



HAL
open science

**Facteurs influençant la prise en charge du prurit sine
materia chez la personne âgée en médecine de ville :
enquête auprès de 12 médecins généralistes
hauts-normands**

Mélanie Delafosse

► **To cite this version:**

Mélanie Delafosse. Facteurs influençant la prise en charge du prurit sine materia chez la personne âgée en médecine de ville : enquête auprès de 12 médecins généralistes hauts-normands. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01455687

HAL Id: dumas-01455687

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01455687>

Submitted on 3 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE : 2016

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

Par

Delafosse Mélanie

Née le 15 septembre 1987 à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2016

Facteurs influençant la prise en charge du prurit sine materia chez la personne âgée en médecine de ville : enquête auprès de 12 médecins généralistes Hauts Normands.

PRÉSIDENT DU JURY :

Pr Lefebvre

DIRECTEUR DE THÈSE :

Dr Suel

MEMBRES DU JURY :

Pr Prevost

Dr Ladner

Dr Gbaguidi

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît WEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale

Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
---------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Roue

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Lefebvre,

Pour avoir accepté de présider ce jury de thèse aussi rapidement, soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Suel,

Pour avoir immédiatement accepté de diriger ce travail, de m'avoir aidé dans mes recherches bibliographiques, et pour votre disponibilité pour l'élaboration de ce projet, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Prevost,

Pour avoir accepté de participer à ce jury, recevez l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Ladner,

Pour ma reconnaissance à faire partie de mon jury.

A Monsieur le Docteur Gbaguidi,

Merci de me faire l'honneur d'être membre invité de mon jury.

Je remercie les médecins qui ont pris de leur temps pour ces entretiens.

Ce travail fut riche sur le plan intellectuel mais surtout sur le plan humain, merci.

Je remercie également mes anciens maitres de stage les Dr Grenier, Dr Ozanne, Dr Dessailly, Dr Roger, Dr Dauguet et Dr Veyron qui m'ont fait découvrir la médecine de ville. Merci Bruno pour nos rigolades, nos repas au routier de Neufchâtel, pour ta bonne humeur.

Merci à tous les médecins qui m'ont accueilli lors de mes stages hospitaliers.

Je remercie tout particulièrement les Dr Pesqué, Dr Suel et le Dr Gbaguidi pour m'avoir fait aimer la gériatrie, ma première expérience positive avec la gériatrie c'est vous. J'espère que mon parcours professionnel ressemblera aux vôtres. Merci Xavier pour ce premier semestre d'interne que je n'oublierai jamais et qui fera de moi un meilleur médecin en gériatrie.

Je remercie aussi le service d'endocrinologie du Pr Lefebvre et plus particulièrement le Dr Menon qui m'a fait confiance durant ce stage. Je ne suis que reconnaissante de sa franchise. Je sais que tu m'as fait confiance jusqu' au bout et même après mon départ du service !! J'espère que nous resterons longtemps en contact.

Je dédie cette thèse à mes parents.

A mes parents, Sylvie et Frédéric,

Merci d'avoir été toujours là pour moi depuis le début, pour votre soutien inconditionnel dans mes études et dans ma vie. Je n'y serais jamais arrivée sans vous. J'ai souvent douté, j'ai souvent changé d'avis c'est vrai, mais je suis comme ça ! Je n'ai par contre jamais douté de votre aide dans mes choix de vie professionnelle et personnelle qu'ils aient été bons ou moins bons. Je vous aime.

A ma chère sœur Elodie,

Je t'adore, merci de m'avoir soutenue, je me remémore encore nos examens passés côte à côte, nos révisions intensives toujours dans la bonne humeur, toutes ces années d'études n'auraient pas été les mêmes sans toi. Je serai toujours là pour toi, ne l'oublie jamais. Nous y sommes arrivées ensemble, je suis fière de toi, je suis fière de nous. Notre prof de math du lycée n'a plus qu'à bien se tenir !

A mes grands-parents Michel et Françoise, Pierre et Renée,

Merci d'avoir suivi avec toujours une grande attention ma carrière d'externe et d'interne. Je sais que vous suivrez celle de médecin avec minutie. Je ne serai jamais trop reconnaissante de tout ce que vous avez fait pour moi.

A mes tantes, à mon oncle, à mon parrain, merci

A Camille, ma plus vieille amie, à nos heures passées à refaire le monde et à rêver, puisse-t-on rêver encore longtemps !

A la dream team, à **Caroline, Amandine, Pauline, Aurélie et Elodie** pour notre amitié, et notre soutien tout au long de notre parcours. Aux futurs événements que l'on fêtera ensemble, pourvus qu'ils soient encore nombreux !

Ma Caro, j'espère que nous progresserons encore en salsa et bachata et que nous brillerons sur la piste de danse encore longtemps avec nos futurs cavaliers. Je compte sur toi pour venir au bout du monde faire des heures de marche à souffrir !

A Ophélie, merci pour ton amitié sincère, ta patience à m'écouter. Notre premier contact a été il y a maintenant 4 ans à l'hôpital de Dieppe, je ne pensais pas rencontrer une amie aussi précieuse. Je te souhaite le meilleur, prends soin de toi.

A Fathi, Bengali et David, pour leurs bonnes humeurs.

A mes anciens co-internes, Guillaume, Thibault, Caroline G., Stéphanie, Anne Sophie, Amandine W., Pauline J., Romain, Julie, Floriane, Jean Baptiste, et tous les autres.

I) <u>INTRODUCTION</u>	p.20
1) Les généralités	p.20
2) L'histologie cutanée et la physiologie du prurit	p.25
A) L'histologie cutanée	p.25
B) La physiologie du prurit	p.27
a) Les généralités du système nerveux	p.27
b) Les spécificités du prurit	p.27
1) Le système nerveux périphérique	p.27
a) La peau	p.27
b) Les stimuli	p.28
2) Le système nerveux central	p.28
a) Le système médullaire	p.28
b) Le système cérébral	p.29
3) La peau du sujet âgé	p.31
4) Les principales causes de prurit sine materia	p.32
A) La population générale	p.32
B) Les spécificités de la personne âgée	p.34
II) <u>MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	p.36
1) La justification de la méthode	p.36
2) La justification des entretiens	p.37
3) L'échantillon	p.38
4) Les entretiens	p.40
5) Le guide d'entretien	p.41
6) Les données	p.43
7) La recherche bibliographique	p.44
III) <u>RÉSULTATS</u>	p.45
1) Les caractéristiques des médecins	p.45
2) Les caractéristiques des entretiens	p.47
3) Les résultats des entretiens	p.48
A) Les médecins généralistes et la dermatologie	p.48
B) Les médecins généralistes et le prurit	p.49

C) Les médecins généralistes et le prurit sine materia	p.50
D) Les médecins généralistes et les causes de prurit sine materia	p.51
E) Les médecins généralistes et leurs prises en charge	p.52
a) La recherche étiologique	p.52
b) Le traitement	p.53
c) L'échec du traitement	p.54
d) Le recours au dermatologue	p.54
e) Les difficultés	p.55
f) L'évaluation du retentissement	p.56
g) Le motif principal ou secondaire	p.56
h) La plainte du patient ou de son entourage	p.56
IV) <u>DISCUSSION</u>	p.58
1) La méthode	p.58
A) L'étude qualitative	p.58
B) L'entretien semi dirigé	p.59
C) Le recrutement	p.60
D) Le recueil de données	p.61
E) L'analyse des données	p.62
2) Les résultats	p.63
A) Les médecins généralistes face à la dermatologie	p.63
B) Les médecins généralistes face au prurit	p.64
C) Les médecins généralistes face au prurit sine materia de la PA	p.64
D) Les médecins généralistes et les causes de prurit sine materia	p.66
a) La xérose	p.66
b) La iatrogénie	p.66
c) Les maladies hématologiques	p.66
d) Les causes endocriniennes	p.67
e) Les causes psychologiques / Les causes psychiatriques	p.67
E) La prise en charge par les médecins généralistes	p.68
a) La recherche d'une étiologie	p.68
b) Le traitement	p.68

c) L'échec du traitement	p.70
d) Le recours au dermatologue	p.70
e) Le retentissement	p.70
f) Le motif principal / La plainte du patient	p.71
V) <u>PROPOSITION D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE</u>	p.72
VI) <u>CONCLUSION</u>	p.74
VII) <u>LE GUIDE D'ENTRETIEN</u>	p.75
VIII) <u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	p.77

1) Introduction.

1) Les généralités.

Le prurit est « une sensation cutanée provoquant le besoin de se gratter ».

Il ne doit pas être confondu avec d'autres sensations cutanées telles que la douleur ou la sensation de cuisson ou de brûlure.

Il a été défini par Samuel Haffenreffer en 1660. Cette définition est toujours utilisée.

Il existe un prurit physiologique, léger et inconscient, en fin de journée, qui n'entraîne pas de désagrément. (1)

Il peut durer quelques minutes à plusieurs heures. (2)

Le prurit peut être localisé ou généralisé.

La prédominance de ce symptôme est féminine, sexe ratio : 0,84. (3)

Le prurit survient principalement au niveau de la peau mais peut aussi survenir sur les muqueuses (génitale, sphère ORL) et la conjonctive.

Le prurit chronique est défini comme une durée supérieure à 6 semaines. (4)

Le prurit sine materia est une sensation subjective désagréable de grattage sans lésion dermatologique spécifique retrouvée à l'examen clinique.

Le terme prurit nu est aussi employé.

Ce symptôme doit faire rechercher une cause « interne ».

Il peut révéler une pathologie sous-jacente jusqu'alors inconnue dans 36.6%. (3). Une maladie systémique peut être retrouvée dans 10 à 50% des cas. (5)

Les causes de ce prurit nu sont multiples. Le prurit sine materia reste néanmoins plus rare que le prurit dermatologique. (6)

L'interrogatoire doit être minutieux afin de ne pas méconnaître une pathologie grave sous-jacente.

Il faut rechercher :

- l'intensité du prurit avec le retentissement sur la qualité de vie,
- la topographie,
- la chronologie,
- les facteurs déclenchants,

- la prise de traitement,
- un prurit dans l'entourage,
- la durée du prurit,
- les signes généraux associés.

Un examen somatique complet doit être réalisé : (1)

- l'examen cardiovasculaire,
- l'examen abdominal, à la recherche d'une hépatomégalie ou d'une masse abdominale ou rénale,
- l'examen thyroïdien à la recherche d'un goitre,
- la recherche d'adénopathies qui peuvent être le reflet d'une infection ou d'une maladie carcinologique sous-jacente.

En effet l'examen somatique reste important, le prurit sine materia peut être un des symptômes révélateurs d'une maladie interne dont le patient ne présente pas encore d'autres signes cliniques.

Les lésions dermatologiques de grattage peuvent être retrouvées sont :

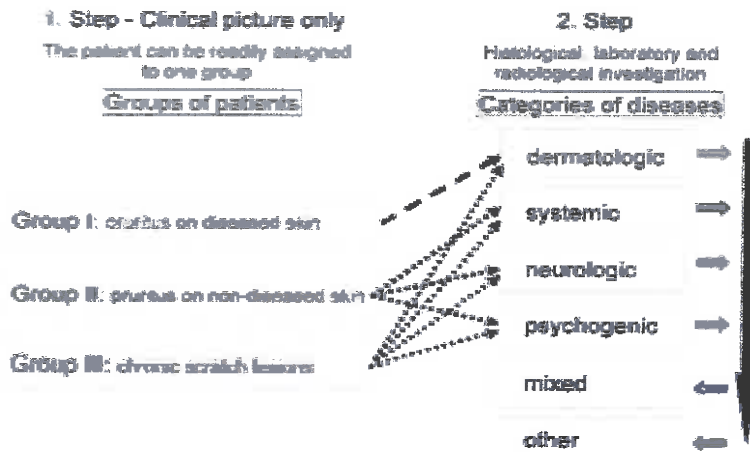
- l'excoriation,
- le prurigo,
- les macules dyschromiques,
- la lichenification,
- la dépilation,
- les ongles dépolis,
- les signes de surinfections cutanées.

Une classification des différents prurits est proposée par International Forum for the Study of Itch (IFSI) :

Groupe I : pruritus on diseased skin.

Groupe II : pruritus on non-diseased skin.

Groupe III : pruritus presenting with severe chronic secondary scratch lesions, such a prurigo nodularis.



Le prurit est le motif de consultation dermatologique le plus courant chez les plus de 65 ans, jusqu'à 29 % dans cette population. (5)

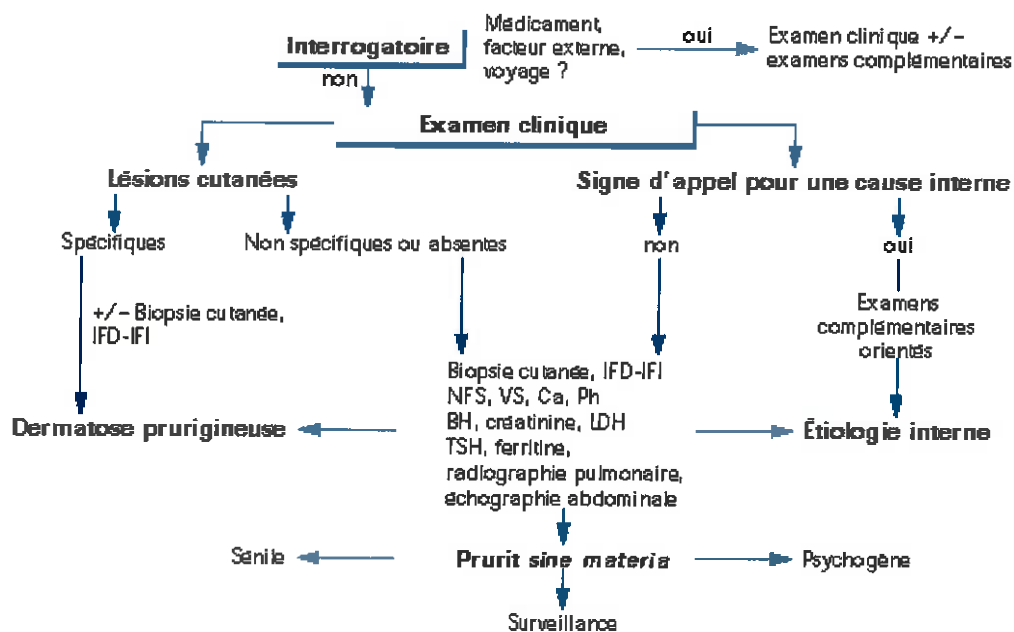
La fréquence du motif de recours pour prurit varie de 0.51% à 11.5%, chez les plus de 65 ans en hospitalisation selon les études. (3,7)

Néanmoins, ces études restent principalement hospitalières.

Des arbres stratégiques de prise en charge sont établis pour la population générale.

Mais ces algorithmes de prise en charge sont mal définis.

Exemple d'algorithme dans la population générale :



Certains auteurs recommandent de réaliser en première intention en l'absence d'orientation clinique dans la population générale :

Une Numération formule sanguine, des plaquettes, une vitesse de sédimentation, une protéine C réactive, un bilan hépatique, une créatinine, une calcémie, une glycémie à jeun, un bilan martial, un dosage hormonal thyroïdien, une électrophorèse des protéines sériques.

Ce bilan peut être complété par une sérologie VIH, une parasitologie des selles, une radiographie de thorax, une échographie abdominale et une biopsie cutanée. (1,8,9)

Chez la personne âgée, le prurit est le plus souvent lié à une xérose cutanée, dit couramment « prurit sénile ». Mais ce raccourcissement de terme est un abus de langage.

Certains auteurs ne préconisent pas un bilan de première intention en systématique dans cette population. (1)

Un bilan complémentaire est proposé si la réponse stratégique mis en place est insatisfaisante. (1)

L'étude du Dr Sliti propose un délai de deux semaines pour juger d'une réponse insatisfaisante. (3)

Si le premier bilan initial est négatif (cf. ci-dessus) dans la population générale, une surveillance régulière trimestrielle à bi annuelle est alors conseillée. (10,11)

La recherche de la cause du prurit sine materia reste importante, en effet le traitement est essentiellement étiologique. (12)

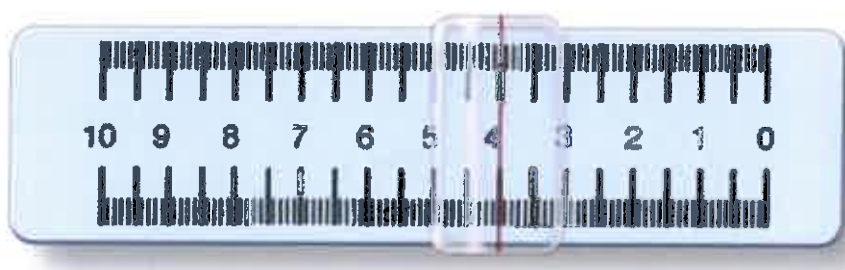
Le prurit altère fortement la qualité de vie. (6)

Des études mettent en évidence une diminution des activités quotidiennes, des troubles du sommeil ainsi que l'apparition d'un syndrome dépressif. (13)

Une échelle, au même titre que celle de la douleur « the visual analog scale » existe. Elle est graduée de 1 à 10, 10 étant le prurit le plus important évalué par le patient. Cet outil permet au cabinet de quantifier la gêne subjective du patient. (2)

Cependant, il peut être difficile pour une personne âgée d'utiliser ce type d'échelle (troubles visuels, troubles du comportement, troubles cognitifs) et contrairement à l'évaluation de la douleur par les soignants, il n'existe pas d'évaluation par une tierce personne concernant l'intensité du prurit.

Exemple d'une visual analog scale :



Il peut être proposé également aux patients présentant des troubles cognitifs une échelle plus simple graduée de 0 à 5, 0 étant l'absence de prurit, 5 la présence d'un prurit très important. (7)

Il existe des méthodes objectives concernant la quantification du prurit. Une de ces méthodes évalue le nombre de mouvements de grattage transmis à un signal électrique en laboratoire. (2)

Elle consiste à attacher sur l'ongle au troisième doigt de la main dominante une électrode qui reliée à un ordinateur mesure les mouvements spécifiques de grattage et donc la quantification de celui-ci.

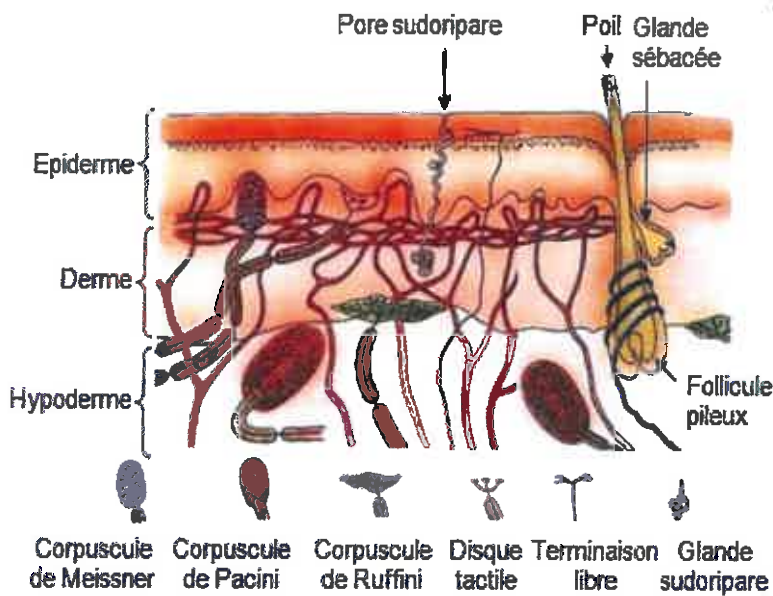
L'objectif principal de ce travail est d'essayer de comprendre les facteurs qui influencent les médecins généralistes dans leur stratégie de prise en charge de ces patients et tout particulièrement leur démarche étiologique.

En effet, il a été démontré la complexité de la prise en charge du prurit sine materia dans la population générale, cette complexité se majorant lors de la prise en charge chez les patients âgés. Il est nécessaire de prendre en charge cette population de façon plus adaptée avec une éducation et des expertises médicales spécifiques pour cette catégorie de patient.

L'objectif secondaire est de comprendre les thérapeutiques mises en œuvre.

2) L'histologie cutanée et la physiologie du prurit.

A) L'histologie cutanée.



Coupe schématique de la peau

La peau représente environ 1.8 m² de surface.

C'est l'organe le plus volumineux du corps.

Ses rôles principaux sont :

- la protection mécanique (coup, pression...),
- la défense immunitaire,
- la thermorégulation,
- la sensibilité, la perception (chaleur, froid, douleur, prurit),
- l'activité métabolique (vitamine D, eau et sueur).

Elle se divise en 4 régions superposables :

- l'épiderme,
- la jonction dermo-épidermique,
- le derme,
- l'hypoderme.

L'épiderme est un épithélium malpighien kératinisé, non vascularisé, composé de quatre types cellulaires principaux :

- les kératinocytes ont pour fonction principale l'élaboration d'une barrière entre les milieux extérieurs et intérieurs.
- les mélanocytes ont pour fonction principale la filtration des ultra-violets.
- les cellules de Langerhans ont pour fonction une activité immunitaire, présentatrices d'antigènes.
- les cellules de Merckel, neuro-épithéliales ont une fonction de mécanorécepteur (perception sensorielle).

La jonction dermo-épidermique renforce l'adhérence de l'épiderme au derme et joue un rôle dans les échanges nutritifs.

Le derme est un tissu conjonctif vascularisé très innervé, principalement constitué de fibres de collagène et de fibres élastiques (l'élastine étant sécrétée par les fibroblastes). Elles sont entourées d'une substance fondamentale dite « amorphe ». Un réseau de vaisseaux lymphatiques lui confère un rôle immuno-allergique. Il contient les glandes sudoripares et l'appareil pilo-sébacé.

Deux régions définissent le derme :

Le derme papillaire est superficiel riche en fibre élastique et est riche en terminaisons nerveuses (Pacini, Wagner-Meissner, Ruffini...) participant aux grandes fonctions sensorielles.

Le derme réticulaire est profond avec de nombreuses fibres de collagène et fibres élastiques, lui conférant une importante résistance, son épaisseur variant en fonction de la localisation.

L'hypoderme est un tissu graisseux, constitué d'adipocytes. Il contient les glandes sudoripares, la racine des follicules pileux, et est le passage des vaisseaux et des nerfs destinés au derme. Ses rôles sont la formation d'une barrière mécanique et thermique ainsi qu'une réserve d'énergie.

Les annexes :

Les poils ont un rôle principal dans la lutte contre le froid et dans le toucher.

Les ongles ont pour rôle la protection des extrémités.

Les glandes sébacées qui permettent via le sébum la cohésion de la couche cornée ont pour rôle le maintien de l'hydratation. Elles ont aussi comme rôle une action antifongique et bactéricide, ainsi qu'un rôle dans la photo-protection.

Les glandes sudorales sécrètent la sueur. Leurs principales fonctions sont la thermorégulation et l'hydratation de la couche cornée.

B) La physiologie du prurit.

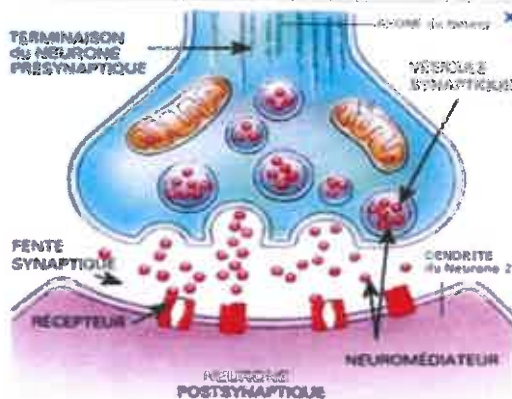
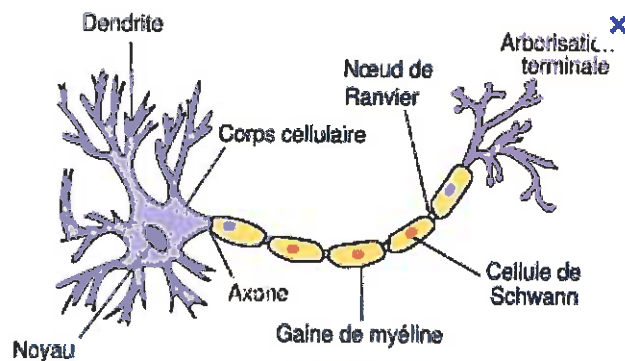
a) Les généralités du système nerveux.

Le système nerveux cutané est très complexe. Il existe dans l'organisme un système nerveux central (moelle épinière et encéphale) et un système nerveux périphérique (nerfs crâniens et nerfs rachidiens).

La principale cellule de ce système est le neurone. Il est composé d'un corps cellulaire et de dendrites ou fibres nerveuses.

Les informations entre neurones se transmettent via des synapses.

Il existe deux types de synapses : électriques ou chimiques.



(Schémas d'un neurone et d'une synapse)

Les neurones permettent le transport d'informations sensibles de la périphérie de l'organisme (viscère) au système nerveux central via la voie afférente.

Les informations motrices se font du système nerveux central à la périphérie pour obtenir une réponse adaptée via la voie efférente.

Il faut distinguer également le système nerveux autonome involontaire du système nerveux somatique volontaire. Le système nerveux autonome se divise en système nerveux sympathique et en système nerveux parasympathique.

b) Les spécificités du prurit.

1) Le système nerveux périphérique.

a) La peau.

La peau est richement innervée.

Seules les dendrites se trouvent au niveau cutané. L'innervation est autonome mais aussi somatique. La répartition nerveuse cutanée suit celle du réseau sanguin.

Les dermatomes sont la conséquence d'une répartition systématisée des dendrites sensibles dans les ganglions rachidiens ou crâniens. Ils se regroupent en deux plexus : un dans le derme profond et un à la jonction du derme réticulaire et papillaire. Ces fibres se terminent soit en formations corpusculaires, soit elles sont libres.

Les formations corpusculaires sont : Ruffini, Wagner-Meissner, Vater-Pacini, Golgi-Mazzoni, cutané-muqueux.

Les terminaisons libres sont les plus nombreuses dans l'épiderme et le derme.

b) Les stimuli.

Les fibres nerveuses sont en interaction avec les autres cellules de la peau : les cellules de Merkel, les cellules de Langerhans, les kératinocytes. Ces cellules produisent des neuromédiateurs et portent à leur surface des neuro-récepteurs.

Il existe une transformation de polarisation de la membrane et une transmission au système nerveux entraînant le prurit via les différents stimuli.

L'histamine est produite par les mastocytes, les polynucléaires basophiles, certains neurones et les kératinocytes. Elle est libérée suite à une stimulation et se lie à ses récepteurs associés aux fibres C et les stimulent.

Ils existent deux types de terminaisons nerveuses libres : les fibres A et les fibres C.

Les fibres C sont des fibres de conduction lente non myélinisées et conduisent le prurit et pourraient conduire le prurit mal localisé, imprécis.

Les fibres A, fibres de conduction moyenne pourraient conduire le prurit intense et localisé.

Il existe deux sortes de fibre C : celles sensibles à l'histamine et celles sensibles aux stimuli mécaniques.

- Les stimuli chimiques

Les principaux médiateurs au niveau cutané sont les catécholamines, la substance P, VIP, CGRP, la somatostatine, neurokine, bradykinine, l'histamine.

- Les stimuli physiques

Les stimuli mécaniques sont la pression, la différence thermique, les produits caustiques.

2) Le système nerveux central.

a) Le système médullaire.

La transmission de l'information se fait du récepteur du neuromédiateur remontant par la voie afférente passant des ganglions sensitifs à la moelle épinière.

Les fibres C se terminent dans la corne postérieure de la moelle, en croisant la ligne médiane pour former, au faisceau spinothalamique controlatéral jusqu'au thalamus.

Les fibres A utilisent la voie lemniscale dans le cordon médullaire postérieur homolatéral jusqu'au thalamus.

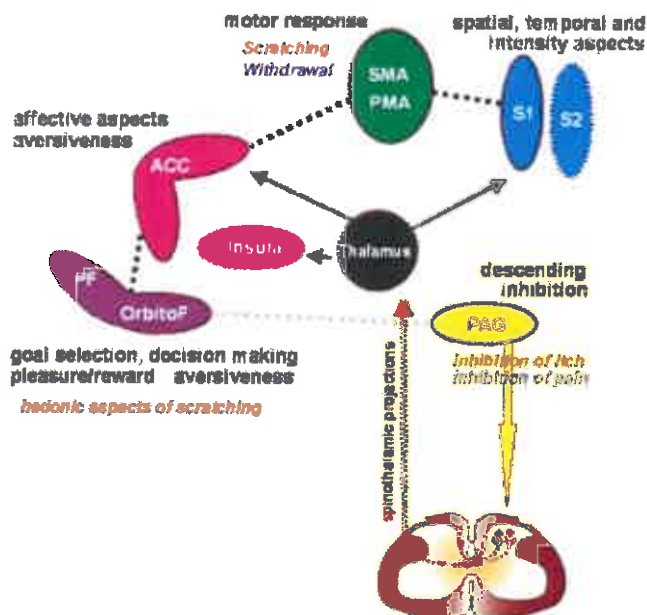
b) Le système cérébral.

Du thalamus, l'information est transmise à une zone cérébrale spécifique activée : le cortex préfrontal et le gyrus cingulaire.

Ces régions ont été mises en évidence grâce à la tomographie d'émission de positons.

A noter qu'il existe un prurit central sans utilisation de neuromédiateurs.

Aires cérébrales activées par un prurit



Substance grise périaqueducale (PAG)

Thalamus

Cortex cingulaire antérieur (ACC)

Insula

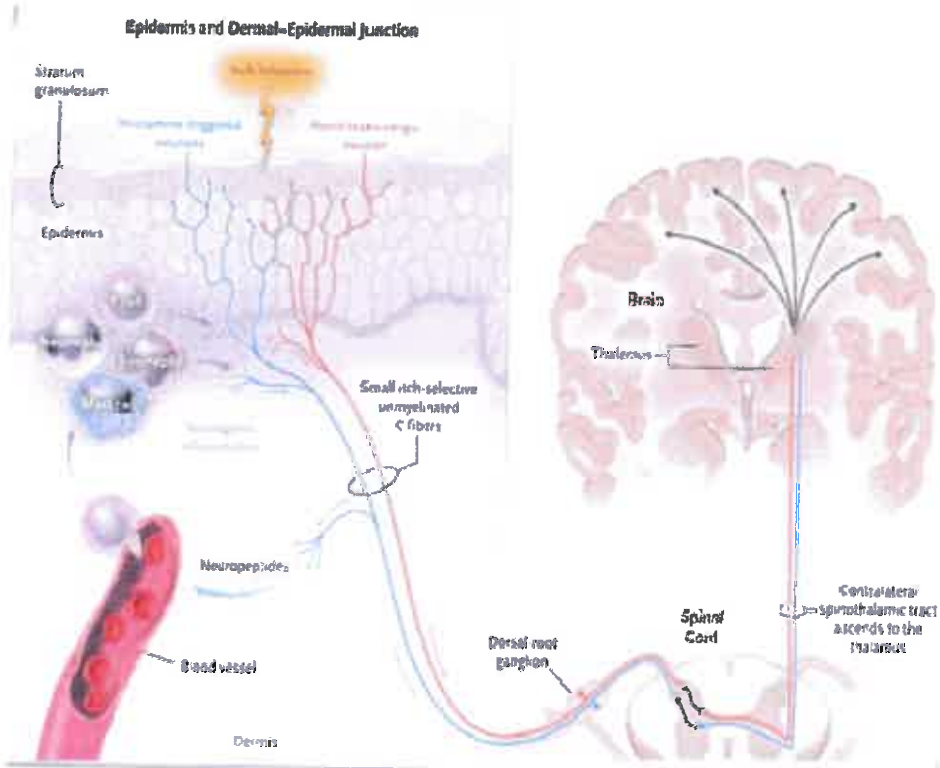
Aires somesthésiques S1 et S2

Aires pré-motrices pré (PMA)

Aires motrices suppl (SMA)

Cortex préfrontal (PF)

Cortex Orbitofrontale



3) La peau du sujet âgé. (7, 14, 15,16)

Tout organe vieillit de façon physiologique.

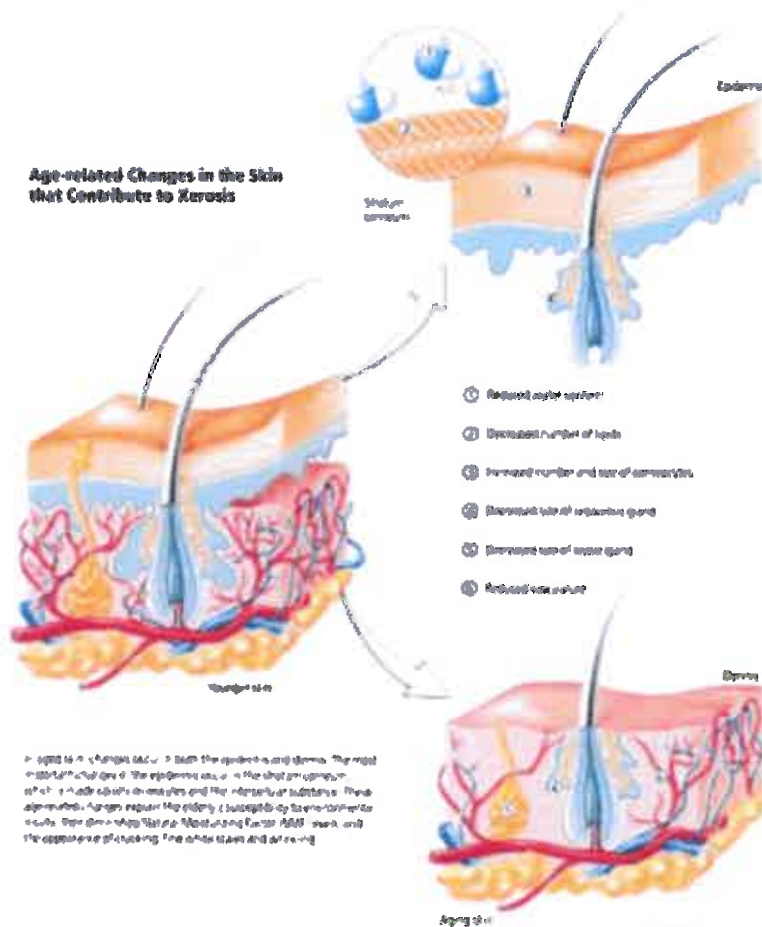
Les modifications de la peau sont la combinaison de facteurs intrinsèques tels que les modifications hormonales ou génétiques mais également les facteurs extrinsèques tels que les ultra-violets, la pollution ou bien encore la nicotine.

Avec l'âge, il existe une diminution d'épaisseur de l'épiderme et du derme ainsi qu'une diminution du nombre de fibres élastiques, des vaisseaux sanguins et du collagène.

Le principal changement qui peut expliquer le prurit du sujet âgé est la xérose cutanée. En effet, il existe une diminution des glandes sudoripares et sébacées ayant pour conséquence une diminution de la sudation.

De plus, il existe une diminution de l'hydratation de la peau par baisse de la capacité de rétention d'eau au niveau de la barrière lipidique de la couche cornée.

Schéma comparatif de la peau du sujet âgé



4) Les principales causes de prurit sine materia.

A) La population générale.

- Affections endocriniennes

Hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hyperparathyroïdie.

Un prurit accompagne d'hyperthyroïdie dans 10 % des cas. (12)

La xérose cutanée est la cause principale du prurit de l'hypothyroïdie. (12)

Le diabète n'est pas reconnu comme entité à part entière dans le prurit sine materia. (9) Le prurit serait la conséquence des neuropathies.

- Affections hématologiques

Lymphome, carence martiale, dysglobulinémie, myélome, mastocytose.

Le prurit dans le lymphome peut apparaître parfois plusieurs années avant l'apparition des adénopathies. Le prurit lorsqu'il est précoce est de mauvais pronostic. (9)

- Affections rénales « urémiques »

Insuffisance rénale chronique, hémodialyse.

Jusqu'à 80 % des patients hémodialysés présentent un prurit. (9)

- Affections hépatiques « cholestatiques »

Rétention biliaire (cirrhose biliaire primitive, cholestase avec ictère), hépatites chroniques.

- Affections neurologiques

Tumeurs cérébrales, SEP, AVC, compressions médullaires, neuropathies.

Les petites fibres neurogènes sont à l'origine de prurit, qui est initialement localisé et qui peut se diffuser à l'ensemble des téguments. (12)

- Affections infectieuses

Parasitoses, VIH, VHC, gale.

Une hyper éosinophilie doit faire suspecter une parasitose.

La gale peut être de diagnostic difficile, un traitement d'épreuve peut être envisagé. (6)

La gale est une pathologie fréquente chez les patients en institution.

- Paranéoplasiques

- Psychogènes

Les critères pour affirmer un prurit psychogène sont :

Obligatoires (3/3) :

- un prurit localisé ou généralisé sans lésion dermatologique,
- un prurit chronique,

- l'absence d'étiologie somatique.

Optionnels (3/7 requis) :

- la relation chronologique entre le prurit et un ou plusieurs évènements de vie pouvant avoir des répercussions psychologiques,

- les variations d'intensité associées au stress,

- les variations nocturnes,

- la prédominance du prurit pendant le repos ou l'inactivité,

- le trouble psychologique associé,

- le prurit pouvant être amélioré par les psychotropes,

- le prurit pouvant être amélioré par la psychothérapie.

C'est un diagnostic d'élimination. (6)

- Psychiatrique

La principale étiologie psychiatrique est représentée par le Syndrome d'Ekbohm appelé également délire d'infestation cutanée ou délire dermatozoïque.

- Iatrogénie (médicamenteuses)

La liste des médicaments pouvant introduire un prurit est très longue. (Cf. tableau)

- Grossesse (hors contexte de la thèse)

B) Les spécificités de la personne âgée.

- la pemphigoïde bulleuse

Chez la personne âgée, un prurit nu débutant peut-être le témoin d'une pemphigoïde bulleuse à venir. (1)

L'éruption caractéristique peut se manifester des semaines voir des mois après le prurit isolé. (6,17)

Ce diagnostic doit être évoqué chez toute personne âgée, présentant un prurit intense avec ou **sans** lésion cutanée.

L'incidence peut aller de 4.47 à 13.4 nouveaux cas par millions de sujets âgés de plus de 60 ans. (5)

La pemphigoïde bulleuse est une maladie auto-immune sous épidermique.

Des auto-anticorps sont dirigés contre les antigènes cibles AgPB1 et AgPB2, protéines de l'hémidesmosome entraînant un clivage de la jonction dermo-épidermique. L'histologie retrouve des bulles riches en éosinophiles.

L'immunofluorescence directe retrouve des dépôts linéaires IgG le long de la membrane basale l'immunofluorescence indirecte retrouve les anticorps IgG anti membrane basale.

Les lésions dermatologiques sont diffuses et symétriques. Les bulles sont tendues, souvent de grandes tailles, parfois associées à des lésions maculo-papuleuses urticariennes. L'atteinte des muqueuses reste rare. (Hors contexte de la thèse)

- le prurit sénile peut être retenu si le premier bilan est négatif. (8)

Cette forme de prurit est la plus fréquente chez les plus de 70 ans. (16)

Différents termes dans la littérature regroupent cette entité, « prurit idiopathique », « Willan's itch ».

Ce diagnostic peut être retenu lorsqu'il y a :

- l'absence d'affection cutanée évidente,
- l'absence de cause médicamenteuse retrouvée,
- l'absence de cause interne décelée. (16)

- Histamine
- Sérotonine
- Adrénaline
- Noradrénaline
- Acétylcholine
- Mélatonine
- Dopamine
- Tryptase
- Chymase
- Papaine
- Kalikréine
- Carboxypeptidases
- Substance P et K
- Cannabinoïdes
- Calcitonine
- CGRP
- Endothéline
- VIP (vasoactive intestinal peptide)
- Neurotensine
- Cholécystokinine
- α -MSH et γ -MSH
- Bombésine
- Bradykinine
- Somatostatine
- CRH (corticotrope-releasing hormone)
- Meth-enkephaline
- Leu-enkephaline
- β -endorphine
- Morphine
- Leucothènes
- Prostaglandines
- Neurokinine A et B
- Epidermal Growth Factor
- Nerve Growth Factor
- Platelet Derived GF
- Transforming GF - α et β
- Somatomédine
- Erythropoïétine
- Interleukines
- TNF
- Major basic protein
- platelet activating factor

Tableau des médicaments inducteurs de prurit

II) Matériel et méthode.

Ce travail n'a pas été financé. Aucune autorisation du comité d'éthique n'a été nécessaire pour cette étude.

1) La justification de la méthode.

La méthode proposée est une étude qualitative.

L'objectif n'étant pas d'analyser de façon statistique des données mais d'essayer de comprendre les éléments qui influencent les médecins dans la prise en charge du prurit sine materia de la personne âgée.

2) La justification des entretiens.

Il existe différents types d'entretien : libres, semi-dirigés ou focus groupe. (18)

L'analyse des entretiens libres reste difficile à effectuer compte tenu de la trop grande diversité des réponses et donc de son analyse.

L'entretien en focus groupe compte tenu des obligations professionnelles de chacun restent sur un plan purement matériel difficile à organiser.

L'entretien semi-dirigé paraît la méthode la plus adaptée.

En effet, les répondants restent libres de leurs réponses, mais les thèmes sont organisés.

Les questions du guide d'entretien restent ouvertes, pour favoriser une plus grande diversité des réponses et la discussion reste possible.

3) L'échantillon.

Un numéro a été attribué à chaque médecin. (Exemple M1). Ces numéros ont été attribués de façon aléatoire afin d'éviter l'identification entre confrères, en effet des médecins ont été interrogés la même journée dans le même cabinet.

Les critères d'inclusion retenus sont :

- des médecins thésés, inscrits au conseil de l'ordre de Haute Normandie,
- exerçant en cabinet libéral, seul ou en groupe,
- sur la base du volontariat.

Le nombre de médecin n'a pas été déterminé au départ, mais en fonction des différents entretiens. L'arrêt d'inclusion a été fait lors de la saturation des données. Un dernier médecin test a été inclus afin de vérifier la saturation des données. (M9)

Les demandes d'entretien ont été établies en fonction de la démographie médicale de la région, essayant de se rapprocher au mieux de différents critères de la population médicale Haute Normande afin d'obtenir des profils variés.

Les variables prises en compte sont :

- l'âge,
- le sexe : femme / homme,
- le mode d'exercice : urbain / semi rural / rural.

A été relevé au cours de l'entretien

- la formation en dermatologie : externat / internat,
- la formation en gériatrie : externat / internat.

Les médecins ont été contactés par téléphone ou sms, afin d'obtenir leur accord.

Les médecins ont été recrutés :

- par connaissances universitaires : M2, M3, M4, M6.
- par connaissances professionnelles lors des remplacements : M7, M8, M9, M11, M12.
- par contact via d'autres confrères : M1, M10.
- par connaissances personnelles : M5.

Le sujet de la thèse a été évoqué avant l'entretien succinctement afin de ne pas orienter les éventuelles réponses. Le délai entre la demande d'entretien et le rendez-vous a été le plus rapide possible pour encore ne pas orienter les éventuelles réponses ou pour que le praticien ne fasse pas de recherche spécifique afin de ne pas biaiser les analyses.

4) Les entretiens.

Les entretiens se sont déroulés de juin 2015 à septembre 2016.

La première partie des entretiens a été faite lors de l'internat de l'investigateur.

La seconde partie des entretiens s'est déroulée lors de la fonction de médecin remplaçant de l'investigateur.

Ils ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien.

Les entretiens étaient sur rendez-vous, une plage horaire était définie en fonction des disponibilités de chaque participant.

Les rendez-vous étaient pris avant ou après les consultations, jamais entre deux consultations avec des patients pour ne pas avoir le sentiment d'être pris par le temps.

Les entretiens étaient individuels (sauf pour le M2, le praticien ayant un étudiant avec lors de cet entretien).

La retranscription écrite des entretiens ne figure pas dans l'annexe de cette thèse, afin de respecter les propos et essayer de conserver au maximum l'anonymat des participants qui pourrait être facilement identifiable par leurs pairs. Il n'y a pas d'intérêt scientifique à la lecture verbatim de ces entretiens.

5) « Le guide d'entretien ».

Ce guide a permis d'avoir un soutien logistique lors des entretiens, en essayant d'aborder tous les thèmes souhaités.

Les thèmes ont été choisis en fonction des hypothèses émises avant le début des entretiens.

Les questions ont évolué en fonction des réflexions de l'entretien précédent après connaissance de la littérature.

Les hypothèses initiales étaient :

Le médecin généraliste n'est pas à l'aise avec le prurit sine materia de la personne âgée.

L'âge avancé est un facteur influençant la prise en charge du symptôme dont notamment la prescription d'un bilan (moins de bilan prescrit).

La prise en charge diffère si le prurit est le motif principal de consultation, ou le motif secondaire.

La prise en charge diffère selon la récurrence de la plainte.

Les trois grands thèmes abordés sont :

Concernant le motif de consultation :

Le médecin estime-t-il la plainte fréquente ?

La plainte est-elle la plus souvent spontanée ?

Le médecin aborde-t-il ce symptôme en fonction des lésions de grattage découvertes fortuitement ?

Evalue-t-il le retentissement sur la qualité de vie et si sa prise en charge diffère selon la réponse des patients ?

La prise en charge étiologique :

Le médecin se sent-il à l'aise avec les différentes causes possibles de prurit sine materia (oui, non, pourquoi ?), avec la dermatologie en général ?

Sur quels critères va-t-il démarrer une enquête (altération de l'état général, les plaintes multiples, l'inefficacité d'un éventuel traitement instauré, l'âge du patient, l'espérance de vie ?

Quelle est la première cause qui lui vient à l'esprit en termes de fréquence ?

La prise en charge thérapeutique :

Sur quels critères va-t-il prescrire ou non un traitement ?

Quel traitement va-t-il prescrire en première intention ? Lequel ? Pourquoi ?

6) Les données.

Les données ont été récupérées lors des entretiens.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un iPad en mode « dictaphone » avec l'accord du praticien interrogé.

Puis, ces entretiens ont été retranscrits presque « mot à mot » sur Word. (Les formules de politesse et de présentation n'ont pas été transcrites).

Pour des raisons littéraires, certaines phrases ont été légèrement modifiées afin d'éviter toute erreur de syntaxe à l'écrit, mais en essayant de garder au maximum l'idée principale du praticien interrogé.

Après les retranscriptions, les enregistrements vocaux ont été détruits.

7) La recherche bibliographique.

Cette recherche s'est faite avant et tout au long de la période des entretiens, pendant plus d'une année. Les sites de recherche étaient principalement Google Scholar, Pub MED, biblio INSERM et CISMef.

Les mots clefs utilisés le plus fréquemment en français ou traduit en anglais étaient le prurit sine materia, le prurit sénile, la xérose cutanée, la peau de la personne âgée, la physiologie du prurit, le prurit chronique, la peau sèche.

III) Résultats.

1) Les caractéristiques des médecins.

Douze médecins ont été interrogés (4 femmes /8 d'hommes).

Les tableaux suivants représentent les caractéristiques de médecins interrogés.

Tableaux n°1 et n°2 : mode d'exercice des médecins.



Tableau n°1

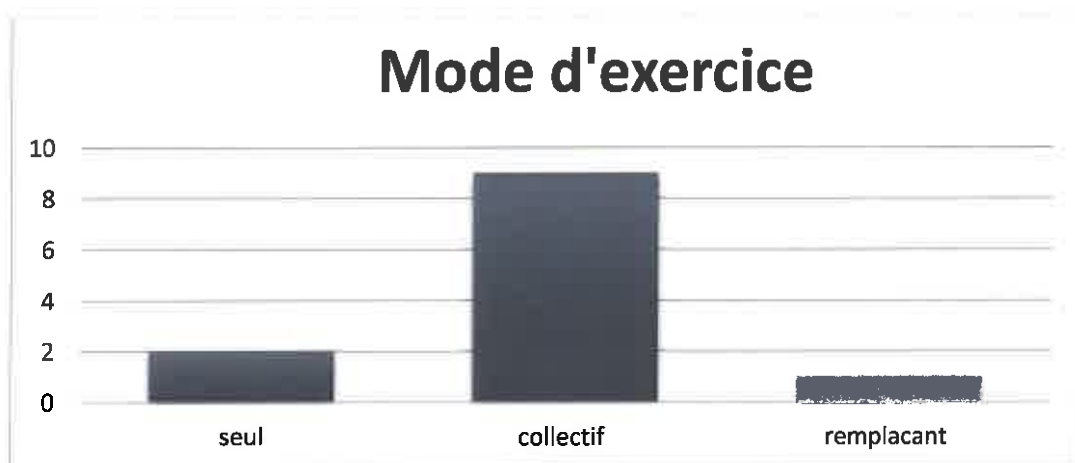


Tableau n°2

Tableau n°3 : âges des médecins interrogés.

Répartition des médecins en fonction de l'âge

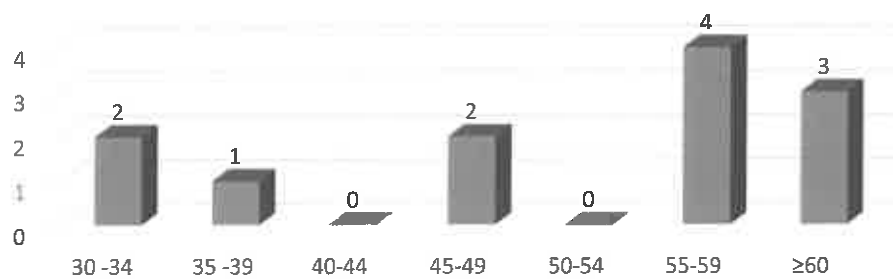


Tableau n°3

2) Les caractéristiques des entretiens.

Les entretiens ont duré en moyenne 19 minutes (de 11 à 28 minutes).

Les entretiens ont été recueillis au cabinet du praticien (salle de consultation ou pièce de repos). Un entretien a été fait au domicile du médecin.

3) Les résultats des entretiens.

A) Les médecins généralistes et la dermatologie.

Pour essayer de comprendre l'attitude des médecins généralistes face au prurit sine materia dans ces entretiens, il est nécessaire de connaître leur aisance ou non face à la dermatologie.

Il ressort que la plupart d'entre eux n'ont pas eu de formation spécifique en dermatologie aux cours de leurs études.

Aucun n'a eu de formation spécifique pendant leur internat, quatre praticiens ont fait un stage hospitalier pendant l'externat. Certains jugent leur formation insuffisante.

Leurs connaissances se font :

M1 : « *sur le terrain (...), lors des FMC* ».

M3 : « *je fais avec ma propre expérience (...), sur le tas également* ».

Ils ne sont pas tous à l'aise avec les pathologies dermatologiques.

M4 : « *non pas du tout* ». (En répondant à la question êtes-vous à l'aise dans les pathologies dermatologiques ?)

Certains d'entre eux n'apprécient particulièrement pas non plus cette spécialité :

M2 : « *ça ne me passionne pas* ».

Cependant lors de ces entretiens, je n'ai pas constaté de différence concernant la prise en charge entre ceux qui semblaient être à l'aise avec la dermatologie et ceux qui se disaient moins à l'aise.

B) Les médecins généralistes et le prurit.

Pour les médecins généralistes interrogés, il est plus facile de prendre en charge des patients avec des lésions dermatologiques spécifiques.

M4 : « *c'est plus facile* ».

M5 : « *on a des hypothèses diagnostiques (...), alors que sans lésion cutanée (...) il faut faire un bilan* ».

M7 : « *quand il y a des eczémas (...), c'est plus facile* ».

M10 : « *je préfère quand même lorsqu'il y a des lésions qui orientent vers un diagnostic plus précis* ».

C) Les médecins généralistes et le prurit sine materia.

Lors des entretiens, une majorité des praticiens affirment rencontrer régulièrement des patients âgés consultants pour un prurit sine materia.

Mais il faut cependant indiquer que cela reste principalement des patients identifiés comme ayant une xérose cutanée.

M3 : « oui, j'ai plusieurs patients qui sont déjà venus pour ce type de prurit (...), environ 1 par mois ».

A noter que ce praticien parle effectivement du prurit sine materai en globalité et non de la xérose cutanée.

D) Les médecins généralistes et les causes de prurit sine materia.

Les causes du prurit sine materia sont très nombreuses. L'objectif de ce paragraphe est d'identifier les causes principales de ce prurit auxquelles les médecins généralistes pensent dans leur cabinet.

La première cause de prurit sine materia évoquée par la majorité des médecins interrogés est la xérose cutanée ou apparentée.

M1 : *« chez la personne âgée, ce que l'on appelle prurit sénile sur dermite sèche, c'est quelque chose d'assez courant ».*

M11 : *« oui, un prurit sénile ».*

Un médecin estime que cette proportion consultant pour simple xérose dans son cabinet est de l'ordre 95.

M1 : *« 95 fois sur 100 ».*

Au cours des entretiens, les praticiens évoquent secondairement une étiologie psychologique.

M4 : *« quelques choses de psychogène ».*

M8 : *« une bonne partie du prurit est psychogène ».*

Puis la majorité des médecins font également référence à la iatrogénie médicamenteuse.

Les maladies hématologiques sont souvent citées :

M5 : *« hémopathies », « lymphomes », « Vaquez ».*

Un médecin pense qu'une cause récurrente de prurit est d'origine neurologique sur des neuropathies.

M3 : *« souvent les nerfs ».*

Les autres causes de prurit n'ont pas été évoquées en premier lieu lors des entretiens. Les médecins ne les rencontrent que très rarement au cabinet.

E) Les médecins généralistes et leurs prises en charge.

a) La recherche étiologique.

Devant la diversité étiologique des prurits, il est licite d'essayer de comprendre comment les médecins s'organisent pour faire un diagnostic chez la personne âgée.

Un bilan initial peut être proposé en première intention afin de s'assurer de l'absence de causes internes.

Deux médecins ont parlé du prurit sur xérose comme

M5, M11 : « *diagnostic d'élimination* ».

Les médecins interrogés ne font pas en première intention, ou lors de la prochaine consultation de bilan initial :

M1 : « pas tout de suite ».

Ils font leur bilan initial principalement s'il estime qu'il y a un échec des stratégies thérapeutiques mises en place ou qu'il existe une récurrence de la plainte, un échec du traitement, ou lors de la seconde ou troisième consultation.

Leur bilan initial comprend pour la majorité un bilan standard.

A été défini par défaut comme bilan standard la prescription d'une numération de formule sanguine, un bilan hépatique et un bilan électrolytique avec une créatinine.

Deux médecins interrogés font une parasitologie des selles et un médecin seulement s'il y a une hyperéosinophilie sanguine au bilan biologique.

Trois médecins font un bilan thyroïdien.

Un médecin fait des IgE.

Un médecin fait une sérologie HIV et des sérologies hépatites.

Trois médecins font doser en deuxième intention une électrophorèse des protéines plasmatiques.

Cinq médecins prescrivent une vitesse de sédimentation et ou une protéine C réactive.

Un médecin fait doser une glycémie sanguine.

De plus, les bilans biologiques sont accessibles à tous. Ils sont faciles de réalisation.

Chez les médecins interrogés, l'âge extrême n'est pas un frein à une enquête minimale dont la prescription d'une biologie.

M5 : « *quelque soit l'âge* ».

Un médecin souhaite avoir un diagnostic de certitude chez les patients les plus âgés, même en dehors de l'objectif d'une thérapeutique spécifique :

M5 : « *c'est bien d'avoir un diagnostic* ».

Toutefois il faut noter que parfois le bilan est souvent prescrit alors même que les praticiens ne savent pas quoi rechercher c'est un bilan de débrouillage.

M1 : « *sans trop savoir quoi rechercher* ».

Cependant les examens d'imagerie (radiographie du thorax et échographie abdominale) sont rarement prescrits.

M1 : « *passé la main* ».

Un médecin a prescrit parfois des imageries sans orientation clinique :

M4 : « *je ne pense pas aux causes internes pures (...) même approche qu'une pelade, radiographie des sinus, du thorax* ».

La iatrogénie reste une cause fréquente de prurit sine materia chez une personne âgée souvent poly-médicamentée. Certains médecins en ont parlé spontanément. Ils mettent en cause principalement le dernier traitement introduit. Un praticien a parlé de l'évaluation des traitements antérieurs.

M4 : « *souvent le dernier introduit mais par contre certains traitements types diurétiques peuvent avoir un effet retard* »

M10 : « *souvent la iatrogénie est en cause.* »

Un praticien a parlé des génériques.

M8 : « *avec les génériques, l'excipient n'est pas le même. (...) et l'intolérance au lactose* ».

b) Le traitement.

Il a été vu précédemment qu'un bilan initial n'était pas prescrit systématiquement. En effet, les médecins généralistes font un traitement symptomatique avant de réévaluer la plainte.

M1 : « *de faire simple, l'objectif est de soulager son prurit* ».

Deux thérapeutiques ressortent (hormis les règles hygiéniques).

- les antihistaminiques :

M4 : « *un antihistaminique* ».

- les émoullients :

M4 : « *je donne des émoullients type DEXERYL* ».

M5 : « *une sécheresse cutanée on hydrate* ».

Un médecin a parlé d'application d'antiseptique sur les lésions :

M3 : « *sur des lésions de grattage, parfois de la BISEPTINE, ça calme un petit peu* ».

C'est aussi posé la question des corticoïdes et de leur place concernant cette pathologie. Tous les médecins sont d'accord pour ne pas prescrire de corticoïde notamment en traitement de première intention, et principalement quand le prurit est généralisé.

M1 : « *pour un prurit généralisé je me vois mal badigeonner de DIPROSONE* ».

M1 : « *on va en décroissant, l'observance peut être un frein* ».

M8 : « *je n'aime pas trop tartiner sur tout le corps* ».

Un médecin prescrit des neuroleptiques en seconde intention si le bilan est négatif.

M3 : « *je suis persuadé que certaines démangeaisons sont des névralgies, de temps en temps, j'essaie un LYRICA ou du LAROXYL* ».

c) L'échec du traitement.

Le bilan initial est prescrit lors de l'échec du traitement.

Pour les médecins interrogés, l'échec d'un traitement repose sur une durée du traitement jugée inefficace.

M5 : « *environ quinze jours, à trois semaines* ».

d) Le recours au dermatologue.

Il a été vu que le médecin généraliste ne se sent pas toujours à l'aise avec la dermatologie et encore moins avec un prurit nu.

Les praticiens ont recours au spécialiste, si leur première investigation reste sans réponse :

M1 : « *je fais le bilan initial et si je ne trouve rien j'envoie chez le spécialiste* ».

M10 : « *quand il y a eu plusieurs échecs de traitement (...), même avec un bilan normal, (...), après trois mois maximum de traitement j'envoie voir le dermatologue* ».

Ils ont également recours au dermatologue si les lésions cutanées sont majeures.

M 1 : « *grosses lésions cutanée de grattage* ».

Les généralistes ne semblaient pas en difficulté quant à l'accès à un dermatologue pour leurs patients.

M2 : « *on arrive à avoir sur des créneaux d'urgence des consultations rapides* ».

M3 : « *oui mais ce n'est pas une urgence* ».

M8 : « *oui (...) assez rapide* ».

Cependant, ils mettent en doute la réelle utilité de cette consultation spécifique sur le plan diagnostic.

Un médecin relate qu'à chaque fois qu'il envoie à une consultation spécialisée, il n'y a pas d'autres diagnostics établis.

M3 : « *souvent les gens reviennent et me disent : il n'a rien fait* ».

L'objectif principal est donc une réassurance pour le praticien.

M3 : « *ça me rassure* ».

Mais aussi pour le patient.

M3 : « *et ça rassure* ».

e) Les difficultés.

Un praticien m'a parlé spontanément d'une difficulté à l'accès aux examens complémentaires en milieu rural, et donc à une remise en question plus systématique de l'intérêt de ces examens que ses confrères en exercice de ville.

M1 : « *c'est sûr* ». (En répondant à la question sur la localisation du cabinet pour la prescription d'examens complémentaires).

La question a été posée directement à ses confrères qui relatent parfois une difficulté à effectuer ces examens complémentaires.

M2 : « *pas un frein à la prescription* ».

f) L'évaluation du retentissement.

De même que précédemment un bilan biologique est prescrit en fonction du retentissement du prurit. Le médecin généraliste évalue le retentissement en fonction de deux paramètres bien distincts.

Soit la qualité de vie :

M1 : « *sur le sommeil* ».

M10 : « *le retentissement psychologique majeur* ».

Soit l'état cutané :

M1 : « *si le patient présente des lésions de grattage importantes* ».

g) Le motif principal ou secondaire.

De même il est intéressant de savoir si la prise en charge diffère selon que la plainte est le motif principal ou secondaire de la consultation.

Les praticiens ne s'accordent pas sur le sujet.

Certains vont considérer cela comme un symptôme mineur d'autant plus que si la plainte est le motif secondaire.

M2:« *si première consultation, le considérer comme quelque chose de mineur* ».

D'autres ont la même démarche que le motif soit primaire, secondaire voire tertiaire, mais tous s'accordent que le manque de temps lors d'une consultation doit faire revenir le patient pour une consultation dédiée à ce symptôme.

M1 : « *on peut leur dire de revenir* ».

M3 : « *ça dépend du temps (...) je fais revenir les gens* ».

h) La plainte du patient ou de son entourage.

De même les avis sont partagés concernant la prise en charge de la plainte si celle-ci est spontanée ou si elle provient de l'entourage.

Certains auront la même démarche.

M5 : « *même prise en charge* ».

Le cas se présente notamment pour les patients ayant des lésions de grattage mais sans plainte.

M2 : « *je ne vois pas d'intérêt de traiter et de démarrer des bilans* ».

M2 : « *je rassure la famille* ».

M8 : « *pas de bilan (...) si les doléances sont faibles* ».

Néanmoins, lorsque le patient ne peut exprimer sa plainte (pathologie démentielle, AVC ...), mais semble gêné par ce prurit, la prise en charge semble identique à celle des autres patients.

A noter que lors des entretiens, les praticiens n'ont pas évoqué spontanément la personne âgée concernant sa composante autonomie ou de leur dépendance.

IV) Discussion.

1) La méthode.

A) L'étude qualitative.

Cette méthode reste encore peu répandue dans le monde médical. La majorité des thèses qualitatives sont des thèses de médecine générale.

Il n'a pas été retrouvé d'étude similaire dans la littérature, d'où une absence de comparaison des pratiques.

Maintenant qu'il est possible de comprendre les facteurs influençant la prise en charge du prurit sine materia dans la population âgée, il pourrait être licite d'effectuer une étude quantitative prenant en compte ces différents facteurs afin de savoir combien de généralistes ont des démarches équivalentes.

B) L'entretien semi-dirigé.

Ce type de méthode permet de recueillir des informations sur le ressenti des médecins généralistes.

De plus, le guide d'entretien bien qu'il peut sans doute orienter la méthodologie vers un interrogatoire permet au maximum de comparer les entretiens entre eux.

C) Le recrutement.

Les médecins ont répondu sur la base du volontariat.

Ce mode de recrutement peut entraîner un biais de résultats. En effet, l'implication des médecins répondeurs dans les pathologies dermatologiques est peut-être plus importante que dans la population médicale de la région.

Un petit nombre d'inclusion de médecins dans cette étude, ne permet pas d'extrapolation possible à l'ensemble de la population médicale Haute Normande. L'objectif étant de comprendre les attitudes des médecins généralistes et non de faire une thèse avec des résultats statistiquement significatifs.

De plus lors des entretiens, il n'a pas été pris en compte l'intensité de l'activité des praticiens (nombres d'actes par jour).

Il n'a pas été évalué le pourcentage de patientèle gériatrique.

Ces deux derniers points peuvent être un biais quant à l'interprétation des résultats. Nous pouvons imaginer qu'il existe une pratique différente entre un praticien avec de nombreux actes quotidiens ou ayant une patientèle plus âgée. D'autant plus, qu'un grand nombre de praticiens interrogés déclarent se fier à leur expérience professionnelle.

De plus, une majorité des médecins interrogés sont des connaissances professionnelles directes, dans le cadre de remplacement. Bien que n'ayant jamais travaillé en tant qu'étudiante à leur côté, il peut se poser également la question d'une autre source de biais.

D) Le recueil des données.

Le temps accordé pour l'entretien peut sembler parfois limité (11 minutes). A noter que l'entretien le plus court a été effectué avec un médecin en zone rural exerçant seul.

Par conséquent, certaines réponses sont succinctes par manque de temps.

De plus, seule la communication verbale a été évaluée dans cette thèse. Les autres communications n'ont pas été prises en compte, l'interprétation de la communication gestuelle est une donnée trop subjective. Ce point aurait pu être évité en filmant les participants, mais le couvert d'anonymat n'aurait plus été respecté. Et du point de vu matériel, les contraintes auraient été trop importantes.

Face à tout entretien, même entre confrères, peut se poser la question de la peur du jugement de l'autre. Le praticien fait-il toujours en situation réelle ce qu'il annonce lors de l'entretien ?

E) L'analyse des données.

Le regroupement des idées a été fait par une même personne. Ayant essayé au maximum de retranscrire les différentes idées, il n'est pas exclu d'une influence personnelle quant à l'interprétation des résultats.

L'analyse a été faite en regroupant les idées en fonction des termes employés et de leurs synonymes.

2) Les résultats.

A) Les médecins généralistes face à la dermatologie.

Les médecins généralistes interrogés n'ont pas eu de formation au cours de leur internat en dermatologie et ne semblent pas toujours à l'aise avec cette spécialité.

Le fait du manque de formation pour quelques praticiens est un frein certain à leur connaissance et donc à une prise en charge efficace de cette pathologie.

Le premier médecin interrogé a parlé d'une thèse « *pratiquement de spécialité* ».

Hors le médecin généraliste est le premier professionnel de santé dont le patient a recours et les motifs de consultation pour pathologies dermatologiques sont fréquentes en consultation de ville. Les dernières données de l'Observation de Médecine Générale retrouvent qu'environ 6% des motifs de consultations en ville sont pour des pathologies dermatologiques toutes causes confondues en France.

L'internat de médecine générale est le plus court des spécialités. Nous pouvons nous poser la question d'une formation pratique et théorique renforcée dans ce domaine. En effet, en prenant l'exemple des études de médecine haute normande, il est possible d'être docteur en médecine générale sans être passé une seule fois dans le service de dermatologie au cours de son cursus (externat et internat). Tous les professionnels s'accordent pourtant à dire que la dermatologie est une discipline qui s'apprend en voyant la peau.

De plus, bien que cela ne soit pas extrapolable, les médecins qui apprécient moins cette discipline ne semblent pas envoyer plus facilement les patients aux dermatologues que leurs confrères. Leurs attitudes ne semblent pas si éloignées que celles de leurs confrères.

B) Les médecins généralistes face au prurit.

Les médecins interrogés plus jeunes semblent plus à l'aise quand aux multiples causes du prurit.

C) Les médecins généralistes face au prurit sine materia de la personne âgée.

Certains médecins généralistes interrogés relatent des consultations régulières concernant ce sujet.

Aucune étude épidémiologique sur la fréquence du prurit sine materia de la personne âgée en médecine de ville n'a été retrouvée dans la littérature en France. Il est difficile d'évaluer avec ces quelques entretiens la réelle fréquence de ce symptôme en ville.

Aux USA, 25% des personnes présentant un prurit ont plus de 65 ans mais la prévalence de ce symptôme dans la population gériatrique reste aussi inconnue, faute d'étude nationale. (19)

Une étude en population gériatrique réalisée en Turquie montre que 12 % des patients de plus de 65 ans ont un prurit. Il y a eu 4099 patients inclus de plus de 65 ans mais seulement 20% des patients ont plus de 85 ans. (20)

Un médecin généraliste aurait mis une barrière d'âge plus haute au sujet de cette thèse, il a été proposé 75 ans au lieu des 60 ans.

Cette limite d'âge de 60 ans a été choisie selon la définition OMS pour définir une personne âgée. Toutefois, cette remarque n'est ressortie qu'après avoir évoqué la différence entre l'âge physiologique et l'âge administratif au praticien.

Peut donc se poser la question de la prise en charge :

Aurait-elle été réellement différente chez les patients âgés entre 60 ans et 75 ans ?

Le recours aux soins pour le prurit était-il différent en fonction de l'âge ?

Cependant une étude tunisienne hospitalière qui avait inclus 208 patients de plus de 65 ans, présentant un prurit sans lésion dermatologique spécifique, retrouve une différence significative si on stratifie les données avec l'âge. (3)

En effet dans leur étude, cette différence apparaît si l'on regroupe tous les patients de moins de 75 ans (groupes initiaux de 65-69 ans / 70-74 ans) et ceux de plus de 75 ans (groupes initiaux de 75-79 ans / +de 80 ans).

Les patients de moins de 75 ans étaient plus nombreux que ceux âgés de plus de 75 ans dans leur étude. Ce qui conforte le choix initial d'évaluer la démarche des patients même plus jeunes en médecine de ville.

Il est bien sûr logique que la population plus âgée reste souvent la moins représentée dans les études compte tenu de la mortalité plus importante avec l'âge.

Un des biais probable de ce travail à posteriori est de ne pas avoir différencié la personne âgée de la personne très âgée. De plus, il aurait été peut être intéressant de différencier de façon plus systématique la personne âgée autonome de la personne âgée dépendante.

En effet, aucun praticien n'a évoqué spontanément l'autonomie, la dépendance de leur patient pour la prise en charge initiale.

D) Les médecins généralistes et les causes de prurit sine materia.

a) La xérose.

Les causes de prurit sine materia sont très nombreuses. Les réponses des médecins généralistes restent en accord avec la littérature.

En effet, la cause la plus fréquente évoquée pour la plupart des praticiens est la xérose cutanée.

Cela est d'autant plus vrai qu'ils relatent ne pas retrouver de causes internes lors des explorations faites en ville ou par le spécialiste.

b) La iatrogénie.

Le nombre de maladies chroniques augmente dans la population âgée, et ces maladies génèrent des prescriptions plus importantes de médicaments. La liste de traitements pouvant être inducteurs de prurit est nombreuse. Plusieurs mécanismes physiopathologiques sont intriqués (neurologique, induction de sécheresse cutanée, perturbation du bilan hépatique ...).

(13)

Une iatrogénie n'a pas été évoquée spontanément par tous les médecins, hors cela est une cause fréquente de prurit sine materia, et génère des prescriptions de traitements symptomatiques probablement inutiles.

Pour les praticiens interrogés, la chronologie d'introduction du traitement doit concorder avec l'apparition du prurit. Un seul médecin interrogé parle « d'effet retard. ». Mais ce symptôme peut également persister des mois voire des années après le retrait du traitement. Puisque le mécanisme des prurits iatrogènes reste le plus souvent inconnu. La prise en charge est plus difficile notamment lorsqu'il y a plusieurs médicaments qui peuvent induire un prurit. L'étude préconise un arrêt de six semaines minimum pour prouver que le prurit était dû à une iatrogénie. (7)

c) Les maladies hématologiques.

De plus, environ 50 % des médecins interrogés pensent aux maladies hématologiques, hors ces pathologies sont peu fréquentes chez la personne âgée et se révélant par un prurit par rapport à d'autres pathologies non citées.

Il n'y a pas d'études retrouvées concernant la proportion de découverte de maladie hématologique spécifiquement chez la personne âgée présentant un prurit. L'étude du Dr Afifi dans la population générale retrouvait 18% d'hémopathie, l'anémie ferriprive représentait 13% de la population étudiée. (3)

Parmi les 34 patients, dont le prurit a été le symptôme révélateur d'une maladie sous-jacente, 1 seul présentait une polyglobulie. (3)

Par exemple dans la maladie de Hodgkin, le prurit est le symptôme initial dans 5 à 10 % des cas, dans la maladie de Vaquez, le prurit révèle la maladie dans 14 à 52 % des cas. (10)

d) Les causes endocriniennes.

Le bilan thyroïdien est proposé de façon systématique chez quatre médecins interrogés.

L'étude du Docteur Affifi retrouve jusqu'à 13 % de patients présentant une hypothyroïdie.

e) Les causes psychologiques / Les causes psychiatriques.

Certains praticiens interrogés relatent une difficulté dans la prise en charge des patients dépressifs, le prurit étant la cause ou la conséquence de cette dépression ?

« les modifications physiologiques de la peau sont bien un langage par elles-mêmes (...) tandis que le langage traduit la sensibilité aux événements affectifs... ». (21)

E) La prise en charge par les médecins généralistes.

a) La recherche d'une étiologie.

L'absence de bilan initial par le médecin traitant semble justifiée puisque la première cause évoquée est le prurit sénile. Mais ce diagnostic reste un diagnostic d'élimination.

Les pratiques concernant le bilan restent individuelles. Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge spécifique.

L'âge semble être un facteur favorisant retrouvé lors des entretiens quant à une recherche approfondie sur les causes internes pouvant être responsables de ce symptôme.

L'autonomie de la personne âgée est aussi un facteur qui va influencer la prise en charge notamment dans la prescription de bilan complémentaire.

M1 : « *un patient qui se déplace, pas de problème, le sujet âge c'est plus difficile* ».

b) Le traitement.

- *Les émoullients*

Les traitements les plus utilisés restent les traitements locaux non spécifiques afin d'hydrater au maximum la peau. Il a été démontré que la physiologie de la peau du sujet âgé était à même de créer une sécheresse.

Les émoullients imitent l'action lipidique de la peau, en diminuant la perte d'eau par la couche cornée. (Cf. tableau) Les composants associés contribuent à préserver l'humidité de la peau. Le plus utilisé est le parabène. Mais il n'a pas été démontré dans les études de supériorité d'efficacité en fonction du composant utilisé. (22) (Cf. tableau)

Après les entretiens, il est apparu qu'une question importante n'avait pas été prise en compte. En effet, des études ont démontré l'intérêt de l'éducation thérapeutique dans l'application des émoullients pour une efficacité optimale. L'application doit se faire dans les trois minutes après le bain. De plus, un bon émoullient est un émoullient appliqué fréquemment par le patient. (23, 24)

Tableau des différents types d'émollients.

Characteristics of Moisturizers			
Type	Formulations	Advantages	Disadvantages
Lotion	Thinner texture due to low viscosity intended for unbroken skin. Contains oil and water joined together by emulsifiers	Penetrates stratum corneum layer of skin	Must be reapplied often because of evaporation
Cream	Thicker texture due to a higher viscosity than a lotion from a greater oil content	Penetrates stratum corneum. Less greasy than ointments	Not usually preferred for face skin or creases
Ointment	Semi-solid	Effective moisture barrier/skin protectant	Opacity prevents assessment of underlying skin
Paste	An ointment in which a powder is suspended (e.g., zinc oxide)	Effective skin protectant	May have a sticky feel
Gel	Liquids that behave like solids because they contain agent such as pectin, gelatin, or alginate acid that add viscosity	Increases water content of skin	
Bath Oil	Liquid at room temperature	Leaves a protective coating on the skin	Soaps or shampoos remove benefits Risk of falls in tub due to slipperiness

Tableau des différentes substances actives.

- Balsam of Peru
- Lanolin
- Propylene glycol
- Parabens
- Formaldehyde
- Fragrance
- Vitamin E
- Aloe vera

- Les antihistaminiques

Cependant, on peut se poser la question de l'intérêt de la prescription des antihistaminiques. En effet, peu de praticiens relatent une cause allergique.

De plus, une étude confirme que l'utilisation large des antihistaminiques dans le prurit, hormis dans les cas d'urticaire, a un effet obtenu comparable à celui d'un placebo. (2)

On voit bien que les praticiens restent prudents de l'utilisation de ces traitements « à petite dose », « risque de chute, d'endormissement ».

- Les corticoïdes

De plus il n'y pas d'utilisation de corticoïdes locaux chez la personne âgée devant :

- le risque de iatrogénie avec la difficulté de décroissance progressive des corticoïdes par la personne âgée est trop important,
- la surface à traiter est souvent trop étendue,
- l'absence de cause précise.

L'HAS autorise dans le cadre d'un prurit en soins palliatifs, l'utilisation des antihistaminiques et des corticoïdes par voie générale mais « leur efficacité est inconstante ».

Cependant, les émoullients-antihistaminiques associés aux dermocorticoïdes peuvent amener une atténuation du prurit dans 62% des cas. Il faut rester toutefois prudent quant à l'interprétation de ses résultats, l'étude ne précisant pas si les patients traités présentaient des causes internes du prurit ou une xérose cutanée isolée. (3)

c) L'échec du traitement.

L'évaluation de l'échec du traitement est un point essentiel. Celui-ci détermine la prescription d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés.

Mais l'efficacité du traitement reste très subjective. Cela reste une simple réflexion entre le médecin et son patient. Il n'y a pas d'utilisation d'échelle par exemple pour quantifier la gêne voire l'intensité du prurit. Chaque médecin gère l'efficacité à sa manière.

Les délais d'échec du traitement sont d'environ trois semaines notamment pour la prescription d'antihistaminiques ou la prescription d'un bilan.

d) Le recours aux dermatologues.

Les praticiens ont facilement recours aux dermatologues lors des échecs de leur prise en charge.

L'accès à ce spécialiste n'est pas un frein majeur dans cette prise en charge, notamment devant l'absence d'urgence diagnostique dans cette pathologie précise selon les médecins interrogés. Il est important de préciser que ces résultats ne sont pas en concordance avec une étude réalisée en 2012 Haute Normandie, où 80 % des médecins généralistes trouvaient l'accès à la consultation spécialisée pour leur patient difficile ou très difficile. (25)

e) Le retentissement.

Pour certains médecins les lésions cutanées sont le marqueur de l'évaluation de l'intensité du prurit.

Hors bien que le raisonnement semble se justifier, il faut noter qu'une intensité très importante du prurit ne s'évalue pas toujours sur les lésions mais plutôt sur la qualité de vie. On peut

penser que certains bilans complémentaires ne seraient pas effectués devant l'absence de lésions importantes.

De plus, l'absence de lésions de grattage n'élimine pas de façon certaine le diagnostic de prurit. En effet, seul 37,5 % des patients présentaient des lésions de grattage non spécifiques dans l'étude tunisienne. (3)

La qualité de vie est prise en compte dans la prise en charge globale du patient.

L'étude du Docteur Carr, a étudié les facteurs ayant un impact sur la qualité de vie dans le prurit chronique. Son étude portait sur 405 personnes présentant un prurit chronique. Il a été mis en évidence une différence significative sur la qualité de vie en fonction de l'âge des patients ($p=0,007$), l'ethnie ($p=0,05$), le statut marital ($p=0,04$), la personnalité ($p = 0,03$ chez les patients extravertis), la fréquence du prurit ($p<0,001$) mais le sexe n'est pas un facteur déterminant sur la qualité de vie ($p = 0,98$). (26)

f) Le motif principal / La plainte du patient.

Il est licite que le médecin généraliste a une démarche différente selon la plainte du patient.

En effet, le nombre de motif de consultation est d'environ 2.6 motifs par consultation selon l'étude des éléments de la consultation en médecine générale (ECOGEN). (27)

Le « syndrome du pas de porte » ou les fins de consultations ne facilitent pas la démarche du médecin.

V) Proposition d'aide à la prise en charge.

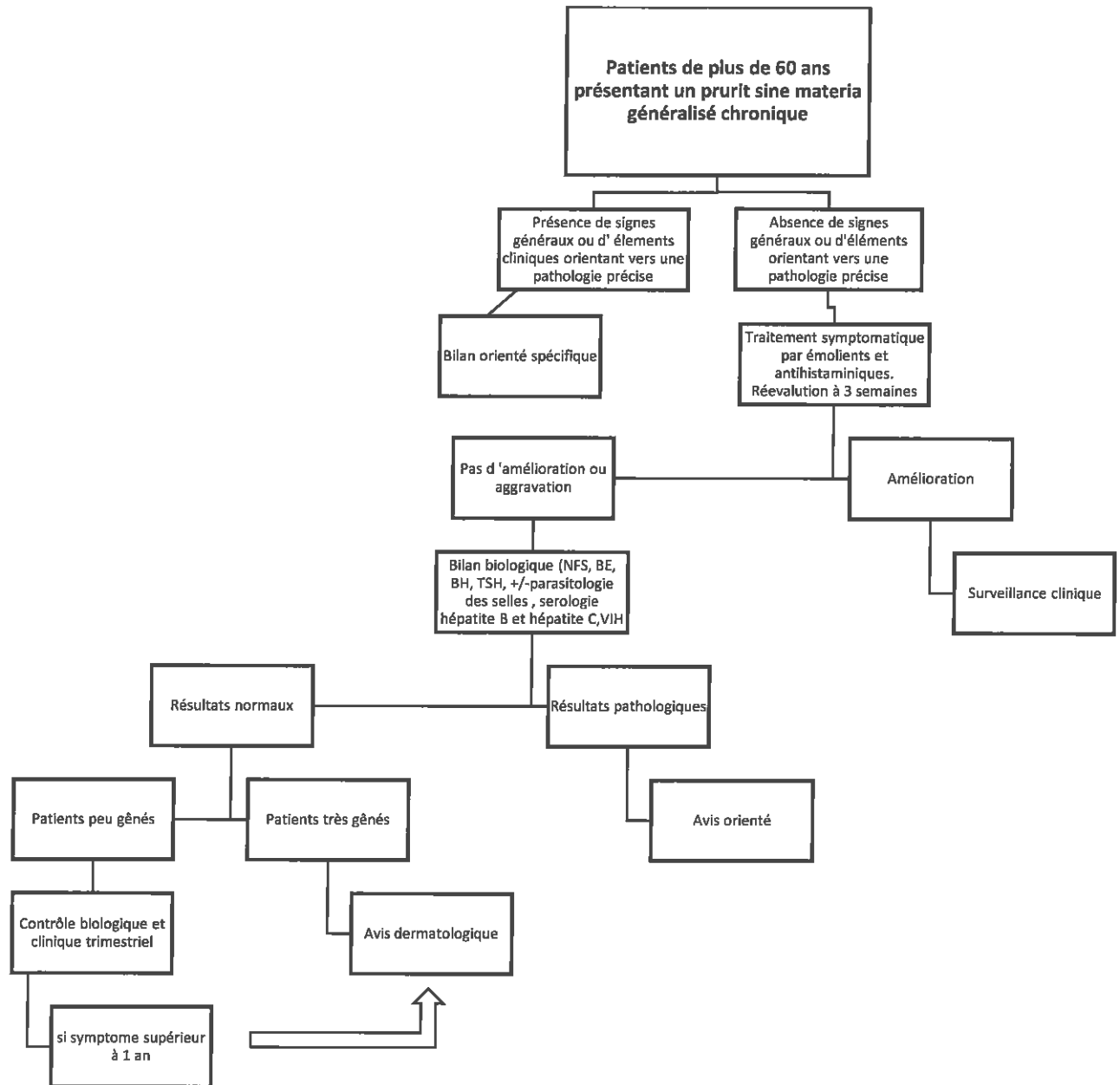
Le schéma proposé n'a en aucune façon été validé par des sociétés savantes.

Il est proposé en conclusion de ce travail, pour aider le médecin généraliste dans sa prise en charge.

Les sérologies hépatite B, hépatite C et VIH ont été retenues comme bilan à faire au cas par cas.

En effet, la proportion de personne âgée porteuse de VIH dans la population âgée n'est pas négligeable. Il est intéressant de constater que selon l'enquête VIH senior réalisée en 2014 par le laboratoire Janssen la population des 50-70 ans se sent moins concernée par les risques d'infection par le VIH ce qui explique le moindre recours au dépistage de ce virus. Il est licite de proposer devant ce prurit inexplicé un dépistage, afin d'éviter une occasion manquée pour cette catégorie d'âge.

Devant l'absence d'orientation clinique ou biologique, le bilan d'imagerie est laissé à l'appréciation du spécialiste.



VI) Conclusion.

Les facteurs ressortis de ces entretiens pouvant influencer l'absence ou la présence d'une enquête étiologique sont :

- L'absence de connaissance précise sur ce sujet, les médecins ne sachant pas réellement quelle étiologie précise rechercher, prescrivent parfois un bilan biologique en première ou seconde intention. La prescription d'imagerie sans point d'appel clinique est laissée à l'appréciation du spécialiste.
- L'âge du patient ressort comme un facteur influençant la prise en charge. Il influence par ailleurs toutes les décisions médicales. Cependant, j'ai été obligé de constater, qu'aucun praticien à évoquer de façon spontanée l'autonomie dans la prise en charge de leurs patients âgés.
- La lésion initiale joue un rôle principal quant à la prise en charge du prurit.
- L'absence d'amélioration du traitement symptomatique reste un facteur répété lors des interrogatoires par les médecins de ville pour faire un bilan biologique standard.
- La recherche d'une iatrogénie est évoquée de façon récurrente.
- Lors des entretiens, la facilité au recours à un dermatologue, pourrait expliquer l'absence d'investigations complémentaires par le médecin généraliste.

Concernant la prise en charge thérapeutique non spécifique :

Tous les médecins interrogés préconisent un émollient en première intention.

Les antihistaminiques sont prescrits plutôt en seconde intention.

Les corticoïdes ne sont pas prescrits chez la personne âgée pour ce motif.

En post entretien :

Les médecins interrogés trouvent ce sujet plutôt intéressant. Je peux espérer que leur prise en charge sera différente après les entretiens.

VII) Le guide d'entretien.

Numéro de l'entretien :

Age :

Sexe :

Mode d'exercice : seul, collectif / installé, remplaçant / urbain, rural, semi-rural

Formation particulière en gériatrie et/ou en dermatologie pendant l'externat ou internat.

Généralités :

Le prurit sine materia de la personne âgée est-il un sujet qui vous parle ? La dermatologie est-elle une discipline qui vous intéresse ?

Quelle est la première chose qui vous vient à l'esprit concernant ce sujet ?

Vous sentez-vous à l'aise en dermatologie ? Souhaiteriez-vous une formation supplémentaire lors d'internat ? Après l'internat ?

Le motif de consultation :

Est-ce un motif fréquent dans vos consultations ? Quand avez-vous vu le dernier patient venant pour ce motif ? Combien de patients consultent pour ce motif ?

Le motif est-il souvent un motif principal ou secondaire de la consultation ?

Vous arrive-t-il de parler de ce symptôme sans plainte du patient ? A quelles occasions ? (Lésions cutanées, xérose cutanée, introduction de traitement...)

Stratégie diagnostique :

Comment vous organisez-vous pour orienter votre diagnostic ?

Sur quels critères allez-vous initier un bilan ? (Âge, motif, altération de l'état général, qualité de vie, vie en institution, insistance du patient) Pourquoi ?

Si vous n'initiez pas de bilan, pourquoi ? Au bout de combien de temps ? Après un traitement ? Si oui, au bout de combien de temps vous jugez l'efficacité de traitement ?

Quel est votre bilan initial ? Quel est votre bilan secondaire ?

Si le bilan est négatif, préconisez-vous une simple surveillance ? Si oui, pourquoi ? Sur quels critères ?

Quelles étiologies recherchez-vous principalement ?

Exemple possible à suggérer si le praticien ne donne pas de cas clinique de son cabinet, exemple à proposer patiente confinée au lit de 90 ans présentant un prurit sine materia.

Le traitement :

Quel traitement symptomatique instaurez-vous ?

A partir de quel moment ?

Comment jugez-vous l'échec de votre traitement ?

Sur quels critères ?

Quand faites-vous appel à une consultation spécialisée ?

VIII) Références bibliographiques.

Articles cités

- 1) Revue médicale de Bruxelles Département Inter hospitalier Universitaire de Dermatologie des CHU Brugmann ; Pruritus : diagnostic strategy and therapeutic approach ; P.Provost, C.Dangoisse ; 2008
- 2) International journal of dermatology, Departement of dermatology, Tel –Aviv University; the diagnostic and therapeutic approach to idiopathic generalized pruritus; G.Yosipovitch, M.David;n°38; 1999
- 3) La tunisie medicale; Prurit chez le sujet agé : étude de 208 cas ;Nedra Siliti,Rim Benmously, Sami Fenniche ; vol89 ; n°4 ; 2011
- 4) Acta Derm Venereol ;Clinical classification of itch : a position paper of the international forum for the study of itch ;S.Stander,E.Weisshaar ;87 :291-294 ;2007
- 5) International Journal of Dermatology; Geriatric dermatoses: a clinical review of skin diseases in an aging population; M.Jafferany, T.V.Huynh, M.A.Silverman and Z.Zaidi ;n°51 ;2012
- 6) La revue médicale de Liège ; Le prurit de la personne agée ; M.Caucanas,C.Pierard-Franchimont,G.E Piérard ;65 :10 :593-597 ;2010
- 7) Clinics in Dermatology; pruritus in the elderly; A.Reich,S.Stander, J.C.Szepietowski ; n°29, 2011
- 8) Annales de dermatologie et de vénéréologie ; faut-il faire un bilan de prurit systématique ? ; E.Brenaut, 2014
- 9) Revue française d'allergologie ; Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un prurit ; C.Gallen, N.Raison-Peyron ; n°51 ; 2011
- 10) La revue de médecine interne ; enquête étiologique d'un prurit sine materia : étude prospective d'une série de 95 patients ; Y.Affifi, F.Puzenat, A.Degouy, D .Aubrion, B.Hassam, P.Humbert ; n°25 ; 2004
- 11) Annales de dermatologie-vénéréologie ; Prurit sans lésion dermatologiques ; V. Georgescu,P.Le Bozec ; 126 :629-33 ;1999
- 12) Thérapeutique dermatologique ; prurit sine materia ;Misery ; 2012
- 13) Archives de dermatology; The impact of pruritus on quality of life; S.P.Kini, L.K.Delong, E.Veledar..;n°10; 2011
- 14) Revue médicale suisse ; la barrière cutanée : peau de chagrin du sujet agé ; J.Lubbe, n° 528 ; 2004
- 15) Faculté de médecine de bichât ; la peau du sujet agé ; JP. Aubert, B.Crickx ; 2003
- 16) Le médecin du quebec; Le prurit chez la personne agée ;S.Davar ;vol 49 ;n°10 ;oct 2014
- 17) Revue médicale suisse ; la pemphigoïde bulleuse : une cause de prurit chez la personne agée à ne pas manquer ; G.Vecchietti, E. Laffitte, L.Borradori ; n°655 ; 2001

- 18) Exercer, la revue française de médecine générale ; Diversités et richesse des thèses en médecine générale ; G.Bourrel,P.Hofliger,I.Vanoni ; 81 :42-4, 2008
- 19) JAMA ; Pruritus in the older Patient : a clinical review ; Berger Timothy, Shive,Melissa,Harper Michael ;vol310 ,p2443-2450 ;dec 2013
- 20) Int J Dermatologie,The prevalence ok skin diseases in the elderly :analysis of4099 geriatric patients ;Yalcin B,Tamer E,ToyGG ;45(6) :672-676 ;2006
- 21) Les entretiens de Bichat ; Prurit psychogène ;D.Pomey-Rey ;2011
- 22) J GerontolNurs ;What can you do about your patient's dry skin ?;Hardy MA ;22 :10-8 ;1996
- 23) Joint Workshop of the British Association of Dermatologists and the Research Unit of the Royal College of Physicians of London ; BMJ ; McHenry PM, Williams HC, Bingham EA ;310 :843-7 ;1995
- 24) J Dermatolog Treat ;Advised best practice for the use of emollients in eczema and other dry skin conditions ;Holden C,English J,Hoare C ,et al. ;13 :103-6 ;2002
- 25) Thèse d'exercice ; Analyse de l'activité de dermatologie en médecine générale en Haute Normandie ; S.Avogadro-Leroy ; 2012
- 26) Jama dermatology; Factors Mediating the impact of chronic Pruritus on quality of life;C.W.Carr, E.Veledar, S.Chen; n°6 , 2014
- 27) Etude ECOGEN

Autres sources

- Revue médicale suisse ; prurit : causes, diagnostic et traitement ; P.L.Bigliardi ; n°3063
- Revue médicale suisse ; prurit du sujet âgé ; L.Toutous-Trellu, L.Borradori, n°528 ; 2004
- Review, faculty of medicine University of Ottawa; Pruritus; Julius Martin, M.D
- International Journal of Dermatology; willan'itch and other of pruritus in the elderly; J.R Ward, J.D Bernhard; volume 44; 2005
- The new England journal of medicine; Chronic pruritus; G.Yosipovitch, J.D.Bernhard; 2013
- Jama Dermatology; case report; bullous pemphigoid as pruritus in the Elderly a common presentation; C.V.Bakker, J.B.Terra,H.H.Pas , M.F.Jonkman ; n°8 ; 2013
- Clinics in Dermatology; Dry skin in the elderly: Complexities of a common problem; E.FoyWhite-Chu, Madhuri Reddy; n°29;2011
- SSMG/SSMI ; le prurit une approche pratique ; E. Schmied, C.Schmied, J.F Dufour ; 2006
- Médecine / sciences ; Le prurit : des avancées physiopathologiques considérables ; L. Misery ; vol 30 ; n°12 ; déc. 2014
- Geriatric Nursing ; dry skin in older adults ; J.Hurlow ;vol 32 ;n°4. ;2011
- Geriatr gerontol Int ; Anemia in elderly patients : new insight into an old discorder ; E Andreş,K Seraj,L Federici ;13 :519-527 ;2013
- Int J Dermatol ; Phantom itch, pseudo phantom Itch , and senile pruritus ; S.Gatti, F.Serri ; 1992

Résumé

Introduction : Les pathologies dermatologiques en médecine générale sont fréquentes, environ 6% des consultations selon l'OMG. Le prurit est le motif de consultation dermatologique le plus courant chez les plus de 65 ans. Il est défini par « une sensation cutanée provoquant le besoin de se gratter ». Il est physiologique lorsqu'il est léger et inconscient, localisé ou généralisé et dure de quelques minutes à quelques heures, il est chronique si il persiste plus de six semaines. Le prurit sine materia est un prurit sans lésion dermatologique spécifique, il est plus rare que le prurit dermatologique. De nombreuses causes peuvent en être à l'origine. Sa prise en charge est complexe, la démarche étiologique est mal codifiée. L'objectif principal est d'essayer de comprendre la prise en charge de ce prurit chez la personne âgée et plus spécifiquement la démarche étiologique chez les médecins généralistes.

Méthode : Le recueil a été effectué entre juin 2015 et septembre 2016. L'étude qualitative inclut douze médecins généralistes de Haute Normandie sur la base du volontariat. Le choix des médecins a été raisonnable. L'inclusion s'est arrêtée lors de la saturation des données. Les entretiens ont été faits au cabinet des praticiens. L'entretien semi-dirigé a été réalisé à l'aide d'un guide d'entretien.

Résultats : Aucun médecin n'a eu de formation spécifique clinique en dermatologie pendant leur internat, elle s'est faite avec l'expérience et lors des FMC. Les praticiens ont plus de difficultés à prendre en charge les prurits sans lésion spécifique. Les causes principales évoquées sont le prurit sénile, les causes psychogènes, la iatrogénie, et les maladies hématologiques. Leur recherche étiologique est dans un premier temps presque nulle concernant les prescriptions d'exams. Les médecins font un bilan lors des échecs des stratégies thérapeutiques définies soit par un échec du traitement, des recours fréquents ou une durée de la plainte supérieure à trois semaines. Si ils décident de faire un bilan, la majorité font un bilan dit standard : une NFS, un BE, un BH, et une créatinine. Certains proposent de faire une TSH ou des IgE. Le motif principal de prescription est la réassurance du praticien et du patient, ils avouent ne pas savoir réellement quoi rechercher. Un seul médecin prescrit un bilan d'imagerie, les autres praticiens demandent l'avis au dermatologue. La majorité d'entre eux remet en cause le dernier traitement introduit. Trois motifs ressortent concernant le recours au dermatologue : la normalité du bilan, la persistance des symptômes et l'état cutané. Ils mettent en doute l'utilité de cette consultation.

Discussion : Force de constater que les praticiens n'avaient pas de formation en dermatologie au cours de leurs études. Les formations pratiques en dermatologie pourraient être organisées différemment. Bien que les médecins généralistes constatent un recours fréquent pour ce motif en ville, il n'existe pas d'étude en France épidémiologique. Il est impossible d'extrapoler les chiffres réels en Haute Normandie. Une étude américaine retrouve une fréquence de 25% de prurit dans la population de plus de 65 ans. Une étude turque retrouve un prurit chez 12% des patients de plus de 65 ans mais seulement 20% des patients avaient plus de 80 ans. Les réponses concernant l'étiologie étaient en accord avec la littérature puisque était évoqué le prurit sénile et leur prise en charge symptomatique semblait en concordance avec celle-ci. Une confusion était faite par les praticiens : la xérose cutanée simple de la personne âgée et le prurit sénile, puisqu'il s'agit d'un diagnostic d'élimination, un bilan serait justifié. L'étude du Dr Sliti propose de faire un bilan si la réponse thérapeutique était insuffisante dans un délai de 15 jours ; ce délai est en accord avec les réponses des médecins. Les autres facteurs influençant la prise en charge étaient l'âge du patient et l'autonomie, notamment dans la prescription d'un bilan étiologique, mais cette dernière n'était pas évoquée spontanément.

Conclusion : La prise en charge du prurit sine materia est compliquée en médecine générale. Il n'existe pas de recommandation spécifique, mais seulement quelques algorithmes dans la littérature, qui ne semblent pas adaptés aux pratiques constatées en ville. Cette étude montre que les pratiques pourraient être plus homogènes avec une formation en dermatologie organisée différemment.

Mots clefs : prurit sine materia, prurit sénile, xérose cutanée, vieillissement cutané.