

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

*Année : 2012*

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etat des lieux des pratiques et des attentes des médecins généralistes de la  
région Nord-Pas-de-Calais dans la prise en charge éducative des patients  
souffrant de pathologies dermatologiques chroniques**

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2012

Par *Céline ROUSSEL*

**JURY**

**Président : Monsieur le Professeur Glantenet**

**Asseseurs : Monsieur le Professeur Delaporte  
Monsieur le Professeur Puisieux  
Monsieur le Docteur Carissimo**

**Directeur de Thèse : Madame le Docteur Staumont-Sallé**

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
I- L'éducation thérapeutique.....	9
II- L'éducation thérapeutique en Dermatologie.....	14
1. Pourquoi un besoin d'éducation thérapeutique en Dermatologie ?.....	14
2. Intérêt de l'ETP dans la dermatite atopique.....	15
3. Place de l'ETP dans les autres maladies chroniques de la peau.....	17
III- Rationnel de l'étude.....	18
1. Pourquoi l'ETP en Médecine Générale ?.....	18
2. Fréquence des pathologies dermatologiques en Médecine Générale.....	19
 MATERIEL ET METHODE.....	 20
 RESULTATS.....	 22
I- Introduction.....	22
II- Démarche éducative.....	30
III- Pathologies concernées.....	37
IV- Les attentes des médecins généralistes.....	40
 DISCUSSION.....	 44
 CONCLUSION.....	 59
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	 61
 ANNEXES	
Annexe 1 : SCORAD.....	65
Annexe 2 : Questionnaire – version papier.....	66
Annexe 3 : Questionnaire – version informatique.....	71

# INTRODUCTION

## I- L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

**L'éducation thérapeutique du patient (ETP)** est une approche qui concerne principalement les maladies chroniques. Elle vise à améliorer la prise en charge des patients en développant leurs compétences. Les professionnels de santé transmettent ainsi une partie de leur savoir et de leur savoir-faire au patient, le rendant plus autonome. L'ETP a pour objectif d'aider le patient et sa famille à comprendre la maladie et ses traitements, à participer aux soins et à prendre en charge son état de santé. Le but global de l'ETP est d'améliorer la qualité de vie du patient.

En 1998, l'OMS a proposé une définition de l'éducation thérapeutique qui fait référence (1) :

*« L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »*

Plusieurs facteurs ont contribué au développement de **l'éducation thérapeutique du patient (ETP)** :

- Le nombre croissant de patients atteints de maladie chronique
- L'émergence de stratégies de soins propres aux maladies chroniques
- Une volonté d'implication personnelle des patients dans la prise en charge de leur maladie
- Une volonté d'implication des soignants, souvent en difficulté face à la maladie chronique

Au niveau national, la volonté politique de faire de l'éducation thérapeutique une priorité en matière de santé publique est marquée par une succession de textes officiels. Depuis récemment, l'ETP est inscrite dans le code de santé publique par la loi HPST du 21 juillet 2009 « Hôpital - Patients - Santé et Territoires » (2). Elle fait désormais partie du parcours de soin.

La HAS (Haute Autorité de Santé) et l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) ont édité en 2007 un guide méthodologique sur la structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques (3). Ils proposent ainsi un cadre général pour le développement de l'ETP et orientent les professionnels voulant mettre en place un programme sur les questions suivantes :

a) A qui proposer une ETP ?

Toute personne ayant une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie. Les proches du patient peuvent également être concernés s'ils le souhaitent et si le patient souhaite les impliquer dans la gestion de sa maladie. Les difficultés d'apprentissage, le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver les patients d'une éducation thérapeutique.

b) Quand proposer une ETP ?

L'éducation thérapeutique peut être proposée au patient à un moment proche de l'annonce diagnostique de sa maladie chronique, ou à tout autre moment de l'évolution de la maladie, si la proposition ne lui a pas été faite antérieurement ou si elle a été refusée. Il s'agit dans ce cas d' EDUCATION THERAPEUTIQUE INITIALE. Il est également possible de proposer une EDUCATION THERAPEUTIQUE DE SUIVI REGULIER (ou de renforcement) en fonction de l'évolution des besoins éducatifs du patient, tout au long de la maladie chronique.

c) Qui réalise l'ETP ?

Tout professionnel de santé formé à l'ETP peut réaliser l'éducation thérapeutique. Soit seul, soit au sein d'une équipe formée à l'ETP et pouvant être multidisciplinaire (médecins, infirmières, psychologues, diététiciennes...).

L'organisation de l'ETP nécessite une démarche structurée. Selon JF D'Ivernois et R Gagnayre (4), cette démarche éducative comprend les éléments suivants: le diagnostic éducatif, le contrat d'éducation et sa négociation avec le patient, le programme d'éducation et l'évaluation de l'éducation.

Cette démarche est reprise dans les recommandations émises dans le guide méthodologique de la HAS (3). L'ETP y est planifiée en **4 étapes** :

### **1. Elaborer un diagnostic éducatif**

Le diagnostic éducatif est le premier temps indispensable de l'ETP. Son but est la connaissance du patient, l'identification de ses besoins et de ses attentes ainsi que la formulation avec lui des compétences à acquérir, mobiliser ou maintenir en tenant compte de ses priorités et de ses représentations.

### **2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage**

Les compétences à acquérir doivent prendre en compte 2 dimensions : les compétences d'auto-soins (soulager les symptômes, réaliser les gestes de soin, modifier son mode de vie...) et les compétences d'adaptation (se fixer des buts à atteindre, faire des choix, savoir maîtriser son stress...).

Les compétences à acquérir constituent les objectifs pédagogiques du programme.

Ces objectifs se scindent en 3 domaines :

- « le savoir » : connaissances théoriques à acquérir
- « le savoir-faire » : compétences gestuelles
- « le savoir-être » : attitudes à développer pour résoudre un problème en y incluant une composante psycho-affective.

On distingue également les objectifs de sécurité, visant à éviter les accidents ou les complications graves, des objectifs spécifiques, c'est à dire ceux que le patient souhaite développer en fonction de son projet personnel.

### **3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelles ou collectives ou en alternance**

Ces séances sont un temps d'apprentissage, de partage de connaissances autour de la maladie. Elles doivent être centrées sur les attentes et les besoins du patient. Il ne s'agit pas de transmettre des connaissances théoriques brutes. Cela différencie l'ETP d'une simple information. Le déroulement précis de chaque séance devra être planifié ainsi que le recours à certains outils.

### **4. Réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme**

Toute éducation doit faire l'objet d'une évaluation (4) afin de :

- Mettre en valeur auprès du patient les transformations obtenues
- Actualiser le diagnostic éducatif et proposer si besoin une nouvelle offre d'ETP.

## II- L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN DERMATOLOGIE

### *1. Pourquoi un besoin d'éducation thérapeutique en Dermatologie ?*

Les maladies chroniques de la peau sont nombreuses et fréquentes.

Elles altèrent considérablement la qualité de vie des patients :

- Ces pathologies affectent un organe visible. Il existe donc un impact psychologique important sur l'image de soi et les rapports avec autrui pouvant conduire à l'isolement.
- Ces pathologies requièrent des soins locaux fastidieux et répétitifs. Ceux-ci restent nécessaires à la prise en charge thérapeutique, y compris en association aux traitements systémiques. Le soignant est alors souvent confronté à deux problèmes : **l'observance** et **la corticophobie**, réticence de certains patients envers les corticoïdes.

Pour la plupart de ces dermatoses chroniques, il existe également des traitements systémiques qui nécessitent une participation éclairée et active du patient à son traitement.

L'implication thérapeutique du patient nécessite des compétences spécifiques d'auto-soin et d'auto-évaluation, un investissement en temps et de la motivation (5). C'est pourquoi l'éducation thérapeutique est UN ENJEU MAJEUR en Dermatologie : soigner un patient atteint de dermatose chronique ne peut se concevoir sans ETP.



## *2. Intérêt de l'ETP dans la dermatite atopique.*

La dermatite atopique, par sa forte prévalence (15 à 30% des enfants et 2 à 10% des adultes en Amérique du Nord et en Europe Occidentale (6)), ses répercussions importantes sur la qualité de vie et les difficultés d'observance thérapeutique, est exemplaire de ce que peut-être la prise en charge d'une pathologie chronique en Dermatologie, chez l'enfant et chez l'adulte.

Concernant les dermatoses chroniques, c'est pour la dermatite atopique que la démarche d'ETP est la plus aboutie, en particulier chez l'enfant. Depuis la conférence de consensus de 2005 (7), elle est intégrée à la prise en charge de la maladie. De plus, un référentiel d'éducation élaboré en 2007 (8) vise à définir les principes et le contenu de cette éducation.

L'éducation thérapeutique a montré son impact dans la prise en charge du patient atopique.

En Allemagne, Diebgen et al ont montré en 2003 dans une étude randomisée, prospective, multicentrique sur une cohorte de plus de 1000 patients, l'effet positif de l'ETP sur le SCORAD (score clinique) et la qualité de vie des enfants et de leurs parents (9). Les résultats ont été obtenus sur des groupes d'enfants atopiques âgés de 0 à 7 ans et de 8 à 12 ans. La démarche éducative se décomposait en 6 séances hebdomadaires de 2 heures.

En France, l'équipe du Professeur Stalder à Nantes fait figure de référence en matière d'ETP dans la dermatite atopique avec « l'Ecole de l'atopie ».

Une étude pilote, ouverte, rétrospective a été menée entre septembre 2000 et juin

2001 afin d'évaluer l'impact de cette expérience d'ETP au sein de l'Ecole de l'atopie de Nantes (10). Elle concernait 40 patients atteints de dermatite atopique modérée à sévère (SCORAD > 25) âgés de 6 mois à 46 ans. La démarche éducative au sein de l'Ecole de l'atopie consistait en un entretien initial d'environ une heure trente effectué par un binôme médecin-infirmière, tous les deux formés à l'ETP.

Il permettait de préciser :

- Le score de sévérité de la dermatite atopique : le SCORAD (annexe 1) (11)
- Les répercussions de la maladie, les difficultés face à la maladie (points faibles) et les ressources du patient (points forts).

Au cours de cette consultation, des objectifs éducatifs (un ou plusieurs) étaient définis avec le patient. Par exemple, être capable d'adapter les soins locaux à l'état de la peau. L'utilisation d'outils pédagogiques appropriés pour chaque objectif était également déterminée.

Les patients étaient ensuite revus soit en consultation de suivi médical, soit en consultation infirmière ou en atelier collectif. L'acquisition des objectifs était alors évaluée selon des critères prédéfinis.

L'étude s'est limitée à l'évaluation de la gravité de la maladie avant et après six mois de participation à l'école de l'atopie.

Les résultats ont montré que le SCORAD moyen de départ calculé à 50,5 est passé après six mois à 22. Une amélioration du SCORAD a été observée dans 97% des cas. Les objectifs éducatifs fixés ont été atteints dans 70,6% des cas.

Cette étude française faisait donc la preuve d'un impact positif de l'ETP sur la sévérité clinique de la maladie. Cependant, d'autres impacts de l'ETP n'ont pas été évalués notamment la qualité de vie ou l'incidence économique des modifications

de prise en charge.

### *3. Place de l'ETP dans les autres maladies chroniques de la peau.*

Les maladies chroniques de la peau sont un vaste champ d'application de l'ETP. La démarche est en cours de développement par exemple pour le psoriasis, les plaies chroniques et pour des pathologies plus rares comme les maladies bulleuses de la peau.

Si l'on considère le psoriasis, la publication récente d'un référentiel d'éducation (12) traduit la volonté de développer l'ETP pour cette pathologie fréquemment associée à des comorbidités (syndrome métabolique, athéromatose, syndrome dépressif) et à des conduites addictives (tabagisme, éthylisme) (13). Le but de ce référentiel est de servir de base de travail pour les équipes désirant mettre en place un programme d'ETP pour le psoriasis.

De nombreux centres en France (notamment dans le service de Dermatologie du CHRU de Lille) proposent désormais des séances d'ETP intégrées à la prise en charge globale du patient.

L'ensemble de l'offre de soin en ETP en Dermatologie se concentre actuellement au sein des structures hospitalières.

### III- RATIONNEL DE L'ETUDE

#### *1. Pourquoi l'ETP en Médecine Générale ?*

Depuis quelques années, l'ETP se développe essentiellement dans des programmes structurés au sein d'établissements hospitaliers.

Devant le nombre croissant de personnes concernées : 15 millions de patients souffrant de maladies chroniques en France, soit 20% de la population (14), l'ETP ne peut être assurée par ces seules structures. D'ailleurs, la plupart des patients atteints de maladies chroniques ne bénéficient actuellement d'aucun programme d'éducation thérapeutique (15).

Il paraît donc indispensable de développer des programmes au plus proche du domicile des patients fonctionnant en relais et/ou indépendamment des structures hospitalières. Le développement de l'ETP de proximité sous-entend la participation des professionnels de premier recours, avec le médecin traitant comme appui principal.

Dans ce contexte, la loi HPST (2) fait figurer l'éducation pour la santé dans les missions du médecin de premier recours (article 36).

Dans son rapport, le Haut Conseil de Santé Publique souligne que l'implication des praticiens de premier recours a pour but de multiplier mais également de diversifier cette offre de soin (14).

## *2. Fréquence des pathologies dermatologiques en Médecine Générale*

Sur le site de l'observatoire de la Médecine Générale (consulté en juillet 2011), la Société Française de Médecine Générale propose une liste des « résultats de consultation ». Ils correspondent aux diagnostics posés par les médecins généralistes en fin de consultation (16).

Concernant les « dermatoses » au sens large, il s'agit pour l'année 2009 du 23<sup>ème</sup> résultat de consultation tout âge confondu (soit devant la dépression, les céphalées ou l'angor). Chez l'enfant, les dermatoses sont le 11<sup>ème</sup> résultat de consultation pour le groupe entre 0 et 1 an et pour le groupe entre 2 et 9 ans, en 2009.

Ainsi, les pathologies dermatologiques sont fréquemment rencontrées en Médecine Générale. L'intérêt de l'ETP dans leur prise en charge a été démontré dans plusieurs études, comme cela a été mentionné précédemment.

Dans le cadre du développement du programme d'ETP du service de Dermatologie du CHRU de Lille et dans un souci constant de maintenir et consolider le lien ville-hôpital, il était indispensable de savoir si les médecins généralistes de la région étaient sensibilisés à ce sujet.

D'où la question de cette étude :

**Quelles sont les pratiques et les attentes des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais dans la prise en charge éducative des patients souffrant de pathologies dermatologiques chroniques ?**

# MATERIEL ET METHODE

Un questionnaire de 23 items et 4 sous-questions a été réalisé (annexe 2 et 3).

Toutes les questions étaient à choix multiples.

Le questionnaire était subdivisé en quatre parties : une première partie d'introduction visant à dresser le profil des médecins répondants (âge, sexe, mode de pratique, formation en ETP...).

La deuxième partie concernait la démarche éducative de ces médecins pour les dermatoses chroniques.

La troisième partie avait pour but de connaître leur pratique sur des points précis d'ETP à savoir des pathologies fréquemment rencontrées en Médecine Générale : psoriasis, dermatite atopique et ulcères veineux.

Enfin, la quatrième partie cherchait à connaître les freins au développement de l'ETP et les attentes des médecins généralistes dans ce domaine.

Afin d'augmenter le taux de participation, deux versions du questionnaire ont été réalisées :

- Une version papier, envoyée par courrier avec une enveloppe-réponse affranchie (pour faciliter le renvoi) (annexe 2)
- Une version informatique, avec la création d'un questionnaire en ligne grâce à Google Docs (annexe 3), envoyée par mail.

Trois cents questionnaires ont été adressés aux médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais sur 2 mois (janvier et février 2012). Ils ont été sélectionnés, de façon aléatoire, à partir de « l'annuaire des médecins » disponible sur le site

internet du Conseil de l'Ordre National des Médecins et avec l'accord des représentants régionaux. Il s'agit donc d'un échantillon de médecins généralistes thésés et pratiquant en ambulatoire.

Ils ont été sélectionnés dans 4 grands bassins de population de la région, ceci afin de toucher différents modes d'exercice :

- la métropole Lilloise (78 médecins)
- Le littoral (77 médecins)
- Le bassin minier (74 médecins)
- Le Valenciennois (71 médecins)

Les médecins ont tout d'abord été contactés par téléphone. Le sujet de l'étude leur a été présenté et ils ont pu choisir la version du questionnaire qu'ils souhaitaient recevoir : le support papier envoyé par courrier ou le support informatique envoyé par mail. Les réponses étaient anonymes.

Concernant celles obtenues par mail, les résultats étaient directement enregistrés dans une feuille de calcul [Google Docs](#).

La date limite de réponse a été fixée arbitrairement au 15 mars, soit 15 jours après les derniers envois.

Il s'agit donc d'une étude descriptive et rétrospective effectuée à partir de l'analyse des questionnaires reçus.

L'analyse statistique est qualitative et fait appel aux paramètres statistiques suivants : effectifs, moyennes, pourcentages.

# RESULTATS DE L'ENQUETE

Sur les 300 médecins généralistes contactés, **190** ont répondu au questionnaire. Soit un taux de participation de **63%**. **120** médecins ont répondu par courrier (**63%**) et **70** par internet (**37%**).

## I INTRODUCTION

### Profil des médecins :

Les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais qui ont participé à l'enquête étaient majoritairement des hommes (**71%**). La classe d'âge la plus représentée était celle des 46-55 ans (**37%**).

<b>CLASSE D'AGE</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
25-35 ans	30	16%
36-45 ans	33	17%
46-55 ans	69	<b>37%</b>
56-65 ans	58	30%
TOTAL	190	100%

**Tableau 1** : répartition des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire en fonction de leur classe d'âge.



Ils pratiquaient principalement en zone urbaine (**60%**), soit seul (**39%**), soit en cabinet de groupe (**42%**).

Parmi les 9 médecins ayant répondu « autre mode d'exercice », 6 précisait qu'ils étaient remplaçants, 2 qu'ils étaient collaborateurs libéraux et 1 qu'il exerçait avec deux infirmières. Les 2 questionnaires pour lesquels le lieu d'exercice n'était pas précisé correspondaient aux réponses de médecins remplaçants.

<b>PRATIQUE</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Lieu d'exercice</b>		
Zone urbaine	114	<b>60%</b>
Zone semi-urbaine	53	28%
Zone rurale	21	11%
Non renseignée	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>
<b>Mode d'exercice</b>		
Libéral		
• Seul	75	39%
• Cabinet de groupe	80	42%
• Maison médicale	19	10%
Salarié	7	4%
Autre	9	5%
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>

**Tableau 2** : caractéristiques de la pratique des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

### Formation en éducation thérapeutique :

Seuls **29%** des médecins déclaraient avoir reçu une formation en ETP : **75%** lors de leur formation continue et **25%** lors de leur formation initiale.

<b>FORMATION EN ETP</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	<b>56</b>	<b>29%</b>
• Formation initiale	14	25%
• Formation continue	42	75%
<b>NON</b>	<b>134</b>	<b>71%</b>
<b>TOTAL</b>	190	100%

**Tableau 3 :** formation en ETP des médecins généralistes ayant répondu aux questionnaire.

Quelque soit leur réponse à cette question, ils pensaient majoritairement (**84%**) que cette formation était ou serait un atout dans leur pratique quotidienne.

Parmi les médecins déclarant être formés à l'ETP, seuls 2 (**4%**) ne pensaient pas que cela était « un plus » dans leur pratique.

« Plus dans la pratique »	Médecins formés	Médecins non formés	TOTAL
<b>OUI</b>	54	105	159 ( <b>84%</b> )
<b>NON</b>	2	29	31 ( <b>16%</b> )
<b>TOTAL</b>	56	134	190 ( <b>100%</b> )

**Tableau 4** : intérêt de la formation en ETP dans la pratique des médecins généralistes.

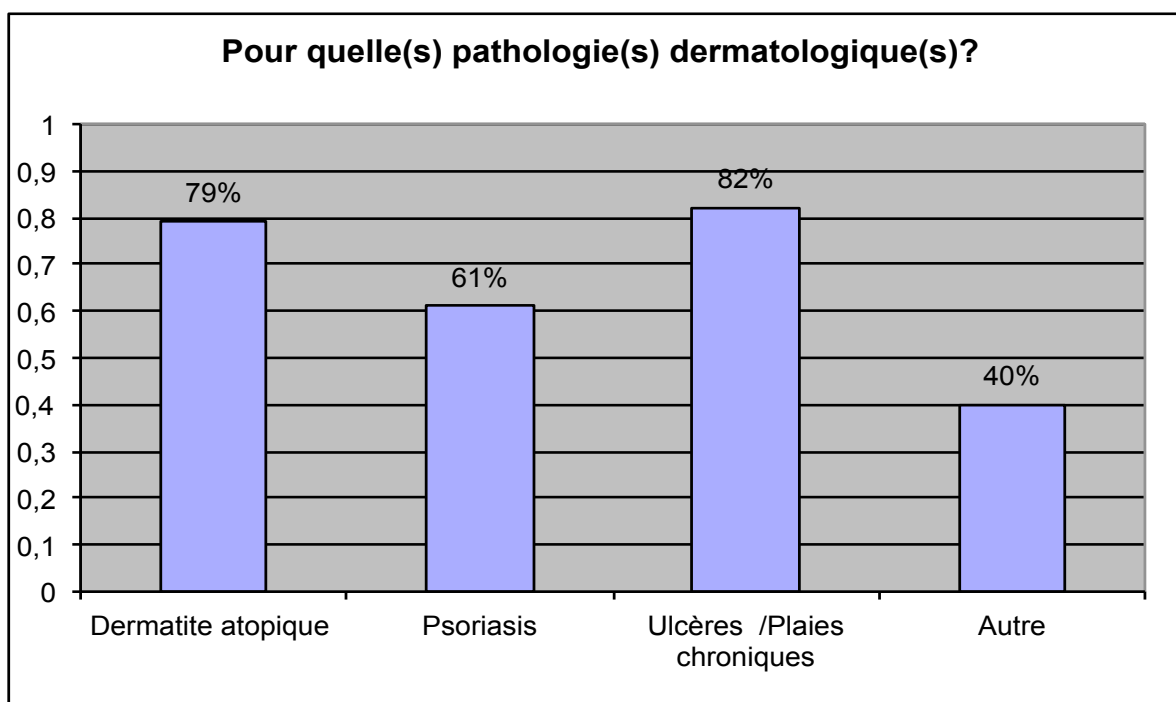
## ETP en dermatologie :

La moitié des médecins interrogés déclaraient faire de l'ETP pour leurs patients souffrant de dermatoses chroniques.

Parmi ceux-ci, **37 %** avaient reçu une formation en ETP.

Les pathologies pour lesquelles ils pratiquaient l'ETP étaient principalement les ulcères/plaies chroniques (**82%**) et la dermatite atopique (**79%**) suivies du psoriasis (**61%**). **Quarante pour cent** déclaraient également pratiquer l'ETP pour d'autres pathologies dermatologiques (sans précision demandée).

Cette démarche concernait les adultes et les enfants pour **80%** des praticiens.

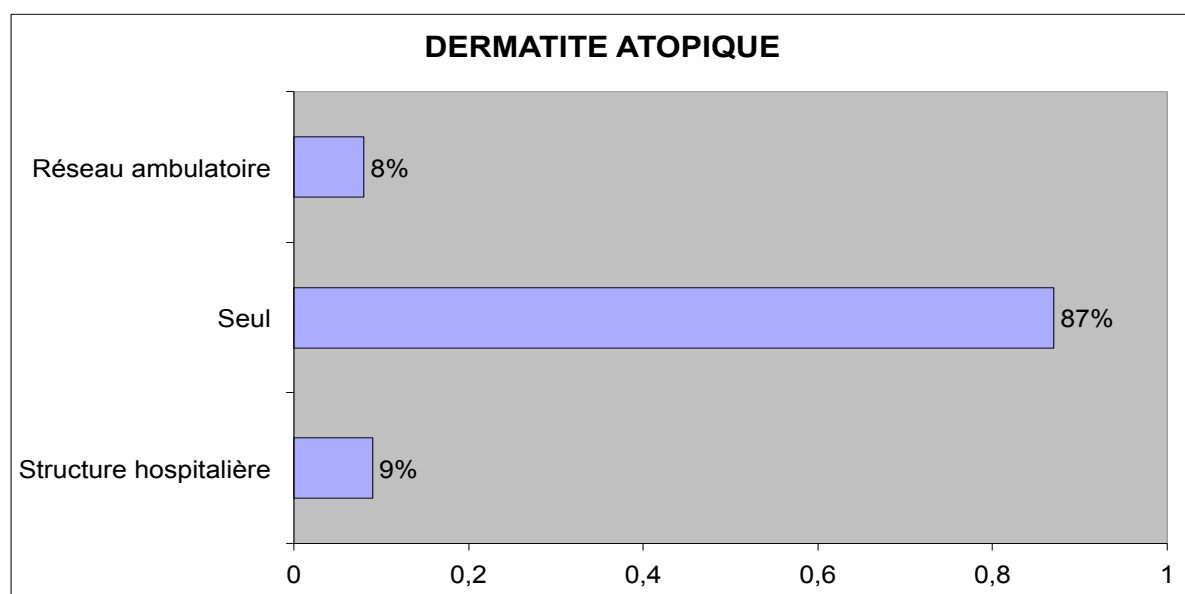


**Figure 1** : pratique de l'ETP pour les pathologies dermatologiques chroniques par les médecins généralistes.

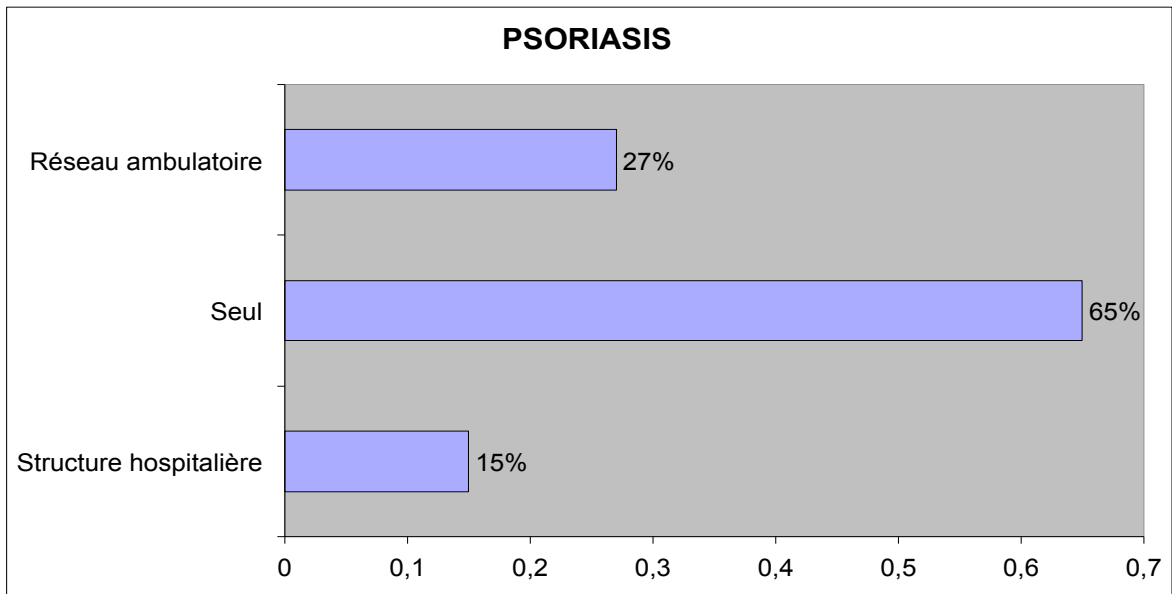
Les médecins généralistes interrogés pratiquaient l'ETP principalement seuls : à **87%** pour la dermatite atopique, **65%** pour le psoriasis, **65%** pour les ulcères/plaies chroniques et à **79%** pour les autres pathologies.

Les autres intervenants de leur réseau en ambulatoire (dermatologues libéraux, infirmières, pharmaciens, ...) étaient un recours utilisé par **8%** d'entre eux pour la dermatite atopique, **27%** pour le psoriasis, **21%** pour les ulcères/plaies chroniques et **12%** pour les autres pathologies.

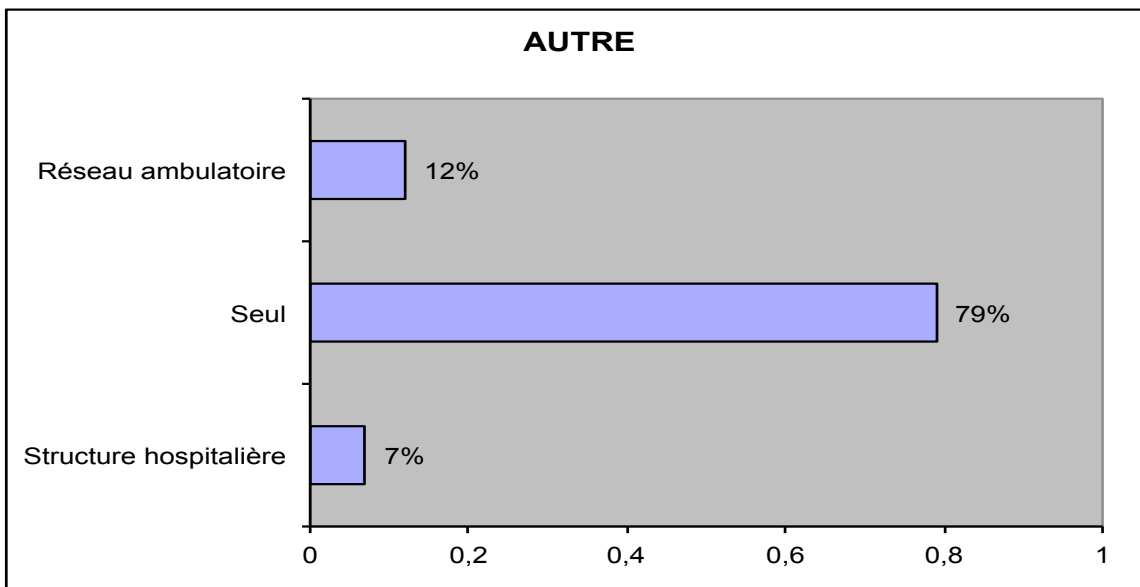
Le recours aux structures hospitalières était utilisé par **9%** d'entre eux pour la dermatite atopique, **15%** pour le psoriasis, **20%** pour les ulcères/plaies chroniques et **7%** pour les autres pathologies dermatologiques chroniques.



**Figure2** : pratique de l'ETP pour la dermatite atopique.



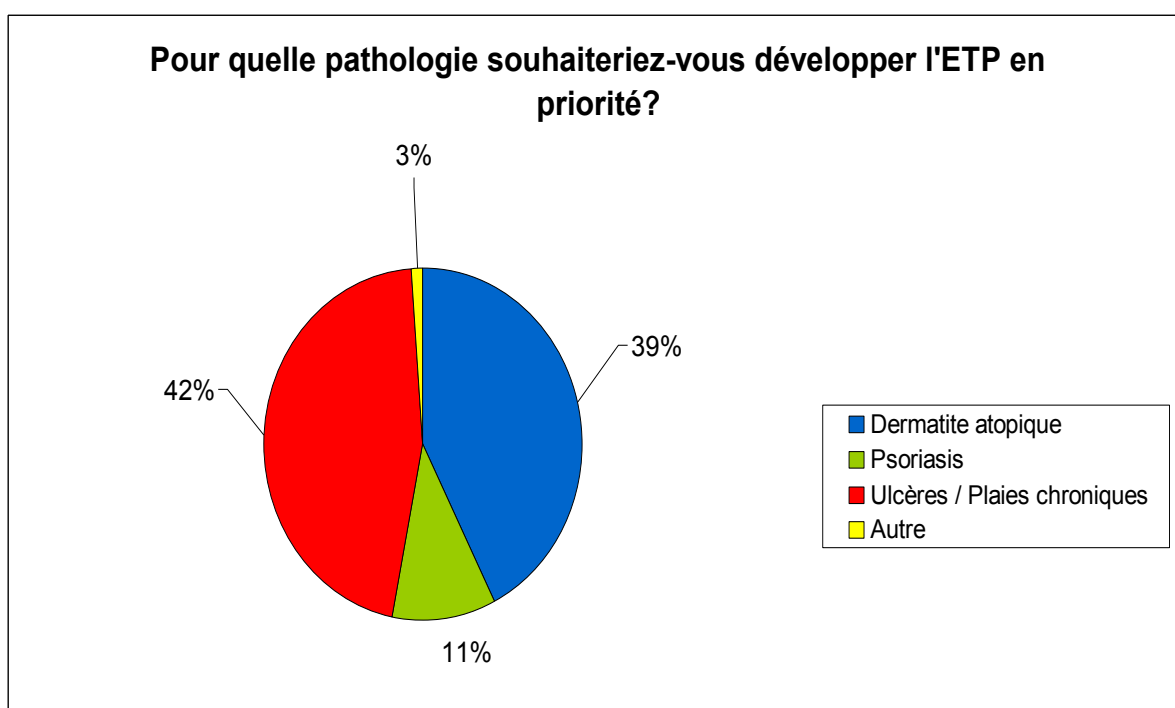
**Figure 3** : pratique de l'ETP pour le psoriasis.



**Figure 4** : pratique de l'ETP pour les autres pathologies.

Les médecins ne pratiquant pas l'ETP pour les pathologies dermatologiques chroniques (**50%**), souhaitent développer en priorité cette démarche pour les ulcères/plaies chroniques (**42%**) à presque égalité avec la dermatite atopique (**39%**), pour les adultes et les enfants sans distinction (**46%**).

**Trois** médecins ont répondu qu'ils voulaient développer l'ETP en priorité pour une autre pathologie dermatologique : 2 souhaitent développer l'éducation sur les mesures de photo-protection et un pour l'acné.



**Figure 5** : pathologies dermatologiques pour lesquelles les médecins généralistes souhaiteraient développer l'ETP en priorité.

### Connaissance des structures d'ETP dans la région :

Très peu de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais (**9%**) connaissaient les structures d'ETP existantes pour les pathologies dermatologiques dans leur région. (Aucun exemple de structures existantes n'avait été proposé dans le questionnaire et il n'était pas demandé aux médecins de préciser les structures qu'ils connaissaient.)

## **II DEMARCHE EDUCATIVE**

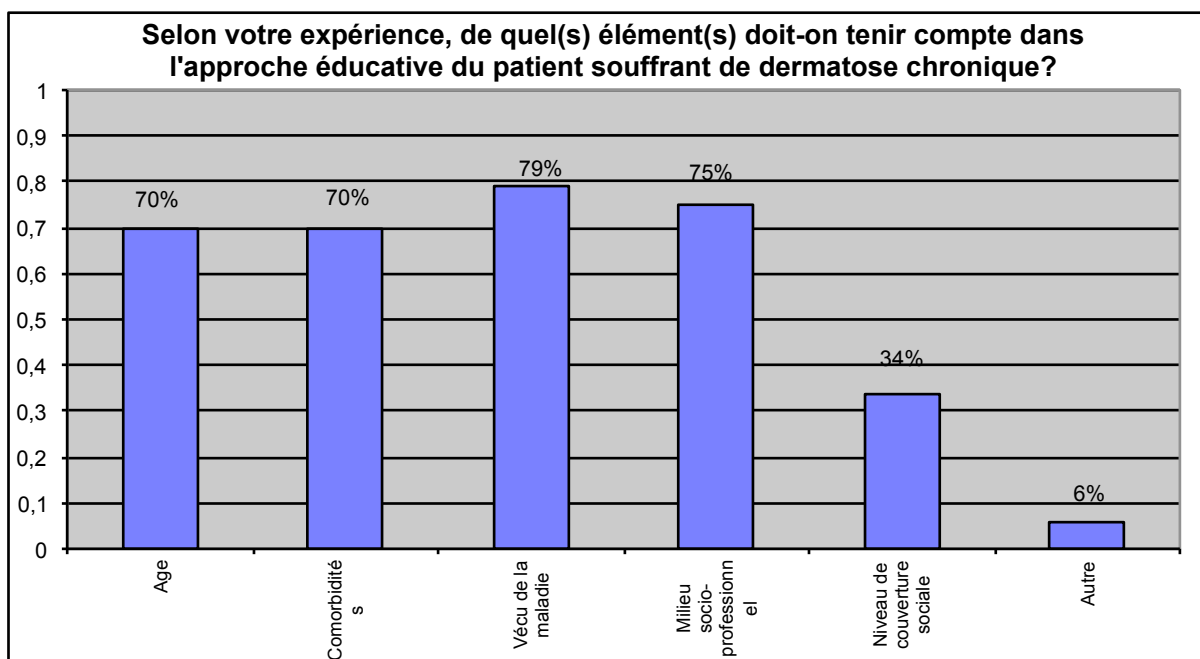
### Faire le diagnostic éducatif :

D'après l'expérience des médecins généralistes, le vécu de la maladie (**79%**), le milieu socio-professionnel (**75%**), l'âge (**70%**) et les comorbidités (**70%**) étaient les principaux éléments dont il fallait tenir compte dans l'approche éducative des patients souffrant de dermatose chronique. Ces 4 éléments ont quasiment été cités autant de fois, avec en tête le vécu de la maladie.

Seuls **34%** des médecins prenaient en compte le niveau de couverture sociale.

Parmi les **6%** considérant un autre élément, ont été cités : 5 fois les capacités cognitives du patient, 2 fois ses croyances, 2 fois sa demande (être rassurer sur la bénignité de la maladie, volonté d'être traité, demande éducative) et une fois le vécu de l'entourage, l'ancienneté de la maladie, la connaissance de la maladie et le niveau socio-culturel du patient.





**Figure 6** : fréquence de prise en compte des différents éléments du diagnostic éducatif par les médecins généralistes.

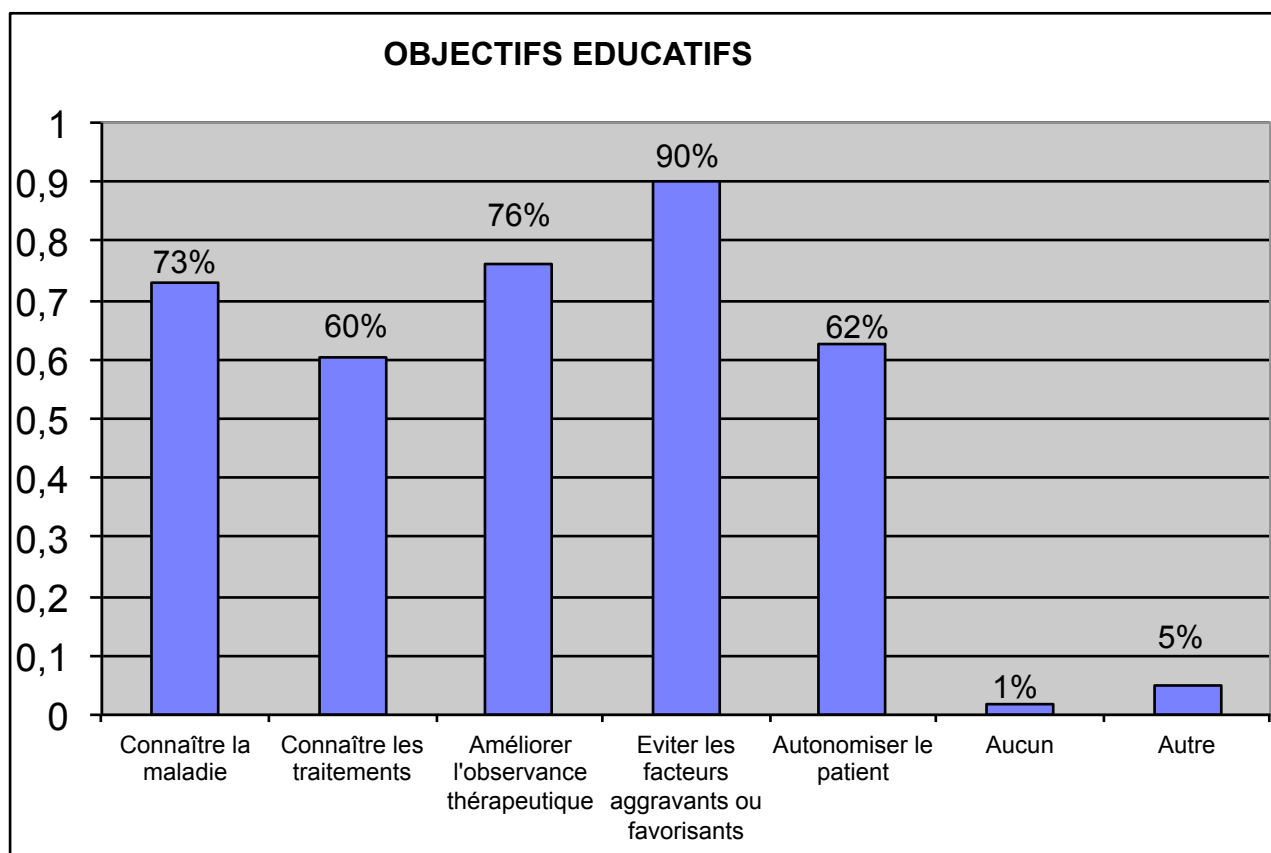
### Fixer des objectifs éducatifs :

L'objectif éducatif le plus fixé par les médecins généralistes avec leurs patients souffrant de dermatose chronique était : « Eviter les facteurs aggravants ou favorisants » (cité par **90%** d'entre-eux).

Venaient ensuite : « Améliorer l'observance thérapeutique » (**76%**) ; « Connaître la maladie » (**73%**) ; « autonomiser le patient aux soins » (**62%**) et enfin « connaître les traitements » (**60%**).

Seul **1%** déclarait ne pas fixer d'objectif éducatif.

Parmi les **5%** qui développaient d'autres objectifs, ont été cités : inclure la pathologie à l'état de santé global du patient, intégrer la maladie à son quotidien, fixer des objectifs d'hygiène de vie, fixer des objectifs diététiques, remettre à jour les conseils éducatifs une fois par an, connaître les signes qui doivent amener à reconsulter et lutter contre la corticophobie.



**Figure 7 : fréquence des objectifs éducatifs fixés en médecine générale.**

Evaluer :

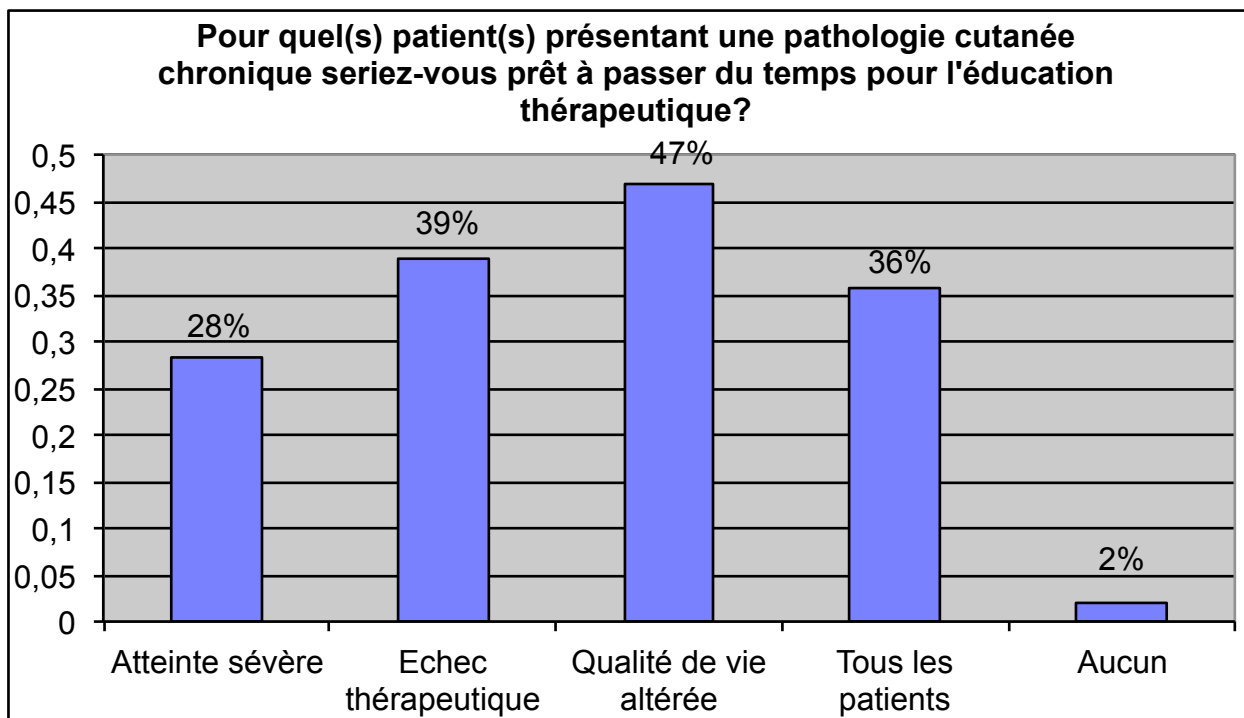
**79%** des médecins déclaraient évaluer l'impact de leur éducation lors de la consultation suivante.

### Patients concernés :

Les médecins généralistes étaient prêts à passer du temps, en priorité, pour l'éducation thérapeutique des patients dont la qualité de vie était fortement altérée (**47%**). Puis pour les patients en échec thérapeutique (**39%**) et ceux présentant une atteinte sévère (**28%**).

**Trente six pour cent** des médecins ont déclaré qu'ils seraient prêts à passer du temps pour l'éducation thérapeutique de l'ensemble des patients présentant une pathologie dermatologique chronique.

Seuls **2%** des médecins interrogés ne voulaient entreprendre cette démarche pour aucun patient.



**Figure 8** : patients souffrant d'une pathologie dermatologique chronique pour lesquels les médecins généralistes voudraient développer l'ETP en priorité.

### Visites à domicile :

Les visites à domicile étaient un atout utilisé par **46%** des médecins généralistes interrogés pour éduquer les patients à l'adaptation de leur environnement (facteurs aggravant ou favorisant la pathologie...).

### Patient présentant des besoins éducatifs importants :

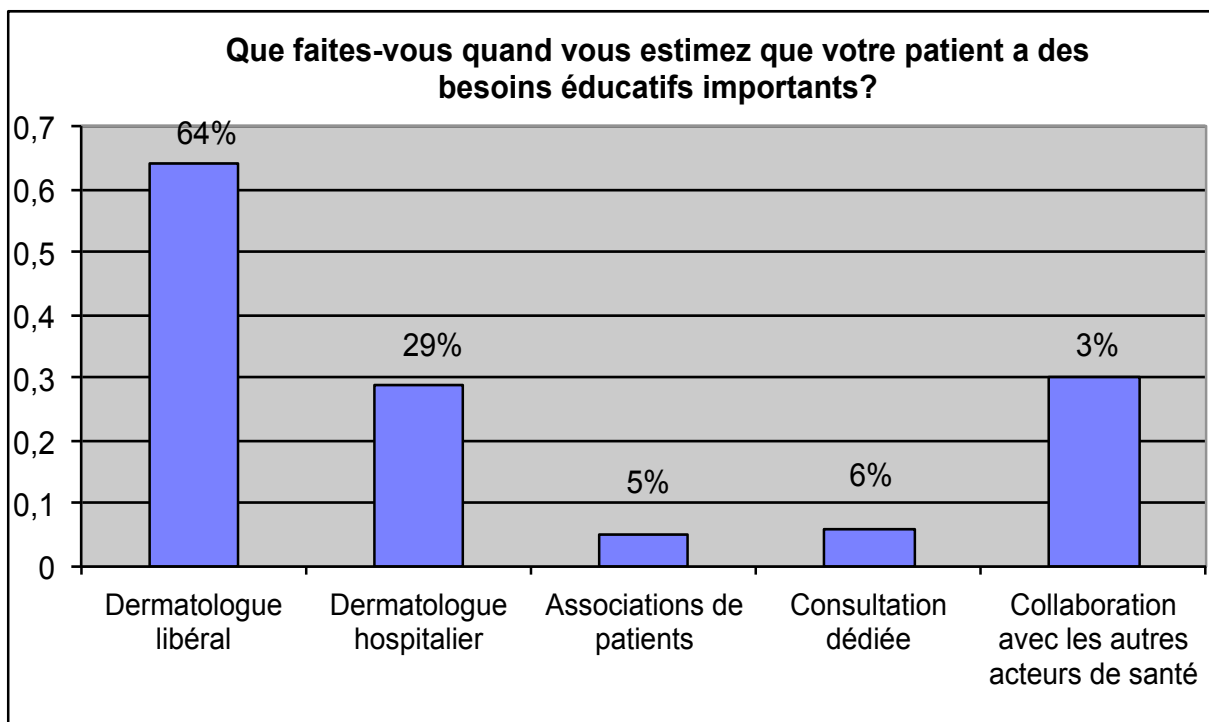
Lorsque les médecins généralistes estimaient que leurs patients avaient des besoins éducatifs très importants, leur premier recours était de les orienter vers un dermatologue libéral (**64%**).

Le dermatologue hospitalier était sollicité par **29%** d'entre eux.

**30%** déclaraient tout de même que l'une des solutions qu'ils pouvaient apporter était la mise en place d'un travail en collaboration avec les autres acteurs de santé (infirmière, diététicienne, tabacologue, psychologue...).

Seuls **6%** des médecins organisaient une consultation dédiée.

L'orientation vers les associations de patients était un recours utilisé que par **5%** d'entre-eux.



*Figure 9 : fréquence des recours utilisés par les médecins généralistes face à un patient présentant des besoins éducatifs importants.*

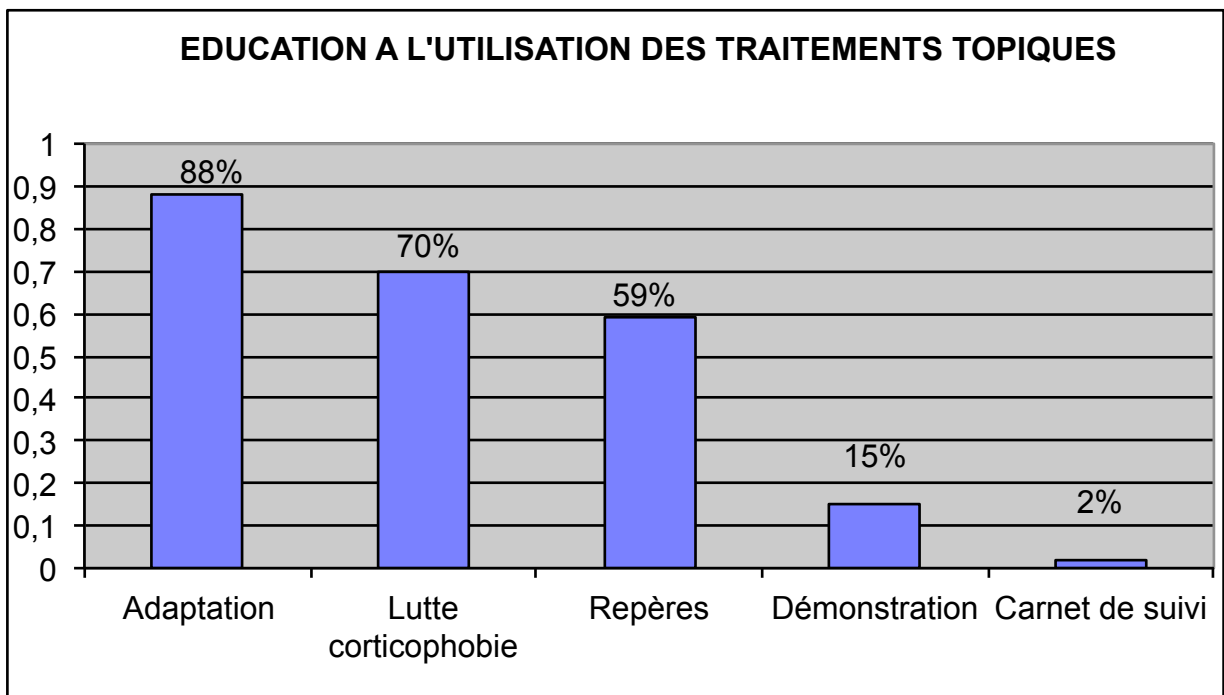
### Education à l'utilisation des traitements topiques :

Lorsque les médecins généralistes prescrivaient un traitement topique (dermocorticoïde, émollient...), ils éduquaient principalement leur patient sur 2 points :

- l'adaptation du traitement en fonction de l'état de la peau (**88%**)
- la lutte contre la corticophobie (**70%**)

Ils étaient **59%** à donner des repères sur la quantité à utiliser lors de chaque application.

Par contre, ils n'étaient que **15%** des médecins à déclarer faire une démonstration sur la méthode d'application et ils n'étaient que **2%** à remettre au patient un carnet de suivi.



**Figure 10** : fréquence des actes éducatifs effectués par les médecins généralistes concernant les traitements topiques.

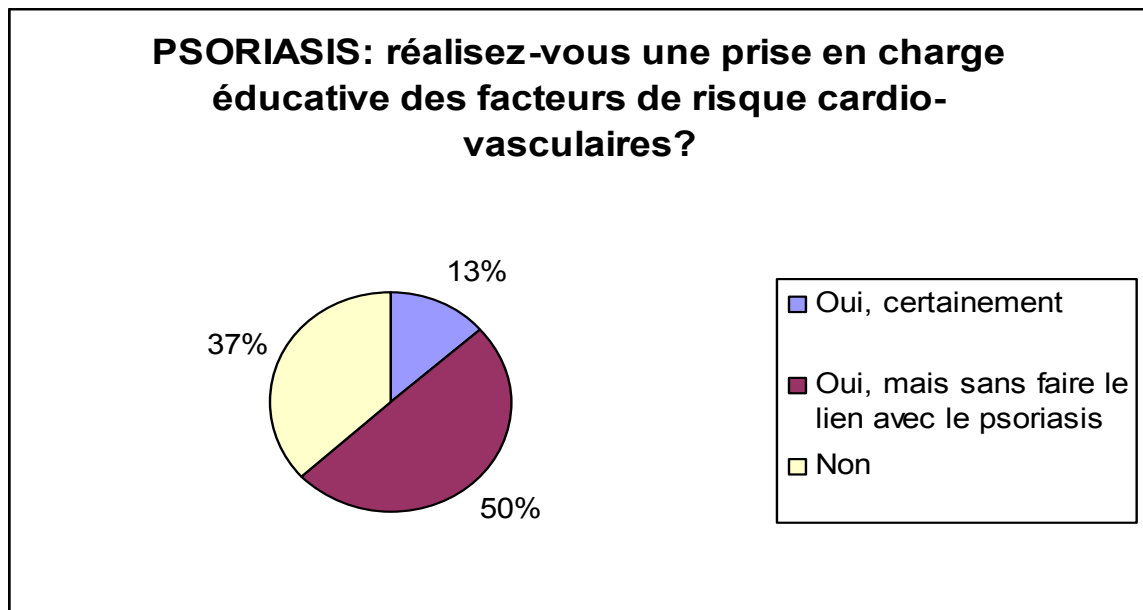
### III PATHOLOGIES CONCERNEES

#### Psoriasis :

**Cinquante pour cent** des médecins généralistes ayant participé à l'enquête réalisaient une prise en charge éducative des facteurs de risque cardio-vasculaire de leurs patients souffrant de psoriasis mais sans faire le lien physiopathologique avec la maladie.

Ils étaient **37%** à faire ce lien.

**Treize pour cent** des médecins n'éduquaient pas leurs patients sur ce point.

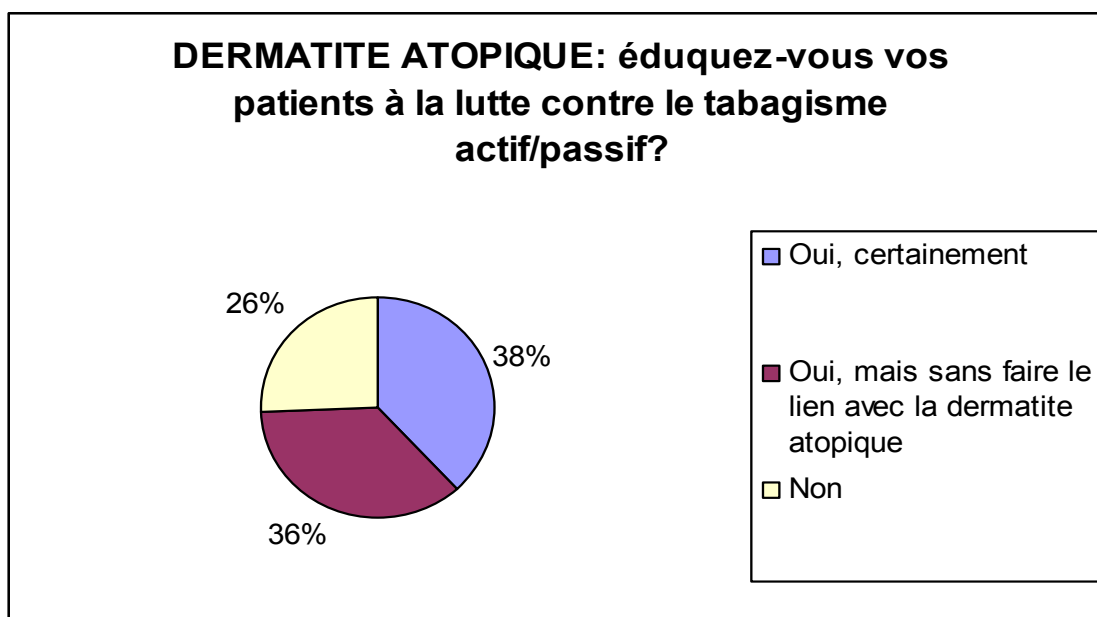


**Figure 11** : prise en charge éducative par les médecins généralistes des facteurs de risque cardio-vasculaire dans le psoriasis.

## Dermatite atopique :

Il existait environ la même proportion de médecins généralistes éduquant les patients à la lutte contre le tabagisme actif/passif en faisant le lien physiopathologique avec la dermatite atopique (**38%**), qu'en ne faisant pas le lien (**36%**).

**Vingt six pour cent** des médecins interrogés n'éduquaient pas les patients sur ce point.



**Figure 12 :** éducation à la lutte contre le tabagisme par les médecins généralistes dans la dermatite atopique.

**Quarante six pour cent** des médecins généralistes interrogés déclaraient apprendre à leurs patients à trouver des alternatives au grattage.



### Ulcères / Plaies chroniques :

La plupart des médecins interrogés (**96%**) éduquaient leurs patients sur l'intérêt de la contention pour la cicatrisation dans les ulcères veineux.

Ils n'étaient que **3%** à ne pas faire le lien entre contention et cicatrisation.

Seul **1%** des médecins ont répondu qu'ils n'éduquaient pas leurs patients sur ce point

## IV LES ATTENTES

### Principal obstacle au développement de l'ETP pour les dermatoses chroniques :

Selon les médecins généralistes interrogés, le principal obstacle au développement de l'ETP dans leur pratique quotidienne était le manque de temps (cité par **40%** d'entre-eux).

Ils ont ensuite cité : le manque de formation en ETP (**15%**), le manque d'outil à la disposition du généraliste (**13%**), l'absence de rémunération de l'acte éducatif (**12%**) et le manque de formation en dermatologie (**11%**).

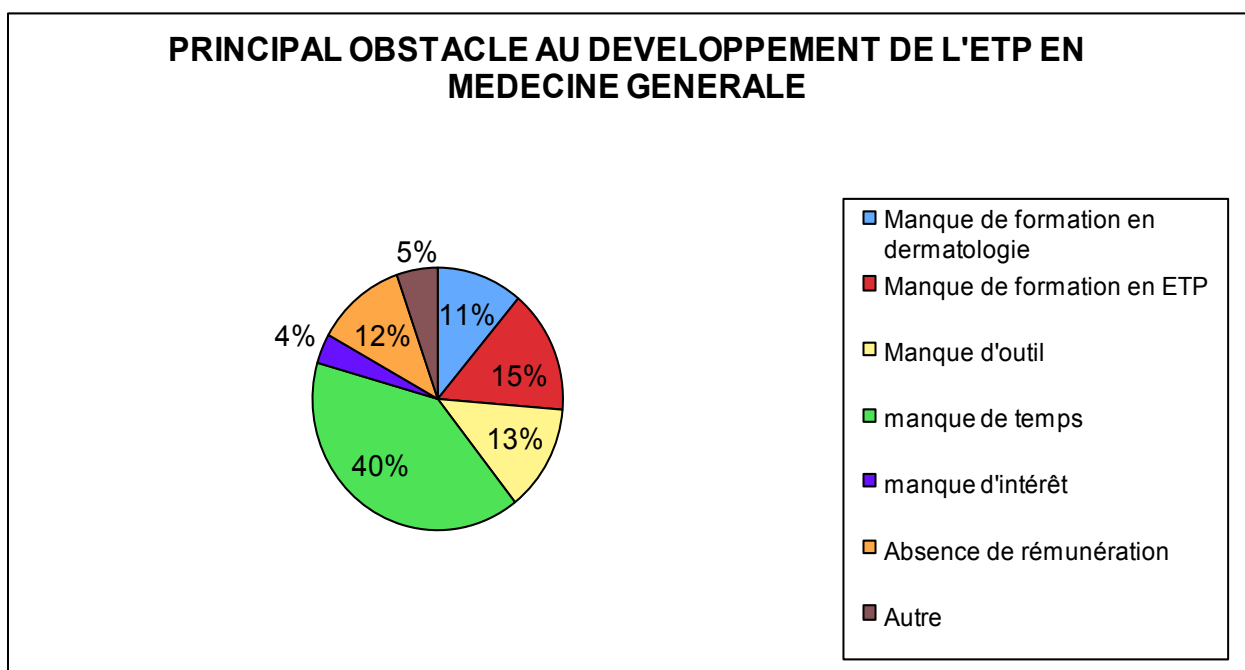
Seuls **4%** des médecins pensaient que le principal frein était leur manque d'intérêt pour la démarche.

Les autres réponses proposées (par **5%** des médecins) ont été :

- Le manque d'écoute des patients (cité 2 fois)
- Les difficultés à travailler en collaboration avec les autres acteurs de santé (cité 2 fois)
- L'organisation inadéquate du système de soin primaire (1 fois)
- Le besoin de modernisation de la pratique de la médecine générale (1 fois)

Pour un médecin, il n'existait pas d'obstacle. Pour un autre, toutes les propositions étaient des obstacles sans qu'un obstacle principal ne se dégage.

Deux médecins ont répondu « autre » sans précision.



**Figure 13 :** obstacles au développement de l'ETP pour les pathologies dermatologiques chroniques en médecine générale.

### Le besoin d'outil :

La plupart des médecins interrogés (**62%**) pensaient qu'un « questionnaire de diagnostic éducatif », adapté à la médecine générale, serait un outil intéressant pour eux.

A la question, quel(s) autre(s) type(s) d'outil pourrai(en)t vous être utile(s), 2 réponses ont été majoritairement citées par les médecins :

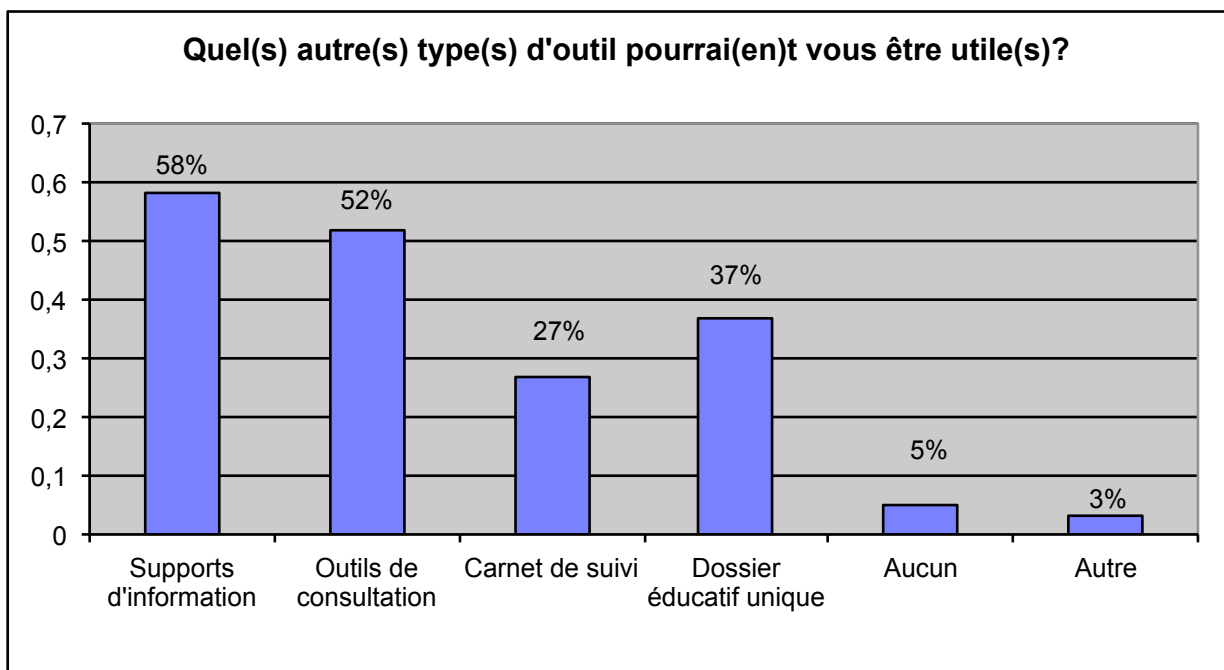
- Des supports d'information à remettre au patient (brochures...) (**58%**)
- Des outils pour faciliter l'explication de l'utilisation des traitements topiques en consultation (**32%**).

Ils étaient **37%** à penser qu'un dossier éducatif unique à partager entre les différents intervenants pourrait être utile et **27%** estimaient qu'un carnet de suivi était un outil intéressant.

En revanche, **5%** des médecins déclaraient qu'ils n'avaient pas besoin d'outil.

**Trois pour cent** proposaient d'autres réponses :

- Un dossier informatique à partager entre les différents acteurs de la prise en charge (cité 1 fois)
- Un support d'information pour le médecin sur les structures hospitalières existantes (1 fois)
- Un médecin précisait qu'il aurait besoin d'un outil non chronophage et un autre qu'il fallait absolument que cet outil soit adapté à la pratique en soin primaire.
- Un médecin répondait que « l'outil » le plus utile serait le développement des maisons de santé pluridisciplinaires.



**Figure 14** : le besoin d'outil d'ETP par les médecins généralistes.

### Implication dans le suivi des patients recevant des traitements systémiques ou d'exception :

Parmi les médecins interrogés, **65%** souhaitaient être plus impliqués dans le suivi éducatif des patients recevant des traitements systémiques ou d'exception prescrits par les dermatologues (tacrolimus ou ciclosporine dans la dermatite atopique, méthotrexate ou biothérapies dans le psoriasis).

### Structure d'éducation proposant des ateliers de groupe :

**Soixante quinze pour cent** des médecins généralistes pensaient qu'une structure d'éducation proposant des ateliers de groupe pouvait répondre aux attentes de certains de leurs patients.

### Participation à un réseau libéral d'ETP concernant les dermatoses chroniques :

**Trente huit pour cent** des médecins généralistes interrogés aimeraient intégrer un réseau libéral d'ETP pour les dermatoses chroniques si celui-ci se mettait en place dans leur région.

# DISCUSSION

L'étude visait à connaître les pratiques et les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge éducative des pathologies dermatologiques chroniques.

## **Taux de participation**

Le taux de participation de 63% est très important pour ce type d'étude. Le contact téléphonique préalable avec les médecins, les 2 supports proposés pour l'envoi et la réponse au questionnaire, ainsi que le renvoi facilité grâce à l'enveloppe affranchie fournie sont des facteurs importants. Le fait d'avoir contacté les médecins par téléphone constitue toutefois un biais de sélection.

## **Principale limite de l'étude**

La difficulté d'interroger de manière objective sur les pratiques est une des limites de cette étude. Cela conduit inévitablement à un biais d'interprétation de la part des médecins avec un décalage possible entre la représentation des pratiques et les pratiques réelles.

## **Echantillon représentatif**

L'échantillon de médecins généralistes ayant répondu à l'enquête est représentatif des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais et également conforme aux médecins généralistes français aux vues des caractéristiques obtenues pour 4 critères : l'âge, le sexe, le lieu et le mode d'exercice.

En effet, la classe d'âge la plus représentée est celle des 46-55 ans pour une

moyenne d'âge régionale et nationale de 50 ans (17) (18).

De plus, les médecins interrogés sont en majorité des hommes (71%) alors qu'ils représentent 66% des médecins généralistes dans la région (17) et 55% des médecins généralistes français (18).

La répartition par lieu d'exercice est également comparable à la répartition française (19) puisque 60% des médecins de notre échantillon pratiquent en zone urbaine contre 69% à l'échelle nationale (hors agglomération parisienne).

Les médecins de l'étude pratiquent essentiellement en libéral (91%). Leur mode d'exercice est similaire à celui des médecins français (19): 43% des médecins exercent seuls pour des chiffres nationaux à 45% des médecins généralistes libéraux.

### **Le manque de formation**

Les médecins généralistes sont peu formés à l'ETP : seuls 27% déclarent avoir reçu une formation. La plupart au cours de leur FMC (Formation Médicale Continue) : 75%. Cependant nous n'avons pas de précision quant au type de formation reçue (FMC, DU, formations certifiantes ...). Les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP sont déterminées par décret. Une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignement théorique et pratique est nécessaire à l'acquisition de ces compétences (décret n°2010-906 en date du 2 août 2010). De plus, la Haute Autorité de Santé préconise que l'ETP soit réalisée par des professionnels de santé formés à la démarche, c'est à dire aux techniques de communication et aux techniques pédagogiques qui permettent d'aider le patient à acquérir des compétences d'auto-soin et d'adaptation, ainsi qu'au travail en équipe et à la coordination des actions (3).

Or les médecins souhaitent être formés puisque 84% pensent que cette formation est ou serait « un plus » dans leur pratique. Parmi ceux ayant reçu une formation, seuls 2 médecins (4%) estiment que cela n'est pas un atout dans leur pratique. De plus le manque de formation en ETP a été cité au 2ème rang comme « obstacle principal au développement de l'éducation thérapeutique en Médecine Générale ».

Mais les médecins ont-ils la possibilité de se former ?

Concernant la formation continue, de nombreux organismes privés proposent des formations. C'est le cas, par exemple, de l'IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale) qui est une structure spécialisée en France dans la formation des soignants à l'éducation thérapeutique. Au sein des facultés, d'autres formations sont également disponibles. Par exemple, dans notre région, il existe un diplôme universitaire (DU) en « Education du patient ».

La plupart des formations proposées aux médecins généralistes sont axées sur une pathologie particulière (notamment le diabète). Il n'existe pas de formations spécifiques pour les pathologies dermatologiques s'adressant aux médecins généralistes.

L'ensemble de ces formations, qu'elles soient orientées ou non en Dermatologie, soulèvent plusieurs questions : A qui s'adressent-elles ? Sont-elles réservées à des professionnels déjà sensibilisés ? Sont-elles en adéquation avec les besoins des médecins généralistes et une pratique ambulatoire ? Le volume d'enseignement est-il compatible avec l'emploi du temps d'un médecin généraliste en activité ?

La réflexion doit donc porter sur le développement de formations en ETP adaptées à la pratique en médecine générale afin de répondre à cette attente des praticiens.



Au cours du cursus initial, la formation commence seulement à se mettre en place. L'ETP est dorénavant abordée dans les objectifs de formation pour les épreuves nationales classantes avec un item intitulé : « Élaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, ses croyances ».

### **La pratique des généralistes**

Concernant la Dermatologie, 50% des médecins généralistes ont déclaré faire de l'ETP pour les dermatoses chroniques. Devant la faible proportion de médecins formés à l'ETP, cela laisse penser que ce chiffre est surévalué. Il serait intéressant de connaître le nombre de médecins réalisant réellement de l'ETP en les différenciant de ceux délivrant juste de l'information. L'éducation est parfois confondue avec l'information et les conseils, que la majorité des médecins délivrent au cours d'une consultation. Or la différence est que l'ETP aboutit à un changement des comportements grâce aux compétences acquises. Cela illustre le fait que l'éducation thérapeutique est perçue de façon variable par les soignants. Une étude randomisée réalisée en Indre et Loire en 2006 auprès de médecins généralistes montre la vision incomplète qu'ils ont de l'ETP : souvent définie comme un enseignement concernant majoritairement le savoir et plus rarement le savoir-faire (20).

L'analyse des questions concernant la démarche éducative, montre toutefois que dans leur démarche, les médecins généralistes sont proches des recommandations de la HAS sur la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique (3).

En effet, ils prennent en compte le patient dans sa globalité pour établir un diagnostic éducatif : parmi les réponses proposées, le vécu de la maladie est l'élément le plus cité (79%) suivi de près par le milieu socio-professionnel, les comorbidités et l'âge. Le niveau de couverture sociale a été moins cité (34%). Il paraît important de souligner ce chiffre car dans la prise en charge des maladies dermatologiques, le coût de certains traitements, notamment les topiques (crèmes émoullientes, préparations...) n'est pas remboursé par l'assurance maladie. Dans le contexte actuel, c'est un élément que les médecins vont devoir de plus en plus prendre en compte.

Ensuite, la majorité des médecins généralistes ont déclaré fixer des objectifs éducatifs (99%) et évaluer l'impact de leur éducation (79%) lors de la consultation suivante.

Donc malgré le faible taux de formation en ETP, l'expérience et la pratique des médecins généralistes leur permet d'avoir une démarche éducative intuitive, proche de celle proposée dans les recommandations plutôt destinées aux structures hospitalières (3) et allant dans le sens de la démarche utilisée dans les études ayant montré leur intérêt dans la prise en charge des maladies dermatologiques (10).

De plus, ils utilisent des atouts qui leurs sont propres, notamment les visites à domicile pour presque la moitié des médecins interrogés (46%). Les visites peuvent être l'occasion d'éduquer le patient sur l'adaptation de son environnement mais également d'aller à la rencontre de patients peu mobilisables (par exemple les patients présentant des plaies chroniques des membres inférieurs).

Les médecins interrogés sont 80% à déclarer pratiquer l'ETP aussi bien pour les adultes que les enfants. Ceci est également un de leurs atouts en tant que

« médecins de famille ». Cela montre aussi que leur vision de l'ETP est éloignée d'une vision « scolaire » de l'éducation où les enfants seraient l'unique cible.

L'ETP devrait s'envisager pour l'ensemble des patients souffrant d'une maladie chronique. Cependant, pour l'instant, les structures de part leur taille et leur mode de fonctionnement ont tendance à proposer l'ETP pour certains patients en priorité.

La question a été posée aux médecins généralistes et ils sont 47% à être prêts à passer du temps en priorité pour l'ETP des patients dont la qualité de vie est fortement altérée. Or améliorer la qualité de vie du patient correspond au but ultime de l'ETP. Les médecins interrogés sont 36% à vouloir entreprendre cette démarche pour l'ensemble des patients. Ainsi, les médecins généralistes pourraient élargir l'offre de soin en éducation thérapeutique en ne se limitant pas aux patients présentant une atteinte sévère qui sont la cible des structures spécialisées.

Les plaies chroniques et la dermatite atopique sont les deux pathologies pour lesquelles la pratique de l'ETP est la plus courante en Médecine Générale : respectivement 82% et 79% des médecins interrogés. C'est également pour ces deux pathologies que les médecins ne pratiquant pas l'ETP voudraient développer cette démarche en priorité : respectivement 43% et 40%. Cela correspond aux dermatoses chroniques les plus rencontrées dans la pratique des médecins généralistes du fait d'une part de la prévalence de l'atopie dans la population générale (15 à 30% des enfants et 2 à 10% des adultes dans les pays industrialisés) (6) et du fait d'autre part du vieillissement de la population avec une prévalence des ulcères pouvant aller jusqu'à 1,5% des plus de 60 ans (21).

La proportion de médecins généralistes éduquant leurs patients à la lutte contre le tabagisme actif/passif en faisant le lien physiopathologique avec la dermatite atopique (38%) est similaire à celle des médecins ne faisant pas ce lien (36%). L'association entre l'exposition au tabac et le développement des maladies respiratoires, notamment l'asthme, est peut-être un argument qui est privilégié par les médecins. Cependant, la relation spécifique entre l'inflammation cutanée de la dermatite atopique et le tabac a également été démontrée dans plusieurs études. En 2004, U. KRÄMER et al. ont montré que la prévalence de la dermatite atopique chez l'enfant était significativement associée à l'exposition à la fumée de cigarette (OR= 1,97 et IC 95% 1,23-3,16), surtout lorsqu'il existait un terrain familial d'atopie (22).

Les médecins généralistes interrogés ne sont que 37% à réaliser une prise en charge éducative des facteurs de risque cardio-vasculaire chez leur patient atteint de psoriasis en faisant le lien avec la maladie.

Des données récentes considèrent que le psoriasis, bien au delà de la peau, doit être considéré comme une pathologie systémique chronique (23). L'inflammation chronique qui caractérise le psoriasis jouerait un rôle important dans la pathogénie de nombreuses maladies métaboliques et vasculaires. Ainsi plusieurs enquêtes épidémiologiques ont montré que les patients atteints de psoriasis avaient un risque accru de comorbidités telles que le diabète, l'HTA, l'obésité et la dyslipidémie (24) (25). La prise en charge éducative de ces différentes comorbidités a fait ses preuves individuellement. Par exemple, dans le diabète de type 2, la méta-analyse de la Cochrane collaboration réalisée en 2005 permet de conclure à une amélioration significative du taux d'hémoglobine glyquée après

ETP (26).

De plus la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire est logiquement plus dans le champ d'action du médecin généraliste que du dermatologue. Le médecin généraliste est donc plus à même d'entreprendre l'ETP dans ce domaine. Bien que la prévalence du psoriasis soit importante : 1,5 à 3% de la population générale en Europe du Nord (27), la prise en charge des comorbidités n'est pas toujours systématique à l'heure actuelle. Dans le cadre du développement de l'ETP en dermatologie, ce point constitue un axe de travail à mettre en place avec les généralistes.

Pour les plaies chroniques, la réalisation de l'ETP en relation avec la pathologie dermatologique est quasi-systématique : 96% des médecins interrogés éduquent leurs patients sur l'intérêt de la contention veineuse pour la cicatrisation des ulcères veineux. Cela rejoint le fait qu'il s'agisse d'une pathologie à forte prévalence pour laquelle l'expérience des médecins généralistes est importante.

L'une des spécificités de la Dermatologie est l'utilisation de traitements locaux. Ils posent le problème de l'observance thérapeutique. Bien que son évaluation soit complexe car difficilement objective, l'observance thérapeutique est estimée au maximum entre 30 et 60% en dermatologie (28), avec parfois des chiffres beaucoup moins importants suivant les études.

La corticophobie définie comme « une crainte vis-à-vis des dermocorticoïdes », très fréquente en pratique dans la prise en charge des maladies cutanées inflammatoires, en est l'une des raisons principales. La corrélation entre l'intensité de la corticophobie et la faible adhésion au traitement a été montrée dans une

étude française réalisée en 2011 par Aubert et al. (29). L'ETP est un moyen de lutter contre la corticophobie. En 1990, Broberg et al. ont montré dans une étude ouverte randomisée et contrôlée une augmentation de la consommation de dermocorticoïdes, corrélée à une diminution significative du score de gravité de la dermatite atopique après éducation thérapeutique par rapport à un groupe contrôle (30). Les médecins généralistes semblent sensibilisés à ce problème puisque 70% déclarent éduquer leur patient à ce sujet.

Ensuite, la complexité d'utilisation des traitements locaux : modalités d'application, reconnaissance des zones à traiter, évaluation de la quantité à utiliser, intervient également de façon importante dans l'adhésion thérapeutique. Les médecins généralistes sont conscients de cette particularité des traitements en Dermatologie : 88% éduquent leurs patients à l'adaptation du traitement en fonction de l'état de la peau et 59% donnent des repères sur la quantité à utiliser lors de chaque application. Par contre, seuls 15% des médecins font une démonstration. Probablement en raison du temps limité de la consultation. Ils ne sont que 2% à remettre un carnet de suivi. Peut-être en raison du manque d'outil à leur disposition en Médecine Générale. Le carnet de suivi paraît intéressant lors de l'étape « d'évaluation » de l'ETP en tant qu'outil permettant de juger de l'adhésion du patient : l'application a-t-elle été régulière ? Combien de tubes ont été utilisés ? Cela nécessite bien entendu la coopération du patient.

Les médecins généralistes pratiquant l'ETP pour les pathologies dermatologiques le font majoritairement seuls : 87% pour la dermatite atopique, 65% pour le psoriasis et 65% pour les ulcères veineux. Cette constatation mène à discussion : est-ce en raison du manque de structure dans la région ? Est-ce que les autres

partenaires de leur réseau ambulatoire sont sensibilisés à l'ETP (infirmiers, pharmaciens...)?

Les pathologies pour lesquelles le recours à une structure hospitalière est le plus utilisé (20%) sont les plaies chroniques. Cela correspond en effet aux structures les plus développées dans la région (plateau technique du service de Dermatologie du CHRU de Lille, service de Dermatologie de l'hôpital Saint-Vincent à Lille et la plupart des hôpitaux de périphérie possédant une unité de Dermatologie).

Il manque des informations dans les résultats concernant les références des médecins sur ces différentes structures hospitalières dans lesquelles ils adressent leurs patients. Dans le but de ne pas alourdir le questionnaire, il ne leur a pas été demandé de préciser ces structures. A posteriori, cela aurait été intéressant de savoir vers quels hôpitaux de la région les médecins généralistes adressent leurs patients : s'agit-il de structures fonctionnelles d'ETP ou de l'hôpital de proximité dans lequel ils espèrent qu'une démarche d'ETP pourra être entreprise ?

D'autant plus qu'ils ne sont que 9% à déclarer connaître les structures d'ETP existantes en Dermatologie dans la région. Ce résultat montre que la communication autour de ces structures est probablement insuffisante auprès des médecins généralistes et qu'il faudrait la développer. D'ailleurs, un des médecins interrogés évoque la création d'un support d'information sur les structures hospitalières existantes comme « outil » à mettre à disposition des médecins généralistes. Dans son rapport de novembre 2009, le Haut Conseil de Santé Publique va dans ce sens en proposant d'établir un annuaire régional des ressources en éducation thérapeutique, pour que les médecins puissent connaître les structures et y accéder plus facilement (14).

## **Attentes des généralistes**

### *1/ Développement du travail en réseau*

Alors que les médecins généralistes déclarent en majorité pratiquer l'ETP seuls, lorsqu'un patient présentant une pathologie dermatologique chronique a des besoins éducatifs importants (la définition de « besoins éducatifs importants » a été laissée au libre arbitre du médecin généraliste) ils sont alors 64% à orienter le patient vers un dermatologue libéral qui est donc leur premier interlocuteur et 29% à l'orienter vers un dermatologue hospitalier. La différence entre ces deux chiffres s'explique probablement par la différence en offre de soin dans la région entre dermatologues libéraux et hospitaliers. Les dermatologues exerçant à l'hôpital publique ne représentent que 14,5% des dermatologues de la région, soit 27 praticiens sur les 185 que comptent le Nord-Pas-de-Calais, d'après les chiffres de la DREES publiés au 1<sup>er</sup> janvier 2012 (19).

Les médecins généralistes sont également 30% à mettre en place un travail en collaboration avec les autres acteurs de santé (infirmier, diététicienne, tabacologue, psychologue...). Ainsi, le travail en réseau semble être un recours plébiscité par les généralistes bien que celui-ci ne soit pour l'instant pas formalisé.

Le réseau libéral est une des solutions qui peut être envisagée. Seuls 38% des médecins généralistes interrogés seraient prêts à intégrer un tel réseau.

En l'état actuel du développement de l'ETP en Dermatologie dans la région, un réseau ville-hôpital est peut être une piste à privilégier dans un premier temps.

Une structure proposant des ateliers de groupe dans laquelle les médecins généralistes pourraient adresser leurs patients est une ressource supplémentaire qui correspond aux attentes de 75% des généralistes. Une réflexion doit donc être menée entre les structures hospitalières et les médecins généralistes afin de



déterminer qui sont les patients qui doivent être adressés et selon quelles modalités en pratique.

Une autre réponse montre que les médecins généralistes sont en attente d'un développement du travail en coopération avec leurs confrères spécialistes : ils sont 65% à souhaiter être plus impliqués dans le suivi éducatif des patients recevant des traitements systémiques ou d'exception prescrits par les dermatologues. Ces traitements nécessitent en effet un suivi rapproché avec une éducation du patient sur leur utilisation, la connaissance de leurs effets indésirables et les effets attendus.

Cette implication des médecins généralistes sous-entend qu'ils soient compétents dans cette prise en charge : une formation pourrait leur être proposée et des fiches d'information pourraient leur être remises lorsqu'un traitement de ce type est instauré chez l'un de leurs patients.

## *2/ Développement d'outil adapté à la médecine générale*

D'après l'expérience de l'unité de Dermatologie pédiatrique du CHU de Bordeaux en ETP dans la dermatite atopique, il est nécessaire de compléter l'éducation faite au contact du praticien par d'autres moyens de communication comme des fiches de conseils ou des vidéos (31). Une étude allemande a confirmé l'intérêt d'un enseignement vidéo complémentaire pour des mères d'enfants atteints de dermatite atopique. Elle montrait une diminution significative de la sévérité de la maladie et de l'impact psychologique sur les mères (32). Ces constatations suggèrent que pour que l'ETP se développe, des outils adaptés à la pratique des médecins généralistes doivent être mis à leur disposition. Cela correspond à une

de leurs attentes puisque le manque d'outil est cité au troisième rang (13%) comme obstacle principal au développement de l'ETP. Des supports d'information à remettre au patient seraient utiles pour 58% des médecins interrogés et des outils pour faciliter l'explication des traitements topiques pour 52% d'entre eux. Or ces outils existent dans les structures hospitalières. La réflexion doit donc porter sur leur adaptation à la médecine de ville et sur leur diffusion.

Les médecins généralistes sont assez réticents au développement d'un carnet de suivi ou d'un dossier éducatif unique. Ces outils semblent utiles seulement pour respectivement 27% et 37% des médecins interrogés. La crainte d'un « outil chronophage » qu'il faudra consulter et remplir lors de chaque consultation, s'ajoutant à la rédaction du dossier médical et des prescriptions, est sans doute un élément en cause.

Une question spécifique portait sur la pertinence d'un outil de « questionnaire de diagnostic éducatif ». Le diagnostic éducatif est une étape primordiale de l'ETP. Les recommandations de la HAS en font la première étape de tout programme personnalisé d'éducation thérapeutique (3) . Or il s'agit d'une étape délicate qui ne doit pas être confondue avec le diagnostic médical. Son but est d'aider le patient à exprimer son vécu de la maladie, ses connaissances et ses croyances, d'évaluer ses compétences et d'identifier ses besoins. La partie biomédicale de l'interrogatoire doit donc être enrichie d'une dimension psycho-affective et motivationnelle (quel est le projet du patient susceptible de le motiver à apprendre et à mettre en œuvre ce qu'il aura appris ? Quels sont les facteurs favorisant ou limitant son apprentissage ?). Ce bilan éducatif aboutit à la définition d'objectifs éducatifs en partenariat avec le patient. Ce bilan n'est pas figé dans le temps : il doit être actualisé régulièrement et systématiquement lors de tout événement

nouveau.

Les médecins interrogés sont 62% à penser qu'un questionnaire de diagnostic éducatif adapté à la Médecine Générale pourrait les aider dans leur pratique. Un tel outil, unique pour toutes les pathologies dermatologiques, pourrait être testé auprès de médecins volontaires.

### **Le manque de temps : principal obstacle**

D'après les médecins généralistes interrogés, le principal obstacle au développement de l'ETP dans leur pratique est, loin devant les autres propositions, le manque de temps, cité par 40% d'entre eux. Dans une étude réalisée en 2010 sur la pratique de l'éducation thérapeutique (toutes pathologies confondues) par les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées : 71,4% des médecins ont cités en premier le manque de temps comme frein au développement de l'éducation thérapeutique (33). Cela n'est donc pas spécifique des pathologies dermatologiques.

Il est vrai qu'il s'agit d'un obstacle incontournable à court terme : la démarche d'ETP nécessite un investissement en temps de la part du praticien. Cependant, une éducation bien intégrée à la prise en charge du patient laisse supposer qu'à long terme elle en fasse gagner. C'est un élément sur lequel l'efficacité de l'ETP devra être évaluée.

Cet investissement en temps sous-entend une modification du mode d'exercice qui n'est envisageable que si des financements adaptés sont créés. A l'heure actuelle, aucun financement pérenne n'existe et le paiement à l'acte ne favorise pas le développement de l'ETP par les médecins généralistes.

Bien que cette valorisation financière semble nécessaire, elle n'est pas considérée comme un problème majeur par les médecins interrogés : seuls 11% considèrent que l'absence de rémunération de l'acte éducatif est le principal obstacle au développement de l'ETP pour les pathologies dermatologiques.

# CONCLUSION

L'ETP a montré son intérêt dans la prise en charge des pathologies dermatologiques chroniques. Cette démarche s'est développée dans les structures hospitalières mais tarde à se mettre en place en ambulatoire. Pourtant cette étude montre qu'une activité d'ETP se pratique de façon non formalisée par les médecins généralistes.

La plupart des médecins généralistes considèrent mettre en œuvre de l'éducation thérapeutique pour les pathologies dermatologiques chroniques dans leur pratique courante. Ceci, qu'ils soient formés ou non à la démarche. Leur pratique est donc essentiellement basée sur leur expérience personnelle. Ils privilégient les pathologies pour lesquelles la prévalence est forte en Médecine Générale et sont sensibilisés aux spécificités de la Dermatologie.

Le principal frein au développement de l'ETP exprimés par les médecins généralistes est le manque de temps. Une meilleure coopération avec les structures hospitalières semble également nécessaire.

Il ressort de cette étude que les attentes des médecins généralistes sont semblables aux données de la littérature concernant l'ETP pour les autres pathologies (33) (34), à savoir : une formation adaptée, la création d'outils, le développement du travail en réseau et à un niveau moindre une valorisation financière.

Devant le succès des réseaux ambulatoires ou ville-hôpital, notamment dans le domaine de la diabétologie ou de l'asthme, pourtant confrontés aux mêmes obstacles, la pratique de l'ETP pour les pathologies dermatologiques en ambulatoire paraît réalisable. Le médecin généraliste, en tant que praticien de premiers recours et par son rôle de coordinateur des soins en est un acteur essentiel. Ce développement devra bénéficier de l'élan et de l'appui des structures hospitalières.

Les résultats de cette étude pourraient servir de support à l'élaboration d'une stratégie de développement local de l'éducation thérapeutique pour les pathologies dermatologiques en Médecine Générale.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rapport de l'OMS. Therapeutic Patient Education - Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Chronic Disease. 1996 traduit en français en 1998.
2. Loi n ° 2009-879 du 21 juillet 2009. Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (JORF n°0167 du 22/07/2009).
3. Haute Autorité de Santé - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. Consultable depuis: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_601788/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601788/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques) Consulté le 6 mars 2012.
4. D'Ivernois J, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. 3ème éd. Paris: Maloine; 2008.
5. Stalder J-F. L'éducation thérapeutique: un enjeu majeur en dermatologie. Ann Dermatol Venereol 2005;132:111-3.
6. Bieber T. Atopic dermatitis. N Engl J Med 2008;358:1483-94.
7. Conférence de consensus. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. Ann Dermatol Venereol 2005;132:19-33.
8. Barbarot S, Gagnayre R, Bernier C, Chavigny J-M, Chiaverini C, Lacour J-P, et al. Dermatite atopique: un référentiel d'éducation du malade. Ann Dermatol Venereol 2007;134:121-7.
9. Diepgen TL, Fartasch M, Ring J, Scheewe S, Staab D, Szccepanski R, et al. [Education programs on atopic eczema. Design and first results of the German Randomized Intervention Multicenter Study]. Hautarzt 2003;54:946-51.
10. Chavigny J.M, Adiceom F, Bernier C, Debons M, Stalder JF. « Ecole de l'atopie », évaluation d'une expérience d'éducation thérapeutique chez 40 malades. Ann Dermatol Venereol 2002 ;129 :1003-7.

11. Severity scoring of atopic dermatitis : the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis Dermatology 1993 ;186 :23-31.
12. Balica S, Bernier C, Mazereeuw-Hautier J, Chiaverini C, Bulai-Livideanu C, Lahfa M, et al. Élaboration d'un référentiel d'éducation thérapeutique dans le psoriasis. Ann Dermatol Venereol 2011;138:337-53.
13. 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 Venereol 2012;26:1038-9.
14. Haut Conseil de Santé Publique. Rapport sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. Novembre 2009. Consultable depuis: [http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112\\_edthsoppre.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoppre.pdf) Consulté le 12 avril 2012.
15. Société Française de Santé Publique. 10 recommandations pour le développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient en France. Juin 2008. Consultable depuis: <http://www.sfsp.fr/activites/file/RecoETPV12.pdf> Consulté le 12 avril 2012.
16. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la médecine générale. 2010. Consultable depuis: <http://omg.sfm.org> Consulté le 10 juillet 2011.
17. Le Breton Lerouillois G. Démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Nord Pas-de-calais-Situation au 1er juin 2011. Consultable depuis: <http://www.conseil-national.medecin.fr> Consulté le 10 juillet 2012.
18. Legmann M. Atlas de la démographie médicale en France-Situation au 1er janvier 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Consultable depuis: <http://www.conseil-national.medecin.fr> Consulté le 10 juillet 2012.
19. Sicart D. Publication de la DREES- Document de travail- Les médecins au 1er janvier 2012. Février 2012. Consultable depuis: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat167-3.pdf> Consulté le 10 juillet 2012.
20. Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale: une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine 2007;3:229-34.



21. Baker SR, Stacey MC, Jopp-McKay AG, Hoskin SE, Thompson PJ. Epidemiology of chronic venous ulcers. *Br J Surg* 1991;78:864-7.
22. Krämer U, Lemmen CH, Behrendt H, Link E, Schäfer T, Gostomzyk J, et al. The effect of environmental tobacco smoke on eczema and allergic sensitization in children. *Br J Dermatol* 2004;150:111-8.
23. Alexandroff A.B, Pauriah M, Camp R.D, Lang C.C, Struthers A.D, Amstrong D.J. More than skin deep: atherosclerosis as a systemic manifestation of psoriasis. *Br J Dermatol* 2009;161:1-7.
24. Gisondi P, Tessari G, Conti A, Piaserico S, Schianchi S, Peserico A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Br J Dermatol* 2007;157:68-73.
25. Gottlieb AB, Dann F. Comorbidities in patients with psoriasis. *Am J Med* 2009;122:1150 e1151-9.
26. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;18:CD003417.
27. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007;370:263-71.
28. Gupta G, Mallefet P, Kress DW, Sergeant A. Adherence to topical dermatological therapy: lessons from oral drug treatment. *Br J Dermatol* 2009;161:221-7.
29. Aubert-wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, Fontenoy AM, Nguyen JM, Leux C, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *Br J Dermatol* 2011;165:808-14.
30. Broberg T, Kalimo K, Lindblad B, Swanbeck G. Parental education in the treatment of childhood atopic eczema. *Acta Derm Venereol* 1990;70:495-9.
31. Boyé T, Boralevi F, Buzenet C, Labrèze C, Taïeb A. Education et dermatite atopique. L'expérience de l'unité de dermatologie pédiatrique du CHU de Bordeaux. *Ann Dermatol Venereol* 2003;130/285-9.
32. Niebel G, Kallweit C, Lange I, Fölster-Holst R. [Direct versus video-aided parent education in atopic eczema in childhood as a supplement to specialty physician treatment. A controlled pilot study]. *Hautarzt* 2000;51:401-11.

33. URML Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Juin 2010. Consultable depuis: <http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf> Consulté le 26 juillet 2012.

34. Thelusme L. Que peuvent apporter les médecins généralistes de la Somme à l'éducation thérapeutique du patient? Med; université de Picardie: 2010.

# ANNEXE 1 : SCORAD

Le SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) est un outil de référence pour le suivi et l'évaluation de la dermatite atopique. Il est rédigé par le médecin à chaque consultation afin de suivre l'évolution de la pathologie. Il a été mis au point par un groupe d'experts Européens et publié dans « Dermatology » en 1993 (11).

(version traduite)

**SCORAD**  
**EUROPEAN TASK FORCE**  
**DERMATITE ATOPIQUE**

Nom  Prénom

Date de Naissance  /  /

Date de Visite  /  /

**Steroïde local utilisé :**

Puissance (marque)

Quantité/mois  (G)

Nombre de poussées/ mois

(8,5)

(8,5)

Chiffres entre parenthèses pour enfants de moins de 2 ans

**A : ETENDUE** (Indiquer les zones atteintes)

**B : INTENSITE**

CRITERE	INTENSITE
Erythème	
Oedème/papule	
Lésions suintantes ou croûteuses	
Excoriations	
Lichenification	
Secheresse cutanée*	

**METHODE DE CALCUL**

CRITÈRES D'INTENSITÉ (surface représentative moyenne)

0 = absent  
1 = bénin  
2 = modéré  
3 = sévère

\*La secheresse cutanée est évaluée sur des zones saines

**C : SYMPTÔMES SUBJECTIFS PRURIT + PERTE DE SOMMEIL**

**SCORAD  $A/5 + 7B/2 + C$**

**Echelle analogique visuelle (moyenne des 3 derniers jours ou nuits)**

Prurit (0 à 10)   10

Perte de sommeil (0 à 10)   10

**TRAITEMENT :**

**OBSERVATIONS :**

## ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE - VERSION PAPIER

### QUESTIONNAIRE: EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LES DERMATOSES CHRONIQUES

Docteur,

Merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire. Il est strictement confidentiel. Il a pour but de connaître vos pratiques et vos attentes en éducation thérapeutique, concernant les pathologies dermatologiques chroniques rencontrées en médecine générale (notamment la dermatite atopique, le psoriasis et les plaies chroniques).

Votre réponse est importante pour la réalisation de mon travail de thèse.

Cordialement,

Céline ROUSSEL (interne en médecine générale)

#### I INTRODUCTION

##### 1. Quel est votre profil?

- ♣ Tranche d'âge:  25-35 ans  35-45 ans  45-55 ans  55-65 ans  
♣ Sexe:  homme  femme

##### 2. Quelle est votre pratique ?

- urbaine  semi-urbaine  rurale  
 seul(e)  en cabinet de groupe  en maison médicale  salariée  
 autre :.....

##### 3. Avez-vous déjà reçu une formation dans le domaine de l'éducation thérapeutique (ETP)?

- Oui  
 Non

• Si OUI, c'était à l'occasion de:

- Votre formation initiale  
 Votre formation continue

##### 4. Pensez-vous que cette formation est ou serait « un plus » dans votre pratique quotidienne?

- Oui  
 Non

##### 5. Pratiquez-vous l'ETP pour les dermatoses suivantes ?

Si OUI, précisez dans quel cadre.

	Non	Structure hospitalière	Seul(e)	Réseau ambulatoire
Dermatite atopique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psoriasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plaies chroniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

• **Si OUI, pour qui ?**

- Enfants
- Adultes
- Les deux

**Si NON, quelle est LA PATHOLOGIE (en fonction de votre pratique) pour laquelle vous souhaiteriez développer, en priorité, cette démarche ? (une seule réponse possible)**

- Dermatite atopique
- Psoriasis
- Ulcères, plaies chroniques
- Autre : .....

▲ **Pour qui ?**

- Enfants
- Adultes
- Les deux

**6. Connaissez-vous des structures d'ETP en dermatologie dans votre région ?**

- Oui
- Non

## II VOTRE DEMARCHE EDUCATIVE

**7. Faire le diagnostic éducatif :**

**Selon votre expérience, de quel(s) élément(s) doit-on tenir compte dans l'approche éducatif du patient souffrant de dermatose chronique ? (plusieurs réponses possibles)**

- Son âge
- Ses comorbidités
- Son vécu de la maladie
- Son milieu socio-professionnel
- Son niveau de couverture sociale
- Autre : .....

**8. Fixer des objectifs éducatifs :**

**Quel(s) objectif(s) éducatif(s) développez-vous avec vos patients souffrant de dermatose chronique ? (plusieurs réponses possibles)**

- Connaître la maladie (évolution, terrain génétique...)
- Connaître les traitements
- Améliorer l'observance thérapeutique
- Eviter les facteurs aggravants ou favorisants
- Autonomiser le patient aux soins
- Aucun
- Autre : .....

**9. Evaluer :**

**Evaluez-vous l'impact de votre éducation lors de la consultation suivante?**

- Oui
- Non

**10. Pour quel(s) patient(s), souffrant d'une pathologie cutanée chronique, seriez-vous prêt à passer du temps pour l'éducation thérapeutique ? (plusieurs réponses possibles)**

- Ceux présentant une atteinte sévère
- Ceux en échec thérapeutique
- Ceux dont la qualité de vie est fortement altérée
- Tous les patients présentant une pathologie cutanée chronique
- Aucun

**11. Les visites à domicile sont-elles un atout que vous utilisez pour éduquer votre patient à l'adaptation de son environnement (facteurs aggravant, favorisant sa pathologie...) ?**

- Oui
- Non

**12. Lorsque vous estimez que votre patient a des besoins éducatifs importants, vous :**

- L'orientez vers un dermatologue libéral
- L'orientez vers un dermatologue hospitalier
- L'orientez vers les associations de patients
- Organisez une consultation dédiée uniquement à l'éducation thérapeutique
- Mettez en place un travail en collaboration avec d'autres acteurs de santé (infirmière, diététicienne, tabacologue, psychologue...)

**13. Lorsque vous prescrivez un traitement topique (dermocorticoïde, émollient...), vous :**

Faites une démonstration sur la méthode d'application

- Oui  Non

Remettez au patient un carnet de suivi

- Oui  Non

Luttez contre la corticophobie

- Oui  Non

Apprenez au patient à adapter le traitement en fonction de l'état de sa peau

- Oui  Non

Donner au patient des repères sur la quantité à utiliser lors de chaque application

- Oui  Non

### III PATHOLOGIES CONCERNEES

**14. Concernant le psoriasis, réalisez-vous une prise en charge éducative des facteurs de risque cardio-vasculaires?**

- Oui, certainement
- Oui, mais sans faire le lien avec le psoriasis
- Non

**15. Concernant la dermatite atopique, éduquez-vous vos patients à la lutte contre le tabagisme actif/passif?**

- Oui, certainement
- Oui, mais sans faire le lien avec la dermatite atopique
- Non

**16. Concernant la dermatite atopique, apprenez-vous à vos patients à trouver des alternatives au grattage ?**

- Oui
- Non

**17. Concernant les ulcères veineux des membres inférieurs, éduquez-vous vos patients sur l'intérêt de la contention veineuse pour la cicatrisation?**

- Oui, certainement
- Oui, mais sans faire le lien avec la cicatrisation
- Non

#### **IV VOS ATTENTES**

**18. Quel est selon vous LE PRINCIPAL OBSTACLE au développement de l'ETP pour les dermatoses chroniques dans votre pratique quotidienne ? (une seule réponse possible)**

- Le manque de formation en dermatologie
- Le manque de formation en ETP
- Le manque d'outil à la disposition du généraliste
- Le manque de temps
- Le manque d'intérêt pour la démarche
- L'absence de rémunération de l'acte éducatif
- Autre : .....

**19. Un questionnaire adapté à la médecine générale, vous aidant à faire le "diagnostic éducatif" de votre patient, serait-il un outil intéressant pour vous?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**20. Quel(s) autre(s) type d'outil pourrai(en) t être utile(s) (plusieurs réponses possibles)**

- Des supports d'information à remettre au patient (brochures...)
- Des outils pour faciliter l'explication de l'utilisation des traitements topiques en consultation
- Un carnet de suivi
- Un dossier éducatif unique, à partager entre les différents intervenants
- Aucun
- Autre : .....

**21. Souhaiteriez-vous être plus impliqué(e) dans le suivi éducatif des patients recevant des traitements systémiques ou d'exception, prescrits par les dermatologues?**

(tacrolimus ou ciclosporine dans la dermatite atopique et méthotrexate ou biothérapies dans le psoriasis)

- Oui
- Non

**22. Une structure d'éducation proposant des ateliers de groupe, pourrait-elle répondre aux attentes de certains de vos patients?**

- Oui
- Non

**23. Aimeriez-vous intégrer un réseau libéral d'ETP concernant les dermatoses chroniques?**

- Oui
- Non

**Merci de votre participation**



## ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE - VERSION INFORMATIQUE

# QUESTIONNAIRE: EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LES DERMATOSES CHRONIQUES

Docteur,  
Merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire. Il est strictement confidentiel. Il a pour but de connaître vos pratiques et vos attentes en éducation thérapeutique, concernant les pathologies dermatologiques chroniques rencontrées en médecine générale(notamment la dermatite atopique, le psoriasis et les plaies chroniques).  
Votre réponse est importante pour la réalisation de mon travail de thèse.  
Cordialement,

Céline ROUSSEL (interne en médecine générale)

**\*Obligatoire**

### INTRODUCTION

#### 1) Quel est votre profil? \*

Age:

25 à 35 ans ↕

Vous êtes: \*

Un homme ↕

#### 2)Quelle est votre pratique? \*

- Urbaine
- Semi-urbaine
- Rural

- Seul(e)
- En cabinet de groupe
- En maison médicale
- Salariée
- Autre :

**3) Avez-vous déjà reçu une formation dans le domaine de l'éducation thérapeutique (ETP)? \***

- Oui
- Non

**Si OUI, c'était à l'occasion de:**

- Votre formation initiale
- Votre formation continue

**4) Pensez-vous que cette formation est ou serait "un plus" dans votre pratique quotidienne? \***


- Oui
- Non

**5) Pratiquez-vous l'ETP pour les dermatoses suivantes? \***

Si OUI, précisez dans quel cadre.

	Non	Structure hospitalière	Seul(e)	Réseau ambulatoire
Dermatite atopique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psoriasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulcères, plaies chroniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


**Si OUI, pour qui?**

Enfants 

**Si NON, quelle est la pathologie (en fonction de votre pratique) pour laquelle vous souhaiteriez développer, en priorité, cette démarche?**

- Dermatite atopique
- Psoriasis
- Ulcères, plaies chroniques
- Autre :

**Pour qui?**

Enfants 

**6) Connaissez-vous des structures d'ETP en dermatologie dans votre région? \***

- Oui
- Non

**VOTRE DEMARCHE EDUCATIVE:**

### 7) FAIRE LE DIAGNOSTIC EDUCATIF \*

Selon votre expérience, de quel(s) élément(s) doit-on tenir compte dans l'approche éducative du patient souffrant de dermatose chronique?

- Son âge
- Ses comorbidités
- Son vécu de la maladie
- Son milieu socio-professionnel
- Son niveau de couverture sociale
- Autre :

### 8) FIXER DES OBJECTIFS EDUCATIFS \*

Quel(s) objectif(s) éducatif(s) développez-vous avec vos patients souffrant de dermatose chronique?

- Connaître la maladie (causes, évolution...)
- Connaître les traitements
- Améliorer l'observance thérapeutique
- Eviter les facteurs aggravants ou favorisants
- Autonomiser le patient aux soins
- Aucun
- Autre :

### 9) EVALUER \*

Evaluez-vous l'impact de votre éducation lors de la consultation suivante?

- Oui
- Non

**10) Pour quel(s) patient(s) souffrant d'une pathologie cutanée chronique, seriez-vous prêt à passer du temps pour l'éducation thérapeutique? \***

- Ceux présentant une atteinte sévère
- Ceux en échec thérapeutique
- Ceux dont la qualité de vie est fortement altérée
- Tous les patients présentant une pathologie cutanée chronique
- Aucun

**11) Les visites à domicile sont-elles un atout que vous utilisez pour éduquer votre patient à l'adaptation de son environnement (facteurs aggravant, favorisant sa pathologie...)? \***

- Oui
- Non

**12) Lorsque vous estimez que votre patient a des besoins éducatifs importants, vous: \***

- L'orientez vers un dermatologue libéral
- L'orientez vers un dermatologue hospitalier
- L'orientez vers les associations de patients
- Organisez une consultation dédiée uniquement à l'éducation thérapeutique
- Mettez en place un travail en collaboration avec d'autres acteurs de santé (infirmière, diététicienne, tabacologue, psychologue...)

**13) Lorsque vous prescrivez un traitement topique (dermocorticoïdes, émoullients...), vous: \***

	Oui	Non
Faites une démonstration sur la méthode d'application	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remettez au patient un carnet de suivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luttez contre la corticophobie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apprenez au patient à adapter le traitement en fonction de l'état de sa peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Donner au patient des repères sur la quantité à utiliser lors de chaque application	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### III- PATHOLOGIES CONCERNEES

**14) Concernant le psoriasis, réalisez-vous une prise en charge éducative des facteurs de risque cardio-vasculaires? \***

- Oui, certainement
- Oui, mais sans faire le lien avec le psoriasis
- Non

**15) Concernant la dermatite atopique, éduquez-vous vos patients à la lutte contre le tabagisme actif/passif? \***

- Oui, certainement
- Oui, mais sans faire le lien avec la dermatite atopique
- Non

**16) Concernant la dermatite atopique, apprenez-vous à vos patients à trouver des alternatives au grattage? \***

- Oui
- Non

**17) Concernant les ulcères veineux des membres inférieurs, éduquez-vous vos patients sur l'intérêt de la contention veineuse pour la cicatrisation? \***

- Oui, certainement
- Oui, mais sans faire le lien avec la cicatrisation
- Non

#### IV- VOS ATTENTES

**18) Quel est selon vous le principal obstacle au développement de l'ETP pour les dermatoses chroniques dans votre pratique quotidienne? \***

- Le manque de formation en dermatologie
- Le manque de formation en ETP
- Le manque d'outil à la disposition du généraliste
- Le manque de temps
- Le manque d'intérêt pour la démarche
- L'absence de rémunération de l'acte éducatif
- Autre :

**19) Un questionnaire adapté à la médecine générale, vous aidant à faire le "diagnostic éducatif" de votre patient, serait-il un outil intéressant pour vous? \***

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**20) Quel(s) autre(s) type(s) d'outil pourrai(en)t être utile(s)? \***

- Des supports d'information à remettre au patient (brochures...)
- Des outils pour faciliter l'explication de l'utilisation des traitements topiques en consultation
- Un carnet de suivi
- Un dossier éducatif unique, à partager entre les différents intervenants
- Aucun
- Autre :

**21) Souhaiteriez-vous être plus impliqué(e) dans le suivi éducatif des patients recevant des traitements systémiques ou d'exception, prescrits par les dermatologues? \***

(tacrolimus ou ciclosporine dans la dermatite atopique et méthotrexate ou biothérapies dans le psoriasis)

- Oui  
 Non

**22) Une structure d'éducation proposant des ateliers de groupe, pourrait-elle répondre aux attentes de certains de vos patients? \***

- Oui  
 Non

**23) Aimeriez-vous intégrer un réseau libéral d'ETP concernant les dermatoses chroniques? \***

- Oui  
 Non

**Merci de votre participation**



**AUTEUR** : Roussel Céline

Date de Soutenance : 18 octobre 2012

Titre de la Thèse : Etat des lieux des pratiques et des attentes des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais dans la prise en charge éducative des patients souffrant de pathologies dermatologiques chroniques

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : éducation thérapeutique du patient, dermatoses chroniques, Médecine Générale

Introduction : L'intérêt de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en dermatologie a été montré dans plusieurs études, notamment dans la dermatite atopique. Les recommandations actuelles placent l'ETP dans les missions du médecin généraliste. Le but de cette étude était de faire un état des lieux des pratiques et des attentes des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais dans la prise en charge éducative des patients souffrant de maladies dermatologiques chroniques.

Matériel et méthode : 300 questionnaires ont été adressés à des médecins généralistes de la région. Ils ont tout d'abord été contactés par téléphone et ont pu choisir entre: un questionnaire envoyé par courrier et un questionnaire envoyé par mail.

Résultats : Le taux de participation était de 63% avec un échantillon représentatif des médecins généralistes français. Cinquante pour cent des médecins déclaraient pratiquer l'ETP pour les dermatoses chroniques. Ils affirmaient entreprendre cette démarche majoritairement seuls et principalement pour les plaies chroniques et la dermatite atopique. Parmi ces médecins, 37% avaient reçu une formation en ETP. Ils étaient 9% à connaître les structures d'ETP existantes dans leur région. Pour 40% des médecins, le principal obstacle au développement de l'ETP était le manque de temps. La plupart déclaraient avoir besoin d'outils, notamment des supports d'information à remettre au patient (58%) et des outils pour faciliter l'explication de l'utilisation des traitements topiques (52%). Trente huit pour cent des médecins étaient favorables à la mise en place d'un réseau libéral d'ETP.

Discussion : Ces résultats confirment que les médecins généralistes sont sensibilisés à la pratique de l'ETP pour les patients atteints de maladies dermatologiques. Devant le faible taux de formation, la surévaluation du nombre de médecins pratiquant l'ETP est probable. Cette étude ne permettait pas de différencier les médecins réalisant de l'ETP, de ceux délivrant juste une information. Les médecins privilégient cette démarche pour les pathologies dont la prévalence en Médecine Générale est forte. Le manque de temps est considéré comme le principal obstacle. Afin de faciliter cette démarche, il semble nécessaire de créer des outils adaptés à la pratique en soin primaire et de développer le travail en réseau. L'étude souligne le manque de connaissance des structures d'ETP existantes dans la région. L'information fournie auprès des médecins généralistes semble donc insuffisante.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs : Monsieur le Professeur Emmanuel Delaporte

Monsieur le Professeur François Puisieux

Monsieur le Docteur Patrice Carissimo

Directeur de thèse : Madame le Docteur Delphine Staumont-Sallé