

MÉMO PRATIQUE



Les lésions aux coudes sont caractéristiques

Quand penser à un psoriasis et que faire ?

Le diagnostic du psoriasis est en général facilement évoqué devant des lésions caractéristiques. Le traitement ne se limite pas à celui des lésions cutanées, mais doit aussi cibler les éventuelles pathologies associées, en particulier le syndrome métabolique.

● Le psoriasis débute typiquement chez un adulte jeune. Les lésions du psoriasis sont le plus souvent caractéristiques, à type de plaques érythémato-squameuses, bien limitées, localisées aux coudes, aux genoux ou encore au cuir chevelu. Ces lésions peuvent être prurigineuses, en particulier celles touchant le cuir chevelu. Il peut aussi exister des formes en « gouttes », petites lésions érythémato-squameuses du tronc, souvent éruptives, en particulier chez les enfants chez lesquels un facteur infectieux déclenchant, notamment streptococcique, peut être incriminé.

Les questions à se poser

- Y a-t-il d'autres localisations dont la présence conforte le diagnostic : ongles en dé à coudre (ponctuations) ou siège d'un décollement (onycholyse), atteinte génitale ?
- Y a-t-il une symptomatologie articulaire associée, faisant évoquer un rhumatisme psoriasique, avec une atteinte périphérique ou axiale d'évolution inflammatoire ?
- Existe-t-il des antécédents familiaux (le psoriasis est une maladie génétique) ou des facteurs favorisants ou, au contraire, aggravants tels que le stress ou la prise de médicaments ?
- Le psoriasis est de diagnostic clinique et dans la très grande majorité des cas, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Une biopsie peut être indiquée dans certaines formes érythrodermiques, de diagnostic plus difficile, ou dans les formes palmoplantaires strictes, où peut se poser le diagnostic différentiel avec un eczéma.

Une prise en charge clinique globale

- Le psoriasis peut être associé à d'autres pathologies : dépression, dépendance à l'alcool (dont on ne sait si cela est la cause ou la conséquence) et syndrome métabolique dans les psoriasis sévères. Ce dernier doit être recherché et pris en charge car il expose à un surrisque cardiovasculaire.
- Le traitement des lésions cutanées dépend de leur sévérité et de leur étendue (appréciées par le médecin) mais aussi de leur retentissement sur la qualité de vie du patient. Cette double dimension est importante à prendre en compte car des lésions même peu étendues peuvent avoir un impact majeur.
- Lorsque les lésions sont d'étendue limitée (moins de 10 % de la surface corporelle), le traitement de première intention est local, fondé sur le recours à une association d'analogues de la vitamine D et de corticostéroïdes, parfois associé à l'acide salicylique en cas de squames importants. La forme galénique (crème, pommade, lotion...) est choisie selon la localisation des lésions.
- En cas d'atteinte plus étendue (10 à 30 % de la surface corporelle), l'efficacité des soins locaux doit être rapidement évaluée pour proposer en cas d'échec d'autres approches : photothérapie (cycles de 20 séances en moyenne à raison de 2 à 3 par semaine) ou traitement systémique.
- Le traitement systémique fait appel en première intention au méthotrexate. La ciclosporine peut se discuter.
- En cas d'échec du traitement systémique de première ligne, il est fait appel aux biothérapies qui ciblent différentes cytokines inflammatoires impliquées dans la physiopathologie des lésions et représentent un progrès thérapeutique majeur.

Ce qu'il faut retenir

- Le psoriasis est une maladie fréquente, chronique, de diagnostic clinique.
- Son retentissement sur la qualité de vie peut être important.
- Le patient doit être pris en charge de façon globale.
- Les formes sévères bénéficient des progrès apportés par les biothérapies (1).

Dr Isabelle Hoppenot

D'après un entretien avec le Pr Marie Beylot-Barry, présidente de la Société française de dermatologie, CHU de Bordeaux.
(1) <https://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/psoreco-72474f007184bd-36c0e70cb2d89e5fd2.pdf>

LA SANTÉ DES MÉDECINS

Des patients au chevet de leur médecin Mon docteur en burn-out ? Pas possible

Le médecin garde une image de surhomme (ou de surfemme) et en cas de faiblesse, il est plus simple d'en changer que de lui tendre la main. Interrogés sur le risque de burn-out des médecins en général et de leur propre médecin en particulier, c'est souvent ainsi que réagissent les patients. Un récent mémoire rédigé par deux généralistes a mis en lumière le fossé entre l'image du médecin véhiculée dans le grand public et la réalité de l'exercice.

● Au café du coin du XXI^e siècle – Twitter ou Facebook – les médecins sont qualifiés de nantis, d'ingrats corporatistes, de capricieux qui ne veulent pas s'installer dans les déserts médicaux... Aujourd'hui, on #balancesonmédecin parce que pêle-mêle il ose prendre des vacances sans se faire remplacer, il n'est pas ouvert aux heures et aux lieux où les patients le souhaiteraient, il ne prescrit pas les médicaments pourtant vantés sur les forums internet... À l'inverse, dans les groupes de paroles virtuels de médecins, on ressent plutôt une impossibilité à répondre aux attentes, un ressenti difficile de l'agressivité des patients et des tutelles, voire un vrai sentiment de dépassement, de burn-out ou de dépression.

Non-respect des patients

L'idée des Drs Marianne Laine et Guillaume Picquendar, étudiants du Diu « Soigner les soignants » était de confronter des patients à la notion d'épuisement des médecins en général et de leurs propres médecins en particulier. Le travail en focus groupe a été mené auprès de patients sélectionnés et volontaires consultant de trois cabinets de médecine générale : l'un en milieu rural dans l'Eure, un deuxième en centre ville à Rouen, et un dernier en banlieue défavorisée de cette même ville.

Assis autour d'une table, les 14 volontaires, répartis en trois groupes selon leurs horaires de préférence, ont été invités par la généraliste rouennaise et son confrère de l'Eure à réagir à un entretien dirigé abordant dans un premier temps le sujet de l'épuisement professionnel en général, puis celui du burn-out des médecins.

Si la notion globale est assez connue de la plupart des patients, leur sentiment quant à un possible burn-out de leur propre médecin reste mitigé : « il n'y a quand même pas tellement de médecins qui sont atteints par ça ! » Pourtant, ils reconnaissent l'importance de la charge de travail, des difficultés liées à la gestion du temps et à la multiplicité des tâches à accomplir. Mais ce qui ressort des entretiens, c'est aussi des phrases telles que : « il faut aller vite, il faut faire le plein de patients » ; « c'est un non-respect des patients ».

On ne lui demande pas ses états d'âme

Invité à échanger sur les facteurs personnels qui pourraient conduire un médecin au burn-out, le panel retient « le surinvestissement, la volonté de tout faire parfaitement ». Les changements sociétaux, la pénurie de médecins, la localisation de l'exercice sont aussi soulignés comme facteur de risque : « la population est devenue tellement exigeante, même avec



14 volontaires ont été invités à s'exprimer sur le burn out des médecins

le médecin » ; « le généraliste, c'est le fantassin de la médecine, celui qui est en première ligne, qui en prend plein la figure ».

Bien qu'initialement, les patients interrogés aient minimisé le risque d'épuisement de leur médecin, au fil de l'entretien ils parviennent à verbaliser les conséquences qu'ils ressentent sur la relation médecin-patients : « il nous parle et il est comme ça avec le coude sur la table... » ; « la relation est tellement, heu... appauvrie ».

Les Drs Laine et Picquendar ont demandé aux patients si eux-mêmes pourraient, à leur avis, jouer un rôle dans le repérage du burn-out chez leurs soignants. Certains mettent en avant qu'en cas de relation ancienne, il est possible de percevoir des signes tels que les changements d'organisation du cabinet, les erreurs dans les prises de rendez-vous. Et que feraient-ils dans ce cas ? La plupart ne modifieraient pas leurs habitudes, d'autres éviteraient certains sujets, d'autres encore changeraient de médecin : « on ne lui demande pas ses états d'âme » ; « si j'ai une petite déprime, je ne lui en parle pas, il a déjà pas une vie joyeuse » ; « changer de médecin ? Mais il faudrait encore que ce soit faisable ».

Des petits chocolats à Noël

Pour les Drs Laine et Picquendar, « l'enquête a permis de mettre en lumière une image idéalisée du médecin : un professionnel fort, blindé, engagé dans sa vocation, dédié aux autres et qui ne peut pas tomber malade. Le médecin en burn-out est décrit comme déstabilisant, choquant voire triste. Il pose un problème de confiance : est-il capable d'exercer son métier ? ».

Les patients expliquent à leur façon ce ressenti. « Je n'attends pas de mon médecin qu'il me dise qu'il est malade », avoue celui-ci. « Je ne me

suis jamais posé la question, pour moi un médecin peut ne pas être bien par moments mais en burn-out, non », assène celui-là. « Ça fait peur de voir un médecin en burn-out, ses capacités ne sont pas au top, » redoute un troisième.

Les dernières questions de l'enquête portaient sur les actions possibles vis-à-vis d'un praticien à risque d'épuisement. Les réponses en disent long sur le désarroi que ressentirait la patientèle en pareille situation : l'un suggère « des petits chocolats à Noël », l'autre « un petit mot positif : vous n'allez pas me laisser tomber », en guise de réconfort. « On peut informer un de ses collègues, mais on n'en parle pas dans la salle d'attente, tout le monde rigolerait », résume une personne de l'échantillon.

En réalité, les verbatim analysés confirment que les patients ne se sentaient pas légitimes pour soulever ces questions. Soit que l'on se sente incompetent : « c'est pas à nous de dire ça, il faut vous faire soigner si vous n'allez pas bien », soit que l'on préfère se décharger sur quelqu'un d'autre (« une fois, j'en ai parlé à la secrétaire, elle m'a dit "oui je sais" et ça n'a rien changé »), soit que l'on choisisse de botter en touche (« s'il a des problèmes personnels, ce ne sont pas les nôtres, on ne peut rien faire pour lui »), soit enfin que l'on s'interroge (« on peut faire quelque chose, mais quoi ? »).

Au final, les Drs Laine et Picquendar concluent que « les patients ont une image idéalisée des médecins ». Leur analyse ouvre néanmoins certaines perspectives : « ils sont prêts à entendre que leur médecin aussi peut avoir des problèmes de santé voire un burn-out. Une plus large information pourrait permettre de lutter en partie contre les préjugés ».

Dr Isabelle Catala

Laine M, Picquendar G. Mémoire de fin de DIU. Burn-out des médecins, le point de vue des patients.

Orgueil mal placé ?

● « Lorsque nous avons exposé le sujet des focus groupes aux participants, ils ont été surpris, certains même stupéfaits et souvent déstabilisés. Pour eux, le médecin doit avant tout être un professionnel blindé par ses études et engagé dans sa vocation. Cette image de force et de robustesse semblait être une condition sine qua non de l'exercice de la médecine qu'ils jugent globalement difficile », analysent les Drs Laine et Picquendar. Les deux généralistes rapportent d'ailleurs de leur travail que « les patients sous-estiment la fréquence du burn-out des

médecins puisqu'ils estiment qu'elle est comprise entre 5 et 20 % alors que le chiffre serait plus proche de 50 % ». Toutefois, ces derniers sont réalistes concernant la capacité du praticien à prendre les décisions qui s'imposent : « L'image idéalisée du médecin est tempérée par un orgueil ressenti par les patients qui limiterait le médecin dans ses capacités de prévention, de prise en charge et même dans sa faculté à se reconnaître malade. Les patients n'ont pas tort puisque 67 % des médecins n'ont pas de médecin traitant et qu'ils ont recours massivement à l'autodiagnostic et l'automédication ».