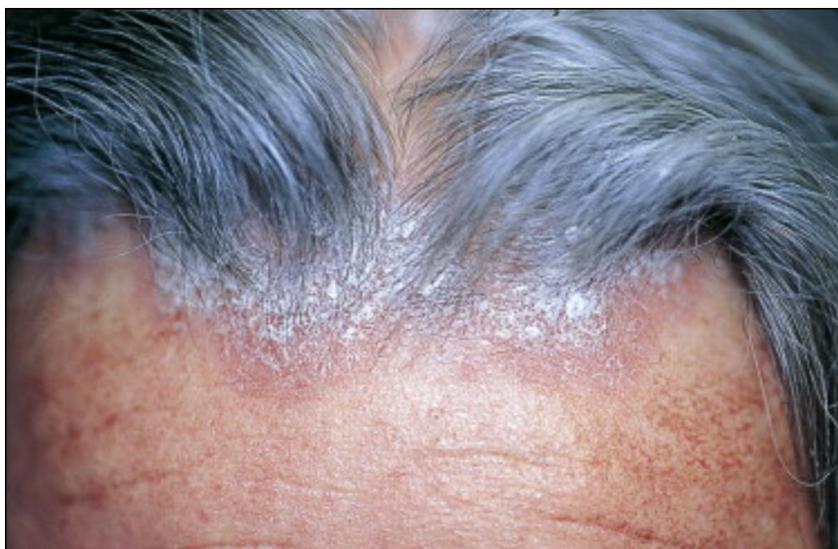


Photo 11 :
Psoriasis du cuir chevelu

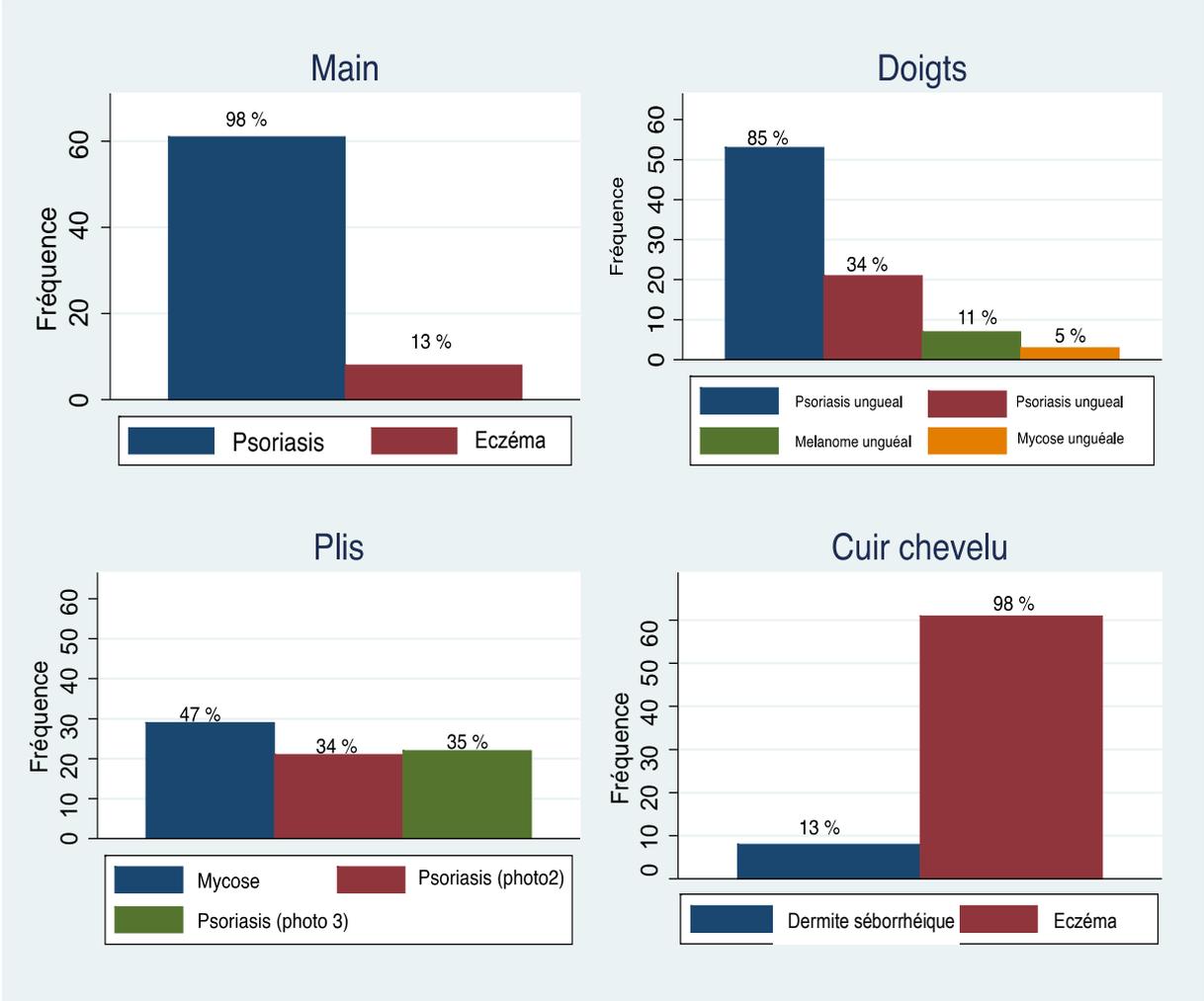


Figure 10 : Iconographie : Synthèse

b) Cas clinique 1

Énoncé :

Un homme de 40 ans vient en consultation pour vous parler de lésions qu'il présente depuis 5 ans au niveau des genoux et coudes.

Vous portez le diagnostic de psoriasis vulgaire.

Vous ne trouvez pas d'autres atteintes à l'examen clinique.



Quel traitement proposez-vous ? (Les internes avaient la possibilité de donner plusieurs réponses)

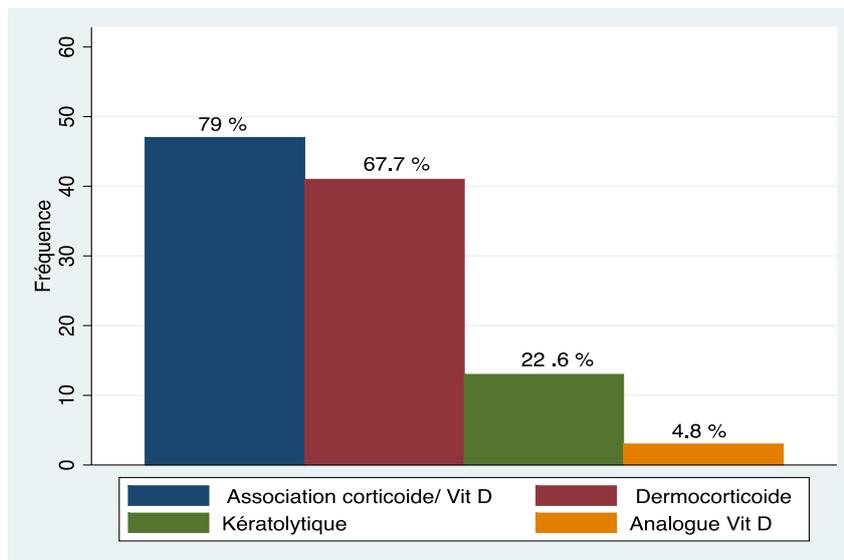


Figure 11 : Traitement prescrit psoriasis cutané peu étendu

- 79 % (n = 49) des internes proposent au patient une association vitamine D/dermocorticoïde ;
- Environ 68 % (n = 42) lui proposent des dermocorticoïdes seuls ;
- Environ 23 % (n = 14) prescrivent des kératolytiques ;
- Environ 5 % (n = 2) prescrivent des analogues de la vitamine D.

Énoncé :

Il revient 2 ans plus tard avec des lésions au niveau du cuir chevelu qui le gênent beaucoup notamment dans son travail de commercial. Vous évoquez le diagnostic de psoriasis du cuir chevelu



Le patient a peur de perdre ses cheveux, que lui répondez-vous ?

- 100 % des internes savent que le psoriasis est non alopeciant. Ils peuvent donc tous répondre à ce patient qu'il ne perdra pas ses cheveux.

Quel traitement lui prescrivez-vous, sous quelle galénique ?

Contrairement à la première question, il a été demandé cette fois aux internes de choisir la galénique la plus adaptée aux lésions du cuir chevelu.

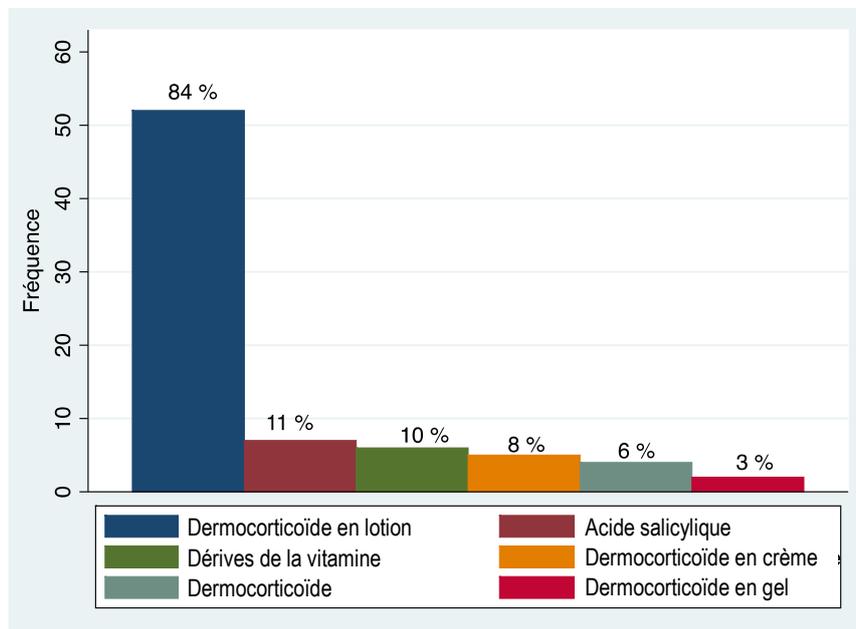


Figure 12 : Traitement prescrit dans le psoriasis du cuir chevelu

- 84 % (n = 52) ont choisi les dermocorticoïdes en lotion qui sont le traitement de première intention du psoriasis du cuir chevelu du fait d'une texture plus adaptée.

Les autres réponses proposées ont eu des résultats négligeables face aux dermocorticoïdes en lotion :

- 11 % (n = 7) pour l'acide salicylique.
- 10 % (n = 6) pour les dérivés de la vitamine D.
- 8 % (n = 5) pour les dermocorticoïdes en crème.
- 6 % (n = 4) pour les dermocorticoïdes en pommade.
- 3 % (n = 2) pour les dermocorticoïdes en gel.

c) Cas clinique 2

Énoncé :

Un homme de 56 ans consulte pour dermatose prurigineuse des extrémités évoluant depuis plusieurs années. La poussée actuelle évolue depuis 1 mois. Il présente également un psoriasis des coudes et des genoux.

L'examen clinique montre un érythème squameux palmaire et plantaire diffus avec de nombreuses pustules à contenu blanchâtre prédominant aux éminences thénar et hypothénar ainsi que sur les talons.



Quel est votre diagnostic ?

La réponse attendue était psoriasis pustuleux palmoplantaire.

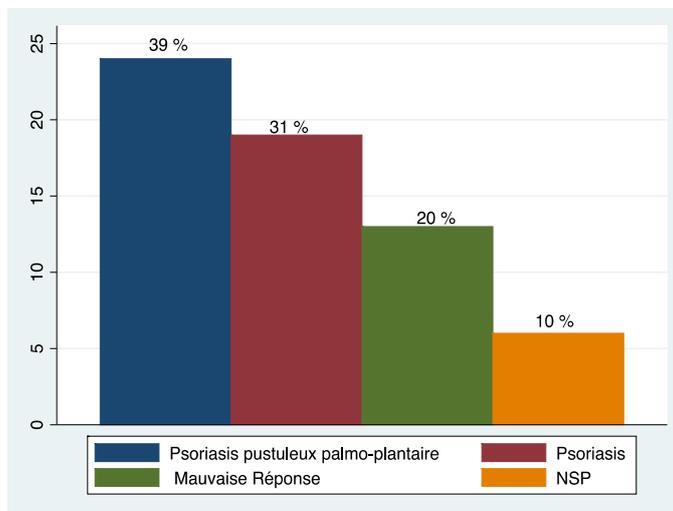


Figure 13 : Diagnostic du cas clinique 2

39 % (n = 24) des internes répondeurs ont fourni la réponse complète.

31 % (n = 19) ont répondu « psoriasis » sans précision.

20 % (n = 13) ont donné une mauvaise réponse, et 10 % (n = 6) ont tout simplement répondu « ne sait pas ».

Envoyez-vous d'emblée le patient consulter un dermatologue ?

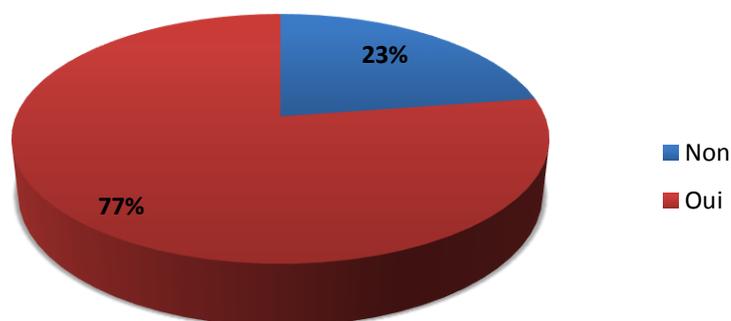


Figure 14 : Avis dermatologique demandé en 1ère intention

77 % (n =48) des internes interrogés envoient d'emblée le patient consulter en dermatologie.

En attendant la consultation, prescrivez-vous un traitement ? Et si oui, lequel ?

82 % (n = 51) des internes prescrivent un traitement à ce patient.

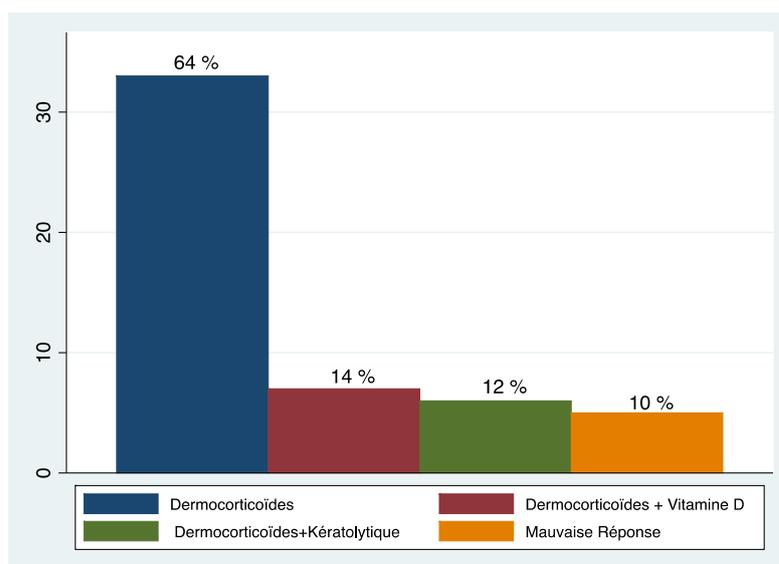


Figure 15 : Traitement prescrit en 1ère intention

Les dermocorticoïdes en pommade sont le traitement le plus adapté à ces lésions plus ou moins associés à des kératolytiques.

Parmi ces 51 internes, 64 % (n = 33) prescrivent des dermocorticoïdes (seulement 2 ont précisé « pommade », 8 « en crème » et les 23 restants n'ont pas précisé la galénique.

14 % (n = 7) proposent des dermocorticoïdes associés à la vitamine D et 12 % (n = 6) des dermocorticoïdes associés aux kératolytiques.

10 % (n = 5) ont donné une mauvaise réponse (antifongique, antibiotique).

Le patient vous demande le traitement qui lui sera proposé par le spécialiste en cas d'échec.

Que lui répondez-vous ?

Il a été précisé à l'interne de répondre par mots clés. Les réponses ont été assez homogènes pour être classées en 4 groupes.

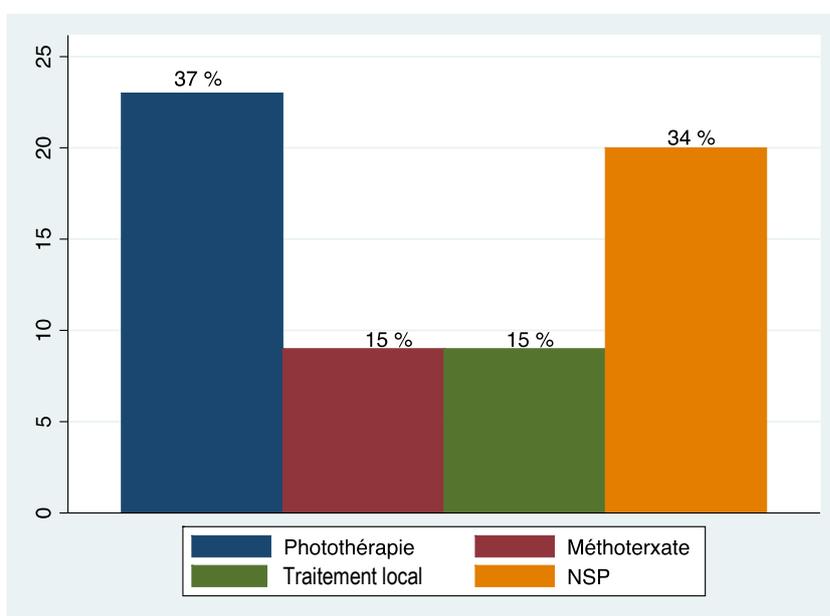


Figure 16 : Traitement prescrit en 2ème intention

37 % (n = 23) répondent au patient qu'il aura de la photothérapie en cas d'échec du traitement.

15 % (n = 9) proposent du méthotrèxate.

15 % (n = 9) proposent toujours un traitement local (dermocorticoïdes, analogues de la vitamine D ou kératolytiques).

34 % (n = 20) ont simplement répondu qu'ils ne savaient pas quoi répondre au patient.

d) Cas clinique 3

Énoncé :

Un jeune homme de 20 ans consulte pour une dermatose d'apparition brutale sans autre signe fonctionnel. Vous l'aviez vu 5 jours plus tôt pour une rhinopharyngite avec fièvre pour laquelle vous aviez prescrit un traitement symptomatique. Aucune prise médicamenteuse n'est retrouvée à l'interrogatoire.

L'examen clinique met en évidence de multiples macules érythémateuses, discrètement squameuses, presque exclusivement localisées sur le tronc et la racine des membres. Elles sont non prurigineuses, de petite taille, en gouttes ou nummulaires.



Quel diagnostic évoquez-vous ?

La bonne réponse était : psoriasis éruptif en gouttes post infectieux.

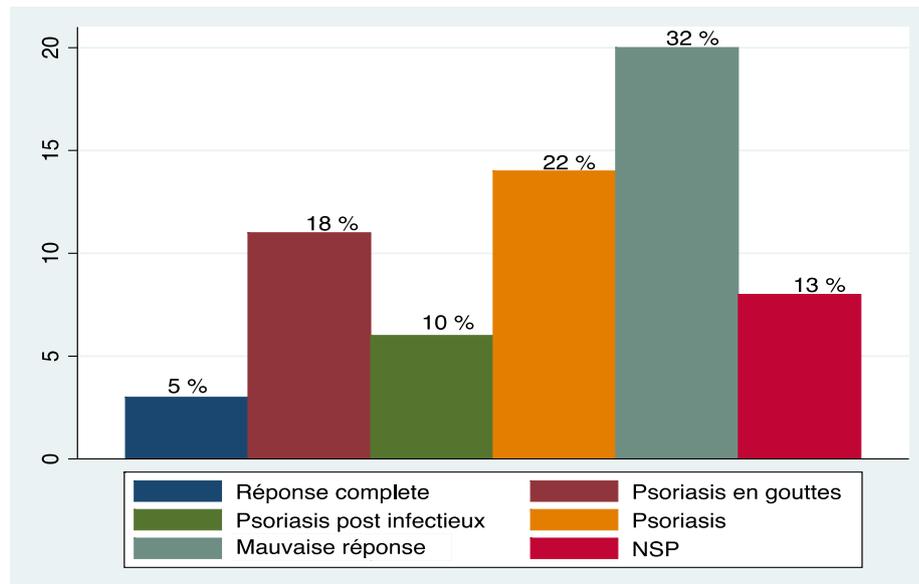


Figure 17 : Diagnostic du cas clinique 3

- 5 % (n = 3) des internes ont fourni une réponse complète.
- 18 % (n = 11) n'ont cité que l'aspect en gouttes du psoriasis.
- 10 % (n = 6) n'ont souligné que le caractère post infectieux du psoriasis.
- 22 % (n = 14) ont tout simplement répondu « psoriasis ».
- 32 % (n = 20) ont donné une mauvaise réponse (syphilis, mononucléose, VIH, rubéole, pityriasis rosé de Gibert).
- Et enfin, 13 % (n = 8) ont répondu « ne sait pas ».

Prescrivez-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?

66% (n = 41) des internes prescrivent des examens complémentaires

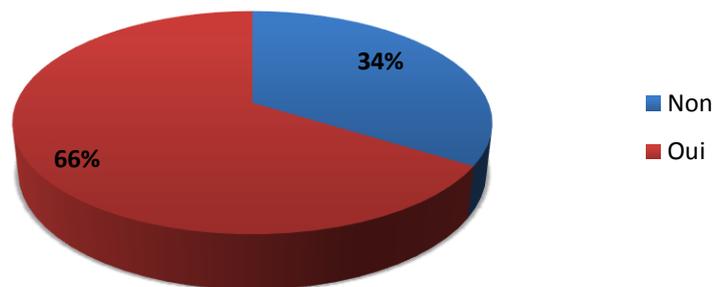


Figure 18 : Prescription d'examens complémentaires

Dans ce cas clinique, même s'il n'y a pas de consensus, il n'y a pas d'indication à réaliser des examens complémentaires. On peut éventuellement proposer un prélèvement bactériologique pharyngé et une sérologie streptococcique.

Seulement 1 interne a proposé un prélèvement de gorge. Aucun n'a proposé de sérologie streptococcique.

Parmi les autres réponses, 32 % (n = 13) prescrivent une sérologie VIH et 12 % (n = 5) une sérologie syphilitique. 7 % (n = 3) proposent un bilan général.

Les autres internes (n = 33) n'ont pas répondu à la question.

Quel traitement prescrivez-vous ?

Le traitement du psoriasis en gouttes post-infectieux est le même que pour le psoriasis vulgaire et réside principalement dans les dermocorticoïdes. On peut également y ajouter une antibiothérapie antistreptococcique en fonction des résultats obtenus aux prélèvements.

Dans notre questionnaire, un seul interne a proposé des dermocorticoïdes associés à une antibiothérapie.

34 % (n = 21) prescrivent au patient des dermocorticoïdes, 6 % (n = 4) donnent des antibiotiques seuls.

15 % (n = 9) ont proposé d'autres traitements (antifongiques, antihistaminiques).

44 % (n = 27) n'ont pas répondu à la question.

D. Evaluation des besoins en formation en dermatologie

1. Évaluation des connaissances sur le psoriasis

Question : Pensez-vous que vos connaissances sur le psoriasis sont suffisantes pour prendre en charge vos futurs patients ?



Figure 19 : Connaissance sur le psoriasis

90 % (n = 56) des internes pensent que leurs connaissances sur le psoriasis ne sont pas suffisantes pour prendre en charge leurs patients et répondre à leurs questions.

2. Évaluation des connaissances en dermatologie

Question : Pensez-vous que vos connaissances en dermatologie sont suffisantes pour vous permettre d'être autonome dans votre exercice futur ?

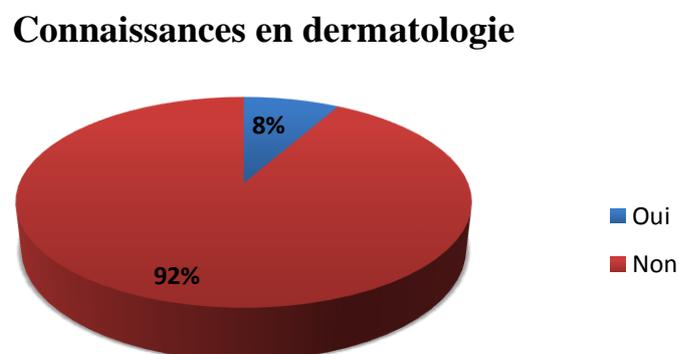


Figure 20 : Connaissances en dermatologie

92 % (n = 57) des internes répondeurs pensent que leurs connaissances en dermatologie ne sont pas suffisantes.

3. Souhaits de prise en charge

Question : Souhaitez-vous prendre en charge les dermatoses de vos patients ou préférez-vous les adresser aux spécialistes ?

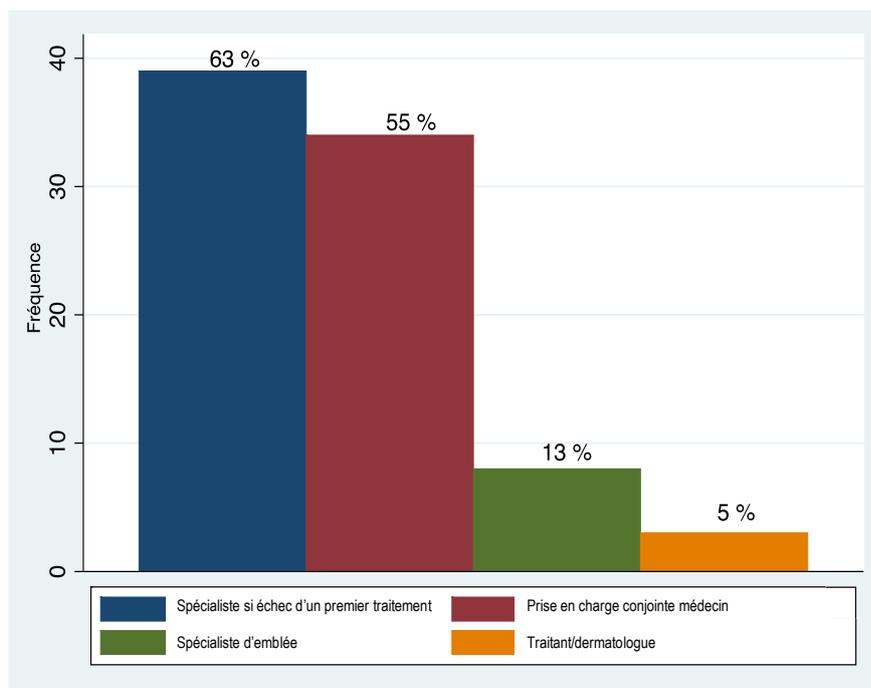


Figure 21 : Souhaits de prise en charge des dermatoses

- 63 % (n = 39) des internes souhaitent n'adresser leurs patients au dermatologue qu'en cas d'échec du premier traitement.
- 55 % (n = 34) préfèrent une prise en charge conjointe entre le médecin traitant et le dermatologue.
- 13 % (n = 8) envoient directement consulter le spécialiste en cas de pathologies dermatologiques
- au contraire 5 % (n = 3) désirent prendre en charge seuls leurs patients.

4. Évaluation de l'enseignement de dermatologie reçu

Question : Pensez-vous que votre enseignement facultaire durant le DES est suffisant ?

Enseignement au cours du DES

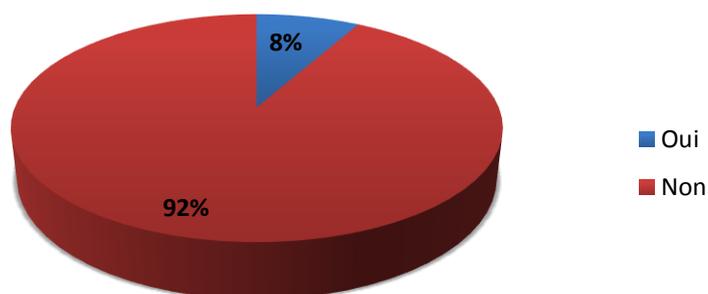


Figure 22 : Evaluation de l'enseignement en dermatologie au cours du DES

92 % (n = 57) des internes déclarent que leur enseignement en dermatologie délivré à la faculté durant leurs trois années de DES de médecine générale est insuffisant pour leur pratique future.

5. Souhaits de formation

Question : Comment auriez-vous aimé être formé ?

Plusieurs choix étaient proposés à cette question et chaque interne pouvait sélectionner autant de réponses qu'il le souhaitait.

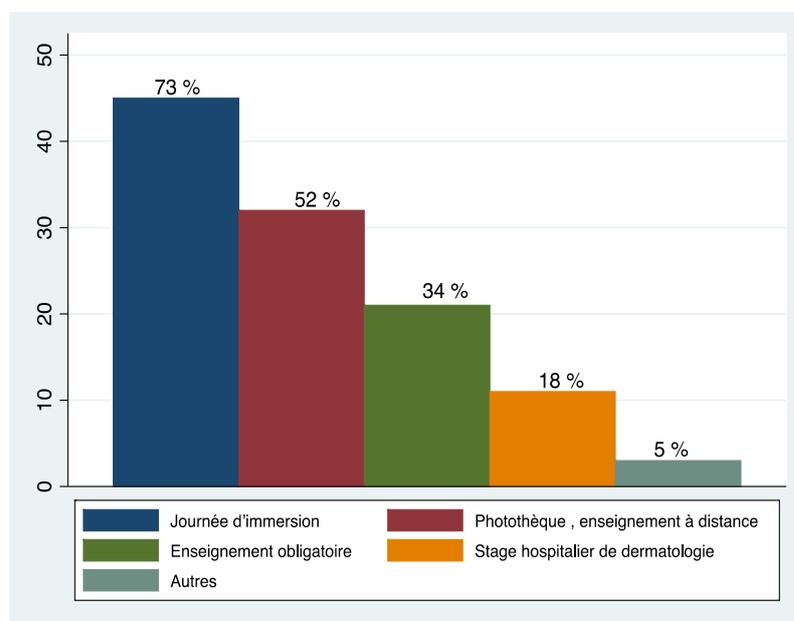


Figure 23 : Souhaits de formation des IMG

73 % (n = 45) d'entre eux aimeraient bien passer une journée d'immersion avec des dermatologues de ville.

52 % (n = 32) souhaiteraient un enseignement à distance par photothèque, déjà présent dans certaines facultés.

34 % (n = 21) pensent qu'un enseignement obligatoire à la faculté pourrait les aider dans leur formation.

18 % (n = 11) seraient partisans d'augmenter le nombre de places de stages hospitaliers en dermatologie pour les internes de médecine générale (4 places seulement disponibles en 2015).

6. Sacrifier une journée de travail pour suivre une formation

Question : Êtes-vous prêt, en toute honnêteté, à sacrifier une journée de travail pour suivre une formation de dermatologie l'année prochaine ?

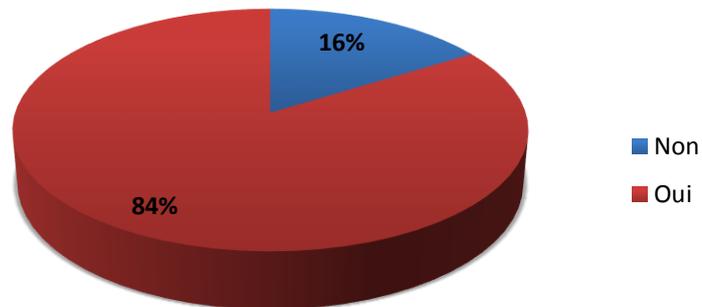


Figure 24 : Intérêt à suivre une journée de formation de dermatologie après le DES

84 % (n = 52) d'entre eux déclarent être prêts à sacrifier une journée de travail pour suivre une formation de dermatologie.

7. Notation des domaines de spécialité en fonction de leur priorité

Nous avons donné 10 spécialités aux internes afin de leur demander d'attribuer à chacune une note de 1 à 10 en fonction de son intérêt pour leur formation future. Nous avons effectué les moyennes pour chaque spécialité en fonction des notes attribuées :

- Pédiatrie : 7,84
- Cardiologie : 7,61
- Pneumologie : 7,14
- Gynécologie : 6,88
- Dermatologie 6,67
- Gastro-entérologie : 6,66
- Nutrition : 6,61
- Psychiatrie : 6,27
- Cancérologie : 6,09
- Radiologie : 5,73

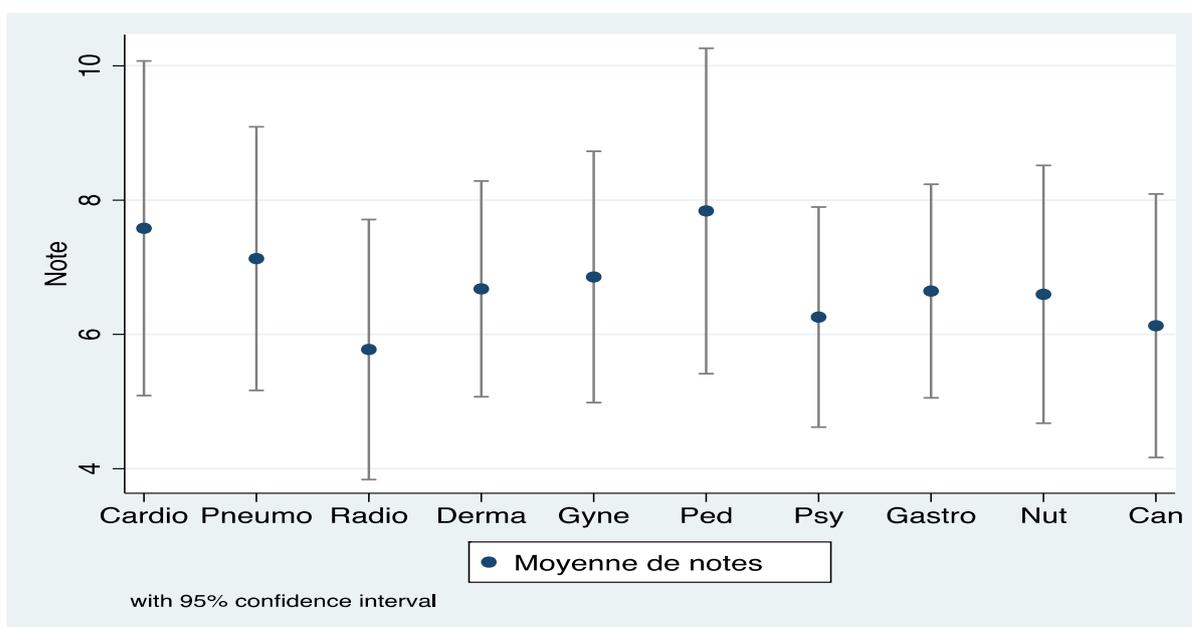


Figure 25 : Notes moyennes attribuées par les internes aux différentes spécialités

V. Discussion

A. Informations générales sur la population étudiée

Ce travail est novateur puisque pour la première fois il est réalisé une évaluation des connaissances des internes de médecine générale sur le psoriasis. Il a également été évalué une estimation de leurs besoins en formation en dermatologie.

Nous avons obtenu un taux de réponse de 31 % ce qui est supérieur aux autres enquêtes d'opinion menées auprès des internes [25]. La proportion de femmes répondeuses (82%) dans notre enquête est légèrement supérieure à celle des IMG d'Île-de-France.

Les internes ont été sélectionnés le premier jour des choix de stage pour le semestre de novembre à mai 2016 ce qui explique que près de la moitié des internes répondeurs entraient en 5^e semestre. Tous ceux en 6^e semestre, moins nombreux, étaient des internes ayant pris une disponibilité ou un congé et choisissaient tous leur stage ce matin-là. Les internes de 5^e semestre, quant à eux, étaient des internes « bien classés » dans leur promotion (1 à 340). Le recueil des 200 adresses mail sur une seule journée explique donc cette répartition.

En revanche, la répartition par faculté est inégale. Les IMG de Paris 7 sont de loin les plus répondeurs.

Tous les internes étant en dernière année de DES, ils ont déjà validé leur stage ambulatoire de niveau 1 et 1/3 d'entre eux avaient complété leur formation ambulatoire par un SASPAS. De plus, 39 % d'entre eux ont déjà fait des remplacements de médecine générale. On peut supposer qu'au moins ceux-là ont déjà été confrontés lors de leur consultation en solo à des dermatoses et très probablement au psoriasis du fait de sa prévalence importante dans la population générale.

Les internes répondeurs n'ont pas tous bénéficié de la même formation en dermatologie. En effet, seulement 37 % ont eu un stage de dermatologie durant leur externat.

Ceci est dû au caractère non obligatoire de cette spécialité et au faible nombre de places proposées.

Depuis le début du DES, seulement 55 % des internes ont eu un enseignement de dermatologie. Cette proportion est très faible compte tenu de la fréquence des dermatoses en consultation de médecine générale. De plus, sans évaluer la qualité de leur formation, il semblerait que cette dernière soit vraiment différente selon la faculté dont dépend l'interne. Seulement 18 % d'entre eux ont un enseignement obligatoire et 32 % un enseignement facultatif. 29 % des internes ont une photothèque proposée sur le site de leur faculté (Paris 7) et l'ont consultée ; et 13 % déclarent avoir été formés par leurs maîtres de stage.

B. Synthèse et commentaires des résultats

1. Connaissances des internes sur le psoriasis

a. Questions générales sur le psoriasis

Le questionnaire comportait plusieurs questions sur le psoriasis.

Les 7 premières questions étaient des questions générales sur le psoriasis : les caractéristiques de la lésion, le caractère héréditaire de la pathologie, les facteurs déclenchant, les traitements pouvant aggraver la maladie, les localisations habituelles des lésions et les différents traitements du psoriasis.

En ce qui concerne la lésion élémentaire et les localisations habituelles, les internes interrogés ont dans l'ensemble bien répondu à la question. 98 % savent que la lésion de psoriasis est érythémato-squameuse, 76 % qu'elle est bien limitée et 68 % qu'elle est hyperkératosique mais seulement 15 % la définissent comme arrondie ou ovalaire. Ces principaux signes cliniques (érythème, hyperkératose, desquamation) sont la traduction respectivement de l'inflammation cutanée, des troubles de la prolifération et de la différenciation des cellules épithéliales de l'épiderme : les kératinocytes.

De même pour les localisations habituelles, le cuir chevelu et les genoux sont connus par 92 % des internes et très peu d'entre eux situent le psoriasis au niveau du visage.

Pour ce qui est de l'hérédité de la maladie, les internes sont partagés à parts égales. Des études ont été effectuées en Suède et aux États-Unis au sein de familles psoriasiques. La fréquence admise de patients ayant au moins un antécédent de psoriasis dans la famille est de 35 %. Ce risque de développer la maladie augmente avec le nombre d'ascendants atteints. Un autre point pour affirmer l'origine génétique du psoriasis est le cas particulier des jumeaux. Chez les homozygotes, lorsqu'un jumeau est atteint, l'autre l'est dans 70 % des cas. Chez les hétérozygotes ce chiffre descend à 20 %. On peut donc décrire deux grands types de psoriasis, les psoriasis ayant une histoire familiale, qui sont souvent d'apparition précoce, et les psoriasis sporadiques, qui sont les plus fréquents, mais se développent souvent plus tardivement. Aucun mécanisme de transmission ne peut être affirmé à ce jour et l'hypothèse la plus probable est la transmission sur un mode multigénique [9], [10], [11].

Pour ce qui est des facteurs déclenchant, 98 % savent qu'un stress psychologique peut provoquer une poussée, mais seulement 39 % connaissent le psoriasis post-infection bactérienne qui est le psoriasis le plus fréquent chez l'enfant [7]. De même, l'alcool et le tabac ne sont pas considérés comme des facteurs aggravants par près de la moitié des internes. Il faut connaître ces facteurs pour permettre au patient de les éviter : la lutte contre les conduites addictives doit être au centre de la prise en charge du psoriasis [16].

Il est important que les internes, futurs médecins généralistes, connaissent les facteurs déclenchant de la maladie. En effet, les patients attendent de nous que nous répondions à leurs questions et que nous les maintenions en bonne santé en leur permettant d'éviter de nouvelles poussées.

27 % des internes répondent ne considèrent pas qu'une prise médicamenteuse puisse déclencher une poussée, pourtant un grand nombre de traitements peuvent aggraver la

maladie. Le généraliste étant le gardien de la santé de son patient, il est celui qui connaît le mieux le malade et ses autres comorbidités. Il joue un rôle fondamental en prévenant la survenue de crises déclenchées par les facteurs évoqués. C'est souvent lui qui renouvelle tous les traitements, qui soigne les affections intercurrentes, qui introduit les nouveaux traitements dont peut avoir besoin son patient. Il doit donc connaître les principales interactions entre les traitements et la maladie afin d'éviter la survenue de nouvelles poussées. Mais, au vu des réponses données par les internes, il semble que ceux-ci ne soient pas aptes à identifier les traitements responsables de poussées et d'éviter de les prescrire le cas échéant. L'un des exemples les plus évocateurs est celui de la corticothérapie générale qui peut être prescrite dans de nombreuses pathologies aussi bien respiratoires que rhumatologiques et qui, contrairement à la corticothérapie locale, ne fait pas partie de l'arsenal thérapeutique du psoriasis. La corticothérapie générale est considérée comme un facteur aggravant et peut même être responsable d'érythrodermie psoriasique, forme grave du psoriasis pouvant être mortelle [12], [13].

Aucun traitement ne permet la guérison définitive du psoriasis, mais on peut espérer une rémission ou une réduction des lésions, jusqu'à ce qu'elles soient tolérables pour le patient. Deux questions concernaient les traitements du psoriasis : la première portait sur ceux que les internes connaissent et la seconde sur ceux qu'ils prescrivent. De très nombreux traitements du psoriasis en plaques sont proposés. Tout d'abord, des traitements locaux : les émoullients, les kératolytiques à action décapante, les dermocorticoïdes aux propriétés essentiellement anti-inflammatoires, les dérivés de la vitamine D qui diminuent la prolifération des kératinocytes, les rétinoïdes. Mais aussi des techniques utilisant les ultraviolets : la photothérapie à UVB, la PUVAthérapie (psoralène associé aux rayons ultraviolets A) ; et enfin, des traitements par voie générale : des dérivés de la vitamine A (acitrétine), des immunosuppresseurs comme le méthotrexate ou la ciclosporine mais aussi les

biothérapies prescrites uniquement en cas d'échec de 2 des 3 traitements systémiques de première intention (photothérapie, méthotrexate, ciclosporine) [19].

Le choix parmi ces traitements se fera en fonction de la gravité de la maladie, des comorbidités associées et du terrain. Dans les formes légères à modérées, les traitements locaux sont à utiliser en première intention.

Dans notre questionnaire, les internes plébiscitent en première intention les dermocorticoïdes qui sont les plus connus mais aussi les plus prescrits parfois associés à des analogues de la vitamine D ou à des kératolytiques en fonction de l'aspect des lésions. De plus, il existe différentes galéniques adaptées aux localisations et à l'aspect des lésions (shampooing pour le cuir chevelu, gel pour les plaques épaisses...).

Les autres traitements sont prescrits en deuxième voire troisième intention et pour certains par le spécialiste uniquement (photothérapie, méthotrexate, biothérapie, ciclosporine, rétinoïdes). Mais il est important que le médecin généraliste connaisse tous ces traitements afin de répondre au mieux aux interrogations des patients.

b. Iconographies et cas cliniques

Après ces questions générales sur le psoriasis, des photographies ont été proposées aux internes afin d'évaluer s'ils savaient diagnostiquer un psoriasis sur image. Il n'était pas demandé aux internes de nommer les lésions, seulement de désigner les photos correspondant au psoriasis. Il existe une grande diversité de formes cliniques possibles de psoriasis : en plaques, en gouttes, inversé des plis, palmoplantaire, pustuleux. Celle qui domine est le psoriasis en plaques appelé aussi psoriasis vulgaire qui représente environ 80 % des psoriasis.

Pour les lésions de la main, le diagnostic a été posé par 98 % des IMG et seulement 13 % d'entre eux ont confondu eczéma et psoriasis. Concernant le cuir chevelu aussi, les résultats ont été satisfaisants, de même que les lésions unguéales, qui ne semblent pas poser de difficulté au diagnostic. Le psoriasis des plis, dit psoriasis inversé, paraît causer plus de

difficultés aux internes. Dans le psoriasis inversé, les plaques sont rouge vif, lisses, bien limitées et touchent principalement les grands plis mais aussi le nombril et le périnée et sont souvent prises à tort pour une mycose. Il est important de connaître cet aspect de la maladie car même s'il n'y a pas de danger à prescrire un antifongique, celui-ci ne fonctionnera pas et il faudra toujours avoir à l'esprit ce diagnostic différentiel.

Après l'iconographie simple, les internes ont dû répondre à 3 cas cliniques pouvant se présenter en consultation.

Le premier était un cas typique de psoriasis vulgaire, le diagnostic évident était donné. Il était demandé aux internes de donner un traitement adapté aux lésions peu étendues du patient [19]. Plusieurs réponses étaient possibles. Dans le psoriasis il n'existe pas de stratégie thérapeutique unanimement établie. La réponse aux traitements peut varier d'un individu à l'autre. Le traitement le plus courant – les dermocorticoïdes – est aussi le plus proposé par les internes. De même, tous les internes ont su répondre au patient que le psoriasis était non alopeciant, et 84 % d'entre eux connaissent les différentes galéniques des dermocorticoïdes ainsi que la plus adaptée au cuir chevelu [28].

Le deuxième cas clinique était plus compliqué. Il portait sur le psoriasis pustuleux palmoplantaire. Le psoriasis pustuleux palmoplantaire est la forme la plus fréquente de psoriasis pustuleux localisé. Il touche les paumes et les plantes, en particulier la partie médiane et interne de la voûte plantaire ainsi que le talon. L'atteinte est habituellement bilatérale et symétrique. Les lésions sont constituées de nappes érythémateuses et squameuses parsemées de pustules de couleur blanc jaunâtre. L'évolution se fait par poussées successives parfois accompagnées de prurit. L'état général n'est pas altéré mais le handicap fonctionnel est souvent important avec des difficultés pour le travail manuel et la marche, sans parler de l'aspect repoussant des lésions [7].

70 % des internes ont répondu « psoriasis » à la première question sur le diagnostic ; ce qui est probablement surévalué, le questionnaire portant dans son ensemble sur cette pathologie. Devant de telles lésions, on voit de suite les limites des jeunes médecins généralistes. En effet, 77 % adressent d'emblée leur patient à un spécialiste et 18 % le font sans lui prescrire le moindre traitement. Pour ceux prescrivant un traitement, 90 % ont proposé des dermocorticoïdes, mais quand on les interroge sur un traitement de deuxième intention, les réponses sont plutôt hétérogènes et plus d'un tiers n'ont pas répondu.

Le troisième cas clinique porte sur un cas moins courant de psoriasis, le psoriasis en gouttes constitué de lésions de quelques millimètres de diamètre sur le tronc et le visage, qui est aussi le psoriasis le plus répandu chez l'enfant et l'adulte jeune [7]. De la même façon que dans le cas précédent, 55 % ont cité le psoriasis comme diagnostic mais seulement 5 % ont donné un diagnostic complet et 28 % ont nommé l'une des deux caractéristiques principales (post-infectieux ou en gouttes). 66 % prescrivent des examens complémentaires. Dans le psoriasis en goutte, la réalisation d'un prélèvement biopsique n'est pas indiquée ; l'examen anatomopathologique montrerait un aspect typique mais non pathognomonique de psoriasis. Seulement 1 interne propose un prélèvement de gorge faisant le lien entre l'éruption et l'infection ; aucun interne n'a pensé à proposer une sérologie streptococcique. 32 % ont proposé une sérologie VIH et 12 % une sérologie syphilitique, examens nécessaires en raison de la présence d'une fébricule et d'un énanthème pharyngé. Pour le traitement, un seul interne prescrit des dermocorticoïdes associés à une antibiothérapie [7].

En conclusion, devant les résultats obtenus au questionnaire, nous pouvons voir que les internes sont insuffisamment formés sur le psoriasis et ne semblent pas capables de répondre à toutes les interrogations des patients.

2. Évaluation des besoins en formation

L'un des objectifs de ce travail était d'évaluer les besoins en formation en dermatologie des internes de médecine générale durant leur DES. Une fois leur DES validé, chacun exercera la médecine générale comme il le souhaite (médecine familiale, urgences, gériatrie...) et pourra suivre les formations qu'il désire et qui l'intéressent pour sa pratique future. Il pourra également choisir par quels moyens il souhaite être formé (FMC, congrès, formation en ligne).

Nous avons déjà vu que les enseignements donnés aux IMG d'Île-de-France diffèrent selon les facultés, ce qui explique que leurs connaissances ne soient pas égales. Cependant, une chose est sûre, les internes semblent très intéressés par la prise en charge des dermatoses de leurs patients et près de la moitié ne veulent les adresser qu'en cas d'échec d'un premier traitement.

Mais 92 % des IMG ont déclaré que leurs connaissances en dermatologie étaient trop minces pour leur permettre d'être autonomes dans leur exercice futur et 90 % d'entre eux ne se sentent pas capables de prendre en charge leurs patients psoriasiques. L'une des raisons de ces chiffres qui peuvent paraître alarmants est que 92 % d'entre eux pensent que les enseignements reçus à la faculté pendant leur DES sont insuffisants.

73 % d'entre eux auraient aimé passer une journée d'immersion avec des dermatologues de ville. Cela semble une bonne idée, mais l'on connaît déjà la difficulté pour trouver des maîtres de stage de médecine générale et l'on ne peut que constater depuis plusieurs années la baisse du nombre de dermatologues inscrits à l'ordre des médecins, ce qui rend cette idée difficilement réalisable.

52 % des internes plébiscitent une photothèque à distance. Cela est déjà proposée à la faculté Paris 7 et accessible à tous, et plusieurs sites internet mettent à disposition des cours en vidéo ou des photos de lésions en libre-service avec diagnostic et commentaires. C'est à

nous de faire l'effort de nous former, la formation en ligne étant probablement l'avenir de notre profession vu le nombre de sites web et d'applications mobiles se développant ces dernières années.

34 % des internes pensent qu'un enseignement obligatoire à la faculté pourrait les aider dans leur formation, mais il est certain que 100 % des facultés proposent un cours de dermatologie pour tous les étudiants en DES de médecine générale. Donc, 100 % des étudiants ont la possibilité d'être formés au sein de leur faculté, que cet enseignement soit obligatoire ou non.

18 % des étudiants seraient favorables à l'augmentation du nombre de places de stage hospitalier de dermatologie pour les IMG. Ce chiffre est intéressant car l'on peut supposer que ces étudiants choisiraient, s'ils en avaient la possibilité de faire un semestre en dermatologie. Cette question n'est hélas pas complète ; il aurait été judicieux de proposer aux internes un stage « court » de dermatologie, un demi-semestre, comme c'est le cas pour d'autres spécialités dans certains stages hospitaliers (par exemple à l'hôpital de Montfermeil en stage de médecine adulte où il est possible de combiner pneumologie, gastro-entérologie, cardiologie et diabétologie). Cela pourrait donc être intéressant d'essayer dans certains hôpitaux qui proposent de la dermatologie de créer un stage couplant la dermatologie avec une autre spécialité médicale.

On a aussi demandé aux internes s'ils étaient prêts à sacrifier une journée de travail ou un week-end pour suivre une formation de dermatologie l'année prochaine. Il a été précisé « l'année prochaine » dans l'intitulé de la question car les internes interrogés étant en fin de DES, ils seront tous l'an prochain en activité, qu'elle soit salariée ou libérale. 84 % d'entre eux déclarent être prêts à sacrifier une journée de travail pour suivre une formation de dermatologie.

La dernière question est l'une des plus intéressantes du questionnaire. Les internes devaient noter sur 10 une liste de spécialités médicales en fonction de ce qui leur semble prioritaire dans leur formation. La dermatologie arrive en cinquième position derrière la pédiatrie, la cardiologie, la pneumologie et la gynécologie mais devant la gastro-entérologie, la nutrition, la psychiatrie, la cancérologie et la radiologie. Avec une analyse statistique plus poussée nous avons comparé si les moyennes obtenues étaient significativement différentes les unes des autres. Faire une ANOVA (analyse de la variance) non paramétrique sur les notes, cela revient à tester l'égalité des moyennes : $M1 = M2 = M3 = M4 = M5 = M6 = M7 = M8 = M9 = M10$ (hypothèse H_0). L'hypothèse H_0 étant rejetée ($p < 0.05$) on va faire une comparaison par paire en utilisant un test post-hoc de Tukey pour situer exactement les différences entre les moyennes (tableau 1).

Différence significative entre les moyennes	P
Radiologie vs Pédiatrie	<0,01
Dermatologie vs Pédiatrie	<0,01
Gynécologie vs Pédiatrie	<0,01
Psychiatrie vs Pédiatrie	<0,01
Gastro-entérologie vs Pédiatrie	<0,01
Nutrition vs Pédiatrie	<0,01
Cancérologie vs Pédiatrie	<0,01
Nutrition vs Pneumologie	0,049
Radiologie vs Gynécologie	0,026
Radiologie vs Cardiologie	<0,01
Dermatologie vs Cardiologie	0,01
Psychiatrie vs Cardiologie	<0,01
Gastro-entérologie vs Cardiologie	<0,01
Nutrition vs Cardiologie	<0,01
Cancérologie vs Cardiologie	<0,01

Tableau 1 : Comparaison des moyennes Test post Hoc de Tukey

On voit ici que la pédiatrie et la cardiologie sortent du lot et que ces 2 spécialités sont celles qui suscitent le plus d'intérêt chez les internes.

C. Le manque de formation en dermatologie

Selon une étude réalisée en Haute Normandie, 80% des généralistes déclarent être plutôt à l'aise en dermatologie avec une confiance élevée dans leur capacité à prendre en charge les dermatoses. Cette confiance diagnostique était plus élevée pour les pathologies suivantes : pathologies infectieuses, lésions traumatiques, psoriasis et acné [29].

Mais ce degré de certitude augmentait avec l'âge du médecin généraliste, la durée d'installation et le nombre de pathologies dermatologiques vues. En un mot cette aisance diagnostique augmente avec l'Expérience ce qui explique que les internes interrogés ne soient pas forcément aussi confiants que leurs aînés [30].

Malgré cette confiance élevée, le généraliste peut souhaiter un avis du dermatologue dans certaines situations : en cas d'inconfort du patient ou d'inquiétude de ce dernier, en cas d'échec thérapeutique, en cas de nécessité de traitements médicamenteux spécialisés (methotrexate, photothérapie, rétinoïdes) ou en cas de nécessité de gestes techniques [29].

Plusieurs études ont évalué l'acquisition des connaissances concernant l'examen clinique cutané. Une étude portant sur 223 étudiants de l'Université de Boston [31] démontrait que 52% des étudiants n'avaient pas de compétence pour la réalisation d'un examen clinique cutané complet, 35% n'en avait jamais réalisé et 28% n'en avait jamais vu au cours de leurs études. Une autre étude portant sur 342 internes de médecine dans 7 écoles américaines [32] retrouvait des résultats superposables. 76% des étudiants ne s'étaient jamais entraînés à réaliser un examen clinique cutané, 53% n'en avait jamais observé la réalisation et seulement 16% des étudiants se considéraient comme compétents vis-à-vis de la pratique de l'examen clinique cutané. La formation en dermatologie est donc nécessaire et a montré son efficacité dans de nombreuses études, notamment sur le dépistage du cancer cutané [33], [34].

Dans la thèse de Vanessa Bureaux sur les pathologies dermatologiques en médecine générale [35], il a été demandé aux médecins généralistes de faire des propositions afin

d'améliorer leur formation en dermatologie. Les médecins généralistes interrogés désiraient une amélioration de la qualité de la formation initiale. Ils souhaitent aussi une formation continue plus fréquente avec des dermatologues ou des formations entre médecins généralistes. Ces trois idées rejoignent celles des IMG interrogés dans notre travail qui souhaitent aussi améliorer leur formation au cours du DES et être accompagnés pour cela par des dermatologues.

Ces désirs rejoignent ceux retrouvés dans la thèse de Tiphaine Cathalan (présentée à Créteil en 2015) sur « la formation des internes de médecine générale : opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale idéal » [36], qui a montré que l'évaluation de la formation des internes des différentes facultés est rendue difficile par la disparité de cette formation. Son amélioration doit donc passer par l'uniformisation des méthodes d'enseignement. Les groupes d'échanges et d'analyse de pratiques, enseignement réflexif qui permet à l'interne d'échanger dans un cadre facultaire avec ses pairs à propos de situations cliniques vécues et les congrès de médecine générale sont des méthodes d'enseignement à privilégier.

D. La place de la télémédecine en dermatologie

Cette étude a permis de montrer que malgré l'intérêt que les internes de médecine générale portent à la dermatologie, leur niveau de compétence sera probablement insuffisant pour prendre en charge les dermatoses de leurs patients. Les délais pour voir un spécialiste sont longs et le jeune médecin manque probablement de correspondants pour obtenir des avis rapides.

Dans ce contexte la télémédecine apparaît aujourd'hui comme l'un des moyens de garantir l'accès aux soins. Elle répond à l'évolution démographique médicale et représente une solution pour palier à une répartition inégale des soins. Elle a une place d'autant plus

importante en dermatologie que le diagnostic des pathologies cutanées est en grande partie visuelle [37].

Deux types de télémédecine en dermatologie existent aujourd'hui : la télémédecine différée et la télémédecine en temps réel. La télé-expertise en dermatologie différée consisté à envoyer des photos prises au cours de la consultation et avec l'accord du patient à un dermatologue référent pour lui demander son avis. La télé-expertise en temps réel consiste à mettre en relation direct le patient, le médecin généraliste et le dermatologue référent à l'aide d'un système de vidéoconférence. La télémédecine différée nécessite moins d'outils techniques et s'intègre plus facilement au mode de travail actuel des médecins. Elle est donc devenue la principale méthode de télé-expertise utilisée à ce jour.

Différents projets de télémédecine ont vu le jour en France :

- La télémédecine en Midi-Pyrénées [38]: développée dans les années 2000 dans les établissements pour personnes âgées dépendantes. Elle permettait aux patients d'accéder plus facilement à des consultations spécialistes via un système de vidéo conférence et limitait les déplacements des personnes fragiles.
- L'e-diagnostic de Besançon [38] : ce projet s'est déroulé pendant 6 mois de juillet à décembre 2010 et consistait à doter chaque infirmière d'une valise de diagnostic dermatologique à distance permettant de transmettre en temps réel les photos prises au domicile ou en EHPAD au CHU le plus proche.
- Le réseau de télémédecine appliquée aux plaies à Caen [39] : ce réseau permet un suivi thérapeutique des plaies au domicile du patient permettant ainsi de réduire les durées d'hospitalisation
- La télémédecine à l'hôpital de Versailles [40]: l'hôpital ne disposant plus de dermatologues, le service de médecine interne a proposé d'utiliser la même plateforme de télémédecine que les unités pénitentiaires d'Île de France (WebDCR) afin d'obtenir des avis

dermatologiques plus rapides. Devant l'efficacité de ce système, celui-ci a été étendu à tous les services de l'hôpital.

En Île de France une adresse électronique a été mise à la disposition des médecins par l'hôpital Henri Mondor de Créteil. Il suffit d'envoyer un mail avec un résumé du contexte clinique et des photos (prises facilement en consultation avec notre portable) à teledermatologie@gmail.com pour obtenir une réponse rapide (en moyenne dans la journée) par le dermatologue de garde de l'hôpital.

E. Biais et limites de la thèse

Nous avons obtenu un taux de participation de 31 %. Afin d'optimiser le nombre de réponses, plusieurs relances ont été envoyées. Ce taux de réponse est supérieur à ceux des autres études du même type et est suffisant pour notre type d'étude, mais un échantillon plus fourni aurait probablement permis de gagner en puissance statistique.

De plus, ce faible taux de réponse peut aussi s'expliquer par le fait que le questionnaire était trop long, ou trop difficile (trop ECN pour les cas cliniques). On peut aussi hélas soupçonner un manque d'implication des autres internes pour le travail de thèse de leurs collègues ou alors par manque d'intérêt envers la dermatologie.

Il existe aussi un biais de sélection possible car les étudiants qui ont accepté de donner leurs coordonnées pour recevoir le questionnaire et qui ont répondu sont peut-être aussi les plus investis. Le taux d'étudiants ayant participé est très variable d'une faculté à l'autre, allant de 58 % pour Paris 7 à 3 % pour Paris 11. Toutes les facultés ne sont donc pas représentées de la même façon, ce qui peut aussi induire un biais de sélection, la formation en dermatologie à Paris 7 semblant être la plus complète (photothèque, test de dermatologie, séminaire).

De même, chaque faculté propose des méthodes d'enseignement différentes à leurs étudiants, les questions concernant les besoins en formation ont donc pu être mal comprises

par les étudiants en fonction de ce qui est pratiqué ou non dans leur faculté d'origine. Ceci induit un biais de classement potentiel.

Un autre biais de l'enquête par questionnaire, que ce soit par mail, téléphone ou voie postale est l'aspect déclaratif de cette étude. On peut penser qu'il existe des différences entre les réponses données par les internes et leur pratique médicale.

F. Limites du questionnaire

Afin de ne pas présenter un questionnaire trop long aux internes et risquer de limiter le taux de participation à l'enquête, plusieurs thèmes n'ont pas été abordés.

Le questionnaire ne traitait pas entre autres des comorbidités liées au psoriasis qui sont aussi bien cardiovasculaires et rhumatologiques que psychologiques. De même, les internes n'ont pas été interrogés sur les critères de gravité du psoriasis, sur les différentes échelles évaluant sa sévérité mais, surtout, l'un des sujets les plus importants pour le malade lui-même n'a pas été abordé : il s'agit de la place de sa pathologie dans sa vie sociale et familiale [41], [42], [43].

Selon l'étude IMPACT Pso-Jeunes [44], étude évaluant le niveau de satisfaction ou de déception de la prise en charge médicale chez des jeunes patients psoriasiques en France, 74 % des patients sont satisfaits de la consultation avec leur médecin, spécialiste ou généraliste et 76 % de l'écoute du médecin. Cette satisfaction est inférieure chez les patients souffrant d'un psoriasis sévère. L'impact de la maladie sur la qualité de vie est évoqué dans moins de 25 % des consultations ce qui tend à prouver que ce sujet considéré comme l'un des plus importants par les jeunes patients est souvent négligé par leur médecin.

D'après une autre étude réalisée en 2015 par We Agency [43] pour le compte de l'Association de patients France Psoriasis, 64 % des 1611 patients interrogés se disent victimes de discrimination en raison de leur maladie, en particulier dans le milieu professionnel mais aussi au sein de l'entourage. Il a également été demandé aux patients

quelles étaient leurs attentes pour faire diminuer les discriminations : 36 % d'entre eux plébiscitent une meilleure sensibilisation des médecins sur la pathologie.

Dans notre questionnaire, l'aspect social a été complètement écarté alors que celui-ci est considéré comme le plus important pour les patients.

Conclusion

Notre enquête concerne principalement les internes de médecine générale en dernière année de DES de médecine générale, ayant pour la plupart terminé leur maquette de stage obligatoire et pour un tiers d'entre eux déjà commencé les remplacements.

Le psoriasis est l'une des dermatoses les plus répandues en France et sa prise en charge multidisciplinaire fait fréquemment intervenir le médecin généraliste qui est celui qui assure le suivi des patients, s'occupe de ses comorbidités, des affections intercurrentes... Mais il semblerait que les internes ne se sentent pas prêts à prendre en charge le psoriasis de leurs patients.

De même, bien que la dermatologie représente une part de plus en plus importante des motifs de consultation, notamment liée au fait que le nombre de dermatologues installés est en diminution constante et que les délais d'attente pour un rendez-vous peuvent parfois dépasser plusieurs mois, les internes ne se sentent pas capable de prendre en charge les dermatoses de leurs patients.

Les internes se sentent insuffisamment formés et sont dans l'ensemble insatisfaits de la formation proposée par leur faculté. Mais ces mêmes internes insatisfaits ne vont pas forcément aux cours proposés, ne consultent pas la photothèque de leur faculté et ne cherchent pas systématiquement à se former par eux-mêmes.

Une homogénéisation de l'enseignement dans toutes les facultés pourrait permettre d'en améliorer la qualité et surtout de la faire évoluer en fonction des besoins ressentis par les internes.

Bibliographie

- 1) Le Fur P., Yilmaz E. Modalités d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'assurance maladie. *Question d'économie de la santé*. Aout 2008. N°134 page 5
- 2) Roujeau J.-C., Bernard P., Beaulieu P., Rousselet G., Dréno B., Combien de dermatologues faut-il en France ? *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 2005.
- 3) Halioua B., Beaulieu P., Le Maitre M., Étude sociodémographique des dermatologues libéraux en France métropolitaine en 2011. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* volume 139, numéro 12, 2012, pages 803-811.
- 4) Observatoire de l'accès aux soins : enquête auprès des français et des professionnels de santé. IFOP. Octobre 2011. N°19743
- 5) <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
- 6) Labarthe G., Les consultations et visites des médecins généralistes. *Un essai de typologie*. Juin 2004. N°315
- 7) Bessis D., Brun P., Guilhou J.-J., Le Maitre M., Ortonne J.-P., Samuelson M., *Le psoriasis en médecine générale*, édition Arnette, 2004.
- 8) Bachelez H., Psoriasis comorbidités et impacts divers : prise en charge multidisciplinaire. *La revue du praticien médecine générale* tome 28 n° 932, décembre 2014, 859-864.
- 9) Dereure O., J. J. Guilhou, Épidémiologie et génétique du psoriasis. *Annales de dermatologie et vénéréologie*, 2003 ; 130 : 829-836.
- 10) Barker J. N., Genetic aspects of psoriasis – *Clin Exp Dermatol* 2001; 26 :321-325.
- 11) Capon F., Munro M., Barker J., Trembath R. – Searching for the major histocompatibility complex psoriasis susceptibility gene – *J Invest Dermatol* 2002; 118: 745-751.
- 12) Abel E. A. – Diagnosis of drug-induced psoriasis- *Semin Dermatol* 1992;11: 269-274.
- 13) Tsankov N., Angelova I., Kazandjieva J., Drug induced psoriasis. Recognition and management- *Am J Clin Dermatol* 2000; 1: 159-165.
- 14) Tsankov N., Kazandjieva J., Drenovska K. – Drugs in exacerbation and provocation of psoriasis – *Clin Dermatol* 1998; 16: 333-351.
- 15) *Rédaction prescrire* – Psoriasis en bref – n° 363, janvier 2014.
- 16) Naldi L., Peli L., Parazzini F., Association of early stage psoriasis with smoking and male alcohol consumption: evidence from an Italian case-control study – *Archives of Dermatology* 1999; 135: 1479-1484.

- 17) La rédaction prescrire – Psoriasis des adultes : des rémissions, mais pas de traitement curatif – *La revue prescrire*, novembre 2005, tome 25, n° 266, pages 751-762.
- 18) Staumont D., Florin V., Cottencin A. C., Chaby G., Delaporte E., Management of moderate to severe psoriasis with systemic immunomodulatory Therapies: a 5 year experience from two departments of dermatology of Northern France – *J EUR Acad Dermatol vénéréol* 2012;26:1038-1039.
- 19) Association canadienne de dermatologie. *Lignes directives canadiennes pour la prise en charge du psoriasis en plaques*, juin 2009.
- 20) Puzenat E., Traitement local et systémique du psoriasis. *Le concours médical, formation* – tome 124-16 du 27/04/2002, pages 1067-1072.
- 21) Girard C., Traiter le psoriasis en 2008. *La revue du praticien médecine générale*, tome 22 n° 808, 28 octobre 2008, pages 858-860.
- 22) Epstein and MD. Assessment in medical Education. *New England journal of medicine*. 2007, pages 387-456.
- 23) Singly F. (de), *Questionnaire : l'enquête et ses méthodes*. La collection universitaire de poche
- 24) Laplanche A., Com-Nougué C., Flamant R. : *Méthodes statistiques appliquées à la recherche clinique*. Flammarion médecine.
- 25) Ohayon C. Thèse pour le doctorat en médecine. *Intérêt de la simulation en médecine d'urgence dans la formation des internes de médecine générale : étude sur une population d'internes de médecine générale d'Ile de France*. Mai 2015.
- 26) Gottlieb A. B., Dann F. Comorbidities in patients with psoriasis. *Am J Med* 2009; 122:1150-1159.
- 27) Gisondi P., Tessari G., Conti A., Schianchi S., Peserico A. – Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Br J Dermatol* 2007; 157:68-73.
- 28) Parier J., Dubertret L., Psoriasis du cuir chevelu. *Annales de dermatologie et vénéréologie*, 2002 ; 129 : 1405-1407.
- 29) Avogadro S. Thèse pour le doctorat en médecine. *Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute Normandie*. Décembre 2012.
- 30) Moreno G., Étude prospective pour évaluer les médecins généralistes dans leurs compétences de diagnostic dermatologique dans un cadre de référence. *Aust. J. Dermatol*. Mai 2007; 47(2): 77-82

- 31) Geller AC., Prout M., Sun T. et al. Medical student's knowledge, attitudes, skills and practices of cancer prevention and detection. *Journal of cancer education*. 1999. 14. Pages 72-77
- 32) Wise E., Singh D., Moore M., et al. Rates of skin cancer screening and prevention counselling by US medical residents. *Archives of Dermatology*. 2009. 145(10). Pages 1131-1136.
- 33) Federman DG., Concato J., Kirsner RS. Comparaison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. A review of the literature. *Archives of family medicine*. 1999 Mar-Apr. 8(2). Pages 170-172.
- 34) Gerbert B., Bronstone A. Wolff et al. Improving primary care resident's proficiency in the diagnosis of skin cancer. *Journal of General Internal Medicine*. Février 1998 pages 91-97.
- 35) Bureaux V. Thèse pour le doctorat en médecine. *Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes*. Décembre 2012
- 36) Cathalan T. Thèse pour le doctorat en médecine. *Formation des internes de médecine générale : opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal »*. 2015
- 37) Note de cadrage « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation ». *HAS/Service évaluation économique et santé publique*. Juin 2011.
- 38) Simon P., Martin P., Rivoiron C.. La télémédecine ne action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. *Tome 2 monographies. ANAP*. Pages 150-153.
- 39) Domp Martin A., Blanchere JP., Faguais E. Téléassistatnce des plaies à domicile. Caen 2010. Consultable *sur www.telap.org*
- 40) Landow SM. Et al : tele dermatology : key factors associated with reducing face-to-face dermatology visits. *Journal of american academy of dermatology*. 2014 Sep;71(3):570-576
- 41) LEO pharma institute Ipsos – étude qualitative pour un regard croisé patient-entourage « *Ne laissons pas le psoriasis s'installer entre nous* »
- 42) Dubertret L. – Psoriasis : une maladie sur la qualité de vie – *La revue du praticien*, n° 54, 2004, pages 17-27.
- 43) Auzanneau N., Chardron S., Urban C., Enquête sur la Discriminations des patients souffrant de psoriasis – février 2015.
- 44) TNS Sofres Association pour la lutte contre le psoriasis – *Etude « impactpsojeunes »*

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Présentation du questionnaire :

Les problèmes dermatologiques peuvent représenter jusqu'à 10 % des motifs de consultation en médecine générale. Le psoriasis étant une des dermatoses avec la prévalence la plus importante (2 %), le médecin généraliste sera donc souvent confronté à cette maladie.

Merci à vous de répondre à ce questionnaire afin d'aider mon travail de thèse.

Il ne vous prendra pas plus de 15 minutes.

Partie : informations générales sur la population étudiée

1/ Sexe : Féminin / Masculin

2/ Numéro du semestre en cours : 5/6

3/ Faculté du DES de médecine générale :

4/ Avez-vous effectué votre stage ambulatoire de niveau 1 : oui/non

5/ Avez-vous effectué un SASPAS : oui/non

6/ Avez-vous terminé votre maquette de stages obligatoires : oui/non

7/ Avez-vous déjà fait des remplacements : oui/non

8/ Avez-vous fait un stage de dermatologie durant votre externat : oui/non

9/ Avez-vous eu depuis le début de votre DES de médecine générale un enseignement de dermatologie : oui/non

10/ Si oui à la question 9, sous quelle forme :

- Enseignement obligatoire à la faculté
- Enseignement facultatif à la faculté
- Photothèque à distance
- Auprès d'un de vos maîtres de stages
- Auprès d'un dermatologue au cours d'une journée d'immersion
- Autre :

Partie 2 : le psoriasis

Cette partie du questionnaire contient des questions à choix multiples, des questions plus ouvertes à réponses courtes et de l'iconographie afin d'évaluer au mieux vos connaissances sur le sujet.

1/ Quelles sont les caractéristiques d'une lésion élémentaire de psoriasis :

- Suintante
- Arrondie ou ovale
- Erythémato-squameuse
- Erythémato-pustuleuse
- Bien limitée
- Limites floues
- Hyperkératosique

2/ Pour vous le psoriasis est-il héréditaire : OUI/NON/NSP

3/ Quels sont selon vous les facteurs déclenchant d'une poussée de psoriasis :

- Prise médicamenteuse
- Intoxication alcoolique
- Tabagisme
- Stress psychologique
- Traumatisme physique
- Infection virale
- Infection bactérienne

4/ Quels traitements peuvent aggraver un psoriasis :

- Cotrimoxazole
- Bêtabloquant
- Lithium
- Corticothérapie générale
- IEC
- Inhibiteurs calciques
- AINS
- Paracétamol
- Interféron
- Antipaludéens

5/ Quelles sont les localisations habituelles du psoriasis :

- Pli du coude
- Genoux
- Région ombilicale
- Région sacrée
- Paupières
- Cuir chevelu
- Ongles
- Visage

6/ Parmi ces traitements du psoriasis, lesquels connaissez-vous :

- Dermocorticoïdes seuls
- Analogues de la vitamine D seuls
- Kératolytiques seuls
- Dérivés de la vitamine A, rétinoïdes
- Association dermocorticoïde et vitamine D
- Association dermocorticoïde et kératolytique
- Méthotrexate
- Photothérapie
- Biothérapie
- Ciclosporine

7/ Parmi ces traitements, lesquels prescririez-vous sans attendre l'avis du dermatologue ?

- Dermocorticoïdes seuls
- Analogues de la vitamine D seuls
- Kératolytiques seuls
- Dérivés de la vitamine A, rétinoïdes
- Association dermocorticoïde et vitamine D
- Association dermocorticoïde et kératolytique
- Méthotrexate
- Photothérapie
- Biothérapie
- Ciclosporine

8/ Cas clinique et iconographie

Iconographie

Photos en vrac : quelles images correspondent selon vous à du psoriasis ?



Eczéma main



Psoriasis main



Mélanome unguéal



Psoriasis unguéal



Mycose unguéale



Psoriasis unguéal



Mycose des plis



Psoriasis inversé



Psoriasis inversé des plis



Dermite séborrhéique



Psoriasis cuir chevelu

Cas clinique 1

II/ Un homme de 40 ans vient en consultation pour vous parler de lésions qu'il présente depuis 5 ans au niveau des genoux et des coudes :



Vous portez le diagnostic de psoriasis vulgaire.

Vous ne retrouvez pas d'autres atteintes à l'examen clinique, quel traitement proposez-vous en première intention :

Il revient 2 ans plus tard avec des lésions au niveau du cuir chevelu qui le gênent beaucoup, notamment dans son travail de commercial.



Vous évoquez le diagnostic de psoriasis du cuir chevelu.

Le patient a peur de perdre ses cheveux, que lui répondez-vous ?

Quel traitement lui proposez-vous ? Sous quelle galénique ?

- Dermocorticoïdes en crème
- Dermocorticoïdes en pommade
- Dermocorticoïdes en gel
- Dermocorticoïdes en lotion
- Dérivés de la vitamine
- Acide salicylique

Cas clinique 2

III/ Un homme de 56 ans consulte pour dermatose prurigineuse des extrémités évoluant par poussées entrecoupées de rémission depuis plusieurs années. La poussée actuelle évolue depuis 1 mois. Il présente également un psoriasis des coudes et des genoux.

L'examen clinique montre un érythème squameux palmaire et plantaire diffus avec nombreuses pustules à contenu blanchâtre prédominant aux éminences thénar et hypothénar ainsi que sur les talons.



Quel est votre diagnostic ?

Envoyez-vous d'emblée consulter un dermatologue : OUI/NON

En attendant la consultation, prescrivez-vous un traitement : OUI/NON

Si OUI, lequel ?

Le patient vous demande quel traitement lui sera proposé par le spécialiste en cas d'échec, que lui répondez-vous ? (Répondez par mots clés)

IV/ Un jeune homme de 20 ans consulte pour une dermatose d'apparition brutale sans autre signe fonctionnel. Vous l'aviez vu 5 jours plus tôt pour une rhinopharyngite avec fièvre pour laquelle vous aviez prescrit un traitement symptomatique. Aucune prise médicamenteuse n'est retrouvée à l'interrogatoire.

L'examen clinique met en évidence de multiples macules érythémateuses, discrètement squameuses, presque exclusivement localisées sur le tronc et la racine des membres ; elles sont non prurigineuses, de petite taille, en gouttes ou nummulaires.



Quel diagnostic évoquez-vous ?

Prescrivez-vous des examens complémentaires ? OUI /NON

Quel(s) examen(s) complémentaires prescrivez-vous ?

Quel traitement prescrivez-vous ?

Partie 3 : Evaluation des besoins en formation en dermatologie

1/ Pensez-vous que vos connaissances sur le psoriasis sont suffisantes pour prendre en charge vos futurs patients ? OUI/NON

2/ Pensez-vous que vos connaissances en dermatologie sont suffisantes pour vous permettre d'être autonome dans votre exercice futur ? OUI/NON

3/ Souhaitez-vous prendre en charge les dermatoses de vos patients ou préféreriez-vous les adresser aux spécialistes ?

- Prendre en charge seul
- Spécialiste d'emblée
- Spécialiste si échec d'un premier traitement
- Prise en charge conjointe médecin traitant /dermatologue

4/ Pensez-vous que votre enseignement facultaire durant le DES est suffisant ? OUI/NON

5/ Si non, comment auriez-vous souhaité être formé ?

- Photothèque, enseignement à distance
- Stage hospitalier de dermatologie (4 places disponibles en 2015)
- Journée d'immersion avec des dermatologues de ville
- Enseignement obligatoire en cours à la faculté
- Autre :

6/ Êtes-vous prêt, en toute honnêteté, à sacrifier une journée de travail ou un samedi pour suivre une formation de dermatologie l'année prochaine ? OUI/NON

7/Notez de 1 à 10 les domaines de spécialités qui vous semblent prioritaires dans votre formation :

- Cardiologie
- Pneumologie
- Radiologie
- Dermatologie
- Gynécologie
- Pédiatrie
- Psychiatrie
- Gastro-entérologie
- Cancérologie
- Nutrition

Annexe2: Score PASI - Psoriasis Area Severity Index



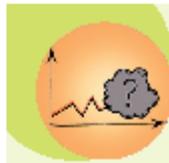
Psoriasis

Formulaire de calcul de score PASI

Caractéristiques des plaques	Score d'atteinte	Régions corporelles			
		Tête et cou	Membres supérieurs	Tronc	Membres inférieurs
Erythème	0 = aucun				
Induration	1 = léger				
Desquamation	2 = modéré				
	3 = sévère				
	4 = très sévère				
Sous-totaux		A1 =	A2 =	A3 =	A4 =
<i>Multiplier chaque sous-total par le facteur associé à chaque région corporelle</i>					
		A1 x 0.1 = B1	A2 x 0.2 = B2	A3 x 0.3 = B3	A4 x 0.4 = B4
		B1 =	B2 =	B3 =	B4 =
Score d'atteinte (%) pour chaque région corporelle (score pour chaque région de 0 à 6)	0 = aucun				
	1 = 1 à 9%				
	2 = 10 à 29%				
	3 = 30 à 49%				
	4 = 50 à 69%				
	5 = 70 à 89%				
	6 = 90 à 100%				
<i>Multiplier chaque sous-total B1, B2, B3 ou B4 par le score d'atteinte déterminé pour chaque région corporelle</i>					
		B1 x score = C1	B2 x score = C2	B3 x score = C3	B4 x score = C4
		C1 =	C2 =	C3 =	C4 =
Le score PASI du patient est la somme de C1 + C2 + C3 + C4				PASI =	

PASI : Psoriasis Area and Severity Index – 0 à 72

Annexe 3 : Score DLQI - Index de la qualité de vie



L'évolution de mon psoriasis Évaluer l'impact sur ma qualité de vie

DLQI - Questionnaire de qualité de vie en dermatologie ^{1,2}

L'Index de Qualité de Vie (ou DLQI) est un questionnaire simple et pratique dont le but est d'évaluer l'impact d'une maladie de peau et de son traitement sur la qualité de vie des personnes atteintes par une telle maladie. Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie au cours des 7 derniers jours. Vous pouvez relier entre eux les points pour visualiser l'évolution de votre qualité de vie.

	DATE	Jour		Mois		Année											
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
● Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?	Énormément	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Beaucoup	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Un peu	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
● Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?	Énormément	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Beaucoup	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Un peu	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
● Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?	Énormément	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Beaucoup	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Un peu	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Non concerné(e)	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
● Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portez ?	Énormément	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Beaucoup	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Un peu	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Non concerné(e)	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
● Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?	Énormément	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Beaucoup	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Un peu	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Non concerné(e)	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
● Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?	Énormément	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Beaucoup	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Un peu	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Non concerné(e)	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
● Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ?	Oui	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Non	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Non concerné(e)	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Si la réponse est « non » : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?	Beaucoup	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Un peu	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
● Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?	Énormément	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Beaucoup	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Un peu	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Non concerné(e)	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
● Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?	Énormément	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Beaucoup	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Un peu	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Non concerné(e)	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
● Au cours des 7 derniers jours, le traitement 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	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Beaucoup	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Un peu	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Non concerné(e)	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Veuillez vérifier que vous avez bien répondu à CHAQUE question. Merci.																	
Score DLQI (0-30) (somme des scores des questions 1 à 10)	<input type="text"/>																

1. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI). A simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Derm* 1994; 19 : 210-16.
2. Dubertret L. *L'opérateur - de la clinique au traitement*. Paris : Editions Medcom, 2004. 159 p.

Annexe 4 : Impact pso Jeunes : Synthèse

Evaluation du niveau de satisfaction ou de déception de la prise en charge médicale des jeunes patients psoriasiques en France. IMPACT Pso Jeunes: Etude descriptive réalisée par internet

Sigal M L(1), Maccari F(2), Sid-Mohand D(3), Guillaume X(4), Hirsch A(5), Aubin F(6).

(1)Service de Dermatologie, Hôpital V.Dupouy, Argenteuil,
 (2)Service de Dermatologie, Hôpital Bégin, Saint-Mandé,
 (3)APLCP, Paris.
 (4)KantarHealth, Montrouge,
 (5)Grey Healthcare, Boulogne-Billancourt,
 (6)Service de Dermatologie, CHU, Besançon, France.

Introduction

30% des psoriasis de l'adulte débutent avant l'âge de 15 ans et 20% entre 15 et 19 ans¹. Pour qu'un patient adhère à un projet thérapeutique à long terme, il faut qu'il ait le sentiment d'être bien entendu.

Afin d'améliorer ses stratégies d'information, l'Association Pour la Lutte Contre le Psoriasis (APLCP) a souhaité évaluer le degré de satisfaction ou de déception concernant la prise en charge médicale du psoriasis chez les jeunes patients.

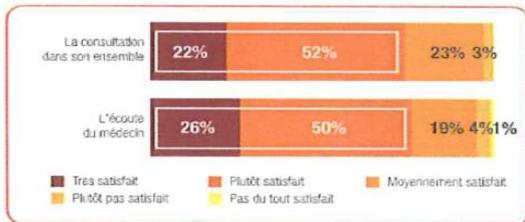
Matériels et méthodes

L'étude IMPACT Pso Jeunes a été conduite du 10 au 27 mars 2009, auprès d'un échantillon représentatif de 352 individus âgés de 16 à 35 ans atteints de psoriasis. Cette étude sous forme d'un questionnaire (39 questions) a été réalisée par Internet sur le panel on-line EAP de KantarHealth. La sévérité était évaluée par la surface corporelle atteinte (SCA) et le score de qualité de vie (DLQI)². 12 questions abordaient 3 thèmes : informations sur la maladie, choix et contraintes des traitements et impact sur la qualité de vie. Deux indices qualitatifs étaient définis (satisfaction/déception de la prise en charge) ainsi que le niveau d'importance des questions abordées en consultation (échelle de 0 à 5).

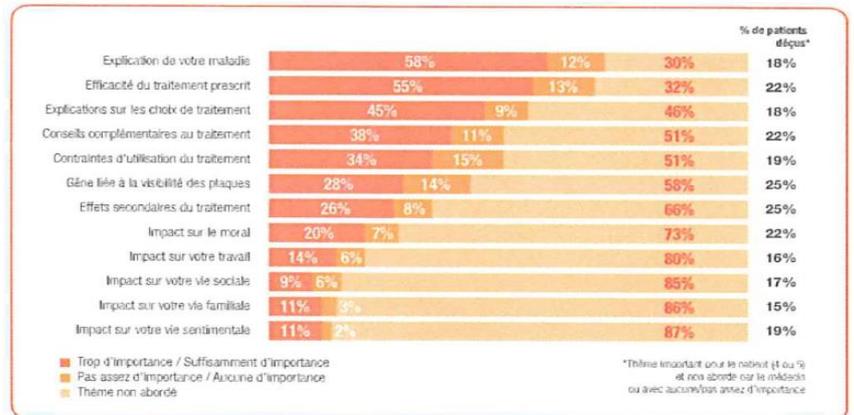
Résultats

- Le psoriasis est considéré comme modéré à sévère
 - Chez 10% des patients d'après le retentissement psychosocial (DLQI > 10)
 - Chez 19% des patients d'après l'étendue des lésions (SCA ≥ 3 paumes de main)

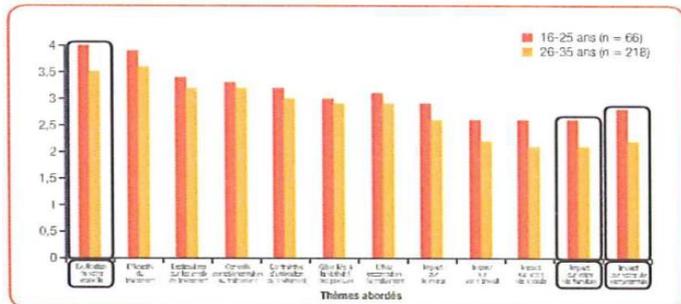
- 74% des patients sont satisfaits de la consultation et 76% de l'écoute du médecin (généraliste ou dermatologue). Les psoriasis les plus sévères sont les moins satisfaits des informations reçues et de la qualité de la relation avec le médecin lors de la 1ère consultation.**



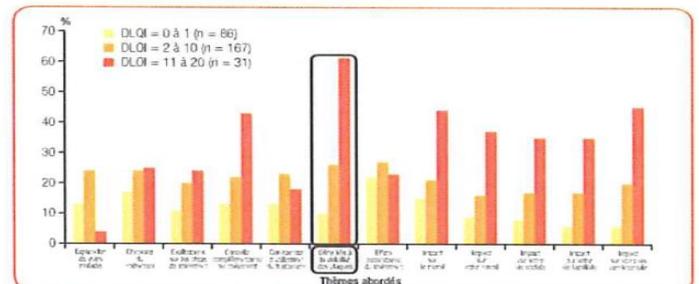
- L'impact de la maladie sur la qualité de vie est évoqué dans moins de 25% des cas. Le pourcentage de patients déçus par la consultation est compris entre 15 et 25%.**



- Parmi les 12 thèmes abordés, les explications sur la maladie et son impact sur la vie sentimentale et familiale sont considérés comme les plus importants par les 16-25 ans (p<0.05).**



- Le pourcentage de patients déçus augmente significativement (> 35%, p=0,05) dans les formes les plus sévères de la maladie (DLQI>10). Si le thème : «Gêne liée à la visibilité des plaques» n'est pas abordé, le pourcentage de patients déçus augmente à 61%.**



Conclusions

- 1^{ère} étude évaluant le degré de satisfaction et de déception de jeunes patients psoriasiques concernant leur prise en charge.
- Le pourcentage de patients déçus par la consultation (15 à 25%) augmente avec la sévérité du psoriasis et l'impact de la maladie sur la qualité de vie est évoqué dans moins de 25% des consultations.
- Chez les 16-25 ans, âge de la construction des repères relationnels et sociétaux, il paraît important d'aborder les explications sur la maladie et son impact sur la vie sentimentale et familiale, d'autant plus que l'entourage est impliqué dans cette maladie³.
- La prise en compte de ces résultats et la mise en place de stratégies d'éducation thérapeutique en partenariat avec l'APLCP permettraient d'optimiser la prise en charge de ces patients.



On retiendra...

Des patients interrogés concernés depuis longtemps par la maladie

- ✓ 73% souffrent de la maladie depuis 10 ans ou plus
- ✓ 80% d'entre eux sont à un stade modéré ou sévère de la maladie

Une discrimination liée à la maladie expérimentée par de nombreux patients

- ✓ Plus du 60% des patients interrogés ont déjà été victimes de discrimination. Une discrimination qui touche particulièrement les femmes, les plus jeunes, les CSP - et les patients atteints de la maladie à un stade sévère

Une discrimination particulièrement présente dans le milieu professionnel mais aussi au sein de l'entourage

- ✓ 40% des patients interrogés ont déjà été victimes de discrimination dans le cadre professionnel
 - ✓ Le cercle plus intime : amis/famille/ partenaire sexuel est également source de discrimination
- Ainsi les collègues et les amis sont les personnes les plus à l'origine de la discrimination

Et qui se manifeste par des commentaires désobligeants et un rejet physique

- ✓ 64% des victimes ont déjà reçu des commentaires désobligeants
- ✓ Plus du tiers ont déjà vécu un rejet physique

Face à ces discriminations la moitié des victimes arrivent à expliquer leur maladie mais l'autre moitié ne réagissent pas

29% d'entre eux se sont repliés sur eux mêmes lors de la dernière discrimination. Une attitude de repli qui est particulièrement marqué auprès des femmes, des 25-34 ans et de ceux qui souffrent d'un stade sévère de la maladie.

Et la majorité attend particulièrement des campagnes de sensibilisation et d'information auprès du Grand Public, des médecins et en milieu scolaire

57% souhaitent également une meilleure reconnaissance de la maladie

Abstract

<u>Year:</u> 2016
<u>Surname and forename of the author:</u> AZOT Axelle Alice
<u>Chairman of the examination board :</u> Monsieur le Professeur Pierre-Jean GUILLAUSSEAU
<u>Thesis supervisor :</u> Monsieur le Docteur Bruno HALIOUA
<u>Title of thesis :</u> Psoriasis care by general residents and their needs assessment in dermatology training.
<u>Introduction:</u> Psoriasis is one of the most common skin disease in the population. Its medical care is partly done by general practitioners and dermatology in a general manner has an increasingly important part in their daily practice. The aim of this study was to assess the knowledge of general internal medicine students on taking care of psoriasis and identify their training needs in dermatology.
<u>Materials and method:</u> 200 questionnaires have been sent by email to general internal medicine DES final-years students. 3 reminders have been sent before closing the data collection. The questionnaire included 3 parts: the first on the general information on the study population, the second part focused on the assessment of the existing knowledge of general medicine internal students on psoriasis and the last part targeted their training needs in dermatology during their DES course.
<u>Results:</u> 62 general internal medicine students i.e 31% have answered this questionnaire. They have generally well answered to the questions focusing on the general characteristics of the psoriasis and are able to acknowledge most of the lesions. However, their knowledge about treatments, drug interactions and trigger factors are more limited. As regards their training in dermatology during their DES course, 92% of them found it insufficient and don't feel able to take care of the skin disease of their patients. They would be interested in improving their skills even if dermatology is not one of their priority fields.
<u>Conclusion:</u> The role of the general practitioner in taking over the skin diseases of their patients is becoming increasingly important. However the training of the general medicine internal students is different depending on the medical school and seems insufficient to take care of their patients by themselves. A homogenization of education skills is a first step which has to be taken in order to meet their expectations.
<u>Keywords :</u> psoriasis, dermatologie, médecine générale, formation
<u>Adresse de l'UFR :</u> 16, Rue Henri Huchard 75018 Paris
<u>Adresse de l'auteur :</u> 7, Boulevard du Temple 75003 Paris - axelleazot@hotmail.com

RESUME

<u>Année</u> : 2016
<u>Nom et prénom de l'auteur</u> : AZOT Axelle
<u>Président du jury</u> : Monsieur le Professeur Pierre-Jean GUILLAUSSEAU
<u>Directeur de thèse</u> : Monsieur le Docteur Bruno HALIOUA
<u>Titre de la thèse</u> : Prise en charge du psoriasis par les internes de médecine générale et évaluation de leurs besoins en formation en dermatologie
<p><u>Introduction</u> : Le psoriasis est l'une des dermatoses les plus courantes dans la population. Sa prise en charge se fait en partie par le médecin généraliste et la dermatologie dans son ensemble a une place de plus en plus importante dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des internes sur la prise en charge du psoriasis et d'étudier leurs besoins en formation en dermatologie.</p> <p><u>Matériels et méthode</u> : 200 questionnaires ont été envoyés par mail à des internes de médecine générale en dernière année de DES. 3 relances ont été faites avant de clôturer le recueil de données. Le questionnaire comportait 3 parties : la première sur les informations générales sur la population étudiée, la seconde portait sur l'évaluation des connaissances des internes sur le psoriasis et la dernière sur les besoins en formations en dermatologie des internes durant leur DES.</p> <p><u>Résultats</u> : 62 internes soit 31% ont répondu au questionnaire. Les internes ont dans l'ensemble plutôt bien répondu aux questions portant sur les caractéristiques générales du psoriasis et sont capables de reconnaître la plupart des lésions. Mais leurs connaissances sur les traitements, les interactions médicamenteuses et les facteurs déclenchant sont plus limitées. En ce qui concerne leur formation en dermatologie durant le DES, 92% d'entre eux la jugent insuffisante et ne se sentent pas capables de prendre en charge les dermatoses de leurs patients. Ils souhaiteraient améliorer cette formation même si la dermatologie ne fait pas partie de leurs disciplines prioritaires.</p> <p><u>Conclusion</u> : La place du médecin généraliste dans la prise en charge des dermatoses de leurs patients est de plus en plus importante. Mais la formation des internes en dermatologie diffère selon les facultés et semble insuffisante pour leur permettre de s'occuper seuls de leurs patients. Une homogénéisation de l'enseignement est une première étape à franchir afin de répondre au mieux à leurs attentes.</p>
<u>Mots clés</u> : psoriasis, dermatologie, médecine générale, formation
<u>UFR de médecine Paris Diderot-Paris7</u> : 16, Rue Henri Huchard 75018 Paris
<u>Adresse de l'auteur</u> : 7, Boulevard du Temple 75003 Paris axelleazot@hotmail.com