



**HAL**  
open science

# Outils et solutions pour améliorer l'Éducation Thérapeutique du Patient : application au psoriasis

Philippine Simonin

► **To cite this version:**

Philippine Simonin. Outils et solutions pour améliorer l'Éducation Thérapeutique du Patient : application au psoriasis. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-03891603

**HAL Id: dumas-03891603**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03891603>**

Submitted on 9 Dec 2022

**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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE PHARMACIE

Année : 2022

N°

THÈSE D'EXERCICE  
pour le  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement  
le 11 mars 2022  
par  
**Philippine SIMONIN**

**Outils et solutions pour améliorer l'Education Thérapeutique du  
Patient : Application au psoriasis**

Directeur de thèse : **M. Eric BEYSSAC**

**Jury**

Président : **M. Eric BEYSSAC**

Professeur,  
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : **Mme Pascale GAUTHIER**

Docteur en Pharmacie,  
Les Martes-de-Veyre

**Mme Emmanuelle LAINE**

Maître de conférences,  
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

**Mme Aminata DIALLO**

Cheffe de Produit Dermatologie,  
Amgen, Boulogne-Billancourt



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE PHARMACIE

Année : 2022

N°

THÈSE D'EXERCICE  
pour le  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement  
le 11 mars 2022  
par  
**Philippine SIMONIN**

**Outils et solutions pour améliorer l'Education Thérapeutique du  
Patient : Application au psoriasis**

Directeur de thèse : **M. Eric BEYSSAC**

**Jury**

Président : **M. Eric BEYSSAC**

Professeur,  
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : **Mme Pascale GAUTHIER**

Docteur en Pharmacie,  
Les Martes-de-Veyre

**Mme Emmanuelle LAINE**

Maître de conférences,  
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

**Mme Aminata DIALLO**

Cheffe de Produit Dermatologie,  
Amgen, Boulogne-Billancourt

## REMERCIEMENTS

## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>3</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....	<b>6</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>Partie 1 L'Éducation Thérapeutique du Patient</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Partie 1 : L'Éducation Thérapeutique du Patient</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1. Généralités</b> .....	<b>12</b>
1.1.1. Définition .....	12
1.1.2. Historique de l'ETP : .....	13
1.1.2.1. 1 <sup>ère</sup> ère de l'ETP instaurée par la découverte de l'insuline .....	14
1.1.2.2. 2 <sup>ème</sup> ère de l'ETP initiée par une prise de conscience sociale .....	14
1.1.2.3. 3 <sup>ème</sup> ère de l'ETP : le patient au cœur de la stratégie .....	15
1.1.3. Différence entre éducation thérapeutique et information du patient :.....	15
1.1.4. Comment l'ETP s'intègre dans la stratégie thérapeutique ? .....	17
<b>1.2. Mise en place d'un programme d'ETP</b> : .....	<b>19</b>
1.2.1. Pourquoi ? Quels sont les objectifs ?.....	19
1.2.1. Intervenants concernés par l'ETP : .....	19
1.2.1.1. Professionnels de santé :.....	19
1.2.1.2. Autres professionnels : .....	19
1.2.1.3. Associations de Patients : .....	19
1.2.2. Populations bénéficiaires de l'ETP :.....	20
1.2.2.1. Patients :.....	20
1.2.2.2. Entourage du patient : .....	20
<b>1.3. Description d'un programme d'ETP</b> .....	<b>20</b>
1.3.1. Planification du programme d'ETP : .....	20
1.3.1.1. Etape 1 : identification des besoins.....	20
1.3.1.2. Etape 2 : formulation des compétences à acquérir puis à maintenir.....	20
1.3.1.3. Etape 3 : sélection des contenus pour les séances .....	20
1.3.1.4. Etape 4 : évaluation des compétences acquises par le patient .....	21

1.3.1.5.	Coordination des professionnels : .....	21
1.3.2.	Dispenser / Mettre en œuvre un programme : .....	23
1.3.2.1.	Présentation du programme au patient : .....	23
1.3.2.2.	Définir le type d'offre d'ETP : .....	24
1.3.2.3.	Définir le contenu de l'offre : .....	24
1.3.2.4.	Favoriser la communication → Écoute active & communication : .....	25
<b>1.4.</b>	<b>L'essor du digital : L'e-ETP : .....</b>	<b>25</b>
<b>Partie 2 Le Psoriasis.....</b>		<b>27</b>
<b>2.</b>	<b>Partie 2 : Le psoriasis .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1.</b>	<b>Epidémiologie du psoriasis : .....</b>	<b>28</b>
2.1.1.	Prévalence du psoriasis : .....	28
2.1.2.	Incidence du psoriasis : .....	29
<b>2.2.</b>	<b>Physiopathologie du psoriasis : .....</b>	<b>29</b>
2.2.1.	Anatomie et histologie de la peau : .....	29
2.2.1.1.	L'épiderme : .....	30
2.2.1.2.	Le derme : .....	31
2.2.1.3.	L'hypoderme : .....	32
2.2.2.	Descriptions des mécanismes immunitaires et inflammatoires qui entrent en jeu dans le psoriasis : .....	32
2.2.2.1.	Le système immunitaire : .....	32
2.2.2.2.	La réaction inflammatoire : .....	35
2.2.3.	Les étiologies du psoriasis : .....	37
<b>2.3.</b>	<b>Diagnostic d'une peau psoriasique : .....</b>	<b>39</b>
<b>2.4.</b>	<b>Prise en charge du psoriasis, évolution et complications : .....</b>	<b>41</b>
2.4.1.	Dermatology Life Quality Index (DLQI) .....	41
2.4.2.	Psoriasis Area Severity Index (PASI) (39) : .....	41
2.4.3.	Body surface Area (BSA) (40) : .....	41
2.4.4.	Prise en charge non médicamenteuse : conseils hygiéno-diététiques .....	42
<b>2.5.</b>	<b>Traitements médicamenteux du psoriasis en plaques : .....</b>	<b>42</b>
<b>Partie 3.....</b>		<b>48</b>
<b>3.</b>	<b>Partie 3 : Application de l'éducation thérapeutique dans le psoriasis .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1.</b>	<b>Exemples de publications évoquant l'ETP dans une maladie chronique.....</b>	<b>49</b>
3.1.1.	Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de psoriasis dans le service de dermatologie du CHRU de Lille (47) (Annexe 4).....	50

3.1.2.	La place du pharmacien dans un programme d'éducation thérapeutique pour les patients adultes atteints de psoriasis dans un CHU (48) (Annexe 5).....	51
3.1.3.	Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique dans le psoriasis : étude randomisée multicentrique : EDUPSO (49) (Annexe 6).....	51
3.1.4.	Discussion :.....	52
<b>3.2.</b>	<b>Approches classiquement utilisées d'application d'ETP dans le psoriasis .....</b>	<b>53</b>
3.2.1.	Le concept d'approche Patient Centric.....	53
3.2.2.	Description des solutions mises en place dans les programmes d'ETP « Classiques » .....	54
3.2.2.1.	Elaboration d'un référentiel pour les programmes d'ETP dans le psoriasis.....	54
3.2.2.2.	Illustration d'un programme d'ETP dans le psoriasis proposé par l'Hôpital Saint Joseph de Marseille (54).....	55
3.2.2.3.	Les éléments proposés par l'association de patients « France Psoriasis » pour informer les patients et le grand public :.....	56
3.2.3.	Conclusion sur l'approche d'ETP « classique » .....	59
<b>3.3.</b>	<b>Approches « innovantes » et digitales d'ETP dans le psoriasis.....</b>	<b>60</b>
3.3.1.	Patient Centricity dans le digital.....	60
3.3.2.	Description des solutions innovantes retrouvées .....	61
3.3.2.1.	Exemples de solutions innovantes adaptables au psoriasis : .....	63
3.3.2.2.	Solutions innovantes appliquées au psoriasis :.....	64
3.3.2.3.	Campagnes multicanales Patients appliquées au psoriasis : .....	66
3.3.3.	Avantages et inconvénients.....	67
<b>3.4.</b>	<b>Discussion entre les deux types de solutions (traditionnelles vs innovantes) ...</b>	<b>68</b>
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>69</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>71</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>76</b>
	<b>SERMENT DE GALIEN .....</b>	<b>103</b>



## TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau I : Exemples des capacités d'auto soins et d'adaptation requises dans un programme d'ETP.....</i>	<i>13</i>
<i>Tableau II : Description des différents formes et localisation du psoriasis .....</i>	<i>39</i>
<i>Tableau III : Résultats de l'évaluation du programme d'ETP (p &lt;0,0001) .....</i>	<i>50</i>
<i>Tableau IV : Résultats de l'étude EDUPSO à 12 mois.....</i>	<i>52</i>
<i>Tableau V : Solutions innovantes adaptables au psoriasis .....</i>	<i>63</i>
<i>Tableau VI : Solutions innovantes appliquées au psoriasis .....</i>	<i>65</i>
<i>Tableau VII : Campagnes Multicanales Patients appliquées au psoriasis.....</i>	<i>66</i>
<i>Tableau VIII : Description des différents KPI et leurs objectifs.....</i>	<i>67</i>

## TABLE DES FIGURES

Figure 1 L'information et l'éducation thérapeutique du patient : un continuum.....	16
Figure 2 : Les différentes étapes de l'ETP (9).....	17
Figure 3 : Schéma expliquant l'intégration de l'ETP dans la stratégie thérapeutique et de soins avec une maladie chronique. Les étapes en orange sont spécifiques de la démarche d'ETP.....	18
Figure 4 Exemple de programme d'ETP(14).....	22
Figure 5 exemple de programme d'ETP pour une adolescente atteinte de mucoviscidose (15).....	23
Figure 6 Mise en œuvre d'un programme d'ETP (16).....	25
Figure 7 : La prévalence du psoriasis dans le monde d'après une analyse épidémiologique (21).....	28
Figure 8 : Schéma d'une coupe de peau (24).....	29
Figure 9 : Schéma d'une coupe histologique de l'épiderme (24).....	30
Figure 10 : Schéma représentant les différentes cellules impliquées dans l'immunité innée et adaptative (27)..	32
Figure 11 : Représentation schématisée des phagocytes retrouvés dans l'inflammation (30).....	33
Figure 12 : Schéma de la réaction inflammatoire(31).....	35
Figure 13 : Schéma des cytokines responsables de l'équilibre inflammatoire d'après (8).....	36
Figure 14 : Schéma décrivant les mécanismes immunitaires aboutissant aux signes cliniques retrouvés dans le psoriasis.....	38
Figure 15 : Atteinte unguéale, A) Ongles psoriasiques se manifestant par des ongles de couturière, une onycholyse distale, une hyperkératose sous-unguéale et un effritement B) Leuconychie et hémorragies en éclats ; C) Onycholyse distale et signe de tache d'huile selon (15).....	40
Figure 16 : Diverses manifestations de psoriasis en plaques A) Sur le coude B) Sur le tronc C) Sur le pied et associé à unguéal (dystrophie) D) Derrière l'oreille selon (15).....	40
Figure 17 : Arbre décisionnel proposé par le Vidal pour traiter le psoriasis en plaques chez l'adulte (46).....	44
Figure 18 : Schématisation de la décision de traitement pour un psoriasis en plaques peu étendu.....	45
Figure 19 : Schématisation de la décision de traitement pour un psoriasis en plaques modéré.....	46
Figure 20 : Schématisation de la décision de traitement pour un psoriasis en plaques sévère.....	47
Figure 21 Exemple d'atelier d'ETP pour appréhender le psoriasis au quotidien (53).....	54
Figure 22 : Capture d'écran d'un message posté sur le site France Pso(55).....	56
Figure 23 : 1ère de couverture du PSO Mag paru en décembre 2017.....	57
Figure 24 : Extraits du livret aPSOlu 7 intitulé "Je suis jeune et j'ai du pso".....	58
Figure 25 : Extrait de la fiche traitement d'Aprémilast (Otezla ®) (57).....	59
Figure 26 : 1ère de couverture de la Nouvelle intitulée La Malpeau.....	59

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**Ag** : Antigène

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**AMP** : Adénosine Mono Phosphate

**APHM** : Assistance Publique des Hôpitaux  
de Marseille

**BSA** : Body Surface Area

**CPA** : Cellule Présentatrice d'Antigène

**DP** : Dossier Pharmaceutique

**DLQI** : Dermatology Life Quality Index

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**GRPso**: Groupe de Recherche sur le  
Psoriasis

**IL-1** : Interleukine 1

**HPST** : Hôpital Patient Santé et Territoires

**KPI** : Key Performance Indicator

**LyT** : Lymphocyte T

**MTX** : Méthotrexate

**PASI** : Psoriasis Area Severity Index

**PEC** : Prise En Charge

**PNB** : Polynucléaire Basophile

**PNE** : Polynucléaire Eosinophile

**PNN** : Polynucléaire Neutrophile

**SEA** : Search Engine Advertising

**SEO** : Search Engine Optimization

**SETE** : Société d'Education Thérapeutique  
Européenne

**TNF  $\alpha$**  : Tumor Necrosis Factor

# **INTRODUCTION**

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation du développement des maladies chroniques et une persistance des inégalités devant l'accès au soin. Ces constatations ont été prises en compte par les politiques et en 2016, le gouvernement a proposé de moderniser notre système de santé via un texte de loi. La loi du 26 janvier 2016 vise à innover pour rendre notre système de santé plus efficace et plus juste. Cette loi s'articule autour de trois orientations : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste et le développement des droits des patients. La mise en place des parcours de soins, de santé et de vie permet la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Cette loi place ainsi le patient au cœur du système de santé. L'Approche Centrée sur le Patient (ACP), plus communément appelée "Patient centricity", correspond à l'ensemble des activités dont le but est de recentrer le patient au cœur de la thérapeutique. Cette approche vise à passer d'une méthodologie où le patient est spectateur, à une méthodologie où il est acteur de sa santé et de son évaluation.

L'éducation thérapeutique du patient apparaît comme une solution pour rendre le patient acteur de sa maladie et tenter de rendre la prise en charge plus efficace. Dans le cadre de ce travail de thèse nous nous intéresserons aux différentes approches réalisables, depuis les plus classiques jusqu'aux plus innovantes et nous chercherons à expliquer également en quoi l'Industrie Pharmaceutique a un rôle majeur à jouer pour le patient.

Afin d'illustrer l'importance de l'éducation thérapeutique du patient et l'approche centrée sur le patient, le psoriasis, maladie inflammatoire chronique qui impacte énormément et durablement la qualité de vie des patients a été choisi. Après avoir présenté l'éducation thérapeutique du patient et le versant dermatologique du psoriasis, les outils et les solutions proposés pour les patients afin de faire connaître, ou aider à la prise en charge de cette maladie lourdement handicapante seront présentés et analysés.

## **Partie 1**

# **L'Education Thérapeutique du Patient**

## 1. Partie 1 : L'Éducation Thérapeutique du Patient

### 1.1. Généralités

#### 1.1.1. Définition

L'éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est définie par le rapport de l'OMS en 1998 (1) : « Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

L'ETP n'est pas substituable aux traitements et aux soins mais elle est au contraire complémentaire et indissociable du soulagement des symptômes et de la prévention des complications. Grâce à l'ETP, la santé biologique et clinique du patient est améliorée ainsi que sa qualité de vie et celle de ses proches. Pour ce faire, le patient doit acquérir des compétences nouvelles.

Les finalités de l'ETP sont l'acquisition (ou la mobilisation) par le patient de diverses compétences, afin d'aboutir à leur maintien. Parmi les différentes compétences, le tableau I présente les deux compétences particulièrement pertinentes et indispensables (2):

- **Des compétences d'autosoins** : qui permettent de garantir la sécurité du patient, elles sont primordiales, et doivent être acquises avec beaucoup de pédagogie
- **Des compétences d'adaptation** : qui s'appuient sur le ressenti du patient, ce sont des compétences psychosociales.

Grâce à ces compétences, le patient (ainsi que sa famille) comprendra plus sa maladie et son traitement et il sera plus apte à collaborer, à assumer des responsabilités dans sa prise en charge et à maintenir voire améliorer sa qualité de vie.

Capacités d'auto-soins :	Capacités d'adaptation :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réagir face à des symptômes pour les soulager.</li> <li>• Interpréter des résultats à la suite d'une automesure.</li> <li>• Savoir comment s'autotraitier en adaptant les dosages de médicaments.</li> <li>• Connaître et exécuter des gestes techniques et des soins.</li> <li>• Modifier son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).</li> <li>• Être vigilant vis à vis des complications évitables.</li> <li>• Connaître les éventuels problèmes occasionnés par la maladie.</li> <li>• Sensibiliser son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'écouter son corps, et se faire confiance.</li> <li>• Maîtriser ses émotions et son stress.</li> <li>• Adopter une réflexion critique et prôner un raisonnement créatif.</li> <li>• Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.</li> <li>• Prendre des décisions et résoudre un problème.</li> <li>• Se fixer des objectifs à atteindre et faire des choix.</li> </ul>

Tableau I : Exemples des capacités d'auto soins et d'adaptation requises dans un programme d'ETP

### 1.1.2. Historique de l'ETP :

L'ETP n'est pas née sous l'impulsion des politiques ni à la suite des différentes lois de modernisation du système de santé : elle a en quelque sorte toujours existé. Elle pouvait être dispensée via des conseils de médecins, de scientifiques ou même de guérisseurs ou tout autres personnes selon les croyances des patients. Bien entendu la définition de l'ETP n'avait rien à voir avec celle d'aujourd'hui, l'ETP est issue d'évolution de théories et de concepts en médecine, philosophie et psychologie. Sa date de création remonte à 1922 avec les premiers traitements par l'insuline pour des patients atteints de diabète de type 1. Son histoire s'organise en trois périodes (3) :

- De 1922 à 1972 : 1<sup>ère</sup> ère de l'ETP dominée par une pédagogie autoritaire, passive
- De 1972 à 1999 : 2<sup>ème</sup> ère de l'ETP organisée avec une pédagogie créative, humaniste, constructive.



- Depuis 1999 : 3<sup>ème</sup> ère de l'ETP établie selon une approche par compétences avec un management des objectifs.

#### 1.1.2.1. 1<sup>ère</sup> ère de l'ETP instaurée par la découverte de l'insuline

Le 11 janvier 1922 est réalisée la première injection à l'homme d'insuline d'extrait pancréatique à Toronto. L'industrialisation de la production d'insuline s'organise dans le monde, pour aboutir en 1925 à la première seringue permettant une auto-injection par Novo Therapeutisk Laboratorium (4). Grâce à cette invention majeure, le diabète de type 1 devient une maladie chronique : le patient peut vivre avec sa maladie. Le diabète n'est plus une maladie aiguë, même si le patient peut mourir des complications de sa maladie, il ne meurt pas obligatoirement du diabète en lui-même. Pour les patients il devient une nécessité de réaliser une activité physique régulière et d'adopter un régime alimentaire stricte au quotidien. Il faut également que les patients et leurs familles apprennent à réaliser les injections eux-mêmes.

Des infirmières itinérantes sont formées pour aller éduquer les patients et leur famille. Elles réalisent des actions de prévention au sein d'écoles, de camps pour diabétiques, dans des associations (Communauté des Enfants Diabétiques Libérées, Aide aux jeunes diabétiques etc...). Elles diffusent des messages sur l'alimentation, le traitement, l'activité physique, à adopter lorsqu'un diabète de type 1 est diagnostiqué.

C'est avec la découverte de l'insuline, et l'obligation de son administration quotidienne que les médecins, et autres professionnels de santé ont réalisé la nécessité d'une étroite collaboration entre patients et soignants : L'ETP était née.

#### 1.1.2.2. 2<sup>ème</sup> ère de l'ETP initiée par une prise de conscience sociale

Suite aux événements de mai 1968, apparaît une remise en cause de l'autorité et de la hiérarchie dans la société : les écoles, les usines et l'hôpital, tout est concerné. Les rapports entre les professionnels de santé et les patients changent. C'est dans ce contexte de remise en cause et de créativité que se développe le second mouvement de l'ETP.

L'ETP est principalement réalisée à l'hôpital, car le travail en équipe y est facilité avec le regroupement de divers corps de métiers dans la santé (paramédicaux, médecins, infirmiers, etc ...) et parce qu'il dispose d'un budget global facilitant la prise en charge.

En parallèle, les réseaux d'ETP tentent de s'organiser entre hôpital et ville. Deux principales difficultés sont rencontrées par les acteurs. En premier lieu, les activités sont spécialisées et ne correspondent pas aux besoins généralisés, de plus la rémunération est fixée sur un acte et non sur l'éducation en tant que telle.

La recrudescence des cas de SIDA a conduit à une prise de conscience autour de l'accompagnement des malades aussi bien pour leurs traitements que dans la prévention de la transmission de cette maladie. Cela conduit à mettre en place de l'ETP pour apprendre à vivre avec ce virus (trousses de prévention).

En 1998 l'OMS décrit l'ETP comme (3) « un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage, d'autogestion et de soutien psychologique... ».

#### 1.1.2.3. 3<sup>ème</sup> ère de l'ETP : le patient au cœur de la stratégie

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, le modèle économique, inspiré du néo libéralisme, change et aboutit à un Etat promoteur et régulateur du marché généralisé. La devise adoptée est celle d'une libre concurrence censée aboutir à une meilleure qualité au coût le plus bas. Le secteur de la santé est également impacté, une redistribution des rôles s'opère. Le médecin est alors perçu comme un ingénieur, la médecine une industrie, l'hôpital une entreprise et le patient est un consommateur de santé. Le patient éduqué quant à lui est un producteur de santé, il peut devenir patient expert et ainsi former et éduquer à son tour.

L'ETP s'est d'abord essentiellement construite dans les établissements de santé, à l'initiative de professionnels de santé convaincus de sa nécessité. Puis dans cette troisième ère, l'ETP est inscrite dans le Code de Santé Publique avec la Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST)(5). Elle devient alors soumise à une réglementation stricte, les programmes sont standardisés, les professionnels qui veulent la pratiquer doivent être formés. Les patients ont le choix, ils peuvent accepter de suivre un programme d'ETP ou non.

#### 1.1.3. *Différence entre éducation thérapeutique et information du patient :*

Informé et éduqué des patients relèvent d'interventions différentes qui toutefois ne sont pas séparées. Dans le cas de l'information, la préoccupation principale est que les

informations « parviennent » à un public défini et qu’elles soient compréhensibles par lui alors que l’on escomptera de l’éducation de nouvelles compétences de la personne, acquises par le détour d’un apprentissage et avec son accord(6). Des études ont démontré que le fait de communiquer des informations sur une maladie chronique, par un professionnel de santé, ne permet pas d’aider les patients à gérer leur maladie au quotidien. Ainsi L’ETP ne consiste pas simplement à délivrer à des patients des informations, grâce à l’éducation, le patient atteint de maladie chronique sera en mesure de repérer des situations à risque, d’adapter sa thérapeutique à un contexte environnemental nouveau. Bien entendu ceci suppose que l’ETP s’appuie sur une information scientifique validée qui, avec ses supports, concourt à la qualité du programme d’éducation. La figure 1 présente le continuum entre l’information et l’éducation thérapeutique du patient.

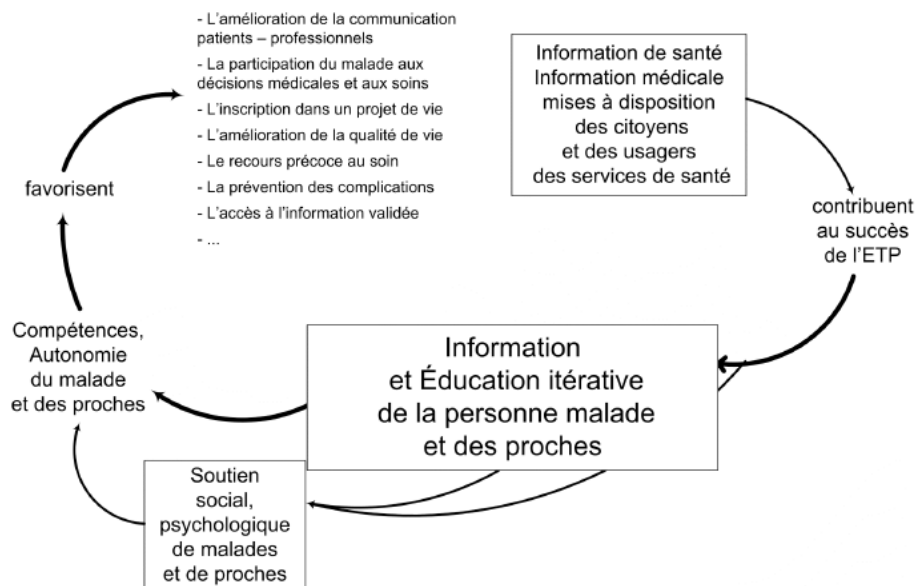


Figure 1 L'information et l'éducation thérapeutique du patient : un continuum

(A. Louvel, 3 juin 2005, Convention des Centres de Lutte Contre le Cancer, Paris)

Accord (7)

#### 1.1.4. Comment l'ETP s'intègre dans la stratégie thérapeutique ?

Le guide de la HAS (8) explique que l'ETP est intégrée à la prise en charge thérapeutique si deux conditions sont remplies :

- 1) Elle est réellement complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications,
- &
- 2) Elle tient compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et des priorités définies avec le patient.

La figure 2 présente les différentes étapes de l'ETP :

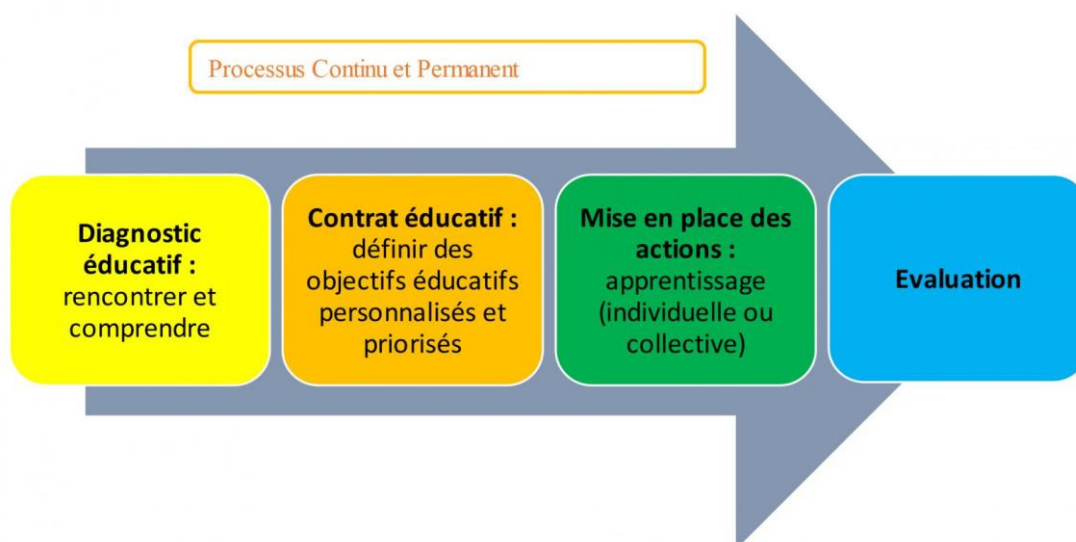


Figure 2 : Les différentes étapes de l'ETP (9)

A la suite du diagnostic d'une maladie chronique, un arbre décisionnel est proposé dans le guide de la HAS (8) (Figure 3) pour définir un cadre à suivre en fonction de l'intégration ou non de l'ETP à la stratégie thérapeutique.

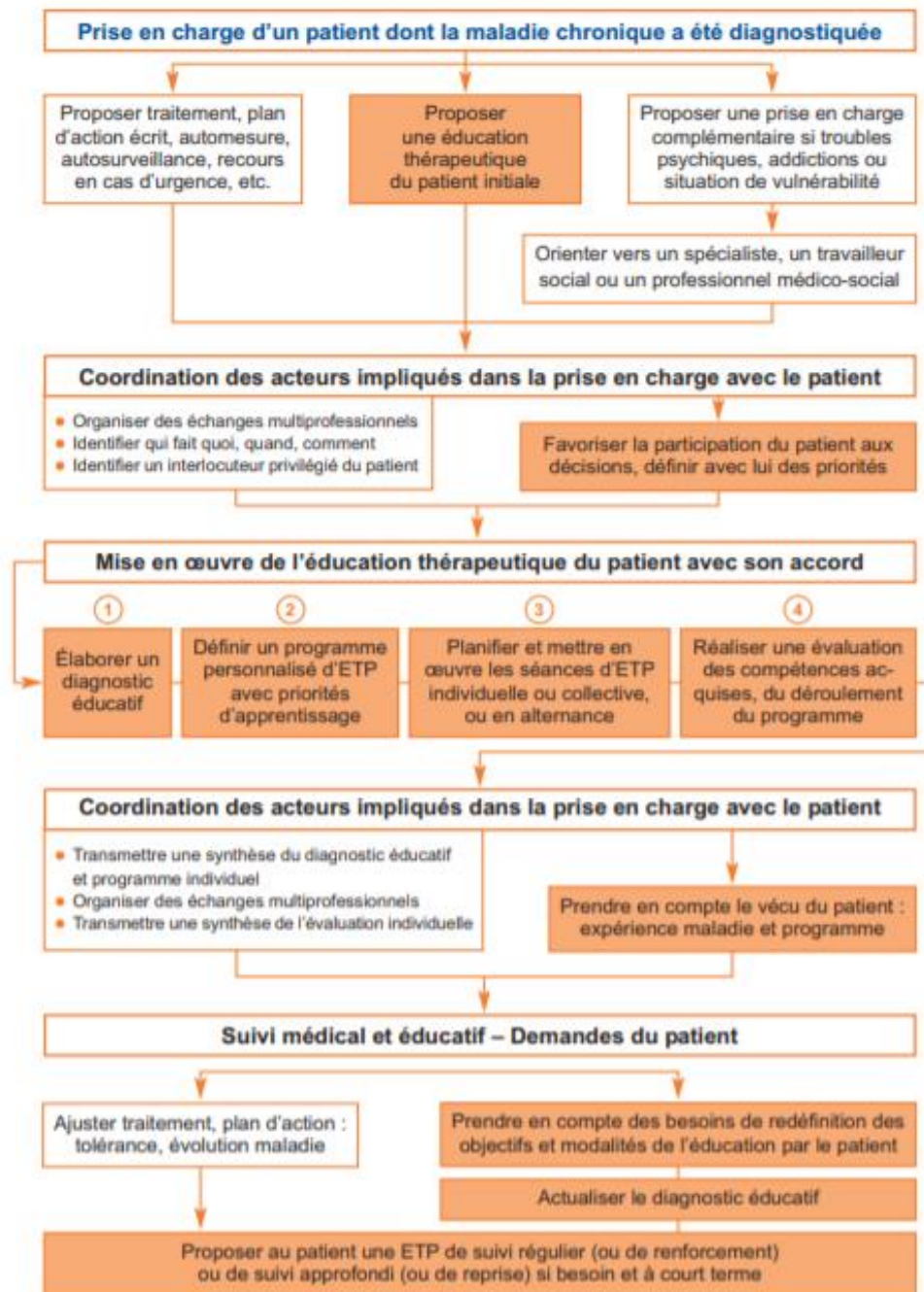


Figure 3 : Schéma expliquant l'intégration de l'ETP dans la stratégie thérapeutique et de soins avec une maladie chronique. Les étapes en orange sont spécifiques de la démarche d'ETP.

## **1.2. Mise en place d'un programme d'ETP :**

### *1.2.1. Pourquoi ? Quels sont les objectifs ?*

L'ETP selon l'article L. 1161-1 du Code de la Santé Publique (10) « vise à rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie »

L'ETP a pour but d'aider les patients et leur entourage à apprendre à vivre avec leur maladie et le traitement associé, à collaborer avec les soignants, comprendre les responsabilités dans leur propre prise en charge, pour les aider à maintenir voire, améliorer leur qualité de vie avec une maladie chronique.

### *1.2.1. Intervenants concernés par l'ETP :*

#### **1.2.1.1. Professionnels de santé :**

Tout professionnel de santé (médecin, pharmacien, kinésithérapeute, infirmier(e), etc...) formé peut réaliser de l'ETP. Il existe une certification qui vise à acquérir les compétences requises pour réaliser un programme d'ETP validé par l'ARS. L'objectif de la formation est de pouvoir donner une information utile sur la maladie, le traitement et son suivi. C'est une formation de 47 heures organisée en 40 heures de formation et 7 heures de stage dans un établissement réalisant de l'ETP (11).

#### **1.2.1.2. Autres professionnels :**

Des psychologues, des travailleurs des milieux sociaux, des éducateurs spécialisés, etc ... peuvent intervenir dans des programmes d'ETP. Ils participent en contribuant sur la démarche éducative du patient ou en proposant un accompagnement de l'entourage.

Une étroite collaboration entre tous les acteurs est nécessaire pour une bonne coordination.

#### **1.2.1.3. Associations de Patients :**

Les associations de patients peuvent être sollicitées dans des programmes d'ETP. Elles ont un rôle spécifique à jouer dans la conception des programmes adaptés pour les pathologies qui les concernent.

Des témoignages de patients experts dans des séances collectives peuvent permettre des partages d'expérience, de relayer des informations transmises avec une notion de vécu, d'échanger sur le quotidien, etc ...

### 1.2.2. Populations bénéficiaires de l'ETP :

#### 1.2.2.1. Patients :

Un programme d'ETP peut être proposé à toute personne atteinte d'une maladie chronique. Une maladie chronique est définie comme « une maladie qui évolue sur le long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient » (12).

Si le patient accepte la proposition d'ETP, un diagnostic éducatif est établi. Ce diagnostic doit identifier tous les besoins, les demandes du patient afin de définir le but et les modalités du programme.

#### 1.2.2.2. Entourage du patient :

S'ils le souhaitent, tous les proches du patient peuvent être inclus dans un programme d'ETP. Cela peut concerner les parents, les frères et sœurs, compagnons, personnes de confiance, etc... Si le patient est demandeur de les avoir avec lui, l'entourage peut recevoir des conseils sur les capacités d'autosoins et d'adaptation.

## 1.3. Description d'un programme d'ETP

### 1.3.1. Planification du programme d'ETP :

Quel que soit la maladie chronique concernée, le programme d'ETP doit être planifié et organisé en amont. Il est composé de quatre étapes bien définies.

#### 1.3.1.1. Etape 1 : identification des besoins

A travers un diagnostic éducatif (DE) appelé aussi Bilan Educatif Partagé (BEP)(13) le patient évalue ses besoins sur le point pédagogique, psychosocial et médical si nécessaire.

#### 1.3.1.2. Etape 2 : formulation des compétences à acquérir puis à maintenir

L'objectif pour le patient étant, en regard de son projet, de la stratégie thérapeutique, et de ses priorités établies de **planifier un programme d'ETP personnalisé**. Ensuite ces compétences seront transmises aux acteurs impliqués dans le programme, afin d'envisager l'évaluation individuelle du patient (*basée sur des compétences approuvées par le patient*)

#### 1.3.1.3. Etape 3 : sélection des contenus pour les séances

Afin de faciliter les interactions pour acquérir des compétences, le patient et les acteurs

choisissent les méthodes et techniques d'apprentissage utilisées lors des séances.

#### 1.3.1.4. Etape 4 : évaluation des compétences acquises par le patient

Le patient mesure l'acquisition de compétences, son adaptation et les changements mis en œuvre dans sa vie pour améliorer son quotidien avec la maladie. Il évalue également le déroulé et la pertinence du programme, il présente aux intervenants, ce qu'il a retenu et ce qu'il sait appliquer de façon autonome, et/ou ce qui lui reste à apprendre.

#### 1.3.1.5. Coordination des professionnels :

Lors d'un programme d'ETP il faut assurer une collaboration continue autour du patient, entre tous les intervenants du programme. Cette coordination permet une cohérence entre les différentes interventions tout au long du programme. En effet, à tout moment patient ou acteurs peuvent demander à consulter une synthèse sur le programme. Cette synthèse est accessible au sein du dossier patient, où l'on trouve une trace écrite de toutes les actions entreprises au sein du programme. Les figures 4 et 5 présentent un exemple de planification de programme ETP dans le cas d'un patient souffrant de polyarthrite rhumatoïde et d'une patiente adolescente atteinte de mucoviscidose. Un exemple des rubriques les plus fréquemment retrouvées dans un dossier d'ETP est accessible en annexe 1.



## L'éducation thérapeutique : des programmes individualisés et modulables, intégrés au parcours de soins

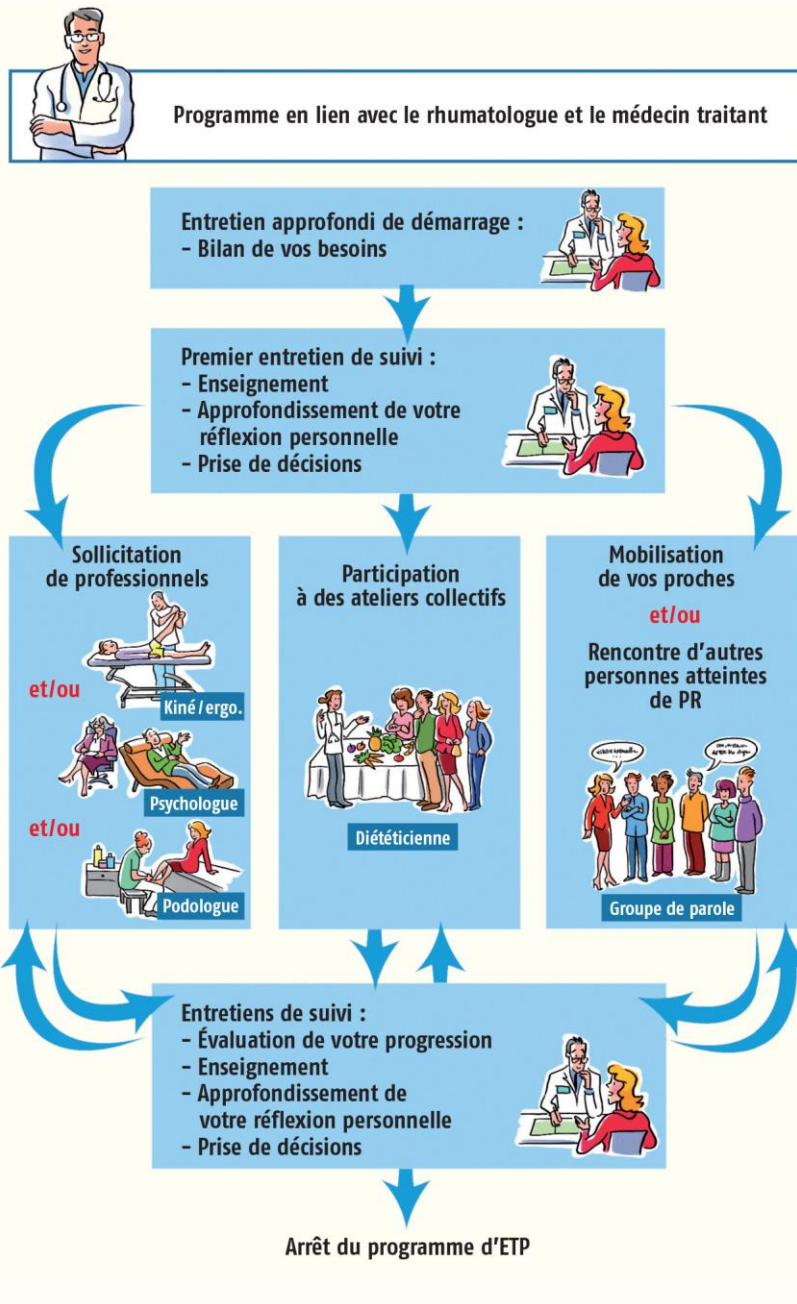


Figure 4 Exemple de programme d'ETP(14)

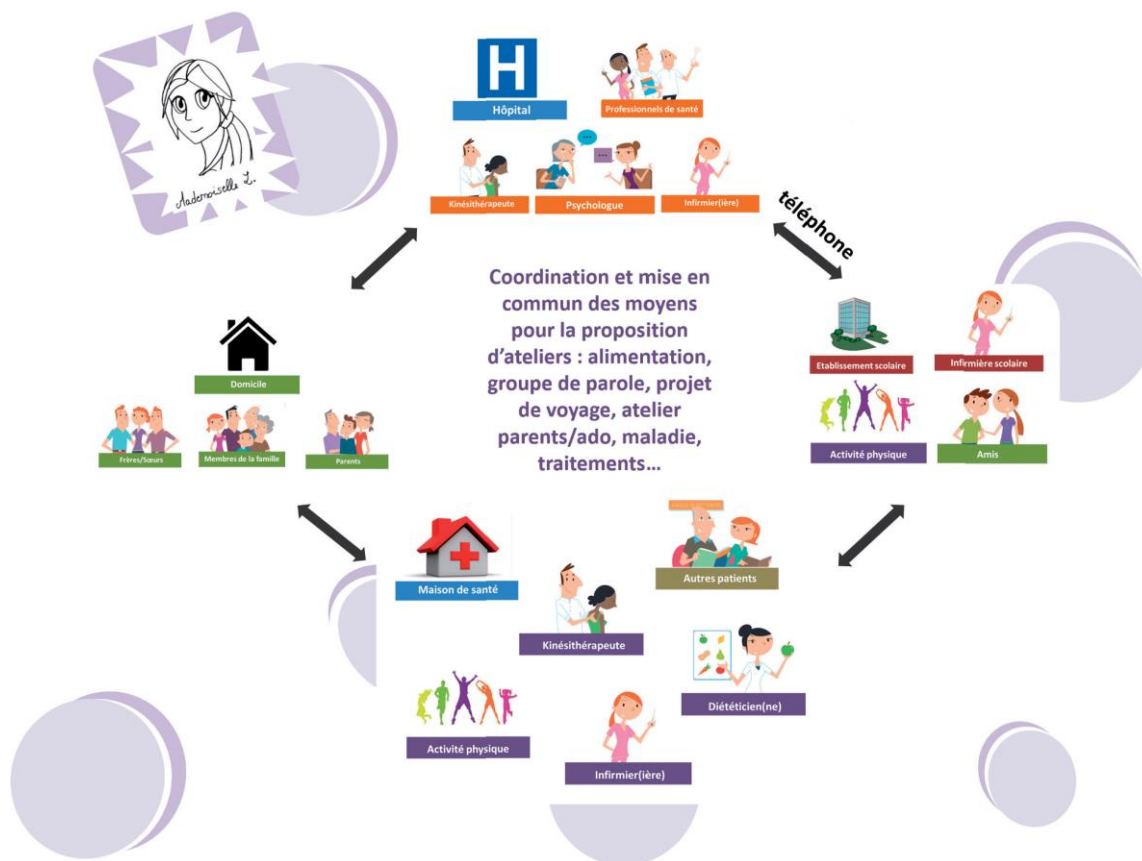


Figure 5 exemple de programme d'ETP pour une adolescente atteinte de mucoviscidose (15)

### 1.3.2. Dispenser / Mettre en œuvre un programme :

#### 1.3.2.1. Présentation du programme au patient :

Il est recommandé que la proposition de mise en place d'un programme d'ETP, arrive rapidement après le diagnostic de la maladie chronique. Une proposition peut également être établie en cas d'évolution subite de la maladie chronique et si le patient avait refusé auparavant cette suggestion.

La présentation d'un programme d'ETP est obligatoire et doit inclure les bénéfices à venir, mais aussi quantifier l'investissement à fournir (temps et disponibilité). Des exemples concrets d'action mises en œuvre sont présentées lors de la description d'un programme.

L'entretien de présentation permet au patient de se projeter pour prendre une décision sur sa participation ou non aux séances. Il a la liberté d'accepter ou non cette proposition d'éducation thérapeutique.

### 1.3.2.2. Définir le type d'offre d'ETP :

Pour chaque type d'offre d'éducation thérapeutique, la durée et les moyens nécessaires dépendent des besoins du patient. Voici les trois types d'offre d'éducation thérapeutique :

- Offre initiale : elle arrive à la suite du diagnostic de la maladie. Une évaluation individuelle permettra de déterminer si les objectifs ont été atteints ou non pour le patient :
  - o Si OUI : une offre de suivi régulier peut être suggérée
  - o Si NON : une offre de suivi approfondi peut être envisagée
- Offres de suivi régulier (ou de renforcement) : c'est une offre d'ETP en continu, elle fait suite à l'offre d'éducation initiale. Elle permet au patient de renforcer ses compétences vues au préalable, de les mettre à jour, et au besoin, de les adapter.
- Offres de suivi approfondi (ou de reprise) : elle est optionnelle, elle devient nécessaire si le patient rencontre des difficultés dans l'apprentissage des compétences, si l'état de santé du patient est modifié, ou si l'environnement du patient est perturbé (passage de l'enfance à l'adolescence ; perte d'un proche...)

Remarque : L'offre d'éducation thérapeutique initiale et celle de suivi approfondi sont les deux offres les plus chronophages. L'offre de suivi régulier nécessite un investissement moins important des professionnels impliqués.

### 1.3.2.3. Définir le contenu de l'offre :

Chaque offre d'éducation thérapeutique comprend :

- Une séance individuelle (ou plusieurs) pour déterminer le diagnostic éducatif
- Des séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles ou les deux, afin d'acquérir des compétences d'autosoins, d'acquérir ou de mobiliser des compétences d'adaptation et de les maintenir
- Une séance individuelle d'évaluation
- Une coordination des différents acteurs impliqués

Chaque programme est unique et nécessite des ajustements liés à l'évolution de la maladie et de l'apprentissage. L'ETP est une démarche continue qui s'adapte aux besoins éducatifs des patients. Il n'y a pas de véritable contenu « type ».

#### 1.3.2.4. Favoriser la communication → Écoute active & communication :

Au sein d'un programme d'éducation thérapeutique, le patient est considéré comme un acteur de sa santé. Il est impératif qu'au sein d'un programme d'ETP, il règne une excellente communication entre les différents interlocuteurs.

Des techniques de communications centrées sur le patient, telles que l'écoute active, l'empathie l'entretien motivationnel ou une attitude encourageante permettent d'instaurer un climat de confiance entre les professionnels et le patient. Cet environnement est alors bénéfique pour le patient, pour qu'il puisse se livrer, prendre des décisions, faire face à ses émotions etc... Ces conditions de dialogues, permettent d'instaurer un changement chez le patient et d'augmenter sa motivation et celle de son entourage.



Figure 6 Mise en œuvre d'un programme d'ETP (16)

#### 1.4. L'essor du digital : L'e-ETP :

La Société d'Éducation Thérapeutique Européenne (SETE) a créé en 2019, un groupe réfléchissant sur le numérique dans l'ETP afin de garantir son accessibilité (17).

Pour Paul Louis Belletante, fondateur de Betterise, éditeur spécialisé dans l'accompagnement thérapeutique, l'éducation thérapeutique digitalisée « permet d'assurer la permanence du processus éducatif, et surtout relayer la motivation du patient » (18). L'éducation thérapeutique digitale permet d'intervenir en relais d'un programme d'ETP classique, lorsque les contacts sont impossibles. On parle alors d'e-ETP.

Le numérique peut faciliter l'apprentissage dirigé (19) en proposant des serious game, des formations via du contenu à la demande ou des webinars. Dans ces cas de figures, le patient

peut plus facilement être formé en étant libre de gérer son temps.

Le confinement, consécutif à la pandémie liée au coronavirus a entraîné une utilisation accrue du digital pour maintenir le lien avec son entourage. En parallèle, l'e-ETP a tenté de combler le fait que les patients ne participaient plus à leurs programmes d'éducation thérapeutique.

# **Partie 2**

## **Le Psoriasis**

## 2. Partie 2 : Le psoriasis

### 2.1. Epidémiologie du psoriasis :

L'épidémiologie du psoriasis consiste à étudier la distribution de cette maladie au sein de la population humaine, afin d'identifier des causes et de proposer des interventions visant à améliorer la santé de la population concernée.

L'épidémiologie a deux éléments principaux : la prévalence et l'incidence. L'Atlas mondial du psoriasis a été créé afin de mener des recherches plus approfondies sur la prévalence et l'incidence du psoriasis dans le monde, contribuant ainsi à garantir un meilleur accès aux soins pour les personnes atteintes de la maladie

#### 2.1.1. Prévalence du psoriasis :

La prévalence du psoriasis (figure 7) correspond au nombre de cas de la maladie ou de personnes atteintes de la maladie dans une population déterminée. Elle ne fait pas de différence entre les anciens ou les nouveaux cas, elle s'exprime au cours d'une période donnée ou à un moment précis.

La prévalence en France pour le psoriasis est selon Global Psoriasis Atlas (20) de 1,53 % sur une population totale de 67,69 Millions de personnes. Ce qui traduit qu'environ 1,04 million de personnes sont atteintes de psoriasis en France. A titre indicatif en 2017, la prévalence du psoriasis pour l'Europe de l'Ouest, était de 1,52% tandis que dans le monde elle était de 0,59%. Le nombre de personnes atteintes de psoriasis dans le monde entier était estimé à 29,5 millions

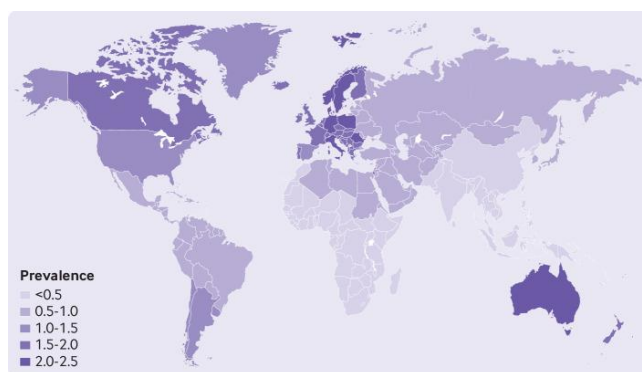


Figure 7 : La prévalence du psoriasis dans le monde d'après une analyse épidémiologique (21)

### 2.1.2. Incidence du psoriasis :

Le taux d'incidence (22) exprime le nombre de nouveaux cas d'une maladie pendant une période définie. Le psoriasis peut se déclencher à tout âge, mais il a été montré dans l'étude (21) qu'il existe deux pics de survenue situés à l'âge adulte :

- Chez les femmes, il se déclenche souvent entre 18 et 29 ans, puis entre 50 et 59 ans.
- Chez les hommes, il se déclenche plus fréquemment entre 30 et 39 ans puis entre 60 et 79 ans.

En ce qui concerne l'impact du sexe sur l'incidence, on remarque que le taux d'incidence est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

### 2.2. Physiopathologie du psoriasis :

La physiopathologie est définie par le Larousse (23), comme l'étude du fonctionnement de l'organisme ou de ses parties, au cours des maladies. Dans le cas du psoriasis, après une description de l'anatomie de la peau saine, les différents mécanismes immunitaires qui entrent en jeu et les différents facteurs qui peuvent intervenir dans cette maladie seront présentés.

#### 2.2.1. Anatomie et histologie de la peau :

La peau (figure 8) est un organe complexe, qui sert de barrière entre le milieu extérieur et notre corps. Elle est divisée en deux parties, superposées et séparées par la jonction dermo-épidermique :

- Une partie superficielle qui est **l'épiderme**
- Une partie interne composée du **derme** et de **l'hypoderme**

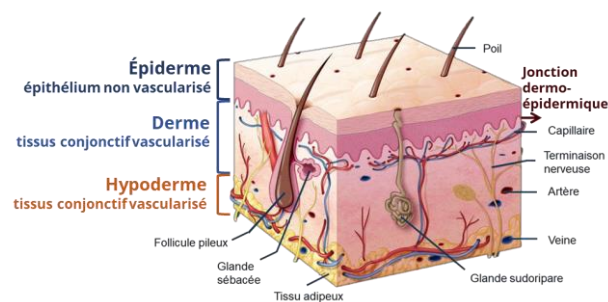


Figure 8 : Schéma d'une coupe de peau (24)



### 2.2.1.1. L'épiderme :

C'est un épithélium stratifié pavimenteux kératinisé, non vascularisé et non innervé qui est constamment en renouvellement. Son épaisseur varie de 0,1 mm au niveau des paupières à environ 1 mm au niveau des paumes de main et des plantes de pieds (25). **L'épiderme est la couche de la peau qui est particulièrement impliquée dans le psoriasis.** L'épiderme est composé de 4 couches superposées composée de différentes cellules : couche basale, couche épineuse, couche granuleuse et couche cornée (figure 9).

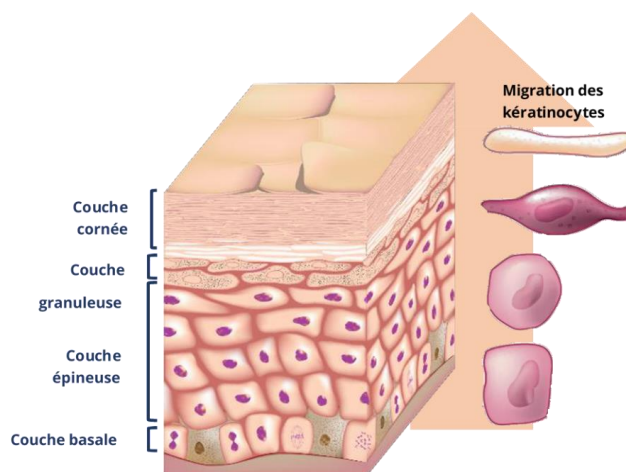


Figure 9 : Schéma d'une coupe histologique de l'épiderme (24)

- Les kératinocytes (80% des cellules de l'épiderme) :

Ce sont les cellules retrouvées majoritairement dans l'épiderme. Elles assurent la fonction de barrière cutanée et ont également un rôle à jouer dans le système immunitaire. Chez un sujet sain, les kératinocytes migrent depuis la couche basale vers la couche cornée en 3 semaines pour assurer le renouvellement cutané (Figure 9). Au fur et à mesure de leur migration dans l'épiderme, les kératinocytes perdent leur fonction de prolifération pour entrer dans une phase de différenciation qui, au final aboutit à la couche cornée. Observées au microscope optique, ils s'aplatissent puis perdent brutalement leur noyau dans la couche cornée. Ils deviennent alors des cellules appelées cornéocytes. Ce sont eux qui, soudés par des jonctions serrées avec un ciment extracellulaire, donnent à l'épiderme sa fonction de barrière de protection.

**Dans le cadre d'un psoriasis le temps de migration des kératinocytes est considérablement raccourci sous l'effet du processus inflammatoire.**

Les autres cellules retrouvées dans l'épiderme sont les mélanocytes, des cellules de Langherans et des cellules de Merkel.

- Les mélanocytes (20% des cellules de l'épiderme) :

Ce sont les cellules les plus présentes après les kératinocytes. Ils assurent la synthèse de mélanines, des pigments qui donnent à la peau sa couleur. Il existe deux types de mélanines : les eumélanines (brun-noir) et les phéomélanines (brun-rouge) (26). La fonction principale des mélanines est de protéger la peau des risques de cancers, face aux rayons UV émis par le soleil.

**Ces cellules ne sont pas impliquées dans le psoriasis.**

- Les cellules de Langerhans (3 à 8 % des cellules épidermiques) :

Elles sont appelées cellules dendritiques au niveau des organes hématopoïétiques, puis elles migrent vers l'épiderme, où elles deviennent des cellules de Langerhans. Une fois dans l'épiderme, elles assurent la capture des Antigènes (Ag) par un mécanisme d'endocytose, puis expriment à leur surface, des molécules qui activeront les lymphocytes T (LyT). Ce sont des Cellules Présentatrices d'Antigènes (CPA) aux lymphocytes T.

Elles sont faiblement représentées, mais elles ont un important **rôle dans l'immunité et dans le psoriasis.**

- Les cellules de Merkel (2 à 7% des cellules de l'épiderme) :

Elles constituent la dernière population de cellules épidermiques. Elles sont dérivées de cellules souches de l'épiderme fœtal. Elles ont un rôle de mécanorécepteur et sont essentiellement retrouvées au niveau des zones très sensibles, comme au niveau de la bouche, des paumes de main, de la pulpe des doigts et des pieds.

**Elles n'ont pas de rôle dans la survenue d'un psoriasis.**

#### 2.2.1.2. Le derme :

Il est considéré comme la charpente de la peau (25). Il contient des cellules fixes qui sont les fibroblastes et des cellules mobiles qui sont les cellules sanguines. Des fibres de collagènes, d'élastine et de réticuline sont retrouvées dans le derme. L'ensemble de ces cellules est maintenu grâce à de l'acide hyaluronique. A la différence de l'épiderme, il est vascularisé et ses vaisseaux sanguins sont retrouvés jusqu'à la couche basale de l'épiderme (figure 9).

### 2.2.1.3. L'hypoderme :

Il représente la couche la plus profonde de la peau. C'est ici que les cellules adipeuses sont retrouvées. La couche de graisse sera plus ou moins importante en fonction des individus. L'hypoderme possède essentiellement un rôle d'amortisseur des chocs et de protection du froid par isolation (25).

### 2.2.2. Descriptions des mécanismes immunitaires et inflammatoires qui entrent en jeu dans le psoriasis :

#### 2.2.2.1. Le système immunitaire :

Il est commun de diviser le système immunitaire en 2 parties fonctionnelles (figure 10) qui sont :

- **L'immunité innée** qui se met en place immédiatement lors de la rencontre d'un micro-organisme et
- **L'immunité adaptative** qui va s'activer environ 12 heures après le premier contact et qui va faire appel à des cellules très spécialisées.

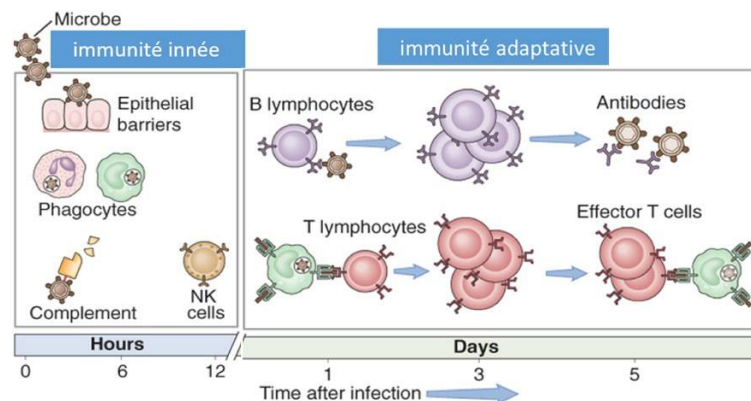


Figure 10 : Schéma représentant les différentes cellules impliquées dans l'immunité innée et adaptative (27)

Pour être efficace et préserver toute notre intégrité, le système de défense doit pouvoir faire face à un environnement microbien diversifié et changeant mais aussi être capable de lutter sans attaquer nos propres constituants, tout en protégeant les cellules d'un phénomène de cancérisation et en économisant de l'énergie (28).

**Le système immunitaire doit donc identifier le soi et éliminer les éléments du non soi. Le soi** est constitué de tous les éléments reconnus par l'organisme comme lui appartenant et ne provoquant pas de réaction immunitaire. Ainsi le soi est constitué de tous les composants du

corps mais aussi des germes commensaux qui sont hébergés.

**Le non soi**, quant à lui, est reconnu par l'organisme comme étant quelque chose d'extérieur et inconnu tel qu'un microorganisme ou encore une cellule du soi modifiée.

La nécessité de faire la distinction entre les deux est primordiale pour neutraliser et détruire certains agents mais surtout pour les garder en mémoire afin de mieux les maîtriser lors d'une prochaine rencontre.

Le système immunitaire exerce son rôle grâce à deux processus de défense, immunité innée et adaptatives, qui sont complémentaires et qui interviennent successivement pour assurer l'élimination de l'agent pathogène.

- L'immunité innée (appelée également immunité naturelle ou non spécifique)

Elle est capable de reconnaître les éléments étrangers potentiellement pathogènes de manière rapide et non spécifique, son action est immédiate. Elle est représentée par des mécanismes de défense présents dès la naissance, génétiquement hérités, disponibles de suite partout et rapidement mobilisables.

C'est la première ligne de défense du système immunitaire mais ses modes d'action sont invariables et ne s'adaptent pas aux différents microorganismes rencontrés au cours du temps. Dans la physiopathologie du psoriasis ce sont des phagocytes (figure 11), acteurs de l'immunité innée, qui participent activement au développement de la maladie. Les phagocytes sont des cellules capables de réaliser la phagocytose, qui est un mécanisme de dégradation lysosomale au sein de structures membranaires (29).

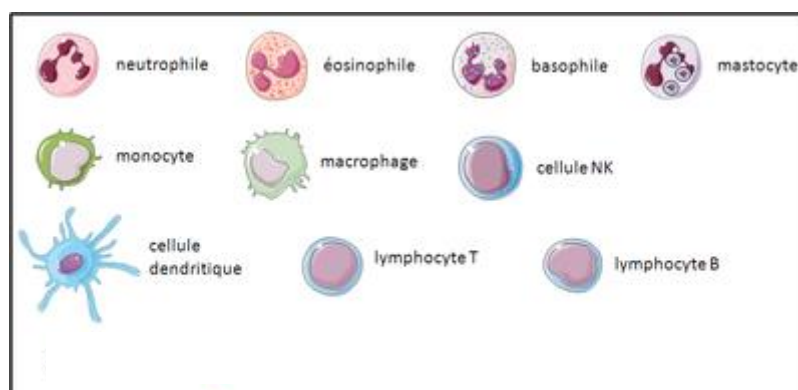


Figure 11 : Représentation schématique des phagocytes retrouvés dans l'inflammation (30)

Les différents phagocytes sont :

- Les monocytes (figure 11) qui sont les plus grosses cellules nucléées du sang, lorsqu'ils passent dans les tissus ils sont appelés macrophages. **Les macrophages (CD 163) sont impliqués dans le psoriasis.**
- Les cellules dendritiques (figure 11) sont appelées cellules de Langerhans au niveau de la peau. Elles ont une forme d'étoile qui leur donne le nom de cellules sentinelles. Leurs longs prolongements cytoplasmiques permettent de détecter les dangers, de capturer et de phagocyter. Elles sont ensuite capables de présenter les Ag phagocytés pour devenir des CPA, qui activeront les cellules de l'immunité adaptative (LyB ou LyT). Dans le cas du psoriasis **les cellules dendritiques (TREM-1), sont activement impliquées.**
- Les polynucléaires (figure 11) sont des cellules avec un noyau plurilobé. Les polynucléaires neutrophiles (PNN) peuvent quitter rapidement les vaisseaux, par diapédèse, pour aller vers le lieu de l'infection. Les polynucléaires éosinophiles (PNE) sont impliqués dans la lutte des parasites. Les polynucléaires basophiles (PNB) sont impliqués dans les manifestations allergiques avec les PNE. Ils n'ont pas de rôle clé dans le psoriasis.
- L'immunité adaptative (appelée également immunité acquise ou spécifique)

Elle est activée par le contact avec des pathogènes, elle est capable de garder la mémoire de ces agents pathogènes, de les reconnaître et de les éliminer de manière spécifique, son action est retardée. Sa spécificité tient dans la capacité à créer des anticorps, qui permettent de s'adapter à la diversité des micro-organismes qui nous entourent.

Le développement des anticorps se fait en quelques jours et les mécanismes de défense mis en place sont alors spécifiques d'un intrus donné. Ils sont gardés en mémoire au cas où une rencontre aurait lieu de nouveau. Dans cette immunité il est très important que les cellules spécialisées dans la défense immunitaire puissent coopérer entre elles et surtout faire la différence entre les composants du soi et du non soi. Cela permet d'éviter une reconnaissance

de ses propres constituants du soi, ouvrant la porte alors à ces maladies appelées auto-immunes.

- La coopération cellulaire assurée via les cytokines

Les cellules de l'immunité communiquent entre elles en produisant des cytokines. Ce sont des médiateurs, capables de transmettre des messages activateurs ou inhibiteurs. Les cytokines comprennent les interleukines, les chémokines (ou chimiokines) et les facteurs de croissance(28). Les cytokines participent activement à la réaction inflammatoire concomitante à la réaction immunitaire.

#### 2.2.2.2. La réaction inflammatoire :

Elle a lieu de façon concomitante à la réponse immunitaire à la suite d'une agression de l'organisme.

Elle peut être schématisée selon la figure 12 :

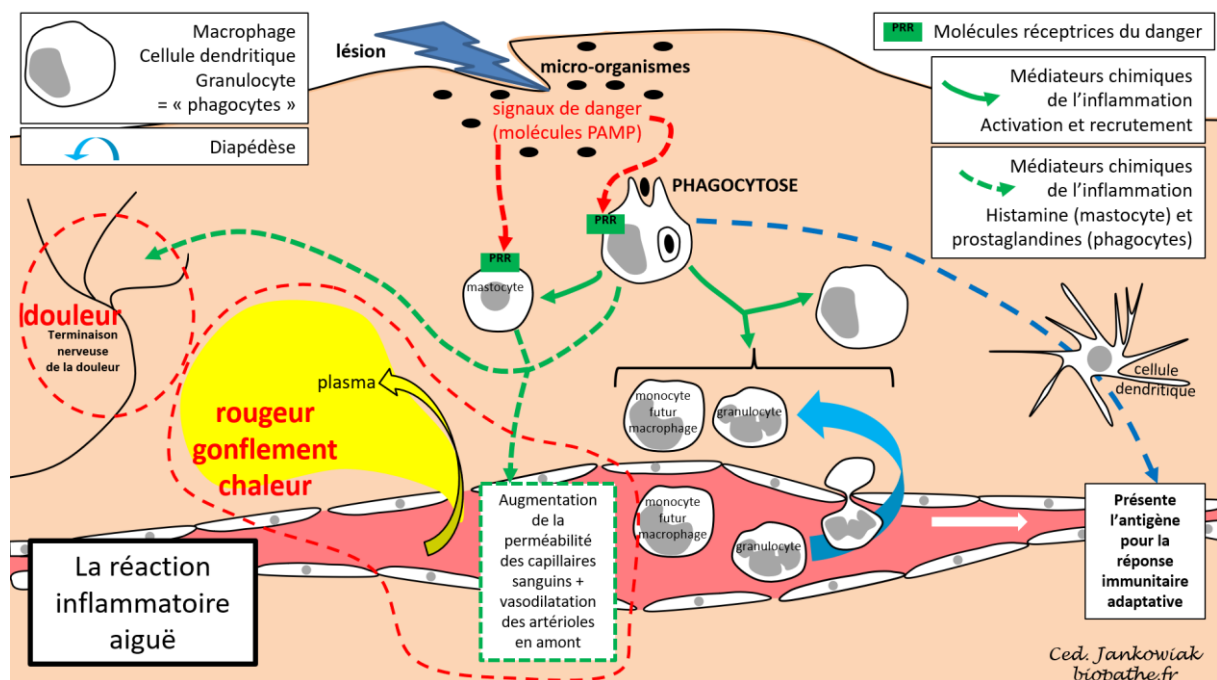


Figure 12 : Schéma de la réaction inflammatoire(31)

Elle est caractérisée par 4 signes cliniques, qui sont : rougeur, chaleur, douleur, œdème. Elle peut être divisée en trois grandes phases :

- 1) **Une phase d'initiation** qui mobilise des cellules de l'immunité innée, elle se produit à la suite d'un signal de danger d'origine endogène ou exogène.

- 2) **Une phase d'amplification** qui fait appel à des cellules spécialisées de l'immunité adaptative. Elle est caractérisée par une vasodilatation qui produit une augmentation de la perméabilité vasculaire et la création de nouveaux vaisseaux (c'est la néo-angiogenèse). Ces 3 mécanismes permettent aux cellules de l'immunité de se rendre sur le lieu de la contamination où elles vont libérer des médiateurs pro-inflammatoires tels que des prostaglandines, des leucotriènes, et surtout des cytokines.
- 3) **Une phase de résolution et de réparation** qui tend à restaurer l'intégrité du tissu lésé. Elle se traduit par la production de cytokines anti-inflammatoires pour neutraliser les pro-inflammatoires et par la production de facteurs de croissance cellulaires et tissulaires.

En fonction du délai de mise en place et de sa persistance, la réaction inflammatoire peut être aiguë (dure maximum 48h après l'agression) ou chronique (persiste des semaines voire des années). L'inflammation chronique apparaît à la suite d'un défaut de contrôle par le système immunitaire ou suite à la persistance de médiateurs pro inflammatoires. **Ainsi, une production non contrôlée de cytokines pro-inflammatoires fera pencher la balance vers une inflammation chronique (figure 13).**

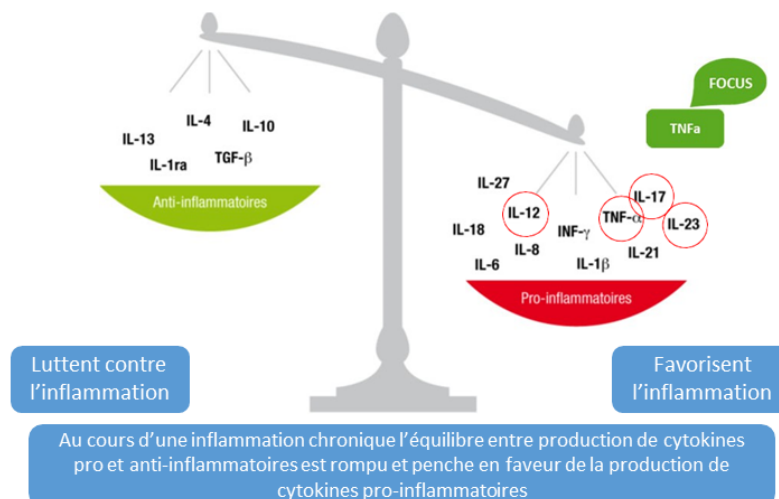


Figure 13 : Schéma des cytokines responsables de l'équilibre inflammatoire d'après (8)

Dans le cadre du psoriasis le **TNF α** (Tumor Necrosis Factor α) est responsable d'une inflammation chronique de la peau en accélérant le renouvellement de ses cellules. Il est produit par les macrophages, les cellules NK et les lymphocytes T.

### 2.2.3. Les étiologies du psoriasis :

- Immunologiques

Le psoriasis est une maladie inflammatoire d'origine dysimmunitaire, c'est-à-dire liée à un dysfonctionnement du système immunitaire. **Le lymphocyte T et les kératinocytes** sont les principaux responsables de l'inflammation retrouvée dans le psoriasis.

Des kératinocytes agressés par différents types de facteurs (traumatiques, stress, infectieux, environnementaux) sont à l'origine d'un psoriasis. Les kératinocytes agressés vont alors produire des messagers de type pro inflammatoires qui vont agir sur les cellules de Langerhans et sur les cellules dendritiques plasmiques. Ces cellules de Langerhans vont alors migrer au niveau des ganglions lymphatiques, produire des interleukines IL 12 et IL 23, qui vont activer les lymphocytes T et notamment les lymphocytes T de type Th1 et Th17. Ces lymphocytes T mémoires activés quittent alors les ganglions de façon massive, passent par la circulation sanguine et rejoignent la peau où ils libèrent alors des cytokines pro inflammatoires. Ces cytokines (TNF  $\alpha$ , IL12, IL17, IL23) déclenchent alors la prolifération exagérée des kératinocytes qui libèrent de nombreuses substances pro inflammatoires, entraînant en conséquences les signes cliniques du psoriasis comme l'accélération du renouvellement cellulaire de l'épiderme et l'apparition de plaques de psoriasis (figure 14).

- Génétique :

A ce jour quelques gènes de prédisposition sont identifiés. Il existe des loci où sont fréquemment retrouvées des mutations chromosomiques. Parmi ces loci, neuf sont notamment retrouvés : PSORS1 / PSORS2 / PSORS3 / PSORS4 / PSORS5 / PSORS6 / PSORS7 / PSORS8 / PSORS9 (33). Le lieu PSORS1 est situé sur le chromosome 6 dans l'histocompatibilité principale complexe et est responsable de la réaction du système immunitaire, ainsi que du codage des protéines de la peau qui sont associées au psoriasis. PSORS1 est impliqué dans 30 à 50% des cas de psoriasis.

Les gènes codant pour des interleukines, ainsi que diverses mutations génétiques sont également sources d'anomalies génétiques retrouvées dans des cas de psoriasis.



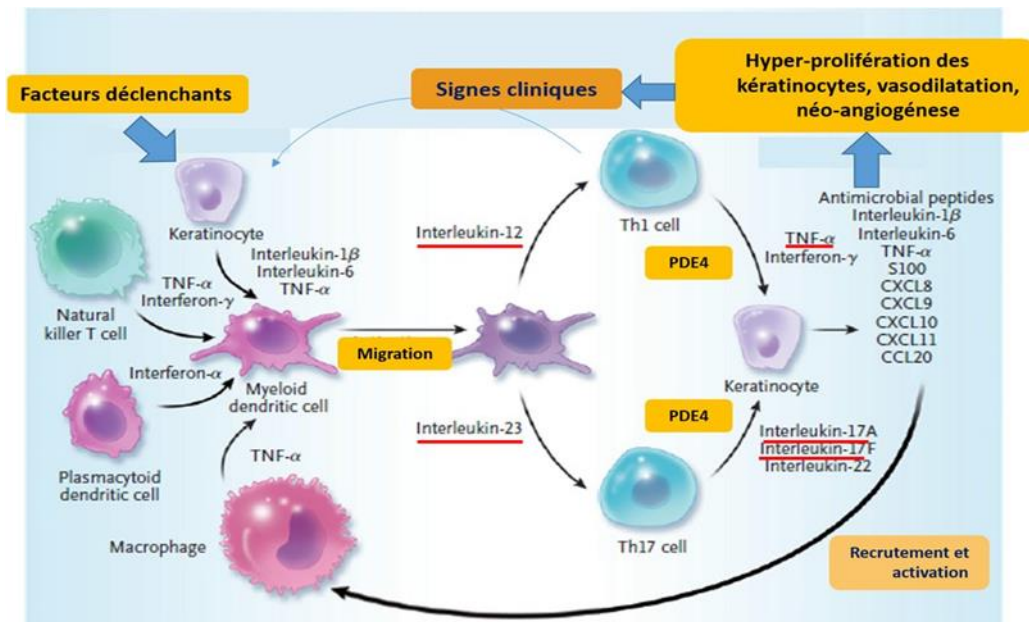


Figure 14 : Schéma décrivant les mécanismes immunitaires aboutissant aux signes cliniques retrouvés dans le psoriasis

- Autres facteurs :

De nombreux facteurs peuvent être à l'origine de poussées de psoriasis. Ils sont variables d'une personne à une autre. On peut citer :

- Des infections
- La prise de médicament (sels de lithium, bêta bloquants, IEC, l'interféron alpha, antipaludéens de synthèse, la terbinafine, la tétracycline, AINS et fibrates) (34)
- La consommation d'alcool ou de tabac
- Une exposition au soleil
- Le froid
- Le stress
- La fatigue
- Divers traumatismes cutanés (piqûres d'insectes, irritations, plaies, coups)

### 2.3. Diagnostic d'une peau psoriasique :

Le diagnostic est établi via un examen clinique, une biopsie de la peau n'est généralement pas nécessaire. Le diagnostic d'un psoriasis s'établit autour de l'examen des lésions présentes sur la peau. Les principaux symptômes associés à un psoriasis sont des démangeaisons ou de la douleur.

Il existe plusieurs manifestations cliniques de psoriasis, la plus fréquente étant le psoriasis en plaques qui touche 80 à 90 % des patients atteints de psoriasis (35). Le tableau IV récapitule les différentes manifestations et constatations cliniques retrouvées dans le psoriasis (36)

Manifestations cliniques	Constatations cliniques
<b>Psoriasis en plaques</b> <i>Psoriasis vulgaire</i>	Plaques bien délimitées, arrondies, érythémateuses et squameuses <u>localisation</u> : isolées ou généralisées
<b>Plis cutanés</b> <i>Psoriasis intrigineux ou inverse</i>	Isolé en plaques bien délimitées, arrondies, peu squameuses et minces <u>localisation</u> : dans les plis cutanés (aisselles, sous la poitrine, aine, parties génitales, sillon inter fessier)
<b>Ongles</b>	Dépressions sur la surface de l'ongle (appelée « en dé à coudre »), décollement de l'ongle, signes de la tache d'huile, épaissement ou apparition de stries (dystrophie de l'ongle) <i>Remarque : très fréquemment associé au rhumatisme psoriasique, n'est pas toujours associé à des plaques de psoriasis</i>
<b>Cuir chevelu</b>	Plaques érythémateuses, étendues non alopeciantes à bords arrondis, <i>Remarque : Au niveau de l'occiput, les squames sont épaisses et les démangeaisons sont fréquentes. Au niveau frontal, l'aspect le plus fréquent est celui d'une couronne érythémateuse et séborrhéique</i>
<b>Palmoplantaire</b>	Aspect pustuleux, rougeurs et squame, présences de fissures, lésions extrêmement sèches et douloureuses <u>localisation</u> : sur la paume des mains et/ou la plante des pieds
<b>En gouttes</b>	Eruption de petites plaques < 1 cm, moins épaisse et moins desquamatives que les plaques « vulgaires » sous forme de papules <u>localisation</u> : éruption généralisée sur le corps, principalement sur le dos, le torse et les membres <i>Remarque : fréquent chez les enfants et les jeunes adultes. Apparaît souvent à la suite d'une infection à streptocoque A (angines, peau...) ou suite à la prise d'anti-TNF ou après une vaccination(37)</i>
<b>Pustuleux</b>	Présence de pustules « en grappes » regroupées à un endroit Localisation : paume de la main ou plante des pieds
<b>Erythrodermique (forme généralisée)</b>	Erythème généralisé sous forme de pustules disséminées sur l'ensemble du corps <i>Remarque : à traiter en urgence, souvent associé de fièvre et de frissons</i>

Tableau II : Description des différents formes et localisation du psoriasis

Le psoriasis peut souvent être confondu avec de nombreuses maladies dermatologiques comme la dermatite atopique, la dermatite de contact, le lichen plan, les mycoses, le pityriasis rosé, etc. Pour éviter toute confusion une observation attentive des lésions (morphologie, taille, symétrie, etc.) permet de poser le diagnostic.

Voici les figures 15 et 16 qui présentent différents exemples de psoriasis :

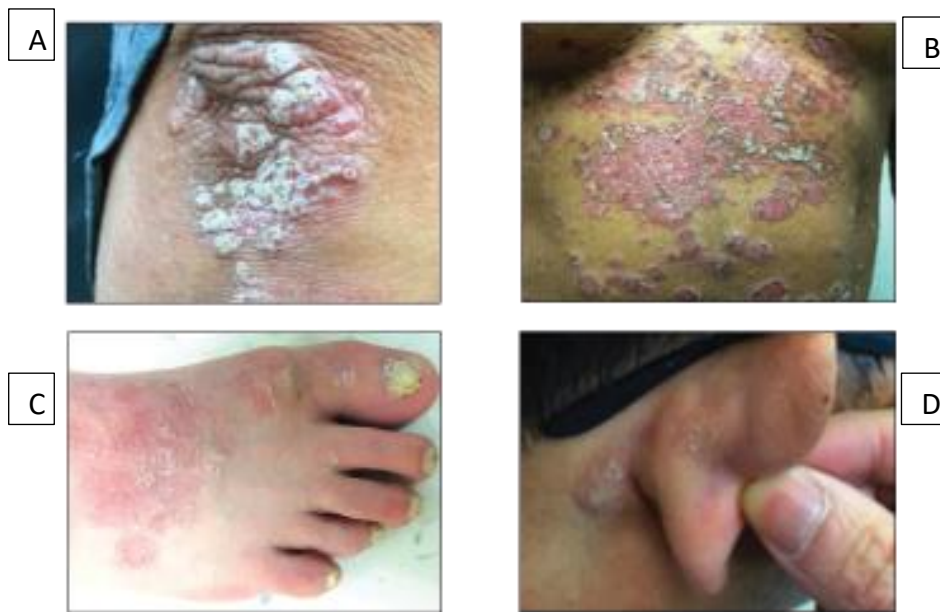


Figure 16 : Diverses manifestations de psoriasis en plaques A) Sur le coude B) Sur le tronc C) Sur le pied et associé à unguéal (dystrophie) D) Derrière l'oreille selon (15)



Figure 15 : Atteinte unguéale, A) Ongles psoriasiques se manifestant par des ongles de couturière, une onycholyse distale, une hyperkératose sous-unguéal et un effritement B) Leuconychie et hémorragies en éclats ; C) Onycholyse distale et signe de tache d'huile selon (15)

#### **2.4. Prise en charge du psoriasis, évolution et complications :**

Le psoriasis n'est pas une maladie mortelle, sauf exception lors par exemple d'un psoriasis erythrodermique où ce sont les complications qui peuvent entraîner un grave danger. En revanche c'est une maladie qui altère énormément la qualité de vie, ce qui en fait sa gravité. L'objectif de la prise en charge est donc d'aboutir à une amélioration de la qualité de vie avec un psoriasis. (38)

Plusieurs tests permettent d'orienter la sévérité d'un psoriasis par exemple :

##### *2.4.1. Dermatology Life Quality Index (DLQI)*

L'impact sur la qualité de vie est extrêmement variable d'un patient à une autre. Il est mesurable grâce à un score : le Dermatology Life Quality Index (DLQI) (annexe 3). Celui-ci varie entre 0 et 30, plus le score est élevé plus le psoriasis impacte la qualité de vie des patients. Cette échelle se base sur 10 questions, évaluant l'impact du psoriasis au cours des derniers jours, en mesurant entre autres l'impact socio-professionnel, les loisirs, la vie de couple, le contact de vêtements sur la peau, etc. Ce score est défini uniquement sur le vécu du patient, le point de vue du professionnel de santé n'entre pas en jeu.

##### *2.4.2. Psoriasis Area Severity Index (PASI) (39) :*

Un score clinique existe pour quantifier l'étendue du psoriasis, il s'agit du Psoriasis Area and Severity Index (PASI). C'est une formule mathématique, évaluant la sévérité des lésions sur quatre parties du corps : la tête, les membres supérieurs et inférieurs et le tronc. Ce test quantifie la surface de la peau atteinte, le degré de rougeur des lésions, la desquamation et l'épaisseur des plaques.

##### *2.4.3. Body surface Area (BSA) (40) :*

Le BSA (Body Surface Area) est un score qui estime le pourcentage de surface corporelle atteinte de psoriasis. Ce calcul est réalisé à partir de la paume de la main du patient posée à plat, doigts serrés, pouce inclus qui représente 1 % de la surface totale du corps. Le BASA est compris entre 0 et 30. Plus le score est élevé plus la qualité est détériorée

#### 2.4.4. *Prise en charge non médicamenteuse : conseils hygiéno-diététiques*

Cette prise en charge s'articule autour de différents types de conseils :

- Pour la peau : Elle doit être nettoyée en douceur et hydratée avec des produits adaptés (crèmes émoullientes ou hydratantes)
- Sur l'alimentation (41) : Il est important d'avoir une alimentation saine et équilibrée pour éviter les problématiques de surpoids et d'obésité. Il n'existe pas de régime spécifique pour les patients atteints de psoriasis. En revanche le risque d'apparition d'un psoriasis est doublé chez une personne obèse par rapport à une personne sans surpoids (42).
- Sur le tabagisme (43) : La survenue d'un psoriasis est deux fois plus fréquente chez les fumeurs (44). Il existe des conseils adaptés pour arrêter de fumer.
- La consommation d'alcool (45) : L'abus d'alcool est fréquemment cité comme cause de poussées de psoriasis.
- Sur l'activité physique (41) : comme pour tout être humain il est recommandé de pratiquer une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour.

#### 2.5. **Traitements médicamenteux du psoriasis en plaques :**

A ce jour il n'existe pas de traitement qui permettent la guérison totale du psoriasis en plaques. Des traitements permettent de diminuer ou de supprimer l'apparition des plaques. Le traitement à choisir dépend de l'âge du patient, du type de psoriasis, de sa localisation de son étendue (tests PASI et BASA) et de l'impact du psoriasis dans la qualité de vie (Test DLQI). Les patients à traiter sont uniquement ceux qui sont demandeurs d'un traitement. Il existe deux types de traitement :

- 1) Traitement **local** par voie cutanée sous forme de crèmes, lotions, pommades :
  - Les dermocorticoïdes : ce sont des anti inflammatoires et des immunosuppresseurs
  - Analogues de la vitamine D : immunosuppresseur local
  - Kératolytiques : décollent et éliminent de la kératine de la peau
  - Émoullients : adoucissent, détendent la peau

Le traitement local de référence est une association dermocorticoïdes et analogues de la vitamine D

2) Traitement **général** pour une diffusion sur l'ensemble du corps, seulement sur prescription :

- Photothérapie : traitement par la lumière ou par ultraviolets
- Rétinoïdes : dérivés de la vitamine A
- Les inhibiteurs de la phosphodiesterase-4
- Biothérapies : anti-TNF  $\alpha$  ou anti-interleukines

L'acitrétine, le méthotrexate, la ciclosporine et les photothérapies sont indiqués en cas de retentissement sur la qualité de vie (DLQI  $\geq$  10), de sévérité des lésions (PASI  $\geq$  10 ou surface corporelle atteinte  $\geq$  10 %) ou de résistance aux traitements locaux.

L'aprémilast ou les biothérapies (anti-TNF : adalimumab, certolizumab, étanercept, infliximab ou inhibiteurs des interleukines : brodalumab, guselkumab, ixékizumab, sécukinumab, tildrakizumab, ustékinumab) sont recommandés en cas de contre-indication, inefficacité ou intolérance des traitements précédents (46).

Différents arbres décisionnels sont proposés pour le traitement du psoriasis dont celui proposé par le Vidal (figure 17)

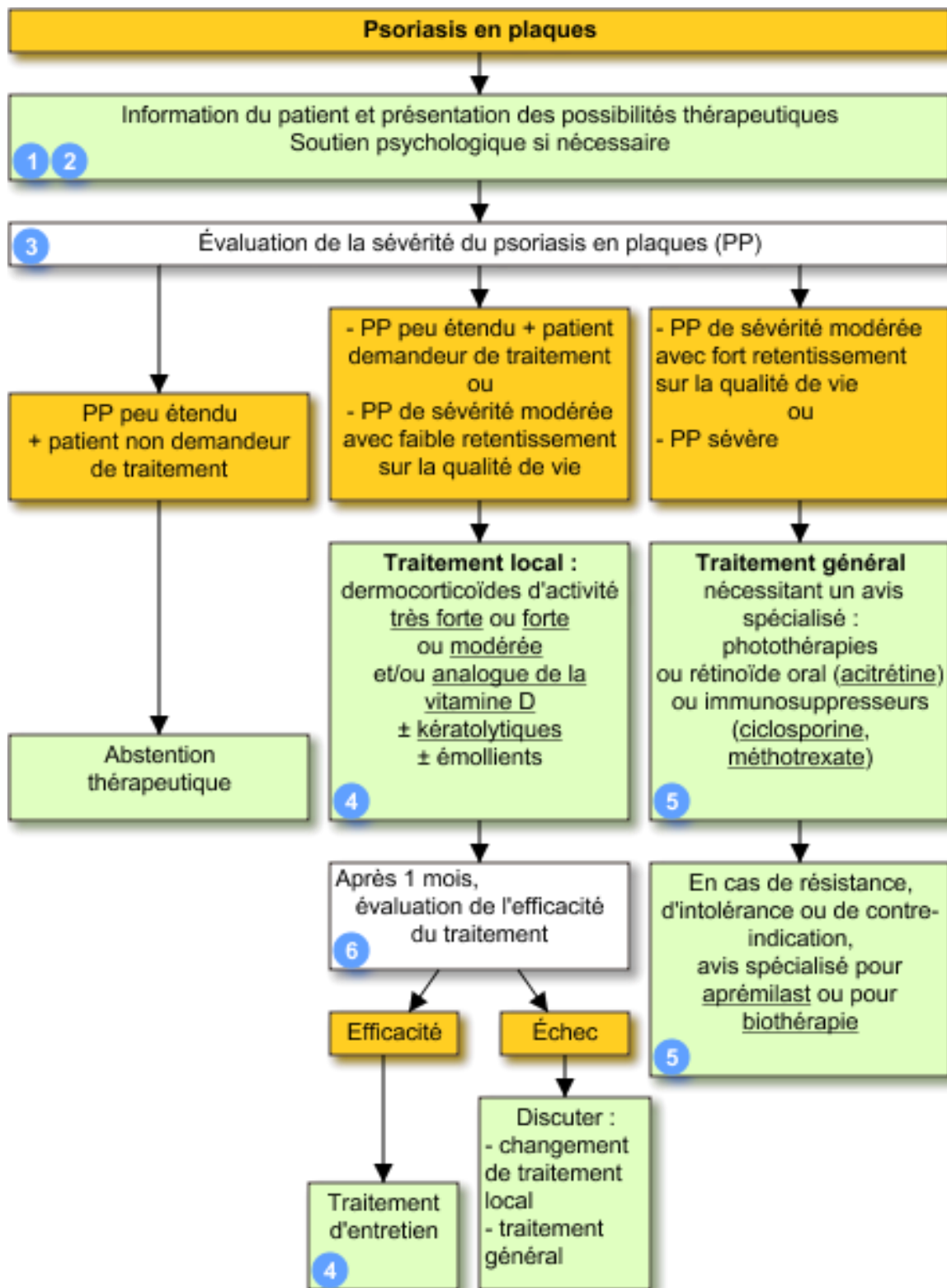


Figure 17 : Arbre décisionnel proposé par le Vidal pour traiter le psoriasis en plaques chez l'adulte (46)

Des arbres sont proposés par AbbvieCare (19) pour savoir quelle attitude adopter et si cela est applicable, quel traitement mettre en place.

- Pour un psoriasis en plaques peu étendu (figure 18)

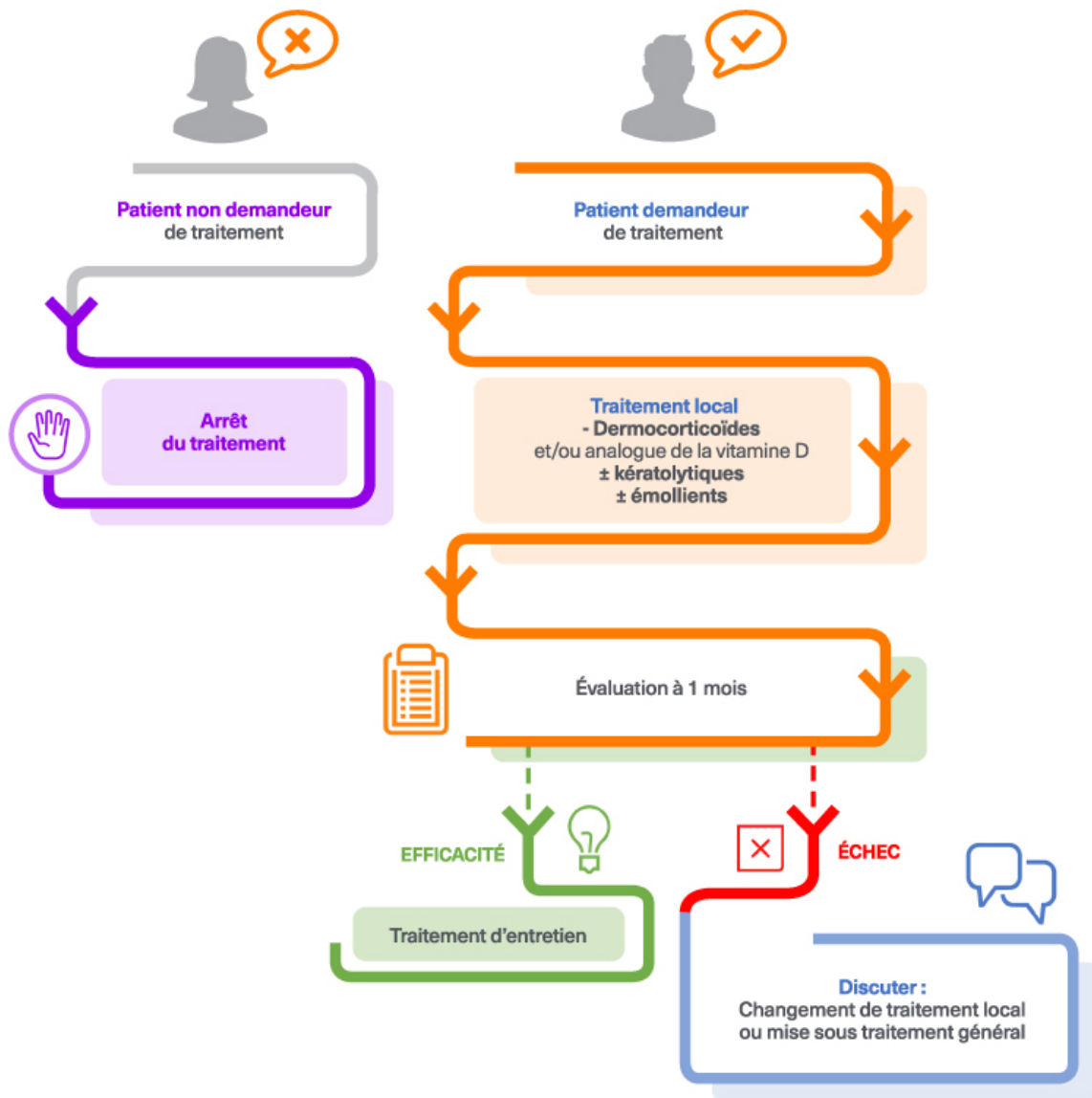


Figure 18 : Schématisation de la décision de traitement pour un psoriasis en plaques peu étendu



- Pour un psoriasis en plaques modéré (figure 19) :

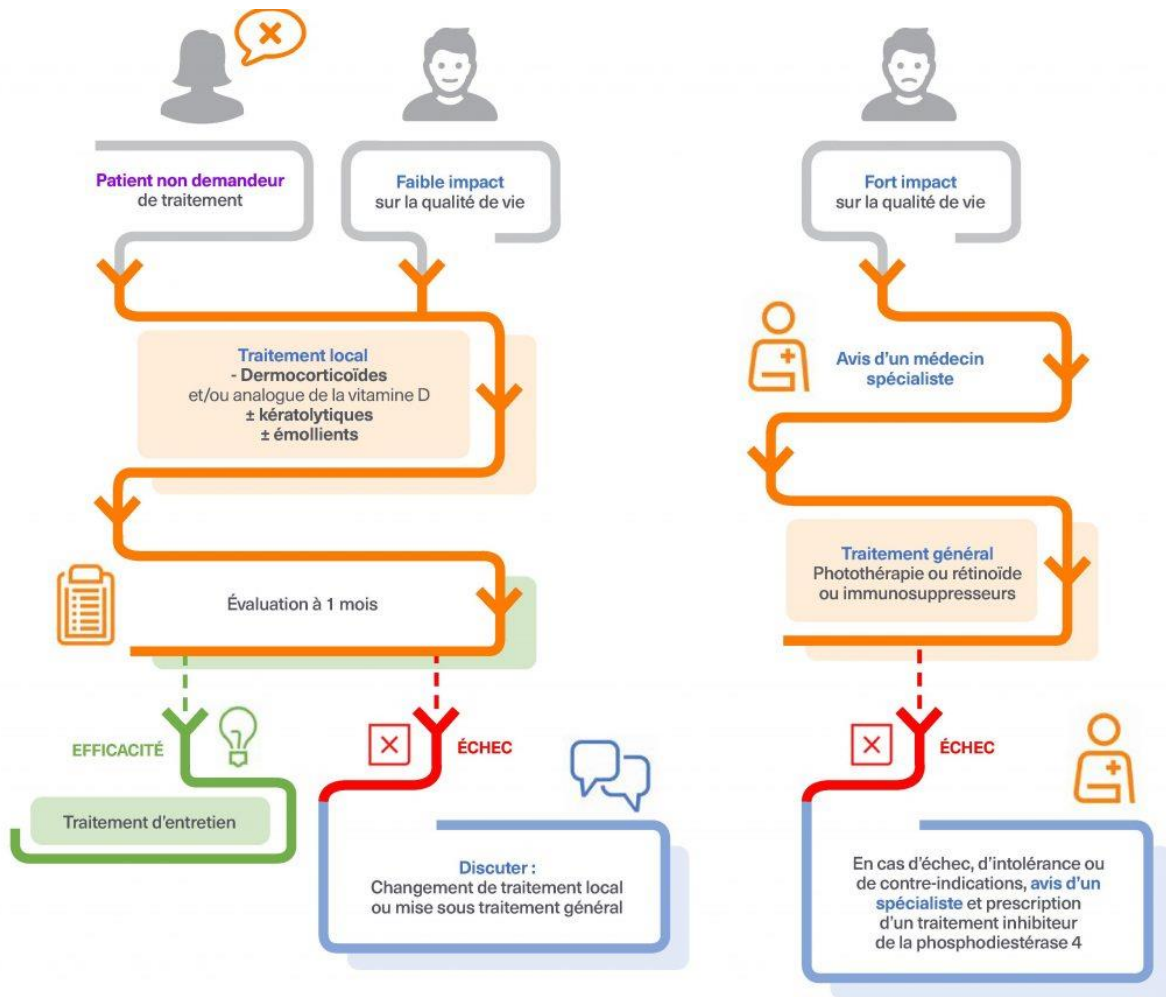


Figure 19 : Schématisation de la décision de traitement pour un psoriasis en plaques modéré

- Pour un psoriasis en plaques sévère (figure 20) :

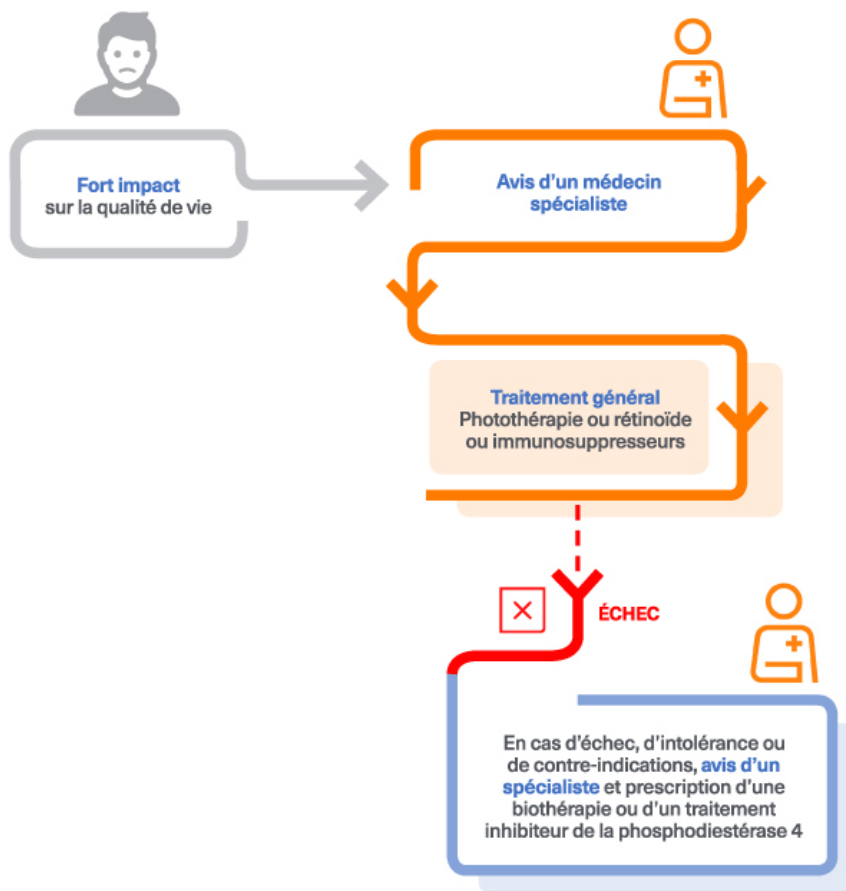


Figure 20 : Schématisation de la décision de traitement pour un psoriasis en plaques sévère

Il existe une importante disparité entre les différents stades de sévérité du psoriasis en plaques, ainsi que la perception de la maladie, et l'impact que celle-ci peut avoir sur la qualité de vie du patient.

Un enjeu dans la prise en charge du psoriasis en plaque est l'observance et la persistance des traitements. Cela renforce l'idée que la mise en place d'éducation thérapeutique pour les patients est une solution pour améliorer la prise en charge de cette maladie chronique. Voyons quelles sont les solutions proposées par les laboratoires Pharmaceutiques à destination des patients atteints de psoriasis.

## **Partie 3**

# **Application de l'éducation thérapeutique dans le psoriasis**

### 3. Partie 3 : Application de l'éducation thérapeutique dans le psoriasis

Pour les patients atteints de psoriasis, les plaques rouges, les démangeaisons constantes et les squames, mais aussi le regard des autres sont des éléments qui peuvent rapidement rendre le quotidien difficile voire insupportable. Le patient doit savoir que sa maladie ne se guérit pas mais que, bien qu'invalidante, elle peut s'atténuer. Le traitement est souvent lourd et s'accompagne éventuellement d'hospitalisations régulières. Le patient se pose beaucoup de questions et notamment :

- J'ai des questions sur ma maladie, sur mon traitement, mon suivi...
- Je veux être rassuré(e).
- J'ai envie que l'on m'écoute et que l'on me comprenne en tenant compte de ma vie quotidienne et de mes projets
- Je souhaite discuter de ma situation avec des soignants spécialisés
- Je me sens seul(e) et j'ai envie de trouver des gens qui m'aident à faire face. J'aimerais rencontrer des personnes qui ont le même vécu que moi pour échanger.
- Je veux prendre soin de moi et de ceux qui m'entourent.
- Je veux savoir où m'adresser en cas de besoin.

En complément du traitement, le suivi d'ateliers thérapeutiques d'éducation du patient, permet d'apprendre à mieux connaître sa maladie et de répondre aux différentes interrogations précédemment citées. La promotion de l'activité physique, le travail sur l'équilibre alimentaire, l'utilisation des pommades, le travail sur l'estime de soi et sur une image plus positive de son corps permettent au malade de sortir de son isolement et surtout d'aller mieux.

Dans ce chapitre, après avoir montré l'intérêt de l'ETP dans le psoriasis par le biais de l'analyse de trois publications portant sur l'évaluation et l'intérêt de l'ETP dans cette pathologie, les différentes approches de l'ETP seront présentées et discutées.

#### **3.1. Exemples de publications évoquant l'ETP dans une maladie chronique**

Afin d'illustrer l'efficacité de l'ETP dans une maladie chronique, 3 publications extraites des Annales de Dermatologie et de Vénérologie sur des programmes d'ETP pour des patients atteints de psoriasis ont été sélectionnées et analysées.

### 3.1.1. Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de psoriasis dans le service de dermatologie du CHRU de Lille (47) (Annexe 4)

Depuis 2013 à Lille, le service de Dermatologie propose des programmes d'éducation thérapeutique autour du psoriasis. Cette étude monocentrique, consiste à évaluer pendant un an le programme et des ateliers proposés.

Pour évaluer l'efficacité du programme, des indicateurs ont été définis : index de sévérité (score PASI) et score qualité de vie (DLQI), des questionnaires sur les connaissances supposées acquises, le taux d'hospitalisations, des indicateurs sur le tabac et l'alcool, le retentissement et le ressenti de la maladie au quotidien.

La population de l'étude incluse dans ce programme comprend :

- 86 patients (47 % femmes et 53 % d'hommes)
- Age médian 45 ans [35-59]
- Patients avec un psoriasis sévère avec des comorbidités, hospitalisés en moyenne 1 fois par an pour prise en charge d'une poussée sévère.

Le tableau II regroupe l'évolution des scores moyens PASI et DLQI

	Inclusion	1 an
PASI	15,7 (±10,9)	7 (±5,2)
DLQI	12,9 (±7,1)	5,9 (±5,2)

Tableau III : Résultats de l'évaluation du programme d'ETP ( $p < 0,0001$ )

Les résultats des différents indicateurs sont :

- Hospitalisations : moins fréquentes (1 fois de moins par an et par patient [ $p < 0,0001$ ])
- Diminution de la consommation d'alcool ( $p = 0,0138$ ) et de tabac ( $p = 0,1573$ )
- 62 % des patients ont modifié leurs habitudes alimentaires
- Acquisition de connaissances sur la maladie
- Reprise d'une activité sportive
- Diminution de la gêne au quotidien, les patients ont moins besoin de se cacher derrière des vêtements longs et couvrants

Conclusion :

**Cette étude confirme l'effet bénéfique des ateliers d'ETP pour les patients atteints de psoriasis.**

### *3.1.2. La place du pharmacien dans un programme d'éducation thérapeutique pour les patients adultes atteints de psoriasis dans un CHU (48) (Annexe 5)*

Des programmes pluridisciplinaires d'ETP pour le psoriasis sont dispensés au sein du CHRU de Lille. Depuis septembre 2015, 2 pharmaciens ont rejoint les programmes (1 hospitalier et 1 officinal). L'objectif de cette étude, est de déterminer la place et l'impact de leur participation sur le Dossier Pharmaceutique (DP).

Un questionnaire téléphonique a été proposé aux patients après leurs programme d'éducation thérapeutique.

La population incluse dans ce programme comprend :

- 42 patients (sex ratio : 0,81)
- Age moyen 47 ans (écart type  $\pm 14$ )
- PASI moyen 13,8 ( $\pm 8,4$ )
- DLQI 10,4 ( $\pm 6,9$ )

Parmi les 42 patients, 4 patients avaient déjà un DP avant l'étude. Voici le détail pour l'ensemble des patients sur l'ouverture d'un DP :

- 10 patients ont déclaré avoir ouvert un DP après le programme (24%)
- 7 patients ont déclaré vouloir le faire prochainement (17%)
- 3 ne se souvenaient pas de la notion de DP (7%)
- 2 ont tenté de l'ouvrir mais l'officine a refusé (5%)
- 1 patient ne souhaitait pas ouvrir de DP (2%)

Remarque : 25 patients se souvenaient du DP à posteriori (59.5%) et 13 patients n'ont pas répondu (31%) au questionnaire

41% des patients ayant suivi ce programme ont ouvert un DP. La présence de pharmacien lors des ateliers d'ETP permet de sensibiliser sur le bon usage des médicaments, et d'assurer un lien entre l'hôpital et la ville. Ces deux problématiques étant partiellement réalisées en ville par manque de temps.

### *3.1.3. Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique dans le psoriasis : étude randomisée multicentrique : EDUPSO (49) (Annexe 6)*

Une étude randomisée multicentrique, évaluant l'efficacité d'un programme d'ETP chez des patients atteints de psoriasis modérés à sévères, depuis en moyenne 21 ans, avec un

traitement biologique (49%) ou systémique (51%) a été réalisée. Les programmes d'ETP sont multidisciplinaires sur 6 séances

L'objectif était d'évaluer l'efficacité de l'ETP sur 3 critères : PASI, stress et acquisition de compétences sur la maladie.

La population de l'étude comprend 142 patients :

- 70 avec une prise en charge classique et n'ont pas reçu d'ETP
- 72 étaient inclus dans des programmes d'ETP

L'évaluation finale est faite à 3 ; 6 et 12 mois, en comparant les résultats du groupe témoin et de celui avec ETP.

Le tableau III regroupe les résultats obtenus

	<b>Groupe avec ETP</b>	<b>Groupe témoin</b>
<b>Acquisition de compétences</b>	68 % de bonnes réponses	56 % de bonnes réponses
<b>PASI</b>	Diminution de 44% sans différence significative entre les 2 groupes	
<b>Stress</b>	Diminution de 50% sans différence significative entre les 2 groupes	

*Tableau IV : Résultats de l'étude EDUPSO à 12 mois*

Les résultats ne sont pas significatifs pour définir de l'efficacité de l'ETP chez des patients atteints de psoriasis modéré à sévère diagnostiqué depuis en moyenne 21 ans.

Il ne paraît pas forcément très adapté d'établir des programmes d'éducation thérapeutique dans le psoriasis, si celui-ci est sévère ou modéré.

Toutefois, cette étude met en évidence un biais. En effet lorsque le patient reçoit un traitement depuis en moyenne 21 ans, il est censé être autonome. Il n'est pas expliqué ce qui est inclus dans la prise en charge classique du groupe témoin.

#### *3.1.4. Discussion :*

L'analyse de ces trois publications met en évidence le fait qu'il n'est pas possible d'établir de réelles généralités sur l'efficacité avérée d'un programme d'éducation thérapeutique dans le cadre du psoriasis. En revanche il ressort qu'il est essentiel d'accompagner le patient dans sa prise en charge. Un patient atteint de psoriasis est un patient qui souffre et dont la qualité de vie peut être améliorée, l'éducation thérapeutique pourrait apporter des preuves d'efficacité si le patient vient de recevoir un diagnostic de psoriasis ou des patients anciennement diagnostiqués mais avec une évolution récente.

Il est important de rester mobilisé à la suite d'un diagnostic de psoriasis mais l'éducation thérapeutique n'est pas forcément l'unique solution pour améliorer la vie avec un psoriasis.

### **3.2. Approches classiquement utilisées d'application d'ETP dans le psoriasis**

#### *3.2.1. Le concept d'approche Patient Centric*

L'approche centrée sur le patient, aussi appelée « Patient Centricity » ou également approche « Patient Centric » est aussi retrouvée sous le nom « Beyond the pill » (*littéralement « sous le médicament »*) puisqu'elle n'est pas uniquement centrée sur un médicament, mais plutôt sur l'environnement du patient et de sa maladie.

Il est compliqué de définir ce concept, un groupe de scientifiques a mené un expérience avec des patients dans le but de proposer une définition (50). Ils sont arrivés à la définition suivante, qui consiste à **mettre le patient au premier plan en s'engageant ouvertement et durablement auprès de lui pour obtenir, avec respect et compassion, la meilleure expérience et les meilleurs résultats pour cette personne et sa famille.**

Cette approche par les laboratoires dite « Patient Centric » a explosé au XXI<sup>ème</sup> siècle. La question se pose même de savoir si cette « stratégie beyond the pill des laboratoires pharmaceutiques est un marketing de service ou nouveau business model ? » (51)

Aujourd'hui de nombreuses actions sont vouées à améliorer le parcours de santé du patient. Les laboratoires augmentent leur proposition de valeur auprès de tous les acteurs du système de santé. Cela est le résultat d'une pression imposée conjointement par le contexte économique, réglementaire, et politique. En effet, il y a eu une véritable perte de confiance en l'Industrie Pharmaceutique, à la suite des scandales sanitaires et des différentes fake news. De plus, l'augmentation des maladies chroniques, corrélée à une augmentation des facteurs de risques dû à notre mode de vie, témoigne de la nécessité d'un accompagnement sur le long terme combiné à des actions de prévention.

L'enjeu principal pour les entreprises Pharmaceutiques qui décident de passer d'un Marketing centré sur le produit, dont les cibles sont les professionnels de santé, à une stratégie centrée sur le patient, est de proposer des solutions adaptées aux patients. Les programmes d'éducation thérapeutique, sont notamment des illustrations de cette nouvelle approche « Patient Centric ».



### 3.2.2. Description des solutions mises en place dans les programmes d'ETP « Classiques »

#### 3.2.2.1. Elaboration d'un référentiel pour les programmes d'ETP dans le psoriasis

En 2010, un groupe combinant 15 professionnels de santé (médecins, dermatologues, infirmières en dermatologie et psychologues) et 4 patients atteints de psoriasis a élaboré un référentiel d'ETP dans le psoriasis. Ce document avait pour but de proposer une base de travail, aux équipes qui souhaitent mettre en place des programmes d'ETP dans le psoriasis. (52)

Ce référentiel décrit la méthodologie et le contenu des séances du programme. Le fruit de leur réflexion a abouti à un programme qui s'articule comme suit :

- Une consultation initiale individuelle de diagnostic éducatif, où le patient évalue ses connaissances (annexe 7)
- Trois ateliers en groupe, sur les thèmes suivants :
  - o La connaissance de la maladie (annexe 8)
  - o L'origine d'apparition des lésions et l'explication du mécanisme d'action des traitements (Annexe 9)
  - o Comment vivre avec un psoriasis au quotidien (figure 21) (annexe10)
- Une consultation individuelle finale d'évaluation basée sur la progression de réponse au questionnaire proposé lors de la première séance (Annexe 11)



Figure 21 Exemple d'atelier d'ETP pour appréhender le psoriasis au quotidien (53)

En amont des ateliers collectifs, les objectifs, les compétences à acquérir et les moyens à mettre en œuvre sont définis afin de répondre aux attentes des patients. Les tableaux sont présentés dans les annexes (Annexes 8,9,10)

### 3.2.2.2. Illustration d'un programme d'ETP dans le psoriasis proposé par l'Hôpital Saint Joseph de Marseille (54)

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM) a publié le descriptif du programme d'ETP intitulé « Education thérapeutique pour psoriasis et rhumatisme psoriasique ». Ce programme a été organisé sur 4 ans depuis 2018 de la façon suivante :

➤ 1<sup>ère</sup> étape : Diagnostic éducatif :

Cela consiste en un entretien individuel de 45 min avec une infirmière, dans le but d'identifier les besoins, définir les objectifs, et expliquer le déroulé du programme.

➤ 2<sup>ème</sup> étape : Les ateliers :

Ils s'étalent sur 3 mois, avec 7 séances collectives. Des séances individuelles peuvent être proposées en cas de besoin. Chaque atelier est animé par un ou plusieurs professionnels de santé (kinésithérapeute ; infirmier ; psychologue ; médecin ; etc.). Des compétences à acquérir sont établies et mesurées pour chaque atelier. Les différentes thématiques abordées sont :

- Atelier 1 : Le psoriasis
- Atelier 2 : Les traitements
- Atelier 3 : L'équilibre alimentaire
- Atelier 4 : Le soin et peau
- Atelier 5 : Le vécu de la maladie
- Atelier 6 : Le psoriasis et l'activité physique
- Atelier 7 : L'alternative au grattage

➤ 3<sup>ème</sup> étape : Les évaluations du programme :

Ce programme comporte deux types d'évaluation :

- Une évaluation lors d'entretiens téléphoniques de la satisfaction des patients et les bénéfices acquis à 3 ; 6 et 12 mois
- Une évaluation quadriennale basée sur l'impact de la qualité de vie des patients, l'observance des traitements, l'évolution d'indicateurs (dyslipidémie, tension artérielle, ...) l'évolution du poids, la consommation ou l'arrêt du tabac...

### 3.2.2.3. Les éléments proposés par l'association de patients « France Psoriasis » pour informer les patients et le grand public :

France Psoriasis relaye des informations relatives à des programmes d'ETP proposées dans des centres hospitaliers, exemple avec le CHU de Bordeaux (55) qui proposait un programme en 2014 (figure 22).



The screenshot shows a website header for 'Association France Psoriasis' with navigation links: 'La maladie', 'Actualités', 'L'association', 'Près de chez vous', and 'Con'. The main content is titled 'ACTUALITÉS EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) À BORDEAUX'. The text reads: 'Le CHU de Bordeaux organise de nouvelles sessions d'ateliers d'échanges autour du psoriasis. Trois dates sont proposées :' followed by three bullet points: 'Vendredi 28/03/14 de 9h30 à 11h30 : La maladie : Qu'est ce que le psoriasis ? Quels sont les facteurs aggravants ? Quelles maladies associées ?', 'Vendredi 04/04/14 de 9h30 à 11h30 : Les traitements : quelles possibilités aujourd'hui?', and 'Vendredi 11/04/14 de 9h30 à 11h30 : Le vécu : comment gérer le psoriasis au quotidien ? Quel retentissement ?'. It also mentions a pre-interview and contact information: '05 56 79 56 79 poste 74553' and 'melcham@hotmail.com'. A date stamp '5 MARS 2014' is at the bottom.

Figure 22 : Capture d'écran d'un message posté sur le site France Pso(55)

France Psoriasis a également un rôle à jouer dans les programmes d'ETP, en effet sur son site [www.francepsoriasis.org](http://www.francepsoriasis.org) l'association dédie tout un espace à la documentation des patients et du grand public(56). Ces documents peuvent être présentés aux patients lors des entretiens, ou ils peuvent être indiqués comme références pour le patient. Ce dernier peut en effet décider de consulter cette ressource de façon autonome.

France Psoriasis propose 5 types de contenu pour les patients.

- Un magazine : « PSO Mag »
- Des fiches conseils
- « aPSOLu »
- Des fiches traitement
- Des brochures

➤ Le magazine « PSO Mag »

C'est la revue trimestrielle éditée par France Psoriasis, destinée aux adhérents de l'association pour les tenir informés de l'actualité du psoriasis. L'ensemble des articles sont rédigés par des experts scientifiques, et sont vulgarisés afin d'être compréhensibles par le grand public. Les exemplaires peuvent être commandés à l'unité si le patient ne souhaite pas devenir adhérent de l'association (figure 23)

Chaque exemplaire reprend un dossier à thème, des témoignages et des conseils.



Figure 23 : 1ère de couverture du PSO Mag paru en décembre 2017

➤ Les fiches conseils :

Elles balayent différents sujets comme le psoriasis génital chez l'homme ou la femme, le psoriasis de l'ongle, le psoriasis palmo-plantaire, le psoriasis de l'enfant, l'hygiène et l'hydratation ou bien voyager avec son traitement par injection.

Ces fiches sont rédigées par des médecins, elles sont toutes accompagnées d'un encart permettant d'avoir les contacts d'un référent sur le sujet. Les fiches sont en libre accès sur le site de l'association et sont téléchargeables en format pdf.

➤ La collection aPSOlu :

C'est une collection de livrets, créés avec des témoignages qui traduisent les problématiques rencontrées par des membres de l'association. Ces livrets sont destinés à aider et soutenir toute personne qui serait confrontée à ces problématiques. Chaque édition d'aPSOlu est rédigée par un médecin et regorge d'illustration (figure 24).



Figure 24 : Extraits du livret aPSOlu 7 intitulé "Je suis jeune et j'ai du pso"

Chaque livret peut être commandé depuis le site de l'association.

➤ Les fiches traitement :

Ces fiches sont réalisées par les médecins dermatologues du GRPso (Groupe de Recherche sur le Psoriasis). Il existe des fiches pour les traitements suivants : Adalimumab (Humira®) ; Apremilast (Otezla®) ; Biosimilaires ; Ciclosporine Orale ; Etanercept (Embrel®) ; Infiwximab (Remicade®) ; Ixekinumab (Taltz®) ; Méthotrexate ; Photothérapie U.V.B ; PUVAthérapie ; Secukinumab (Cosentyx®) ; Soriatane (Acitretine®) et Ustekinumab (Stelara®).

Un exemple de fiche est présenté dans la figure 25.

Les fiches reprennent les informations officielles sur les traitements disponibles. Elles répondent aux questions « Qu'est-ce que la molécule » ; « comment se déroule le traitement » ; « comment est pris en charge ce traitement » ; « pendant combien de temps » ; « quels sont les bénéfices attendus » ; « quels sont les effets secondaires les plus fréquents » ; « y'a-t-il des précautions à prendre »

TRAITEMENT DU PSORIASIS  
**APRÉMILAST (OTEZLA®)**

**Qu'est-ce que l'aprémilast ?**

L'aprémilast (Otezla®) est le premier inhibiteur de la phosphodi-estérase 4 (PDE4) indiqué chez l'adulte dans le traitement en seconde intention du psoriasis en plaques chronique modéré à sévère chez les patients adultes en cas d'échec, ou de contre-indication, ou d'intolérance aux autres traitements systémiques dont la **ciclosporine**, le **méthotrexate** ou la **photothérapie UVA + psoralène (PUVA thérapie)** ainsi que du rhumatisme psoriasique actif en association à un traitement de fond antirhumatismal lorsqu'une biothérapie n'est pas envisagée.

Il s'agit d'un médicament dit de la famille des « petites molécules » pris par voie orale et ayant une action au niveau intracellulaire avec modulation de l'inflammation cutanée et articulaire.

**Fiches pratiques traitement**

- Adalimumab (Humira®)
- Aprémilast (Otezla®)
- Biosimilaires
- Ciclosporine orale
- Étanercept (Enbrel®)
- Infliximab (Remicade®)
- Ixekinumab (Taltz®)
- Méthotrexate
- Photothérapie U.V.B
- PUVAthérapie
- Secukinumab (Cosentyx®)
- Soriatane (Acitretine®)
- Ustekinumab (Stelara®)

Figure 25 : Extrait de la fiche traitement d'Aprémilast (Otezla ®) (57)

➤ Les brochures :

Elles permettent de s'informer de manière romancée sur la maladie, les traitements, et mieux comprendre l'impact du psoriasis au quotidien (figure 26). Trois nouvelles sont disponibles : « La Malpeau » ; « Le foulard rouge » et « Les réponses à vos questions ». Il est possible de les obtenir depuis le site de l'association.

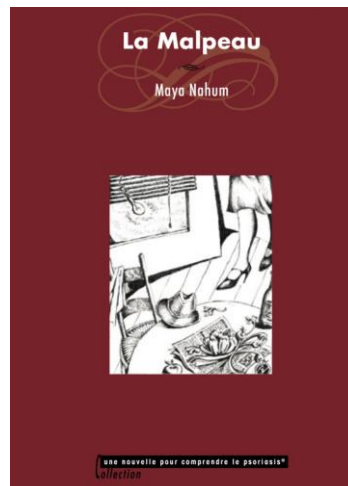


Figure 26 : 1<sup>ère</sup> de couverture de la Nouvelle intitulée La Malpeau

3.2.3. Conclusion sur l'approche d'ETP « classique »

Les approches traditionnelles proposant un encadrement avec des professionnels de santé, des programmes avec des objectifs définis pour le patient, et des évaluations, sont efficaces

comme en témoignent les indicateurs mesurés dans les études scientifiques précédemment citées (47–49).

Ces études monocentriques et multicentriques présentent des conclusions unanimes : des programmes d'accompagnement « classiques » sont efficaces sur des patients avec un diagnostic de psoriasis récent. En revanche ces approches traditionnelles, ne sont pas adaptées lorsque le patient est familier avec son traitement et l'environnement du psoriasis. Les différentes solutions présentées précédemment permettent aux patients et à son entourage une prise de conscience sur la maladie, le traitement à suivre, et le rôle de chacun pour apprendre à vivre avec.

L'enjeu principal de la prise en charge du psoriasis est l'observance au traitement. Le patient doit continuer son traitement même s'il a l'impression qu'il va mieux et que les plaques disparaissent. Cette approche d'ETP permet de faire découvrir au patient une prise en charge pluridisciplinaire, efficace. L'enjeu à la suite de ces programmes est de maintenir un traitement et un suivi régulier.

L'approche « Patient Centric » adoptée par l'industrie Pharmaceutique, peut aussi s'illustrer avec la collaboration via une Association de Patient. En effet, l'association sert de relais d'information des initiatives prises par le laboratoire. Elle permet de faire rayonner les actions menées par le laboratoire auprès des patients. Les initiatives d'industriels peuvent être utilisées dans un programme d'ETP classique. Les professionnels de santé peuvent présenter aux patients tous types de documents « environnement » que le laboratoire lui propose (affiches, livres, brochures, flyers etc ...)

### **3.3. Approches « innovantes » et digitales d'ETP dans le psoriasis**

#### *3.3.1. Patient Centricity dans le digital*

D'après Le Figaro (58) « le digital a beaucoup contribué à l'essor de la Patient Centricity », et une nouvelle démarche des entreprises à ce sujet est en train de se mettre en place. Dorénavant, les outils digitaux sont construits avec les patients.

Mais qu'englobe le terme digital ? le digital peut être défini comme tout échange avec absence de médiation physique directe (uniquement virtuel). L'enjeu sera donc de rendre ces services

digitaux aussi humains que possible afin que l'utilisateur ne soit pas perdu en les utilisant. Dans le cas de l'outil digital, il faut bien avoir en tête que le patient sera seul lors de l'utilisation. Il faut donc qu'il ait envie de s'en servir et que cela ne soit pas trop complexe.

Les industriels cherchent donc à savoir comment connaître les besoins et les attentes des patients (59). Une des solutions proposées par l'approche digital est le « Media Social Listening ». Cette pratique basée sur l'intelligence artificielle consiste à faire de « l'écoute des réseaux sociaux ». Des analystes collectent des données publiques sur les réseaux sociaux, afin de découvrir ce qu'expriment les patients. Une technique pour développer des outils adaptés aux patients, est de directement les inclure dans le « Co-développement ». De ce fait, ils utilisent, commentent et ajustent au besoin.

Dans un premier temps, l'approche « Patient Centric » dans le digital permet de mieux cerner les besoins et les attentes des patients, puis dans un second temps de mieux communiquer avec eux en leur proposant des solutions adaptées.

Cette approche peut s'appliquer à la prise en charge du psoriasis en particulier lorsque l'objectif est d'obtenir l'implication la plus complète possible des patients dans leur traitement.

### *3.3.2. Description des solutions innovantes retrouvées*

L'innovation fait référence à l'introduction sur le marché d'un produit nouveau ou significativement amélioré (60). Quatre grands types d'innovation peuvent être distingués :

- L'innovation incrémentale : l'objet est amélioré, il garde sa fonction première. (Exemple du Post-it®, il existe de nombreuses innovations sur les couleurs, des formes différentes mais la fonction finale est toujours la même c'est un pense bête)
- L'innovation radicale : la fonction est complètement transformée (Exemple de l'avion qui a été une innovation qui a permis de transformer la façon de voyager
- L'innovation de rupture : le marché sur lequel est lancé l'objet reste le même mais la technologie est différente (exemple des smartphones qui sont sans touche et avec un écran agrandi et qui remplacent des téléphones avec des chiffres et un petit écran, dans un marché qui reste le même)



- L'innovation architecturale : la technologie est existante en revanche cette innovation se développe sur un marché nouveau (exemple d'AirBnb qui propose un site web mais sur un nouveau marché : l'hôtellerie entre particuliers).

Compte tenu de ces définitions, nous pouvons considérer qu'une approche innovante dans l'ETP pour le psoriasis, consiste à associer l'aspect novateur dans ce qui est proposé aux patients, c'est-à-dire qui change d'un document papier, d'un flyer ou d'un poster.

Nous nous focaliserons majoritairement sur les innovations digitales, où le patient devient acteur, c'est lui qui doit prendre la décision d'aller consulter l'élément proposé. Attiser sa curiosité s'avère nécessaire, tout comme innover dans les canaux de communication pour aboutir à une approche omnicanale du patient.

L'ETP digitale permet d'intervenir en tant que relais de l'éducation thérapeutique classique, pour assurer la permanence du processus éducatif, et surtout relayer la motivation du patient. Elle regroupe de nombreux produits depuis les réseaux sociaux jusqu'aux services en ligne et les « serious games » dédiées à la santé de l'individu. Les tableaux V à VII présentent des solutions innovantes adaptables et appliquées au psoriasis.

### 3.3.2.1. Exemples de solutions innovantes adaptables au psoriasis :

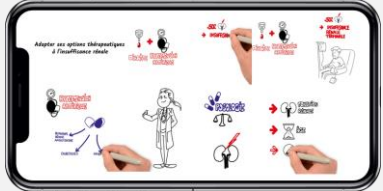




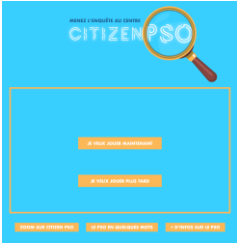

	Formats	Objectifs	Cibles	Exemples
<b>Vidéo Scribing</b>	Vidéo explicative avec voix off et dessin pour illustrer le script	Créer une image mentale ; Favoriser la mémorisation des messages ; Capter l'attention de l'audience ciblée ;	Professionnels de santé ; Patients ; Aidants.	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=CFMGc3ZJfW">https://www.youtube.com/watch?v=CFMGc3ZJfW</a> 
<b>Cas cliniques Cluedo</b>	Mise en situation scénarisée, scène de film, avec des questions d'évaluation tout au long de la vidéo	Comprendre comment amener la relation de confiance patient / médecin ?	Professionnels de santé ; Patients ; Aidants.	<a href="http://cluedo.kpl-spoc.com/">http://cluedo.kpl-spoc.com/</a> 
<b>Motion Design</b>	Conception et animation d'un univers graphique en vidéo. Format court pour capter l'attention de la cible	Créer une image mentale ; Favoriser la mémorisation des messages ; Capter l'attention de l'audience ciblée ;	Professionnels de santé ; Patients ; Aidants.	
<b>Vidéo 3D</b>	Vidéo d'ETP sur le traitement et l'observance dans le psoriasis modéré à sévère. Format court pour capter l'attention de la cible.	Créer une image mentale ; Favoriser la mémorisation des messages ; Capter l'attention de l'audience ;	Professionnels de santé ; Patients ; Aidants.	

Tableau V : Solutions innovantes adaptables au psoriasis

### 3.3.2.2. Solutions innovantes appliquées au psoriasis :

Tableau VI : Solutions innovantes appliquées au psoriasis

	Format	Objectif	Cible	Exemples
<b>Podcast</b>	Émission audio	Permettre à l'utilisateur d'écouter du contenu à la demande.	Professionnels de santé ; Patients ; Aidants.	<p><b>À fleur de peau : Arte radio</b> – Actrice atteinte de psoriasis - Comédie vraie sur les médecines parallèles pour soigner le psoriasis.</p> 
<b>Serious Game</b>	Enigme à résoudre sur un cas clinique, elle peut aller de l'initiation du traitement jusqu'à la prise en charge adéquate du patient en passant par divers rebondissements (survenue d'un EI, mauvaise observance du patient..)	Le participant est amené à résoudre différentes énigmes tout au long du scénario, en s'en appuyant notamment sur les recommandations ou des études.	Professionnels de santé ; Patients ; Aidants.	<p><b>Menez l'enquête au centre CITIZENPSO</b></p> <p><a href="https://citizenpso.fr/">https://citizenpso.fr/</a></p> 
<b>Intelligence Artificielle &amp; Chat bot</b>	Assistant virtuel sur le site de France psoriasis qui répond aux questions et aide à mieux comprendre son psoriasis.	Suivi et accompagnement du patient dans la recherche d'informations.	Patients et leur entourage.	<p><b>Calipso (France Psoriasis) ;</b> <b>VIK psoriasis (We fight) ; Alia (Novartis)</b></p> 

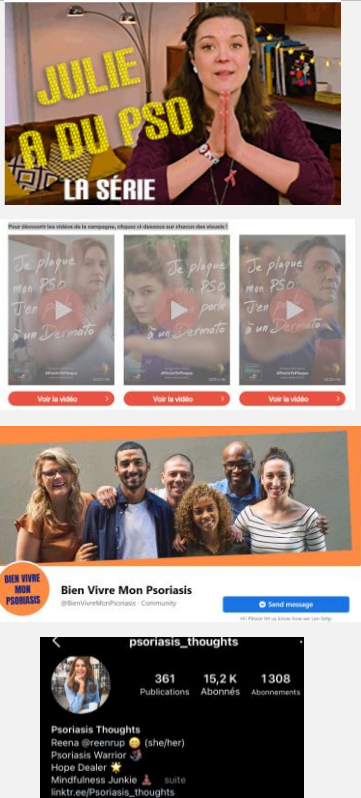

	Format	Objectif	Cible	Exemples
<b>Réseaux sociaux &amp; influenceurs</b>	Chaines YouTube Groupe privé sur Facebook Page Facebook couplée à Messenger Compte Instagram Compte Twitter Exemples : - Campagne nationale de sensibilisation « c'est PSOssible ! » (Novartis®) ou « Fini je te plaque » (Abbvie®) - Playlist « bien vivre mon psoriasis » - Série « Julie à du PSO » (Janssen) - Témoignages de patients facecam - Playlist sur l'éducation thérapeutique - Témoignages de patients et dermatologues - Vidéos sur chaines des hôpitaux - Chaines personnelles	Créer une communauté de partage bienveillante. Partager son expérience et de ses astuces Sensibiliser.	Patients Entourage des patients	 <p>The examples section shows three types of content: a YouTube video thumbnail for 'Julie à du PSO LA SÉRIE' featuring a woman with her hands clasped; three social media posts with the text 'Je plaque mon PSO, j'en parle à un dermatologue'; and a Facebook post from 'Bien Vivre Mon Psoriasis' showing a group of diverse people smiling. Below these is a screenshot of a YouTube channel profile for 'psoriasis_thoughts' with 361 publications, 15.2K subscribers, and 1308 subscriptions.</p>
<b>Applications</b>	<b>Imagine (Leo Pharma)</b> Suivi photo <b>Tavie Pso (France psoriasis avec le soutien institutionnel d'Amgen)</b> : Coaching, journal des symptômes, rappels pour les RDV, échanges avec la communauté. <b>Mon Pso (Leo Pharma)</b> : Carnet de bord, suivi, auto-évaluation, rappels... <b>Daily SPO (Janssen et J&amp;J)</b> : Informations, conseils, carnet de bord, contact, rappels.			 <p>The application examples section displays a mobile app interface. On the left is the 'Imagine' logo. On the right is a screenshot of the 'Tavie Pso' app, showing a 'Suivi' (Follow-up) screen with a timeline from 15 days to 1 year, a line graph, and a body diagram with labels for 'Tête', 'Cou', 'Tronc', 'Membres supérieurs', and 'Membres inférieurs'. Below the diagram is a 'SÉLECTIONNER UNE PARTIE DU CORPS' (Select a part of the body) button. To the right of the screenshot are text elements: 'Mes facteurs déclenchants' (My triggering factors) with a note 'Un épisode de stress' (An episode of stress), and 'Régularité dans l'application de mon traitement' (Regularity in the application of my treatment) with a progress bar at 75%.</p>

Tableau VI : Solutions innovantes appliquées au psoriasis

### 3.3.2.3. Campagnes multicanales Patients appliquées au psoriasis :

	<b>Campagne Grand Public</b>	<b>Outils couplés à la campagne</b>	<b>Objectifs</b>
<b>Léo Pharma</b> ®	Campagne autour d'une étude centrée derrière un hashtag : <b>#31cestTrop</b>	Encart sur le site LéoPharma.fr ; vidéos Youtube ; Twitter compte et # top tendance ; Compte Facebook ; 51 Encarts Presse (Au féminin / le quotidien du Pharmacien/ Le généraliste ...) <b>Grand Prix du Festival de la Communication Santé de Deauville en 2017.</b>	<b>Tronquer une scène de joie de 31% et montrer la frustration ressentie.</b> Campagne menée à la suite d'une étude internationale « HappyPso » évaluant l'impact du psoriasis sur le bonheur qui a prouvé qu'avec du "pso", les patients ont jusqu'à 31% de bonheur en moins !
<b>Novartis</b> ®	Campagne autour d'un site web : <b>Bien vivre ma peau</b> <a href="http://www.bienvivremapeau.fr">www.bienvivremapeau.fr</a>	Site Web ; Page Facebook ; Vidéos de témoignages patients sur Youtube et à la télévision ; Allia ( <i>assistant digital pour mieux vivre avec du psoriasis</i> )	En 2017 France Psoriasis et Novartis ont lancé une campagne nationale de sensibilisation sur le psoriasis. Un projet artistique du réalisateur Gabriel Kaluszynski et de la photographe Marie Rouge mené avec des patients atteints de psoriasis. Le but : sensibiliser le grand public, changer le regard sur les personnes souffrant de psoriasis et montrer qu'un re-nouveau « c'est PSOssible ! ».
<b>Abbvie</b> ®	#FiniJeTePlaque	Site internet « C'est CLAIR et net » et témoignages patients via des vidéo disponibles sur Youtube et sur le site : <a href="https://www.let-me-be-clear.com">https://www.let-me-be-clear.com</a> Des spots radios, TV, radio et documents papiers. <b>Grand Prix stratégies de la communication santé 2021</b>	Campagne patient AbbVie 2021 : « Je plaque mon Pso, J'en parle à un Dermato ». Elle incite le patient à se faire suivre et à consulter un dermatologue. Articulée autour de saynète jouant sur l'ambiguïté autour de la rupture, en faveur d'une résilience vis-à-vis du psoriasis.
<b>Amgen</b> ®	Campagne autour de l'application TaviePso	Mobilisation lors de la journée mondiale du psoriasis Post LinkedIn, et twitter d'Amgen France	Partager une solution pour améliorer la qualité de vie des patients
<b>Janssen Immunology</b> ®	« Psoriasis. Défiiez le »	Post twitter et documents print pour accéder au site hébergeant l'escape game : <a href="https://citizenpso.fr/">https://citizenpso.fr/</a> Campagne reliée à l'application DailyPso accessible sur Google Play et App Store, elle incite le patient à devenir acteur de son psoriasis et se suivre au quotidien	Promouvoir l'escape game Citizenpso : afin de de sensibiliser et informer le grand public

Tableau VII : Campagnes Multicanales Patients appliquées au psoriasis

### 3.3.3. Avantages et inconvénients

Après avoir cité des exemples de solutions innovantes pouvant être utilisées lors de programme d’ETP en lien avec le psoriasis, il est nécessaire de faire une conclusion sur cette approche.

- **Quels sont les avantages d’utiliser des solutions innovantes principalement tournées autour du digital ?**

Le premier est l’élargissement de la cible, tous les outils précédemment cités sont accessibles en ligne, une simple connexion internet permet de les atteindre. Une opération de référencement web combinant SEO (Search Engine Optimisation) et SEA (Search Engine Advertising) (61) permet de faciliter la recherche vers un site web.

Le SEO (61) se traduit en français par une optimisation pour les moteurs de recherche et le SEA (61) correspond à de la publicité sur les moteurs de recherche (ex annonce qui ressort en premier dans une recherche Google®). Ces deux outils permettent d’augmenter le trafic vers les sites web, l’un par le biais de mots-clés (SEO) et l’autre par le biais de publicité (SEA).

Un autre avantage à l’utilisation de solutions digitales est la précision des indicateurs de suivi ou de performance, appelés aussi « Key Performance Indicator » ou KPI (62). Un KPI est un indicateur clé à surveiller pour mesurer et rendre compte de sa progression vers l’atteinte d’un objectif défini. Les KPIs (tableaux VIII) rendent directement compte de l’efficacité des actions et des efforts stratégiques et opérationnels. L’analyse des KPIs permet de calculer facilement le retour sur investissement.

Objectifs	KPI	Metrics
<b>Notoriété</b> : maximiser la visibilité auprès de la cible.	Couverture, Tweets, followers, fans, mentions, partage.	Couverture cible, nombre d’impressions, nombre de publicités “visibles”, nombre de vidéos vues, durée d’exposition, taux de complétion.
<b>Traffic</b> : Inciter la cible à visiter le site de la marque.	Nombre de visites, nombre de clics, qualité du trafic, visites répétées, sources de trafic.	Taux de visites, taux de clics, coût au clic, pages par session, coût par visite, temps passé, pages vues, taux de rebond.
<b>Engagement &amp; recrutement</b> : Faire interagir la cible avec sa marque.	Nombre de nouveaux clients, nombre d’interactions.	Taux de conversion (opt-in), fans/followers, vidéos vues, actions (share/like/commentaire) téléchargements, taux de complétion.

Tableau VIII : Description des différents KPI et leurs objectifs

- **Quels sont les limites d'utilisation des solutions innovantes principalement tournées autour du digital ?**

L'inconvénient qui s'oppose à la plus grande accessibilité est l'âge de la cible. Il est beaucoup plus compliqué pour une personne âgée, de consulter de l'information digitale, de scanner un QR code ou de se rendre sur un lien précis. Toutefois l'utilisation de plus en plus fréquente du numérique dans la vie quotidienne et l'arrivée de plus en plus de patients « formés au numérique » et/ou « nés avec le numérique » va limiter cet aspect.

Les solutions innovantes et principalement digitales ont un impact environnemental plus négatif que les solutions traditionnelles. Pour les solutions papiers, l'impression peut se faire à base d'encre recyclable sur des documents provenant de papier réutilisé(63).

#### **3.4. Discussion entre les deux types de solutions (traditionnelles vs innovantes)**

Les deux solutions apparaissent comme complémentaires. Il est impératif de continuer à mener des ateliers pour animer des sessions d'ETP. L'enjeu réside à la fois dans le contenu à proposer lors des ateliers, et dans le suivi, une fois les programmes d'EPT terminés.

En commençant les programmes d'ETP avec des solutions plus « classiques » comme des jeux de cartes, des remis papiers etc., le patient est invité à prendre connaissance de la maladie et de son environnement. Proposer lors des séances d'utiliser certains outils plus innovants comme des Cas cliniques interactifs, puis de le commenter avec le patient permet une approche différente.

A travers toutes les initiatives patients menées par les laboratoires, il apparait clairement (tableau VII) que les industriels placent le patient au cœur de leur stratégie. D'importants moyens financiers sont alloués pour faire « du bruit » autour des maladies. Cela permet aux patients initiés à l'ETP de se remémorer leur maladie, et au besoin de consulter leurs médecins. Quant aux patients non-initiés par l'ETP, ces campagnes multicanales permettent de leur « mettre la puce à l'oreille » et qu'ils deviennent acteurs de leur maladie.

Un acteur clé de l'ETP dans le psoriasis est France Psoriasis. Cette association de patient est retrouvée dans toutes les initiatives innovantes développées. Son soutien se manifeste soit par le biais de relais d'informations sur leur site web, soit via un codéveloppement. Ils sont omniprésents pour les patients et collaborent avec des sociétés savantes dans le but de délivrer une information scientifique de qualité, compréhensible par le grand public.

# **CONCLUSION**



La démarche de proposer l'éducation thérapeutique au patient permet de le sensibiliser et de l'aider pour une meilleure prise en charge. Cet outil qui a des origines très anciennes, est aujourd'hui démocratisé dans la prise en charge de maladie chronique.

Le fait de placer le patient plus au centre du système de santé, est une volonté des autorités. Aujourd'hui cette volonté est déclinée par les industriels du médicament en adoptant des stratégies « Patient Centric ». Il existe même des postes de direction au sein des laboratoires centrés sur les patients. L'exemple du « Chief Patient Officer » illustre très bien cela. L'objectif est dorénavant de faire du patient le principal acteur de sa santé, en lui rendant le pouvoir et en construisant une véritable relation entre les laboratoires et les malades. De nos jours, les patients ont de la valeur, ils sont impliqués à tous les stades de développement des produits, et certains produits sortent même sous l'impulsion des patients.

L'avenir des Industriels du médicaments engagés pour les patients, sera de proposer différents types de soins de support à la fois destinés aux professionnels de santé (comment mieux vulgariser l'information pour être mieux compris par les patients) et aux les patients (comment devenir acteur de sa maladie et consulter les solutions qui existent).

**Le Doyen de la Faculté,  
Mme Christiane FORESTIER**

**Le Président du Jury,  
Mr Eric Beyssac**

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group. :90.
2. Guide méthodologie : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf)
3. Elsevier, Nonnotte AC. L'histoire de l'éducation thérapeutique du patient par le Professeur A.Grimaldi [Internet]. Elsevier Connect. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/lhistoire-de-leducation-therapeutique-du-patient-par-le-professeur-a.grimaldi>
4. Lonné M. Histoire de l'éducation thérapeutique du patient [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine]. Université de Limoges; 2019.
5. Article 84 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879791](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879791)
6. Éducation thérapeutique du patient ETP IPCEM [Internet]. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://ipcem.org/Louvel.pdf>
7. Louvel.pdf [Internet]. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://ipcem.org/img/ouvrages/Louvel.pdf>
8. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. Obésité. mars 2009;4(1):39-43.
9. Education Thérapeutique du Patient (ETP) | Charles Perrens [Internet]. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ch-perrens.fr/offre-de-soins/education-therapeutique-du-patient-etp>
10. Article L1161-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042536629](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042536629)
11. RS2472 - Attestation de formation à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) [Internet]. France compétences. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <http://https%253A%252F%252Fwww.francecompetences.fr%252F recherche%252F>
12. Cancers - Il y a des moyens pour agir [Internet]. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <http://moyenspouragir.e-cancer.fr/glossaire-page.html#m>
13. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-etp-8>
14. Qu'est-ce que l'ETP ? [Internet]. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.polyarthrite-andar.com/Qu-est-ce-que-l-ETP>
15. atelier\_education\_therapeutique\_du\_patient.pdf [Internet]. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: [https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/files-upload/atelier\\_education\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/files-upload/atelier_education_therapeutique_du_patient.pdf)
16. Soins des reins et éducation thérapeutique en Moselle [Internet]. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.dialyse-asa-metz.fr/education-therapeutique>
17. EDITIONS S/ J. Groupe : Digital et ETP [Internet]. Site officiel de la Société d'Éducation Thérapeutique Européenne ou SETE. 2022 [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.socsete.org/groupe-digitalisation-et-etp>
18. Education thérapeutique digitale : Interview P-L. Belletante [Internet]. 2020 [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.suricats-consulting.com/interview-benoit-reillier-entreprise-plateforme/>
19. Cohen J-D, Chambouleyron M, Guillaume A, Tropé S, Gagnayre R. L'e-ETP : vers une nouvelle pratique ? Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 2020;12(2):20301.
20. Prevalence data | Global Psoriasis Atlas [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.globalpsoriasisatlas.org/statistics/prevalence-data>

21. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *The BMJ* [Internet]. 28 mai 2020 [cité 19 avr 2021];369. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7254147/>
22. Définition - Taux d'incidence | Insee [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1060>
23. Larousse É. Définitions : physiopathologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/physiopathologie/60625>
24. Lelaure M, Phidias C. Document de formation : Le parcours de soins dans le psoriasis en plaque. 2021.
25. Dréno B. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1 oct 2009;136:S247-51.
26. Démarchez M. Le mélanocyte et la pigmentation [Internet]. <https://biologiedelapeau.fr>. 2019 [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://biologiedelapeau.fr/spip.php?article12>
27. Lelaure M, Phidias C. Document de formation : Généralités Immunité et Inflammation. 2020.
28. Mariette X, Sibilia J. CRI-net :: Formation et Congrès:: Documents :: Immunopathologie pour le praticien [Internet]. Club Rhumatismes et Inflammations. 2007 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.cri-net.com/formation-et-congres/documents-formation/immunopathologie-pour-le-praticien>
29. Galais M, Pradel B, Vergne I, Robert-Hebmann V, Espert L, Biard-Piechaczyk M. La phagocytose associée à LC3 (LAP) - Phagocytose ou autophagie ? *médecine/sciences*. 1 août 2019;35(8-9):635-42.
30. Les médiateurs de l'inflammation — Site des ressources d'ACCES pour enseigner les Sciences de la Vie et de la Terre [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <http://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/immunité-et-vaccination/thematiques/immunité-innée-barrières-naturelles-et-réaction-inflammatoire/les-médiateurs-de-l2019inflammation>
31. Biopathe - réaction inflammatoire [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <http://biopathe.fr/articles.php?lng=fr&pg=351>
32. Sandborn WJ, van Assche G, Reinisch W, Colombel J, D'Haens G, Wolf DC, et al. Adalimumab Induces and Maintains Clinical Remission in Patients With Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*. 1 févr 2012;142(2):257-265.e3.
33. Facteurs génétiques de psoriasis [Internet]. News-Medical.net. 2009 [cité 11 déc 2021]. Disponible sur: [https://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Genetic-Factors-\(French\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Genetic-Factors-(French).aspx)
34. Kamiya K, Kishimoto M, Sugai J, Komine M, Ohtsuki M. Risk Factors for the Development of Psoriasis. *Int J Mol Sci*. 5 sept 2019;20(18):4347.
35. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnostic et prise en charge du psoriasis. *Can Fam Physician*. avr 2017;63(4):e210-8.
36. Psoriasis AF. Les formes et localisations du psoriasis [Internet]. Association France Psoriasis. 2016 [cité 12 déc 2021]. Disponible sur: <https://francepsoriasis.org/la-maladie/comprendre/psoriasis/formes-et-localisations-du-psoriasis/>
37. Guttate Psoriasis Outcomes [Internet]. [cité 12 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.mdedge.com/dermatology/article/106548/psoriasis/guttate-psoriasis-outcomes>
38. Psoriasis : prise en charge globale et parcours de soins [Internet]. AbbVie Care. 2019 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.abbviecare.fr/prise-en-charge-globale/conseils-psoriasis/>
39. Évaluez la sévérité du psoriasis & découvrez les traitements disponibles [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.abbviepro.com/fr/fr/immunologie/dermatologie/pathologies-et-environnement/evaluez-la-severite-du-psoriasis---decouvrez-les-traitements-dis.html>

40. Walsh JA, McFadden M, Woodcock J, Clegg DO, Helliwell P, Dommasch E, et al. Product of the Physician Global Assessment and body surface area: A simple static measure of psoriasis severity in a longitudinal cohort. *J Am Acad Dermatol*. 1 déc 2013;69(6):931-7.
41. Manger Bouger [Internet]. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/>
42. Wolk K, Mallbris L, Larsson P, Rosenblad A, Vingård E, Ståhle M. Excessive body weight and smoking associates with a high risk of onset of plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2009;89(5):492-7.
43. Naldi L. Psoriasis and smoking: links and risks. *Psoriasis Auckl NZ*. 27 mai 2016;6:65-71.
44. Zeng J, Luo S, Huang Y, Lu Q. Critical role of environmental factors in the pathogenesis of psoriasis. *J Dermatol*. 2017;44(8):863-72.
45. How lifestyle factors and their associated pathogenetic mechanisms impact psoriasis - ScienceDirect [Internet]. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561419302171?via%3Dihub>
46. Recommandations Psoriasis en plaques de l'adulte [Internet]. VIDAL. [cité 18 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/psoriasis-en-plaques-de-l-adulte-1625.html>
47. Levavasseur M, Azib S, Duvinage S, Delaporte E, Staumont-Sallé D. Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de psoriasis dans le service de dermatologie du CHRU de Lille. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2016;143(12):S396-7.
48. Caloone F, Levavasseur M, Azib S, Duvinage S, Lannoy D, Staumont D. La place du pharmacien dans un programme d'éducation thérapeutique pour les patients adultes atteints de psoriasis dans un CHU. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2017;144(12):S213-4.
49. Balica S, Lauwers Cances V, Mallet S, Quiles N, Beylot-Barry M, Chiaverini C, et al. Évaluation d'un programme structuré d'éducation thérapeutique dans le psoriasis : étude randomisée multicentrique : EDUPSO. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2016;143(12):S139.
50. Yeoman G, Furlong P, Seres M, Binder H, Chung H, Garzya V, et al. Defining patient centricity with patients for patients and caregivers: a collaborative endeavour. *BMJ Innov*. avr 2017;3(2):76-83.
51. Stratégies «beyond-the-pill» des laboratoires pharmaceutiques : marketing de service ou nouveau business model ? [Internet]. Les Echos. 2017 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/strategies-beyond-the-pill-des-laboratoires-pharmaceutiques-marketing-de-service-ou-nouveau-business-model-1009790>
52. Balica S, Bernier C, Mazereeuw-Hautier J, Chiaverini C, Bulai-Livideanu C, Lahfa M, et al. Élaboration d'un référentiel d'éducation thérapeutique dans le psoriasis. *Ann Dermatol Vénéréologie*. avr 2011;138(4):337-53.
53. Atelier « Alimentation et psoriasis » [Internet]. Le Petit Agenda. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.lepetitagenda.com/fr/evenements/atelier-alimentation-et-psoriasis>
54. Education thérapeutique pour psoriasis sévère et rhumatisme psoriasique - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/etp/action/detail/6596>
55. Psoriasis AF. Education Thérapeutique du Patient (ETP) à Bordeaux [Internet]. Association France Psoriasis. 2014 [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: <https://francepsoriasis.org/actualites/education-therapeutique-du-patient-etp-bordeaux/>
56. Documentation [Internet]. Association France Psoriasis. [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: <https://francepsoriasis.org/lassociation/documentation/>
57. Psoriasis AF. Aprémilast (Otezla®) [Internet]. Association France Psoriasis. 2018 [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: <https://francepsoriasis.org/lassociation/documentation/traitement-du-psoriasis/apremilast-otezla/>
58. Le figaro Partner, 14 Haussman. Patient centricity : quelle place pour le digital ?

59. Quel avenir pour la Patient centricity ? [Internet]. LEFIGARO. 2020 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/economie/quel-avenir-pour-la-patient-centricity-20201020>
60. Définition - Innovation | Insee [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1182>
61. SEO et SEA : Quelle est la différence et quels sont les avantages des deux ? | Les DIGIVORES [Internet]. [cité 12 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.lesdigivores.ch/seo-et-sea-quelle-est-la-difference-et-quels-sont-les-avantages-des-deux/>
62. BOITMOBILE. KPI - Définitions Marketing » L'encyclopédie illustrée du marketing [Internet]. [cité 12 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.definitions-marketing.com/definition/kpi/>
63. Pollution numérique : comment la réduire ? [Internet]. Greenpeace France. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.greenpeace.fr/la-pollution-numerique/>

## ANNEXES

### Annexe 1 Guide de l'HAS : ETP Définition, finalité et organisation - Recommandations



# Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation

Juin 2007

## OBJECTIF

Ces recommandations visent à présenter à l'ensemble des professionnels de santé, aux patients et aux associations ce que recouvre l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui elle concerne, par qui elle peut être réalisée, ses étapes de planification et sa coordination.

Elles sont complétées par deux autres recommandations :

- "Comment proposer et réaliser l'éducation thérapeutique ?"
- "Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?"

## QU'EST-CE QUE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ?

Selon l'OMS<sup>1</sup>, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

- Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.
- Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient.

1. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998

## QUELLES SONT LES FINALITÉS DE L'ETP ?

l'Education thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. **Les finalités spécifiques** de l'éducation thérapeutique sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins<sup>2</sup>. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient ;
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation<sup>3</sup>. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une ETP, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des contenus, des méthodes pédagogiques et d'évaluation des effets.

### Les compétences d'autosoins

- ⦿ Soulager les symptômes.
- ⦿ Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.
- ⦿ Adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement.
- ⦿ Réaliser des gestes techniques et des soins.
- ⦿ Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- ⦿ Prévenir des complications évitables.
- ⦿ Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- ⦿ Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

### Les compétences d'adaptation

- ⦿ Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- ⦿ Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- ⦿ Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- ⦿ Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- ⦿ Prendre des décisions et résoudre un problème.
- ⦿ Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- ⦿ S'observer, s'évaluer et se renforcer.

1. Décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé. *World Health Organization, Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe: WHO; 2004*

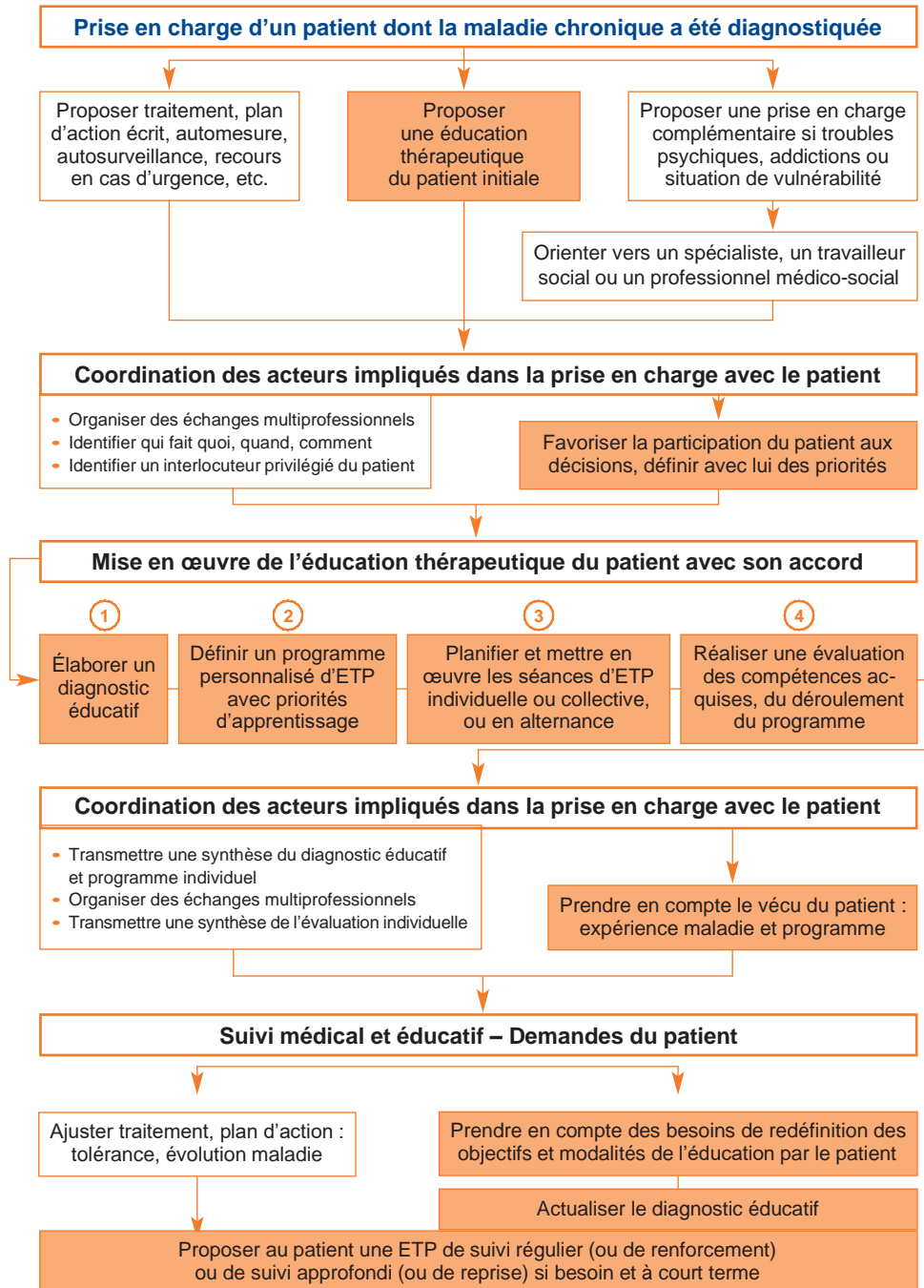
2. Compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. *World Health Organization. Skills for health. Geneva : WHO ; 2003*



## COMMENT S'INTÈGRE L'ETP A LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

L'ETP est considérée comme intégrée à la prise en charge thérapeutique :

- si elle est réellement complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes en particulier de la douleur, et de la prévention des complications ;
- si elle tient compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et des priorités définies avec le patient.



## À QUI PROPOSER UNE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ?

Proposer une éducation thérapeutique initiale au patient à un moment proche de l'annonce du diagnostic de sa maladie chronique ou à tout autre moment de l'évolution de sa maladie, si la proposition ne lui a pas été faite antérieurement ou s'il l'a refusée :

- ◉ à toute personne (enfant et parents, adolescent, adulte) ayant une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie ;
- ◉ aux proches du patient (s'ils le souhaitent), et si celui-ci souhaite les impliquer dans l'aide à la gestion de sa maladie.

Proposer une éducation thérapeutique de suivi régulier (ou de renforcement) et si besoin de suivi approfondi (ou de reprise) tout au long de la maladie chronique :

- ◉ à partir d'une évaluation individuelle et d'une actualisation du diagnostic éducatif.

Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver a priori les patients d'une ETP. Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptées aux publics concernés.

## QUI PROPOSE ET RÉALISE UNE ETP ?

Différents niveaux d'intervention dans la démarche sont possibles pour les professionnels de santé et nécessitent une coordination et une transmission d'informations.

**Informé le patient de la possibilité de bénéficier d'une éducation thérapeutique et la lui proposer en tenant compte des ressources locales :**

- ◉ tout professionnel de santé (selon la liste du Code de la santé publique) impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique ;
- ◉ si le patient accepte une ETP, il peut en négocier les buts et les modalités de mise en œuvre, et les redéfinir après avoir fait l'expérience de l'ETP.

**Réaliser l'éducation thérapeutique avec l'accord du patient :**

- ◉ soit par le professionnel de santé lui-même s'il est formé à l'ETP, lorsque l'apprentissage des compétences par le patient ne nécessite pas l'intervention d'emblée d'autres professionnels de santé ;
- ◉ soit par une équipe formée à l'ETP, comprenant ce professionnel lorsque l'apprentissage des compétences par le patient nécessite l'intervention d'emblée d'autres professionnels de santé ;
- ◉ soit par une équipe multiprofessionnelle formée à l'ETP, à laquelle le patient sera adressé par le professionnel qui lui a proposé une ETP pour qu'elle soit mise en œuvre en lien avec ce dernier ;
- ◉ l'intervention de patients dans les séances collectives d'éducation thérapeutique peut être complémentaire de l'intervention des professionnels de santé.

**Aborder avec le patient le vécu de sa maladie et de sa gestion, l'aider à maintenir ses compétences et soutenir sa motivation et celle de ses proches tout au long de la prise en charge de la maladie chronique :**

- tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge usuelle d'un patient ayant une maladie chronique ;
- à l'occasion de toute rencontre du patient avec un professionnel de santé, notamment avec celui qui a initié l'ETP, et avec celui qui assure le suivi médical.

D'autres professionnels peuvent intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative, soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient ou de son entourage ou des professionnels de santé qui mettent en œuvre l'ETP : psychologue, travailleur social, éducateur en activité physique adaptée, pédagogue de la santé, etc.

## À QUELLES SITUATIONS FAUT-IL ÊTRE ATTENTIF ?

La maladie chronique peut être le révélateur ou la cause de souffrances ou de maladies psychiques et de difficultés sociales chez les patients et leur entourage.

- Des situations de vulnérabilité psychologique et sociale peuvent être évidentes d'emblée ou survenir au fil du temps.
- Des comorbidités peuvent être également présentes ainsi que des troubles psychiques (stress, anxiété, troubles du sommeil, dépression), des addictions qui peuvent nécessiter une prise en charge spécifique. Celle-ci peut s'avérer être une priorité ou être menée conjointement au déroulement d'une démarche d'ETP.
- Des prises en charge spécifiques (orientation vers un spécialiste, un travailleur social ou un professionnel du champ médico-social) peuvent être nécessaires dans la recherche de solutions.

Ces prises en charge, qui doivent être précoces, peuvent influencer sur la définition des priorités avec le patient. Une nouvelle priorisation des besoins peut intervenir à tout moment de la prise en charge sans perdre de vue l'objectif de mettre en œuvre une ETP adaptée si le patient le souhaite ou de la mener conjointement à ces prises en charge spécifiques.

- Les professionnels de santé doivent être attentifs à ces situations à tout moment de la prise en charge du patient : lors de la proposition d'une ETP, lors des consultations de suivi de la maladie chronique, au moment de l'élaboration du diagnostic éducatif ou au cours des séances d'éducation thérapeutique.

## SUR QUELS ÉLÉMENTS S'APPUYER POUR RÉALISER L'ETP ?

- Un programme d'éducation thérapeutique définit, pour une maladie chronique donnée et dans un contexte donné, **Qui fait Quoi, pour Qui, Où, Quand, Comment et Pourquoi** réaliser et évaluer une éducation thérapeutique ? Il est un cadre de référence pour la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique personnalisée.
- Une planification en 4 étapes propose un cadre logique et cohérent pour l'action des professionnels de santé.
- Une coordination des interventions et des professionnels de santé ainsi qu'une transmission des informations.

1

Élaborer un diagnostic éducatif

- o Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP.
- o Appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet.
- o Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales.

2

Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage

- o Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique.
- o Négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel.
- o Les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

3

Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance

- o Sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage.
- o Réaliser les séances.

4

Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

- o Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.
- o Proposer au patient une nouvelle offre d'ETP qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique.

## QUELLES SONT LES MODALITÉS DE COORDINATION ?

- La coordination des différents acteurs impliqués dans la prise en charge autour du patient et avec lui est nécessaire dès l'acceptation par le patient d'une offre d'ETP. Elle vise à :
  - o définir en commun les différents aspects de la prise en charge pour répondre de manière adaptée aux besoins, aux attentes, aux difficultés et aux problèmes identifiés, en tenant compte des ressources du patient ;
  - o faciliter la participation du patient et de ses proches à la définition, à la mise en œuvre de l'ETP et à l'évaluation de son déroulement et de ses effets ;
  - o programmer, organiser l'offre d'ETP en fonction des priorités établies avec le patient ;
  - o envisager avec le patient, la place qu'il souhaite et peut prendre dans la coordination ;
  - o partager des informations pour assurer la cohérence de l'ETP et sa continuité ;
  - o permettre à d'autres professionnels d'intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative, soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient ou de ses proches ou des professionnels de santé.
  
- La coordination est nécessaire à la poursuite de l'ETP, et est réalisée à partir :
  - o de l'évaluation des compétences acquises par le patient, de ses besoins et de son expérience de la gestion de la maladie ;
  - o de l'évaluation du déroulement des séances ;
  - o du souhait du patient de redéfinir les objectifs et les modalités de l'éducation ;
  - o de la tolérance aux traitements et aux soins ;
  - o de l'utilisation effective du plan d'action en cas de crise ou de symptômes ;
  - o de l'évolution de la maladie, des traitements ;
  - o d'une nouvelle phase de développement de la personne, de changements survenus dans la vie professionnelle, familiale, affective et dans l'état de santé du patient.

## QU'EST-CE QU'UNE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE QUALITÉ ?

### L'éducation thérapeutique du patient doit :

- être centrée sur le patient : intérêt porté à la personne dans son ensemble, prise de décision partagée, respect des préférences ;
- être scientifiquement fondée (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel) et enrichie par les retours d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives ;
- faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge ;
- concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux ;
- être un processus permanent, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme ;
- être réalisée par des professionnels de santé formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, engagés dans un travail en équipe dans la coordination des actions ;
- s'appuyer sur une évaluation des besoins et de l'environnement du patient (diagnostic éducatif), et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé ;
- se construire avec le patient, et impliquer autant que possible les proches du patient ;
- s'adapter au profil éducatif et culturel du patient, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage ;
- être définie en termes d'activités et de contenu, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs :
  - utilisation de techniques de communication centrées sur le patient,
  - séances collectives ou individuelles, ou en alternance, fondées sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte (ou l'enfant),
  - accessibilité à une variété de publics, en tenant compte de leur culture, origine, situation de handicap, éloignement géographique, ressources locales et du stade d'évolution de la maladie,
  - utilisation de techniques pédagogiques variées, qui engagent les patients dans un processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes avec l'expérience personnelle de chaque patient,
- être multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrer le travail en réseau ;
- inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme.

Pour approfondir, consulter les recommandations :

- “Comment proposer et réaliser l'éducation thérapeutique ?”
- “Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?”

## QU'EST-CE QU'UNE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE QUALITÉ ?

### L'éducation thérapeutique du patient doit :

- être centrée sur le patient : intérêt porté à la personne dans son ensemble, prise de décision partagée, respect des préférences ;
- être scientifiquement fondée (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel) et enrichie par les retours d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives ;
- faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge ;
- concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux ;
- être un processus permanent, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme ;
- être réalisée par des professionnels de santé formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, engagés dans un travail en équipe dans la coordination des actions ;
- s'appuyer sur une évaluation des besoins et de l'environnement du patient (diagnostic éducatif), et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé ;
- se construire avec le patient, et impliquer autant que possible les proches du patient ;
- s'adapter au profil éducatif et culturel du patient, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage ;
- être définie en termes d'activités et de contenu, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs :
  - utilisation de techniques de communication centrées sur le patient,
  - séances collectives ou individuelles, ou en alternance, fondées sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte (ou l'enfant),
  - accessibilité à une variété de publics, en tenant compte de leur culture, origine, situation de handicap, éloignement géographique, ressources locales et du stade d'évolution de la maladie,
  - utilisation de techniques pédagogiques variées, qui engagent les patients dans un processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes avec l'expérience personnelle de chaque patient,
- être multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrer le travail en réseau ;
- inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme.

Pour approfondir, consulter les recommandations :

- “Comment proposer et réaliser l'éducation thérapeutique ?”
- “Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?”

HAS

Ce document présente les points essentiels d'une des parties du guide méthodologique :  
« Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques »  
- Guide méthodologique – juin 2007.

Ce guide méthodologique est consultable dans son intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## Annexe 1. Principales rubriques du dossier d'éducation thérapeutique

Identité du patient (nom, prénom, date de naissance, maîtrise de la langue).  
Maladie et traitement.

### Dimensions du diagnostic éducatif :

Projet personnel et professionnel.

Connaissances sur sa maladie.

Contraintes professionnelles : métier, situations à risque.

Profil du patient : ressources personnelles et sociales, potentialités d'apprentissage, motivations, centres d'intérêt.

Conditions de vie : entourage, personnes ressources, activité physique

Facteurs de vulnérabilité.

Facteurs de fragilité (avancée en âge, situation de handicap).

Troubles psychologiques et/ou addictions.

### Synthèse du diagnostic éducatif :

- Climat et tonalité de la rencontre.
- Ce que le patient exprime de ses besoins, attentes, préoccupations, difficultés.
- Les ressources du patient et les facteurs positifs (soutien des proches, etc.).
- Les besoins et les compétences à développer par le patient et éventuellement ses proches :
  - compétences d'autosoins et d'adaptation à sa situation ;
  - compétences qui visent à faire face, et à s'adapter à la situation et aux conséquences de la maladie dans la vie quotidienne ; aux émotions suscitées par la situation ; et à rechercher un soutien social ;
  - compétences, dites de sécurité, visant à ne pas mettre la vie du patient en danger ;
  - compétences spécifiques fondées sur les besoins propres du patient.
- Les difficultés et les facteurs de vulnérabilité psychologique et sociale.
- Les troubles somatiques, les difficultés psychologiques et sociales.
- Les prises en charge médicales complémentaires.
- Les contacts pris avec les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.
- Le suivi envisagé : éducatif ; médical ; prises en charges complémentaires ; orientation vers des spécialistes.
- Les coordonnées de la personne-ressource qui occupe la mission de coordination.



**Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique :**

Hierarchisation des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé.

Planification des séances : objectifs éducatifs, durée, fréquence, techniques pédagogiques.

Type de séances : individuelles, collectives, en alternance, auto-apprentissage.

**Évaluation de l'éducation thérapeutique individuelle (suivi éducatif) :**

Évaluation des compétences acquises, à maintenir et à soutenir, et des changements chez le patient.

Évaluation du déroulement des séances, évaluation de leur caractère adapté aux besoins du patient.

Évolution dans les acquisitions des compétences d'autosoins.

Difficultés d'autogestion du traitement par le patient.

Vécu de la maladie au quotidien.

Évolution de l'adaptation du cadre et du mode de vie, équilibre entre la vie et la gestion de la maladie.

Maintien des séances éducatives planifiées, et utilité d'en prévoir d'autres.

**Suivi médical :**

Évolution de la maladie.

Ajustement du traitement et du plan d'action.

Prise en charge complémentaire si besoin (troubles psychiques, addictions).

Gestion de la maladie au quotidien : réussites, difficultés, compétences à soutenir, etc.

Qualité de vie.

Fréquence des rechutes, du recours aux urgences, des consultations non programmées, des hospitalisations, des séjours en réanimation, de l'absentéisme professionnel ou scolaire.



## DLQI

### DLQI – Dermatology Life Quality Index

**Au cours des 7 derniers jours :**

1. Votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout
2. Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout
3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix de vos vêtements que vous portiez ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
6. Avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
7. Votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché de travailler ou étudier ?  
<sub>3</sub> Oui    <sub>0</sub> Non    <sub>0</sub> Non concerné(e)  
Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou vos études ?  
<sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre conjoint(e), vos amis ou votre famille ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)

Score final DLQI : ..... (0-30)

## Annexe 4 Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de psoriasis dans le service de dermatologie du CHRU de Lille

S396

JDP 2016

traitement constitue également une des particularités de notre travail. En effet, les délais de guérison retrouvés dans la littérature étaient de 1, 2 ou encore 3 ans. Bien qu'aucune corrélation n'ait été décrite entre cette symptomatologie et la dose de dapsons, la rapidité de guérison pourrait être expliquée par la petite dose et la faible période de traitement de nos patients. Tous les cas retrouvés survenaient chez des patients traités pour une dermatite herpétiforme ou un pemphigus foliacé. Notre observation est originale par la survenue de cet effet indésirable chez des patientes suivies pour une dermatose à IgA linéaire. Le mécanisme de cet effet serait une neurotoxicité directe. Dans la majorité des cas, l'atteinte est motrice comme chez nos deux patientes.

**Conclusion** L'atteinte neurologique due à la dapsons nous oblige à faire un examen neurologique détaillé avant de débiter le traitement et de le répéter de façon fréquente au cours du traitement. Cette observation est un rappel pour ne pas méconnaître cet effet indésirable.

**Mots clés** dermatose à IgA linéaire ; Dapsons ; Neuropathie périphérique

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

\* Les illustrations et tableaux liés aux abstracts sont disponibles à l'adresse suivante : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jannder.2016.10.004>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jannder.2016.09.640>

### P366

Neuropathie périphérique associée à une anémie hémolytique induite par la dapsons\*



I. Chaari\*, M. Amouri, H. Chaabane, S. Boudaya, A. Masmoudi, M. Mseddi, H. Turki  
Dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie  
\* Auteur correspondant.

**Introduction** La dapsons est une molécule largement utilisée en dermatologie notamment dans la dermatose à IgA linéaire (DIAL). Les effets secondaires les plus courants sont l'anémie hémolytique, la méthémoglobinémie, l'agranulocytose et le syndrome d'hypersensibilité, plus rarement la neuropathie périphérique. Nous rapportons un cas de neuropathie périphérique associée à une anémie hémolytique induite par la dapsons.

**Observations** Madame I, âgée de 36 ans, était suivie en pratique libérale pour une DIAL depuis décembre 2014, traitée initialement par corticothérapie générale (CTG) à 1 mg/kg/j puis par dapsons (100 mg/j) en février 2016. Elle nous a été adressée en avril 2016 pour des paresthésies des membres supérieurs d'installation rapide dans un contexte d'asthénie, pâleur et vertiges alors qu'elle était en rémission de la DIAL. L'examen neurologique a objectivé une hypoesthésie du territoire du nerf médian, une paraparésie des membres inférieurs. L'électromyogramme : a montré une neuropathie sensitivomotrice axonodémélinisante des quatre membres. La numération formule sanguine a montré une anémie hémolytique à 5 g/dl nécessitant la transfusion de 4 culots globulaires. Le diagnostic d'une neuropathie associée à une anémie hémolytique induite par la dapsons était retenu. L'évolution clinique et biologique était favorable 15 jours après arrêt de la dapsons avec une régression totale de la paraparésie et partielle mais nette des paresthésies des mains.

**Discussion** La neuropathie périphérique induite par la dapsons est rare avec une vingtaine de cas publiés en rapport avec à un surdosage. Elle survient habituellement dans un délai variable entre 11 jours et 18 ans, à une dose cumulée variant de 4 à 1500 g. L'atteinte est toujours périphérique, elle est souvent motrice pure ou sensitivomotrice, rarement sensitive pure (1 seul cas). Dans notre observation, le diagnostic a été retenu devant l'absence d'antécédents neurologiques, le délai de survenue et la régression

rapide et spontanée à l'arrêt du traitement et ce malgré le délai de survenue est relativement court et la dose cumulée est faible. L'EMG confirme le diagnostic dans les cas douteux. L'évolution est habituellement favorable à l'arrêt de la dapsons avec une régression souvent complète dans un délai pouvant aller jusqu'à un an. L'association à une anémie hémolytique a été décrite dans un seul cas de surdosage de dapsons. Dans notre cas, cette anémie était rapidement réversible malgré sa sévérité et son retentissement clinique. Un terrain personnel ou génétique à développer cette toxicité neurologique et/ou hématologique en rapport avec le métabolisme de la dapsons peut être suspectée.

**Conclusion** Notre observation est particulière par l'association d'une neuropathie et d'une anémie hémolytique induites par la dapsons et par la rapidité de leur survenue sans erreur de prescription.

**Mots clés** Anémie hémolytique ; Dapsons ; Neuropathie périphérique

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

\* Les illustrations et tableaux liés aux abstracts sont disponibles à l'adresse suivante : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jannder.2016.10.004>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jannder.2016.09.641>

### P367

Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de psoriasis dans le service de dermatologie du CHRU de Lille\*



M. Levavasseur\*, S. Azib, S. Duvinage, E. Delaporte, D. Staumont-Sallé  
Dermatologie, hôpital Claude-Huriez, Lille, France  
\* Auteur correspondant.

**Introduction** L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est incontournable dans la prise en charge des maladies chroniques telles que l'asthme, la dermatite atopique ou le diabète de type 2. Depuis 2013, le service de dermatologie de Lille a mis en place un programme labellisé d'éducation thérapeutique du patient atteint de psoriasis. L'objectif de notre travail a été d'évaluer le bénéfice à 1 an de ces ateliers d'ETP.

**Matériel et méthodes** Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, réalisée au CHRU de Lille de novembre 2013 à novembre 2015. Nous avons caractérisé la population ayant participé aux ateliers de novembre 2013 à novembre 2015, puis avons évalué l'efficacité des séances d'ETP à 1 mois et 1 an pour les patients ayant participé aux ateliers de novembre 2013 à décembre 2014, à l'aide d'indicateurs définis préalablement (PASI, DLQI, questionnaire de connaissances, nombre d'hospitalisations, tabac, alcool, paramètres statur pondéraux, retentissement et ressenti de la maladie au quotidien).

**Résultats** Au total, 86 patients (47 % d'hommes et 53 % de femmes) ont participé à la totalité de notre programme d'ETP de novembre 2013 à novembre 2015. L'âge médian était de 45 ans [35-59]. Quatorze pour cent des patients présentaient un rhumatisme psoriasique et 77 % au moins une comorbidité fréquemment associée au psoriasis (obésité, diabète de type 2, HTA, dyslipidémie, tabagisme actif, exogénose chronique, dépression). Avant les séances d'ETP, les patients présentaient un psoriasis sévère avec un PASI et un DLQI moyens chiffrés respectivement à 15,7 (±10,9) et 12,9 (±7,1). L'année précédant l'accès aux ETP, les patients étaient hospitalisés en moyenne 1 fois dans le service de dermatologie pour prise en charge d'une poussée sévère de psoriasis. Un an après les séances d'ETP, on observait une amélioration significative du PASI à 7 (±5,2) et du DLQI à 5,9 (±5,2) ( $p < 0,0001$ ). Les hospitalisations étaient moins fréquentes (1 fois de moins par an et par patient [ $p < 0,0001$ ]). Dans plus de la moitié des cas (55 %), le traitement de fond du psoriasis n'avait pourtant pas été modi-

fié avant le début de l'ETP, ni pendant le programme. Les séances d'ETP ont permis de diminuer la consommation quotidienne d'alcool ( $p = 0,0138$ ) et de tabac ( $p = 0,1573$ ). Les paramètres statur pondéraux étaient stabilisés à 1 an et 62 % des patients déclaraient avoir modifié leurs habitudes alimentaires. Les patients avaient acquis des connaissances sur leur maladie et leurs traitements ( $p = 0,1291$ ). Ils étaient également plus nombreux à reprendre une activité sportive ( $p = 0,0003$ ), à ne plus ressentir de gêne au quotidien ( $p = 0,001$ ) et de moins en moins nombreux à se camoufler derrière des vêtements longs et couvrants ( $p = 0,0075$ ).

**Conclusion** Ce travail prospectif confirme l'effet bénéfique des ateliers d'éducation thérapeutique pour le patient atteint de psoriasis.

**Mots clés** Comorbidités ; Éducation thérapeutique ; Psoriasis  
**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

\* Les illustrations et tableaux liés aux abstracts sont disponibles à l'adresse suivante : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.10.004>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.09.642>

### P368

Rapidité d'action de l'ixékizumab : analyse groupée de 2 essais randomisés de phase 3 (UNCOVER-2 et 3) chez des patients atteints de psoriasis<sup>2\*</sup>



C. Leonardi<sup>1</sup>, R. Langley<sup>2</sup>, A. Blauvelt<sup>3</sup>, K. Gordon<sup>4</sup>, D.-S. Shrom<sup>5</sup>, L.-N. Farmer Kerr<sup>5</sup>, I. Stoykov<sup>5</sup>, C. Ojeh<sup>5</sup>, K. Reich<sup>6</sup>, B. Augendre-Ferrante<sup>7,\*</sup>

<sup>1</sup> Saint-Louis University School of Medicine, St Louis, MO, États-Unis

<sup>2</sup> Dalhousie University, Halifax, NS, Canada

<sup>3</sup> Oregon Medical Research Center, Portland, OR, États-Unis

<sup>4</sup> Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, États-Unis

<sup>5</sup> Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, États-Unis

<sup>6</sup> Dermatologikum Hamburg, Stephansplatz 5, 20354 Hamburg, Allemagne

<sup>7</sup> Lilly France, Neuilly-sur-Seine, France

\* Auteur correspondant.

**Introduction** Pour les patients atteints de psoriasis, l'apparition rapide d'une amélioration clinique est l'un des attributs les plus importants de la réussite du traitement. En outre, il a été démontré que l'amélioration clinique observée en tout début de traitement avait une valeur prédictive quant à la réponse clinique ultérieure. Dans cette analyse, nous avons évalué la vitesse d'apparition de l'amélioration clinique chez des patients atteints de psoriasis traités par ixékizumab (anticorps monoclonal IgG4 anti-IL-17A ayant une affinité de liaison élevée ; IXE) par rapport au placebo (PBO) et au comparateur actif, l'éta nercept (ETN).

**Matériel et méthodes** En combinant les données de la phase d'induction de 12 semaines d'UNCOVER-2 et UNCOVER-3, 2570 patients atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère ont été randomisés pour recevoir un PBO ( $n = 361$ ), de l'ETN à haute dose (50 mg 2 fois/semaine ;  $n = 740$ ) ou une seule injection sous-cutanée de 80 mg d'IXE une fois toutes les 2 semaines (IXE Q2W ;  $n = 736$ ) ou toutes les 4 semaines (IXE Q4W ;  $n = 733$ ) après une dose initiale de 160 mg à la semaine 0 (S0). Le pourcentage moyen d'amélioration a été analysé par modèle mixte pour mesures répétées (MMRM) et le taux de réponse par le test de Cochran-Mantel-Haenszel, dans lequel les données manquantes ont été imputées comme non-réponses. Le délai d'atteinte du PASI 75 a été estimé à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier.

**Résultats** Des différences significatives de la variation moyenne en % du PASI par rapport à la valeur initiale (amélioration) ont été

observées entre les groupes de traitement par IXE vs. PBO et ETN dès la S1 ( $p < 0,001$ ) avec un % d'amélioration moyen (ES) de 32,7 (0,76) pour IXE Q2W, 33,6 (0,76) pour IXE Q4W, 5,31 (1,08) pour PBO et 10,3 (0,76) pour ETN. À la S2, le % moyen d'amélioration était de 53,7 (0,86) pour IXE Q2W, 53,3 (0,86) pour IXE Q4W, 9,25 (1,23) pour le PBO et 23,3 (0,86) pour ETN. À la S1, le taux de réponse PASI 50 était de 22,8 % pour IXE Q2W et 26,6 % pour IXE Q4W contre 1,4 % pour PBO ( $p < 0,001$ ) et 3,9 % pour ETN ( $p < 0,001$ ) et, à la S2, le taux de réponse PASI 50 était de 58,8 % pour IXE Q2W et 57,6 % pour IXE Q4W contre 4,2 % pour PBO ( $p < 0,001$ ) et 14,6 % pour ETN ( $p < 0,001$ ). Le temps médian (IC à 95 %) pour obtenir un PASI 75 était de 31 (30,55) jours dans le groupe IXE Q4W, 30 (29,43) jours dans le groupe IXE Q2W et 85 (85,87) jours pour le groupe ETN.

**Conclusion** Le traitement par IXE a permis des améliorations cliniques (PASI 50), observées dès la S1, significativement différentes par rapport à l'ETN et au PBO. Au moins 50 % des patients avaient atteint un PASI 75 après environ 4 semaines de traitement par IXE.

**Mots clés** Ixékizumab ; Psoriasis

**Déclaration de liens d'intérêts** C. Leonardi a un conflit d'intérêt avec Eli Lilly and Company, R. Langley a un conflit d'intérêt avec Eli Lilly and Company, A. Blauvelt a un conflit d'intérêt avec Eli Lilly and Company, K. Gordon a un conflit d'intérêt avec Eli Lilly and Company, D. S. Shrom est employé de Eli Lilly and Company, L. N. Farmer Kerr est employé de Eli Lilly and Company, I. Stoykov est employé de Eli Lilly and Company, C. Ojeh est employé de Eli Lilly and Company, K. Reich a un conflit d'intérêt avec Eli Lilly and Company, B. Augendre-Ferrante est employé de Lilly France.

\* Les illustrations et tableaux liés aux abstracts sont disponibles à l'adresse suivante : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.10.004>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.09.643>

### P369

Ixékizumab : efficacité chez des patients atteints de psoriasis avec ou sans traitement biologique préalable ; résultats d'UNCOVER-1 semaines 12 et 60<sup>2\*</sup>



S. Gerdes<sup>1</sup>, N. Korman<sup>2</sup>, S. Wilhelm<sup>3</sup>, M. Casillas<sup>4</sup>, F. Zhao<sup>3</sup>, A. Schacht<sup>3</sup>, Y. Dutronc<sup>5</sup>, B. Augendre-Ferrante<sup>6,\*</sup>

<sup>1</sup> Psoriasis-Center, Department of Dermatology, University Medical Center Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Allemagne

<sup>2</sup> Murdough Family Center for Psoriasis, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, OH, États-Unis

<sup>3</sup> Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, États-Unis

<sup>4</sup> Eli Lilly and Company, Madrid, Espagne

<sup>5</sup> Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg, Allemagne

<sup>6</sup> Lilly France, Neuilly-sur-Seine cedex, France

\* Auteur correspondant.

**Introduction** L'ixékizumab est un anticorps monoclonal anti-IL-17A étudié dans un essai de phase 3 randomisé en double aveugle versus placebo mené sur des patients psoriasiques. L'objectif de cette analyse en sous-groupe était d'évaluer l'efficacité de l'ixékizumab par rapport au placebo, aux semaines 12 et 60, chez des patients atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère exposés ou non à un traitement biologique préalable.

**Matériel et méthodes** Dans cette étude, 1296 patients ont été randomisés pour recevoir un placebo ( $n = 431$ ) ou une injection unique de 80 mg d'ixékizumab une fois toutes les 2 (IXE Q2W,  $n = 432$ ) ou 4 semaines (IXE Q4W,  $n = 433$ ) après une dose initiale de 160 mg à la semaine 0. À la semaine 12, les patients ayant un score sPGA de 0 ou 1 ont été à nouveau randomisés pour recevoir IXE Q4W ( $n = 229$ ), IXE Q12W ( $n = 227$ ) ou placebo ( $n = 226$ ) jusqu'à la semaine 60 ou rechute. L'efficacité a été évaluée par la proportion de patients avec une amélioration  $\geq 75$  % du score PASI (PASI 75), une amélioration de 100 % (PASI 100) ou un sPGA de 0 ou 1 dans les sous-

d'optimiser la tolérance locorégionale. La colchicine paraît être une alternative intéressante dans la gestion thérapeutique des GCE.

**Mots clés** Embolisation ; Granulome à corps étrangers ; Microsphères

**Annexe A Matériel complémentaire**

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible en ligne sur :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2017.09.332>.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<sup>2</sup> Les illustrations et tableaux liés aux abstracts sont disponibles à l'adresse suivante :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2017.09.332>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2017.09.332>

**P158**

Perception de l'évolution de la qualité du sommeil depuis l'introduction d'une biothérapie chez des patients atteints de psoriasis



M. Fener<sup>\*</sup>, A.-C. Bursztejn, J.-L. Schmutz  
Dermatologie, CHU de Nancy, France  
<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

**Introduction** Le psoriasis et le rhumatisme psoriasique sont des maladies inflammatoires cutanées et articulaires induisant une altération de la qualité de vie. Les biothérapies ont révolutionné la prise en charge de ces maladies. Un patient de notre service a rapporté des troubles du sommeil dans les semaines qui ont suivi l'introduction d'un traitement par adalimumab. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact des biothérapies sur le sommeil des patients atteints de psoriasis plus ou moins associé à un rhumatisme psoriasique.

**Matériel et méthodes** Nous avons mené une étude prospective dans le service de dermatologie du CHU de Nancy, sur la base d'un questionnaire standardisé remis aux patients consultant pour un psoriasis associé ou non à un rhumatisme psoriasique, traités par biothérapies. Le questionnaire renseignait l'âge du patient, son sexe, le type et la durée du traitement, et comportait les items de l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI), permettant de calculer un score de 0 à 21. Un score supérieur à 5 témoigne d'une mauvaise qualité du sommeil. Un score prospectif sous biothérapie est établi ainsi qu'un score rétrospectif, avant le début du traitement. Le recueil de données a duré un an.

**Résultats** Cent patients ont été inclus, avec un sex-ratio de 2,23, et un âge moyen de 43,2 ans. La durée moyenne de traitement était de 24,4 mois. Les patients atteints de psoriasis isolé avaient un score moyen PSQI rétrospectif de 3,49 et de 3,75 sous biothérapie. Les patients atteints de rhumatisme psoriasique avaient un score moyen PSQI rétrospectif de 5,25 et de 5,53 sous biothérapie. La différence entre les 2 scores n'était pas significative dans les 2 groupes. La différence était plus marquée pour les femmes avec un score passant de 5,29 à 6,48, et pour l'adalimumab avec un score passant de 4,66 à 5,37.

**Discussion** Notre étude montre une légère dégradation du score PSQI chez les patients atteints de psoriasis associé ou non à un rhumatisme psoriasique après instauration d'une biothérapie, néanmoins, la différence n'est pas significative. La mauvaise qualité du sommeil observée chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique est cohérente avec les données de la littérature, en lien notamment avec les douleurs ressenties par les patients. La plupart des études montrent que les biothérapies améliorent la qualité de vie des patients atteints de psoriasis et réduisent les troubles du sommeil. Pourtant, il existe 18 cas de troubles du sommeil survenus sous anti-TNF-alpha, rapportés à la Base nationale de pharmacovigilance, ainsi qu'un cas d'insomnie sous ustékinumab. Les principales

limites de cette étude sont un nombre faible de patients, et le biais de mémoire pour le calcul du score avant biothérapie.

**Conclusion** Une étude prospective incluant un plus grand nombre de sujets est nécessaire pour mieux évaluer et comprendre l'impact éventuel des biothérapies sur le sommeil.

**Mots clés** Biothérapie ; Psoriasis ; Rhumatisme psoriasique ; Sommeil

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2017.09.333>

**P159**

La place du pharmacien dans un programme d'éducation thérapeutique pour les patients adultes atteints de psoriasis dans un CHU



F. Caloone<sup>1</sup>, M. Levavasseur<sup>2</sup>, S. Azib<sup>2</sup>, S. Duvinage<sup>2</sup>,  
D. Lannoy<sup>1,3,\*</sup>, D. Staumont<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut de pharmacie

<sup>2</sup> Dermatologie, centre hospitalier régional universitaire, Lille

<sup>3</sup> Laboratoire biopharmacie EA 7365 GRITA, faculté de pharmacie, Lille, France

<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

**Introduction** Depuis 2013, le service de dermatologie du CHRU de Lille a mis en place un programme labellisé d'éducation thérapeutique du patient (ETP) atteint de psoriasis, impliquant des dermatologues, des infirmiers, des aide-soignants, un psychologue, un tabacologue, un diététicien et une cadre de santé. Depuis septembre 2015, deux pharmaciens (hospitalier et officinal) ont rejoint l'équipe. L'objectif de notre travail était de déterminer la place et l'impact de leur participation à l'ETP.

**Matériel et méthodes** Les niveaux d'intervention du pharmacien ont été décrits. Un questionnaire téléphonique a été proposé aux patients après les ateliers afin d'évaluer l'impact de la présence des pharmaciens sur l'action d'ETP. Les pharmaciens intervenaient au cours de l'atelier concernant la gestion d'un traitement systémique au quotidien. Quinze fiches-support à destination des animateurs des ateliers, ayant pour thèmes le bon usage des traitements systémiques, la conservation des biothérapies, la gestion des déchets d'activité de soins à risque infectieux, les biosimilaires ont été réalisées. Pour chaque traitement, une fiche synthétisait le mode d'administration, le mécanisme d'action, les contre-indications, les effets indésirables, les mesures concernant les populations particulières, la surveillance et les conseils nécessaires au bon usage. Le dossier pharmaceutique (DP) consistant à porter l'information de l'ensemble des traitements médicamenteux sur la carte vitale du patient, y compris les vaccins, était promu. Consultable par tout pharmacien d'officine, il permettait la recherche des interactions médicamenteuses et le conseil officinal le plus adapté.

**Résultats** Au total, 42 patients sur 51 [sex-ratio : 0,81 ; âge moyen ( $\pm$  écart-type) : 47 ans ( $\pm$  14)] ont participé à l'étude. Le PASI moyen était de 13,8 ( $\pm$  8,4) et le DLQI moyen de 10,4 ( $\pm$  6,9). Parmi, 59,5 % des patients avaient souvenir que la question du DP avait été abordée. Quatre patients possédaient déjà un DP avant leur participation aux ateliers d'ETP. Au moment du recueil des réponses, 10 patients supplémentaires déclaraient avoir ouvert un DP à la suite du programme d'ETP. Parmi ceux qui n'avaient pas ouvert de DP, 25 % avaient l'intention de le faire, 11,1 % disaient ne pas avoir été informés sur le DP, 5,6 % avaient fait face à un refus à l'officine et 2,8 % ne souhaitaient pas ouvrir de DP.

**Conclusion** La présence d'un pharmacien au sein des ateliers d'ETP permet d'assurer un lien entre l'hôpital et la ville ainsi qu'une sensibilisation au bon usage des traitements parfois peu abordé en ville. Cette action permet de répondre aux interrogations du patient (perspectives de nouveaux traitements, différences entre

traitement de référence et biosimilaires, médicaments génériques). Enfin, la présence d'un pharmacien a sensibilisé les patients au dossier pharmaceutique.

**Mots clés** Dossier pharmaceutique ; Éducation thérapeutique ; Pharmacien ; Psoriasis

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2017.09.334>

#### P160

Caractéristiques épidémiologiques et facteurs associés chez 78 cas de lichen plan sur peau noire



A. Diop<sup>1,\*</sup>, F. Ly<sup>1</sup>, E. O. Amal<sup>1</sup>, B. Seck<sup>1,2</sup>, M. T. Ndiaye<sup>1</sup>, A. Diouf<sup>1</sup>, S. Diadie<sup>2</sup>, B. A. Diatta<sup>2</sup>, M. Ndiaye<sup>2</sup>, M. Diallo<sup>2</sup>, S. O. Niang<sup>2</sup>, A. Kane<sup>1</sup>, M. T. Dieng<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hôpital institut d'hygiène sociale, Sénégal

<sup>2</sup> Hôpital Aristide Le Dantec, université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

\* Auteur correspondant.

**Introduction** Les facteurs étiopathogéniques du lichen plan sont infectieux, psychologiques et auto-immuns. Une association à un diabète a été récemment rapportée. L'objectif de notre étude était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et les facteurs associés du lichen plan à Dakar.

**Matériel et méthodes** Il s'agit d'une étude multicentrique et prospective, effectuée du 07 mars au 07 septembre 2016. L'histopathologie n'était effectuée que pour les formes atypiques. Tous les patients ayant consulté pour un lichen plan étaient inclus. Les patients avec notion de prise médicamenteuse avant l'éruption étaient exclus. La recherche d'anticorps anti-HVC était systématique lorsqu'existait des atteintes muqueuses. Les données étaient analysées par SPSS IBM 20.

**Résultats** L'âge moyen était de 38 ans (4 ans, 77 ans) ; le genre féminin représentait 84,6 % (n=66) des cas. Les patients âgés de 20 à 59 ans constituaient 75,6 % des cas. Ils étaient mariés dans 61,5 % des cas. Une obésité ou un surpoids était noté dans 41 %. Un conflit conjugal ou relationnel était présent dans 25,6 %. Des antécédents de lichen plan étaient rapportés dans 24,4 % (n=19) des cas, et un cas similaire dans la famille était trouvé dans 14 %. Un prurit était présent dans 96,2 %. Les localisations étaient : cutanées (97,4 %), muqueuses (15,4 %) et phanériennes (5,1 %). L'atteinte muqueuse n'était isolée que dans un cas, et il n'y avait pas d'atteinte unguéale. Les lésions étaient profuses dans 56,4 % des cas. Les formes cliniques étaient : typiques (52,6 %), érythémato-squamueuses (17 %), verruqueuses (14,5 %), pigmentogènes (14,5 %) et blaschkolinéaires (1 cas). L'histopathologie avait confirmé le lichen dans 91,4 %. La glycémie était élevée dans un cas, parmi les 71 patients chez qui elle a été réalisée. La recherche de l'Ag HBs était effectuée dans 84,6 % des cas, et était positive dans 3,03 %. Les anticorps anti-HVC et anti-HIV étaient négatifs respectivement chez 24 et 30 des patients qui les avaient effectués.

**Conclusion** Le lichen plan atteint principalement la jeune femme adulte mariée. Une obésité ou un surpoids sont souvent associés. Le seul facteur associé trouvé est un conflit psychoaffectif. Les sérologies HIV et des hépatites virales B et C ne doivent être systématiquement effectuées. L'association à un diabète n'est pas confirmée.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2017.09.335>

#### P161

Évolution naturelle des nodules dans l'acné nodulaire sévère du dos : résultats d'une étude prospective de 4 semaines



A. Khammari<sup>1,\*</sup>, V. Bourdès<sup>2</sup>, S. Blanchet-Réthoré<sup>2</sup>, C. Marty<sup>2</sup>, C. Plketty<sup>2</sup>, B. Dréno<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de dermatologie, CIC, Inserm U1232, CHU de Nantes

<sup>2</sup> Évaluation, CUTIS, Galderma R&D/Nestlé skin health,

Sophia-Antipolis, France

\* Auteur correspondant.

**Introduction** L'acné nodulaire sévère est caractérisée par la présence de nodules inflammatoires qui peuvent évoluer vers des abcès ou se fistuliser en profondeur. Le nodule est une lésion sur-élevée, palpable, érythémateuse, infiltrée de diamètre  $\geq 0,5$  cm. L'évolution naturelle du nodule et l'infiltration inflammatoire associée sont peu documentées dans la littérature. Nous proposons avec cette étude d'investiguer l'évolution naturelle des nodules sur le dos d'acnéiques nodulaires sévères.

**Matériel et méthodes** Vingt-trois patients ont été inclus dans une étude prospective monocentrique (Nantes, France) de 4 semaines, sans traitement d'acné. Les sujets étaient des hommes et des femmes, de 16 à 35 ans, présentant un diagnostic clinique d'acné sévère nodulaire du dos, avec au moins deux nodules de diamètre  $\geq 0,5$  cm. Pour chaque sujet, des photographies standardisées de l'ensemble du dos ont été réalisées deux fois par semaine (tous les 3 jours  $\pm 1$ ) à l'aide du dispositif BodyScan<sup>®</sup> (Newtone Technologies). Un logiciel dédié (Skinpad<sup>®</sup>) a été utilisé pour permettre l'enregistrement spatial des images, l'identification et la qualification des différentes lésions d'acné tout au long de l'étude.

**Résultats** L'âge moyen des sujets était de 25,1  $\pm$  4,9 ans et 87 % étaient des hommes. Les sujets présentaient une durée moyenne d'évolution de l'acné de 9,7  $\pm$  6,7 ans et la majorité (91,3 %) ne présentait pas ou peu d'acné faciale. À l'inclusion, un total de 132 nodules était observé, avec une moyenne de 5,7  $\pm$  3,0/nodules par sujet (min-max : 2-15). L'évolution des nodules s'est effectuée selon 2 principales voies de transformation : nodule suivi d'une cicatrice (31,8 %) ou, nodule suivi d'une papule puis d'une cicatrice (37,9 %). Dans 77,3 % des cas l'évolution menait à une cicatrice. Durant l'étude, sont apparus 247 nouveaux nodules (moyenne 3,1  $\pm$  2,2/semaine/sujet) avec une durée de vie moyenne de 4,9  $\pm$  2,6 jours. Chez les sujets ayant présenté au moins 6 nouveaux nodules par semaine, la durée de vie des nodules était plus longue que celle des sujets ayant présenté moins de 6 nouveaux nodules par semaine (5,2  $\pm$  1,4 vs 3,6  $\pm$  0,8 jours respectivement,  $p=0,008$ ). Aucune corrélation n'était constatée entre le nombre de nouveaux nodules et l'ancienneté de l'acné (coefficient de rang de Spearman  $sr < -0,1$ ) ni avec le nombre de nodules à l'inclusion ( $sr < 0,2$ ).

**Conclusion** Cette étude démontre l'agressivité de l'acné nodulaire sévère et documente pour la première fois l'évolution naturelle des nodules. En effet, la survenue continue de nouveaux nodules (3 par semaine) donnant lieu à une transformation rapide en cicatrices pour la majorité d'entre eux (77 %) souligne que la prise en charge de l'acné nodulaire sévère devrait reposer sur une action précoce et adaptée afin de prévenir la formation de cicatrices.

**Mots clés** Acné sévère ; Nodules

**Déclaration de liens d'intérêts** A. Khammari a un conflit d'intérêt avec financement de Galderma R&D, V. Bourdès est employé de Galderma R&D, S. Blanchet-Réthoré est employé de Galderma R&D, C. MARTY est employé de Galderma R&D, C. Plketty est employé de Galderma R&D, B. Dréno a un conflit d'intérêt avec financement de Galderma R&D.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2017.09.336>



## Annexe 6 Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique dans le psoriasis : étude randomisée multicentrique : EDUPSO

JDP 2016

S139

si l'alexithymie est réversible après prise en charge optimale du psoriasis

**Mots clés** Alexithymie ; Psoriasis ; Qualité de vie  
**Déclaration des conflits d'intérêts** Les auteurs P. Spuls, M. Radtke et B. Kirby déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

F. Sampogna est consultant pour Janssen Cilag, L. Pug est consultant pour Janssen Cilag, M. Brunori est employé de Janssen Cilag, P. Bergmans est employé de Janssen Cilag, P. Smirnov est employé de Janssen Cilag, J. Rundle est employé de Janssen Cilag, F. Lavie est employé de Janssen Cilag, C. Paul est consultant pour Janssen Cilag.

<sup>1</sup> Les illustrations et tableaux liés aux abstracts sont disponibles à l'adresse suivante : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.10.003>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.09.135>

### C0018

Evaluation d'un programme structure d'éducation thérapeutique dans le psoriasis : étude randomisée multicentrique : EDUPSO



S. Balica<sup>1</sup>, V. Lauwers Cancès<sup>1</sup>, S. Mallet<sup>1</sup>, N. Quiles<sup>2</sup>, M. Beylot-Barré<sup>3</sup>, C. Chiavenni<sup>4</sup>, C. Bernier<sup>5</sup>, H. Bachelez<sup>6</sup>, C. Goujon<sup>7</sup>, L. Misery<sup>10</sup>, F. Carrere<sup>11</sup>, C. Cotton<sup>11</sup>, M. A. Richard<sup>1</sup>, C. Paul<sup>11</sup>, et Groupe de recherche sur le psoriasis de la Société française de dermatologie

<sup>1</sup> Dermatologie, université Paul-Sabatier, Inserm I056/CNRS 5165

<sup>2</sup> Epidémiologie, USMR, CHU de Toulouse, France

<sup>3</sup> Dermatologie, hôpital Timone et université Marseille, France

<sup>4</sup> Dermatologie, hôpital Saint-Joseph, Marseille, France

<sup>5</sup> Dermatologie, CHU et université de Bordeaux, France

<sup>6</sup> Dermatologie, CHU et université de Nice, France

<sup>7</sup> Dermatologie, CHU et université de Nantes, France

<sup>8</sup> Dermatologie, CHU Saint-Louis et université Denis-Diderot, Paris, France

<sup>9</sup> Immunologie et recherche clinique, CHU et université de Lyon, France

<sup>10</sup> Dermatologie, CHU et université de Brest, France

<sup>11</sup> Biostatistiques, STATITEC, Labège, France

\* Auteur correspondant.

**Introduction** Les objectifs de l'étude EDUPSO étaient d'évaluer l'effet d'un programme d'ETP sur la qualité de vie (objectif principal), les connaissances sur la maladie, la sévérité du psoriasis et le stress.

**Matériel et méthodes** Il s'agissait d'un essai randomisé multicentrique évaluant un programme d'ETP chez les patients atteints de psoriasis modéré à sévère traités par agent systémique ou biothérapie. Les patients recevaient dans le groupe intervention un programme multidisciplinaire structuré d'ETP et dans le groupe témoin leur psoriasis était pris en charge de façon habituelle. Le programme d'ETP initial comportait 6 séances. L'évaluation était faite à 3, 6 et 12 mois. Le critère de jugement principal était la comparaison des scores des trois composantes du questionnaire Skindex France entre les deux groupes à l'aide d'un modèle mixte longitudinal. Chaque dimension était gradée par le patient entre 0 (pas du tout de retentissement) à 100 (retentissement maximal). Les principaux critères secondaires étaient l'acquisition de compétences concernant la maladie évaluée par un questionnaire standardisé, l'évolution du PASI et le niveau de stress (échelle de stress de Cohen).

**Résultats** Parmi les 177 patients randomisés, 142 constituaient la population en intention de traitement dont 70 dans le groupe témoin et 72 dans le groupe ETP. Le psoriasis évoluait depuis 21 ans en moyenne. Le PASI moyen à l'inclusion était de 10 (± 7,6). Les traitements reçus étaient un traitement systémique classique (51 %) ou une biothérapie (49 %). À 3, 6 et 12 mois, on observait une dimi-

nutrition significative des trois composantes du Skindex par rapport à l'inclusion sans différence significative entre les groupes. Concernant le questionnaire de connaissance, les patients obtenaient en moyenne 56 % de bonnes réponses à l'inclusion. L'acquisition de compétence était meilleure dans le groupe ETP par rapport au groupe témoin avec 68 % de bonnes réponses versus 56 % ( $p < 0,001$ ) à 12 mois. La réduction médiane du PASI dans la cohorte était de 51 % à 6 mois et 44 % à 12 mois sans différence significative entre les groupes. L'échelle de stress de Cohen montrait un score initial indiquant des difficultés à gérer le stress chez près de 50 % des patients. À 6 mois, les scores de stress médians avaient diminué sans différence significative entre les deux groupes.

**Discussion** Il s'agit de la première étude randomisée multicentrique évaluant l'ETP dans le psoriasis. Un programme d'ETP améliore de manière durable les connaissances du patient concernant son psoriasis. Cependant, il n'y a pas d'effet spécifique sur la qualité de vie, sur la sévérité du psoriasis ni sur le niveau de stress. L'étude concernait des patients avec un psoriasis ancien traité par agents systémiques. Une étude ciblant une population de patients avec un psoriasis d'évolution récente et traitée par topiques mériterait d'être initiée.

**Mots clés** Education thérapeutique ; Étude randomisée ; Psoriasis

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<sup>1</sup> Les illustrations et tableaux liés aux abstracts sont disponibles à l'adresse suivante : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.10.003>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.09.136>

## Dermatologie pédiatrique

### C0019

Césophagite à éosinophiles dans le syndrome de Netherton : une manifestation à ne pas méconnaître<sup>1</sup>



N. Bellon<sup>1</sup>\*, C. Paluel-Marmont<sup>1</sup>, P. Barbet<sup>1</sup>, S. Leclerc-Mercier<sup>1</sup>, S. Hadj-Rabla<sup>1</sup>, C. Dupont<sup>2</sup>, C. Bodemer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dermatologie, centre de référence maladies cutanées rares (MAGEC)

<sup>2</sup> Gastro-entérologie, explorations fonctionnelles digestives et allergologie alimentaire pédiatriques

<sup>3</sup> Laboratoire d'anatomo-pathologie, hôpital Necker-Enfants

Malades, Paris, France

\* Auteur correspondant.

**Introduction** Le syndrome de Netherton (SN) associe une inflammation cutanée chronique et des manifestations allergiques et atopiques, secondaires à la perte d'expression de la protéine LEKTI dans les épithéliums stratifiés. Dans le SN, le mécanisme des allergies alimentaires reste obscur. Nous décrivons la présence d'œsophagite à éosinophiles (EEO) chez des patients atteints de SN.

**Matériel et méthodes** Étude prospective. Patients suivis pour SN (confirmation immunohistochimique) et présentant des symptômes digestifs, réalisation d'endoscopie haute avec biopsies étagées pour histologie et immunomarquage LEKTI (comparé à des biopsies d'EEO non SN et à des œsophages sains), et dosage des IgE totales circulantes.

**Résultats** Douze patients ont été inclus. Tous avaient un retard de croissance statur pondérale et des douleurs abdominales chroniques. Quatre patients (30 %) avaient une diarrhée et des vomissements. Les autres antécédents étaient : anaphylaxie (4/12), angio-œdème (2/12), syndrome oral (2/12), urticaire (3/12) et

Annexe 7 : Grille d'évaluation des connaissances du patient sur le psoriasis et ses traitements selon (52)

Connaissances sur le psoriasis	Vrai	Faux	Je ne sais pas
<b>1. À propos du psoriasis</b>			
a. Est une maladie chronique			
b. Peut être contagieux			
c. Est une maladie génétique			
d. Si quelqu'un a du psoriasis, forcément son enfant en aura			
e. La seule cause de psoriasis est le stress			
<b>2. Formes cliniques de psoriasis</b>			
a. Le psoriasis est souvent en plaques			
b. Le psoriasis peut être érythrodermique			
c. On ne parle pas de psoriasis s'il n'y a pas de squames			
d. Un psoriasis n'est jamais articulaire			
e. Il existe des psoriasis pustuleux			
<b>3. Mécanisme d'apparition du psoriasis</b>			
a. Le système immunitaire est impliqué dans l'apparition du psoriasis			
b. La peau se renouvelle trop lentement			
c. Dans le psoriasis, la peau est inflammée (peau rouge)			
d. Dans le psoriasis, la peau est épaissie			
e. L'inflammation peut provoquer des démangeaisons			
<b>4. Localisation du psoriasis</b>			
a. Les plis du corps peuvent être atteints			
b. Les localisations fréquentes sont : les coudes, les genoux, le cuir chevelu et la région lombaire			
c. Le psoriasis n'est jamais localisé au niveau des muqueuses (buccales/génitales)			
d. Les ongles peuvent être atteints			
e. Le psoriasis ne touche presque jamais les articulations			
<b>5. Facteurs améliorants et/ou aggravants de psoriasis et maladies associées</b>			
a. Les frottements, les griffures peuvent aggraver une poussée de psoriasis			
b. Le plus souvent le soleil aggrave le psoriasis			
c. La consommation d'alcool et tabac n'ont pas d'impact sur la maladie			
d. L'obésité est rare parmi les patients atteints de psoriasis			
e. Le risque de maladies cardiovasculaires n'est pas augmenté dans le psoriasis			



Connaissances sur le psoriasis	Vrai	Faux	Je ne sais pas
<b>6. Traitements du psoriasis</b>			
<i>Soins locaux</i>			
a. Le psoriasis peut se traiter en utilisant uniquement des pommades et crèmes			
b. Une hydratation quotidienne par des crèmes est utile			
c. Les dermocorticoïdes s'appliquent 2 à 3 fois/jour			
d. Il est important de compter le nombre de tubes utilisés/semaine			
<b>7. Les traitements systémiques utilisés dans le psoriasis</b>			
a. Méthotrexate, ciclosporine, acitrétine ou photothérapie peuvent améliorer le psoriasis			
b. La prednisonne et les antibiotiques peuvent améliorer le psoriasis			
c. Les biothérapies peuvent améliorer le psoriasis			
d. L'âge du patient et ses maladies associées n'influencent pas le choix du traitement			
e. Le choix du traitement va dépendre de la sévérité du psoriasis et des traitements antérieurs utilisés mais pas de la qualité de vie			
<b>8. Concernant la photothérapie et l'acitrétine</b>			
a. Il existe un seul type de photothérapie			
b. Il existe un nombre maximal de séances de photothérapie (200 séances)			
c. Il faut bien hydrater la peau après chaque séance de photothérapie ou lors du traitement par acitrétine			
d. Lors d'un traitement par acitrétine, la contraception est obligatoire			
e. L'acitrétine ne modifie pas les graisses dans le sang			
<b>9. Concernant le méthotrexate et la ciclosporine</b>			
a. Ces traitements nécessitent un bilan préthérapeutique, une surveillance par une prise de sang régulièrement			
b. Ces traitements agissent très rapidement, dès la première semaine			
c. Le méthotrexate peut faire baisser les globules blancs et rouges			
d. La ciclosporine peut diminuer la tension artérielle			
e. La ciclosporine peut être utilisée chez les femmes enceintes			
<b>10. Les biothérapies</b>			
a. Ces traitements nécessitent un bilan préthérapeutique			
b. Ces traitements sont recommandés uniquement s'il existe une atteinte articulaire associée			
c. Il existe plusieurs types de biothérapie			
d. Le traitement par biothérapie doit être interrompu lors d'une infection sévère, intervention chirurgicale, grossesse et allaitement			
e. Si une injection a été oubliée, il ne faut pas continuer le traitement			
Score total de l'échelle	(0 à 50)		

Annexe 8 : Atelier 1 « Connaissances sur la maladie »(52)

Objectifs	Connaissances à acquérir	Outils
Être capable de définir le psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Maladie chronique, évoluant par poussées</li> <li>-Non contagieuse</li> <li>-Prédisposition génétique (implication de plusieurs gènes). La transmission familiale de la maladie n'est pas automatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remue méninge</li> <li>Metaplan</li> <li>Démonstrations</li> <li>Descriptions</li> <li>Photo, dessins</li> </ul>
Être capable de citer les facteurs aggravants/déclenchants des poussées	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Stress physique (fatigue) et psychique</li> <li>-Certains médicaments – bêtabloquants, corticoïdes systémiques</li> <li>-Alcool</li> <li>-Tabac</li> <li>-Certaines infections (ex. angine)</li> <li>-Grattage, frottement (phénomène de koebner), traumatismes (interventions chirurgicales)</li> </ul>	
Être capable de reconnaître les différentes formes de psoriasis	<p><i>Psoriasis en plaques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Forme la plus fréquente ;</li> <li>-Lésions (plaques) rouges rondes ou ovales –recouvertes par des squames (peaux blanches qui tombent) ;</li> <li>-Topographie (atteinte) des lésions : zones bastion (cuir chevelu, genoux, coudes, région lombosacrée) ;</li> <li>-Parfois prurit (démangeaisons) ;</li> <li>-Lésions le plus souvent symétriques ;</li> <li>-Localisations muqueuses (dans la bouche et au niveau génital ; gênant la vie intime et la sexualité) ;</li> <li>-Localisations unguéales</li> </ul> <p><i>Psoriasis en gouttes</i>  <i>Psoriasis inversé (atteinte des plis)</i>  <i>Formes compliquées :</i>  <i>Psoriasis articulaire (avec une atteinte des articulations qui peut être périphérique et/ ou axiale ; petites articulations des mains et pieds, articulations du bassin, cervicale, sternum)</i>  <i>Érythrodermie</i>  <i>Psoriasis pustuleux</i>            Un patient peut passer d'une forme à l'autre au cours de son évolution</p>	
Être capable de reconnaître les possibles pathologies associées	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Certaines maladies semblent plus souvent associées au psoriasis, comme par exemple :</li> <li>-L'obésité,</li> <li>-Le diabète,</li> <li>-Les maladies cardiovasculaires, notamment l'hypertension et l'infarctus du myocarde,</li> <li>-L'augmentation des graisses dans le sang,</li> <li>-La dépression,</li> <li>-La consommation excessive d'alcool et de tabac.</li> </ul>	

Objectifs	Connaissances à acquérir	Outils
Être capable de reconnaître et éviter les facteurs aggravants et améliorants	Ex. : Arthur a 20 ans et il a un psoriasis depuis 2 ans. Il a reçu un traitement par une pommade qui n'est pas agréable à passer parce qu'elle est trop grasse. Il a beaucoup des peaux mortes et donc il a pris l'habitude de les enlever devant la télé. Son psoriasis s'aggrave, surtout cet été où il a beaucoup fait la fête Y a-t-il des solutions pour améliorer la peau d'Arthur?	Mise en situation
Être capable de comprendre la transmission génétique	Ex. : Raphaël est marié avec Cécile. Ils envisagent d'avoir un enfant probablement l'année prochaine mais ils sont très inquiets. Cécile a un psoriasis sévère depuis ses 11 ans. Elle a peur que son enfant aussi ait du psoriasis. Que lui dire?	
Être capable de connaître la non-contagiosité et adapter le comportement en conséquence	Ex. : Marie travaille dans une pâtisserie. Elle risque de perdre son travail parce qu'elle vient d'avoir une poussée de psoriasis et elle a beaucoup de plaques sur les mains et coudes. Elle ne sait pas comment faire pour protéger ses clients afin qu'ils n'attrapent pas la maladie. Avez-vous des conseils?	
Être capable de reconnaître les possibles maladies associées	Ex. : Marcel 1,75, 90 kg, faisait du rugby, il a arrêté à cause de son psoriasis. Il a pris beaucoup du poids. Il aime bien manger du saucisson et du fromage. Il fume 1 paquet par jour et son médecin lui a dit qu'il avait un peu de tension et trop de sucre dans le sang, et qu'il risquait un infarctus. Quels conseils lui donneriez-vous?	

Annexe 9 : Atelier 2 « Le mécanisme de la maladie et les traitements » (52)

Objectifs	Compétences de savoir	Outils
<i>Savoir expliquer le mécanisme de la maladie</i>	Accélération du renouvellement de la peau (4 jours au lieu de 28 jours)	Metaplan Questions ouvertes Schéma de la peau Manipulation d'échantillons de traitements (tubes, shampoing)
<i>Connaître le but des traitements</i>	Épaississement de la peau avec production excessive de peaux mortes : les squames Inflammation de la peau : rougeur, dilatation des vaisseaux Migration de cellules du sang (qui font partie du système de défense – immunitaire) dans la peau	
<i>Savoir citer les différents traitements disponibles</i>	Ralentir le renouvellement rapide de la peau et contrôler l'inflammation  Traitements locaux  Traitements systémiques : photothérapie, soriatane, ciclosporine, méthotrexate Biothérapies	
<i>Savoir quand utiliser les traitements locaux</i>	Quand il existe des plaques inflammatoires  Dès l'apparition d'une nouvelle poussée	
<i>Savoir quand utiliser les traitements systémiques</i>	Quand il existe une importante altération de la qualité de vie Quand le psoriasis est trop étendu (modère/sévère) Quand les traitements locaux ne sont plus efficaces	
<i>Savoir comment utiliser les traitements systémiques</i>	-Photothérapie (traitement par ultraviolets) :  Nombre maximal de séances dans une vie (200) parce qu'il existe un risque de cancer de peau, 2 à 3 séances par semaine chez le dermatologue ; -PUVA – traitement pas UV avec la prise d'un médicament 2 heures avant les séances (méladinine) ; protection des yeux après la séance par des lunettes de soleil ; -Actrétine : Utilisé seul/ en association avec photothérapie, comprimés tous les jours, surveillance par prise de sang ; -Méthotrexate. Comprimés 1 fois/ semaine, toujours le même jour, associer une vitamine (acide folique), résultats visibles à partir de 2 semaines-3 mois, surveillance par prise de sang ; -Ciclosporine. Action relativement rapide, comprimés tous les jours, indiquée surtout chez les jeunes, surveillance par prise de sang.	
<i>Savoir reconnaître les effets indésirables de son traitement</i>	Soins locaux : i) corticoïdes : amincissent la peau, dilatation des vaisseaux ; ii) vitamine D : irritation de la peau, sensation de brûlure (surtout si application sur le visage ou dans les plis).	

Objectifs	Compétences de savoir	Outils
	<p>-Acitrétine : sécheresse des lèvres, sécheresse buccale et sensation de soif, les sensations de gravier dans les yeux, la peau sèche ; augmentation du taux des graisses dans le sang (triglycérides) ; possibles malformations fœtales (contraception obligatoire pendant et après le traitement).</p> <p>-Méthotrexate : peut faire baisser les globules blancs (risque d'infection) et les globules rouges sanguins (anémie) ; perturbation de la fonction du foie (la raison pour laquelle il est souhaitable de réduire la consommation d'alcool) ; utiliser des moyens de contraception pendant le traitement (contre-indiqué d'avoir une grossesse) car possibles malformations fœtales.</p> <p>-Ciclosporine : peut entraîner des perturbations de la fonction du rein en cas de traitement prolongé surveillance de la tension car peut augmenter les valeurs de la tension artérielle ; pas de nécessité de contraception.</p>	
<i>Savoir quand et comment utiliser les traitements biologiques</i>	<p>-Indiqués en cas de non réponse ou d'intolérance aux autres traitements ;</p> <p>-Nécessite un bilan préalable : un examen clinique, une prise de sang, une radiographie du thorax et la recherche de tuberculose ;</p> <p>-Peuvent réduire les défenses immunitaires contre les infections et contre les cancers ;</p> <p>-Ils ne doivent pas être utilisés chez les patients atteints de cancer.</p> <p>-Il faut informer tous les médecins intervenants et le chirurgien dentiste ;</p> <p>-En cas d'infection survenant lors de ces traitements il est important de consulter ;</p> <p>-Une mise à jour des vaccinations est indispensable.</p>	
<i>Savoir ce qu'on peut attendre des autres traitements</i>	Certains traitements ou certaines pratiques n'ont pas d'efficacité démontrée : homéopathie, compléments alimentaires, magnétiseurs, ostéopathie, naturopathie. . .	
<i>Savoir comment nous faisons le choix du traitement</i>	<p>-La localisation des lésions ;</p> <p>-La surface corporelle atteinte ;</p> <p>-L'existence d'une atteinte articulaire ;</p> <p>-Le retentissement du psoriasis sur la vie personnelle, sociale et professionnelle ;</p> <p>-L'âge du patient ;</p> <p>-Les autres traitements reçus et les attentes par rapport au traitement ;</p> <p>-La commodité du traitement et son intégration dans la vie quotidienne ;</p> <p>-La discussion entre le médecin et le patient : c'est un choix partagé.</p>	
<i>Reconnaître les critères de choix du traitement et les contre-indications du méthotrexate</i>	<p>Ex. : lisez la situation suivante et essayez de résoudre !</p> <p>« J'ai 30 ans et j'ai mon psoriasis depuis l'âge de 10 ans ; je n'ai jamais eu de traitement. Je viens de me marier et l'année prochaine je veux avoir des enfants. Il m'a été proposé du méthotrexate. »</p> <p>Que conseillerez-vous ?</p>	Mise en situation

Objectifs	Compétences de savoir	Outils
<p><i>Reconnaître :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-les facteurs aggravants,</li> <li>-le caractère chronique,</li> <li>-l'importance des soins locaux,</li> <li>-les indications de la photothérapie,</li> <li>-l'existence d'autres traitements.</li> </ul>	<p>Ex. : lisez et répondez !</p> <p>« J'ai 25 ans et je suis étudiante en droit, j'ai du psoriasis depuis 2 ans. Je fais déjà les soins locaux, mais je passe mes partiels dans un mois et mon psoriasis s'aggrave. Je n'arrive plus à les faire de manière continue. Le médecin m'a prescrit des séances de photothérapie en UVB. Je ne connais pas les risques de ce traitement ni les précautions à prendre, ni dans combien de temps je serai guérie ! Dans tous les cas je pourrai peut-être me passer des soins locaux ! Qu'en pensez-vous, quels sont les conseils que vous pourriez me donner ? Et si ça ne marche pas pourrai-je avoir un autre traitement ? »</p>	
<p><i>Connaître le traitement par la ciclosporine</i></p>	<p>Ex. : lisez la situation et essayez de répondre</p> <p>« J'ai un psoriasis depuis l'âge de 22 ans. J'ai déjà eu des traitements locaux mais il n'y a rien qui marche. Je ne sais plus quoi faire. J'ai entendu qu'il y a un traitement qui réagit vite mais je n'en sais pas plus ! »</p> <p>Que conseillerez-vous ?</p>	



Annexe 10 Atelier 3 "Vivre avec son psoriasis au quotidien" (52)

Objectifs	Compétences	Outils
Être capable d'adapter les traitements à sa vie quotidienne	Savoir repérer les obstacles au traitement	Faire exprimer aux patients leurs difficultés en fonction des différents temps de la journée (lever, habillage, maquillage, travail, télé, coucher...)
	Temps Inconfort cutané Aspect gras, collant des traitements Coût... Chercher des alternatives pour chaque difficulté repérée	Aider chaque patient à élaborer son plan d'action personnalisé
Être capable d'agir sur les facteurs aggravants du psoriasis : tabac, alcool, stress, grattage, hygiène de vie	Tabac, alcool : aides possibles	Cas cliniques
	Stress : cs psy, relaxation, yoga, sophrologie, pratique d'un sport ou d'un loisir... Alternatives au grattage : crème au réfrigérateur, massage avec émollient, relaxation, hypnose...	Chaque patient identifie une difficulté, puis une stratégie pour la surmonter et essaye de l'améliorer à son domicile Contrat : « seriez-vous prêt à vous "engager" » sur un changement concernant votre psoriasis (limiter un facteur aggravant, améliorer le traitement, changer une attitude...)
Être capable de s'exprimer sur des situations difficiles du quotidien en lien avec le psoriasis	Contact physique	Jeu de rôle
	Image de soi	« Vous avez peut-être déjà rencontré des situations où le psoriasis vous a empêché de faire des choses, de rencontrer des gens, vous a rendu malheureux... »
	Difficultés à s'habiller, se coiffer Regard de l'autre	Vous allez réfléchir seuls pendant 5 minutes sur une situation concrète qui vous pose ou vous a posé problème. Écrivez-la
	Vie de couple Vie de famille	
Être capable d'élaborer des stratégies pour surmonter ces situations, les éviter ou en diminuer la souffrance	Relation avec les amis, les collègues de travail	Le premier patient expose sa situation, nous proposons à 2 autres patients de jouer la situation Qu'avez-vous ressenti en jouant la scène ? En la regardant ? Qui veut la rejouer avec d'autres alternatives ? Choisir 1 ou 2 situations. Si besoin, utiliser des fiches de mise en situation préexistantes
	Travail	
	Loisirs : piscine, plage, sport...	
Être capable de demander de l'aide	À un proche	Coordonnées des personnes à contacter (service, association)
	À des soignants (IDE, médecins, psy...)	
	À des associations de patients	

Annexe II : Grille d'évaluation des connaissances sur le psoriasis et ses traitements (52)

Connaissances sur le psoriasis	Vrai	Faux	Je ne sais pas
<b>1. À propos du psoriasis</b>			
a. Est une maladie chronique			
b. Peut être contagieux			
c. Est une maladie génétique			
d. Si quelqu'un a du psoriasis, forcément son enfant en aura			
e. La seule cause de psoriasis est le stress			
<b>2. Formes cliniques de psoriasis</b>			
a. Le psoriasis est souvent en plaques			
b. Le psoriasis peut être érythrodermique			
c. On ne parle pas de psoriasis s'il n'y a pas de squames			
d. Un psoriasis n'est jamais articulaire			
e. Il existe des psoriasis pustuleux			
<b>3. Mécanisme d'apparition du psoriasis</b>			
a. Le système immunitaire est impliqué dans l'apparition du psoriasis			
b. La peau se renouvelle trop lentement			
c. Dans le psoriasis, la peau est inflammée (peau rouge)			
d. Dans le psoriasis, la peau est épaissie			
e. L'inflammation peut provoquer des démangeaisons			
<b>4. Localisation du psoriasis</b>			
a. Les plis du corps peuvent être atteints			
b. Les localisations fréquentes sont : les coudes, les genoux, le cuir chevelu et la région lombaire			
c. Le psoriasis n'est jamais localisé au niveau des muqueuses (buccales/génitales)			
d. Les ongles peuvent être atteints			
e. Le psoriasis ne touche presque jamais les articulations			
<b>5. Facteurs améliorants et/ou aggravants de psoriasis et maladies associées</b>			
a. Les frottements, les griffures peuvent aggraver une poussée de psoriasis			
b. Le plus souvent le soleil aggrave le psoriasis			
c. La consommation d'alcool et tabac n'ont pas d'impact sur la maladie			
d. L'obésité est rare parmi les patients atteints de psoriasis			
e. Le risque de maladies cardiovasculaires n'est pas augmenté dans le psoriasis			



Connaissances sur le psoriasis		Vrai	Faux	Je ne sais pas
<b>6. Traitements du psoriasis</b>				
<i>Soins locaux</i>				
a. Le psoriasis peut se traiter en utilisant uniquement des pommades et crèmes				
b. Une hydratation quotidienne par des crèmes est utile				
c. Les dermocorticoïdes s'appliquent 2 à 3 fois/jour				
d. Il est important de compter le nombre de tubes utilisés/semaine				
<b>7. Les traitements systémiques utilisés dans le psoriasis</b>				
a. Méthotrexate, ciclosporine, acitrétine ou photothérapie peuvent améliorer le psoriasis				
b. La prednisonne et les antibiotiques peuvent améliorer le psoriasis				
c. Les biothérapies peuvent améliorer le psoriasis				
d. L'âge du patient et ses maladies associées n'influencent pas le choix du traitement				
e. Le choix du traitement va dépendre de la sévérité du psoriasis et des traitements antérieurs utilisés mais pas de la qualité de vie				
<b>8. Concernant la photothérapie et l'acitrétine</b>				
a. Il existe un seul type de photothérapie				
b. Il existe un nombre maximal de séances de photothérapie (200 séances)				
c. Il faut bien hydrater la peau après chaque séance de photothérapie ou lors du traitement par acitrétine				
d. Lors d'un traitement par acitrétine, la contraception est obligatoire				
e. L'acitrétine ne modifie pas les graisses dans le sang				
<b>9. Concernant le méthotrexate et la ciclosporine</b>				
a. Ces traitements nécessitent un bilan préthérapeutique, une surveillance par une prise de sang régulièrement				
b. Ces traitements agissent très rapidement, dès la première semaine				
c. Le méthotrexate peut faire baisser les globules blancs et rouges				
d. La ciclosporine peut diminuer la tension artérielle				
e. La ciclosporine peut être utilisée chez les femmes enceintes				
<b>10. Les biothérapies</b>				
a. Ces traitements nécessitent un bilan préthérapeutique				
b. Ces traitements sont recommandés uniquement s'il existe une atteinte articulaire associée				
c. Il existe plusieurs types de biothérapie				
d. Le traitement par biothérapie doit être interrompu lors d'une infection sévère, intervention chirurgicale, grossesse et allaitement				
e. Si une injection a été oubliée, il ne faut pas continuer le traitement				
<b>Score total de l'échelle</b>		<b>(0 à 50)</b>		

## SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de cette Faculté et de mes Condisciples,

Je promets et je jure :

D'être fidèle dans l'exercice de la Pharmacie aux lois de l'honneur, de la probité, et du désintéressement ;

D'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la santé publique, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

De ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de rester digne de leurs enseignements.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes confrères si je manquais à mes engagements.



*En présence des Maîtres de cette  
Faculté et de mes Condisciples,*

*je promets et je jure :*

**D**'être fidèle dans l'exercice de la Pharmacie  
aux lois de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

d'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt  
de la santé publique, sans jamais oublier ma responsabilité  
et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

de ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état  
pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ;

de ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés  
ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes  
de mon art et de rester digne de leurs enseignements.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois méprisé de mes confrères si je manquais à mes engagements.





**Résumé :**

Améliorer la prise en charge des maladies chroniques est une question de santé publique qui a traversé les générations. En 2022, il existe de nombreux outils et solutions pour améliorer cette prise en charge notamment via l'éducation thérapeutique du patient. Un focus a été fait sur le psoriasis, et sur les outils et solutions proposés qui lui sont proposés.

L'approche « Patient Centric » était auparavant une approche révolutionnaire, c'est désormais une approche courante lorsque l'on cherche à traiter de maladies chroniques.

**Mot-clés :**

- Education thérapeutique du patient
- Psoriasis
- Patient Centricity
- Approches patient
- Grand Public
- Solutions innovantes
- Digital