



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Ressenti sur la prise en charge de la dermatite atopique en médecine générale : regards croisés des patients et de leur médecin traitant

Présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2022 à 14 heures
Au Pôle Formation
Par Paul-Arthur LANGLET

JURY

Président :

Madame le Professeur Delphine STAUMONT-SALLE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Frédéric DEZOTEUX

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Manon DUBOIS

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ADCT	Atopic Dermatitis Control Tool
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CDLQI	Children's Dermatology Life Quality Index
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Intervalle de Confiance
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DA	Dermatite Atopique
DC	Dermocorticoïdes
DLQI	Dermatology Life Quality Index
DU	Diplôme Universitaire
EASI	Eczema Area and Severity Index
FDLQI	Family Dermatology Life Quality Index
IDQOL	Infants Dermatitis Quality of Life Index
IL	Inter-Leukine
JAK	Just Another Kinase
MG	Médecin Généraliste
OR	Odds-Ratio
ORL	Oto-Rhino-Laryngé
PEC	Prise En charge
PO-SCORAD	Patient Outcome- Scoring Atopic Dermatitis
QCM	Questions à Choix Multiples
SCORAD	Scoring Atopic Dermatitis
vIGA-AD	Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis

Table des matières

Résumé	13
Introduction	14
I. Épidémiologie	14
II. Facteurs de risque	15
III. Clinique	15
IV. Diagnostic	18
V. Complications	19
A. <i>Infectieuses</i>	19
B. <i>Retentissement sur la qualité de vie</i>	19
VI. Comorbidités	20
VII. Physiopathologie	20
VIII. Traitement	21
A. <i>Traitement de fond de la DA en médecine générale</i>	22
B. <i>Traitement des poussées de DA en médecine générale</i>	22
C. <i>Traitements de seconde ligne réservés aux dermatologues</i>	24
D. <i>Autres traitements</i>	25
IX. Contexte	25
X. Objectif	26
Matériels et méthodes	27
I. Type d'étude	27
II. Recrutements	27
A. <i>Patients</i>	27
B. <i>Médecins</i>	27
III. Données recueillies	28
IV. Éthique	28

V. Analyses statistiques	29
A. <i>Statistiques descriptives</i>	29
B. <i>Statistiques analytiques</i>	29
Résultats	30
I. Diagramme de flux	30
II. Analyse descriptive des populations de l'étude	31
A. <i>Description de la population de patients</i>	31
B. <i>Description de la population de MG</i>	32
III. Analyse descriptive du parcours de soins des patients	33
IV. Analyse descriptive de la prise en charge des médecins généralistes	36
V. Analyse de la satisfaction des patients et des médecins généralistes	37
A. <i>Regard croisé sur la satisfaction</i>	37
B. <i>Déterminants de la satisfaction des patients</i>	40
VI. Reprise du suivi en médecine générale	41
A. <i>Reprise du suivi</i>	41
B. <i>Patients</i>	42
C. <i>Médecins généralistes</i>	43
VII. Pistes d'amélioration	44
A. <i>Patients</i>	44
B. <i>Médecins généralistes</i>	44
VIII. Remarques et commentaires	45
Discussion	46
I. Concernant la méthodologie	46
II. Principaux résultats	48
III. Perspectives	51
Conclusion	54
Références bibliographiques	55
Annexes	59

RESUME

Introduction : La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique fréquente dont l'incidence est en augmentation. Elle représente un motif fréquent de consultation en médecine générale, et peut dans la majorité des cas être traitée par des soins locaux par dermocorticoïdes. Néanmoins, les dermatologues restent très sollicités, et la reprise du suivi de la DA en médecine générale semble peu développée contrairement à d'autres pathologies chroniques.

Méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive par auto-questionnaire auprès des patients atteints de DA consultant dans le service de dermatologie du CHU de Lille et de leur MG. L'objectif est d'évaluer leur satisfaction sur la prise en charge de la DA en médecine générale afin d'identifier des pistes d'amélioration pour favoriser le suivi de la DA par les MG après une consultation en dermatologie au CHU de Lille.

Résultats : Entre mai et août 2022 nous avons recueilli les réponses de 37 patients et de 27 MG. La médiane de satisfaction des patients concernant la prise en charge de la DA était de 6/10 ($Q_1=3$; $Q_3=8$) et celle des médecins était de 7/10 ($Q_1=6$; $Q_3=8$). Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation statistiquement significative entre la satisfaction du patient et de son MG. Le critère principal d'insatisfaction des patients était le manque d'efficacité du traitement (48,6%) et l'élément de satisfaction majoritaire était le délai de consultation court (56,8%). Les MG se sentaient globalement à l'aise tant sur le diagnostic qu'en thérapeutique avec une médiane à 7/10. La totalité des MG étaient prêts à reprendre le suivi de leur patient tandis que seuls 18,9% des patients l'envisageaient.

Conclusion : Les MG semblent satisfaits de leur prise en charge et favorables à la reprise du suivi de la DA. Les freins semblent plutôt venir des patients qui sont moins satisfaits et peu enclins à la reprise du suivi par leur MG. L'information du patient par le MG et le dermatologue quant à la possibilité du suivi conjoint de cette pathologie chronique et l'éducation thérapeutique pourraient améliorer la satisfaction et favoriser la reprise du suivi en médecine générale.

INTRODUCTION

La dermatite atopique (DA), également appelée eczéma atopique, est une pathologie cutanée inflammatoire chronique d'origine multifactorielle, alternant des phases de poussées aiguës et des phases de rémission.

I. Épidémiologie

La DA est une dermatose très fréquente qui touche majoritairement les enfants, mais aussi les adultes. Les données épidémiologiques récentes chez l'enfant (0-18 ans) font état d'une prévalence de la DA entre 8,4 et 18,6% en Europe et 16,5% en France dont 18,1 % chez les enfants de 6 mois à 6 ans, 17,1 % chez les enfants de 6 à 12 ans et 14,3 % chez les adolescents de 12 à 18 ans (1).

Chez l'adulte (18-64 ans), sa prévalence est estimée entre 2,2 et 8,1% en Europe et 3,6% en France (2). L'incidence de la DA a été multipliée par 2 à 3 durant les dernières décennies dans les pays industrialisés et continue d'augmenter (3,4). La prévalence de la DA est légèrement plus importante chez les femmes, elles représentent 55% des cas chez les adultes en France, quand chez les enfants il ne semble pas y avoir de tendance qui se dégage.

Elle débute le plus souvent entre 3 et 6 mois de vie, avec environ 60% des cas apparaissant durant la première année et 90% avant l'âge de 5 ans (5,6). Son évolution est généralement favorable en quelques mois à quelques années avec une rémission spontanée d'environ 70% avant l'adolescence (4). Cependant, on estime que 10 à 30% des DA ayant débutée dans l'enfance persistent à l'âge adulte dont 20% de DA persistant 8 ans après le diagnostic et 5% de DA persistant 20 ans après le diagnostic initial (5,7). Elle peut aussi, moins fréquemment, débiter plus tardivement chez les adolescents et les adultes (3,5,8).

II. Facteurs de risque

La survenue d'une DA est un phénomène multifactoriel. Une prédisposition génétique est tout de même évoquée dans la plupart des cas (9). En effet, le facteur de risque principal de développer une DA est la présence d'un antécédent familial d'atopie au 1^{er} degré, observée chez 70% des patients (10,11). À ce jour, il a été mis en évidence 32 *loci* chromosomiques de susceptibilité, impliquant des gènes de l'immunité innée et adaptative ou des gènes de la structure de l'épiderme (9), expliquant cependant moins de 20% des DA. Le plus important et le plus étudié des facteurs de risque génétique est la mutation du gène codant la filaggrine, une protéine de structure de l'épiderme (12). Pour autant environ 60% des porteurs de la mutation de ce gène ne développeront pas de DA (13).

Les facteurs de risque environnementaux de DA ne sont pas encore totalement connus mais ils s'orientent vers les causes d'altération de la diversité des microbiomes cutanés et digestifs parmi lesquelles on note l'utilisation répétée d'antibiotiques à large spectre et le mode de vie urbain. Les infections bactériennes et virales dans l'enfance, l'éviction des acariens, l'allaitement maternel et une diversification alimentaire tardive ne semblent pas avoir d'influence sur la survenue de la DA (11,14,15).

III. Clinique

Les symptômes caractéristiques de la DA comprennent un prurit, un érythème papulo-vésiculeux, une xérose, des excoriations, voire une lichénification selon leur chronicité (12).

Ils varient en localisation et en intensité d'un patient à l'autre, notamment selon l'âge (Figure 1) et la durée d'évolution de la DA. Typiquement, les lésions de DA atteignent les zones convexes du visage (front et joues) chez le nourrisson, les plis des membres chez l'enfant. Chez l'adulte on note une plus grande variabilité et une disparité des zones atteintes avec tout de même une atteinte préférentielle du cou, des mains et des plis des membres (3,16).

Les diagnostics différentiels principaux de la DA sont la dermatite séborrhéique, la dermatite de contact, le psoriasis en plaque, la gale ainsi que le lymphome cutané (16).



Figure 1. Lésions dermatologiques de DA et leurs localisations typiques selon l'âge.

D'après Weidinger S. *et al.* (12)



Figure 2. Lésions de DA des joues et palpébrales.
Photographie issue du service de Dermatologie du CHU de Lille



Figure 3. Lésions de DA atteignant les plis des coudes.
Photographies issues du service de Dermatologie du CHU de Lille



Figure 4. Lésions de DA atteignant les plis des genoux.

Photographie issue du service de Dermatologie du CHU de Lille

IV. Diagnostic

Le diagnostic de la DA repose sur l'anamnèse et la clinique. Des critères diagnostiques ont été élaborés pour aider au diagnostic de la DA, notamment les critères de Hanifin et Rajka en 1980 (17) (Annexe 1), condensés et simplifiés par le *United Kingdom Working Party* en 1994 sous la forme des critères de Williams (18) (Annexe 2).

Des scores existent pour évaluer la sévérité de la DA et suivre son évolution (19) :

- Par le médecin : Eczema Area and Severity Index (*EASI* (20)) (Annexe 3), Scoring Atopic Dermatitis (*SCORAD* (21)) (Annexe 4), Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis (*vIGA-AD* (22)) (Annexe 5)
- Par le patient : en autonomie via une application sur téléphone avec le Patient Outcome-*SCORAD* (*PO-SCORAD*) (Annexe 6)

V. Complications

A. Infectieuses

- Infections bactériennes : impétiginisation à *Staphylococcus aureus* majoritairement ou *Streptococcus pyogenes*
- Infections virales : surinfection à *Herpes simplex virus* (*eczema herpeticum*) (23)

B. Retentissement sur la qualité de vie

Afin d'évaluer de façon globale la DA, il est important de prendre en compte son retentissement sur la qualité de vie du patient et de son entourage.

Cela peut se traduire par des répercussions sur la santé mentale avec notamment une majoration du risque de présenter de l'anxiété (OR 1,4 à 8,8), des symptômes de dépression (OR 1,2 à 9,9), de développer un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (OR 1,3) (24–26). En effet, une étude de Yu et Silverberg en 2015 rapportait la présence de symptômes de dépression chez environ un tiers des patients ayant une DA (27).

La DA peut également avoir un impact négatif sur le sommeil (28), les activités physiques, la vie professionnelle ou encore les dépenses financières (29).

De nombreux scores permettent d'évaluer en pratique courante la qualité de vie des patients atteints de DA (30,31) :

- Adultes : Dermatology Life Quality Index (*DLQI*) (Annexe 7),
- Enfants de 4 à 16 ans : Children's Dermatology Life Quality Index (*CDLQI*) (Annexe 8),

- Nourrissons de moins de 4 ans : Infants Dermatitis Quality of Life Index (*IDQOL*) (Annexe 9),

- Entourage : Family Dermatology Life Quality Index (*FDLQI*) (Annexe 10),

Plus simplement, quelques questions de repérage rapide de l'impact psychologique peuvent être posées lors de la consultation. Selon le retentissement et le vécu du patient, un suivi psychologique ou des programmes d'éducation thérapeutique sont à proposer pour alléger le fardeau de la maladie.

VI. Comorbidités

Il existe une association entre la DA et des comorbidités atopiques et non atopiques. Ces dernières peuvent être secondaires aux mécanismes physiopathologiques de la DA ou à l'impact de la DA sur le mode de vie. Ainsi, l'association avec les comorbidités est à double sens et multifactoriel.

- Comorbidités atopiques : asthme, rhinite et conjonctivite allergique, allergies alimentaires, œsophagite à éosinophile (32,33).

- Comorbidités non atopiques : dermatite de contact, anxiété, dépression, suicide, infections (cutanées, ORL, pulmonaires, urinaires), comorbidités cardiovasculaires (consommation d'alcool et/ou de tabac, obésité, hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, infarctus, AVC, ...) (33)

VII. Physiopathologie

La physiopathologie de la DA est plurifactorielle et n'est pas encore totalement élucidée à ce jour. Plusieurs mécanismes physiopathologiques sont intriqués, notamment l'altération de la barrière cutanée et une hyperréactivité immunitaire cellulaire (9).

La peau est un organe aux multiples fonctions. Elle est à la fois une barrière hydrique régulant l'évaporation cutanée, une barrière physique, une barrière photo-protectrice et une barrière antimicrobienne (34,35). Ceci est rendu possible grâce à la flore commensale cutanée, à l'architecture de l'épiderme (kératinocytes, protéines de structure comme la filaggrine et la kératine) et aux cellules de l'immunité du derme (lymphocytes).

Ainsi, l'altération de sa structure, notamment par la mutation du gène codant pour la flaggrine et pour la composition lipidique épidermique, induit une augmentation de la perméabilité cutanée. *In fine* cela se traduit par une majoration des pertes hydriques et de l'exposition aux allergènes et aux agents irritants (Figure 5).

Cette exposition accrue aux allergènes favorise d'autant plus l'hyperréactivité immunitaire de type 2 des patients atopiques entraînant une inflammation cutanée.

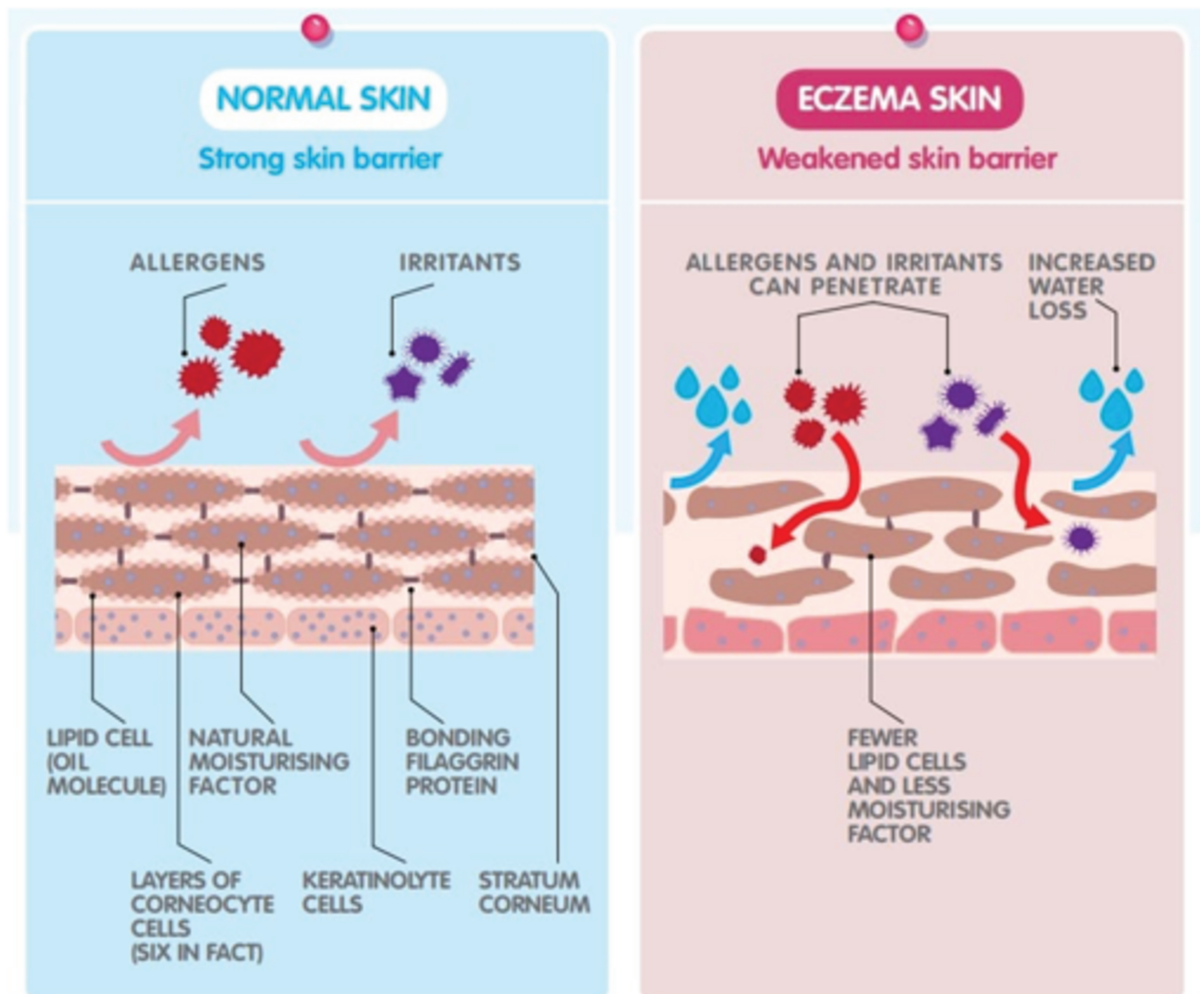


Figure 5. Conséquences de l'altération de la structure cutanée.

D'après la National Eczema Society (36).

VIII. Traitement

Actuellement le traitement de la DA est symptomatique et préventif mais ne permet pas de guérison. La prise en charge commence par la délivrance d'une information claire et adaptée au patient sur sa pathologie et sa chronicité, sur les règles

d'hygiène de vie à respecter pour éviter la recrudescence des poussées de DA et sur les traitements locaux proposés en traitement de fond et en cas de poussée.

Le contrôle de la DA peut facilement être évalué à l'aide du score Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT (37)) (Annexe 11), permettant un ajustement des thérapeutiques.

A. Traitement de fond de la DA en médecine générale

Le traitement de fond de la DA repose sur l'application quotidienne d'émollients sans parfum et sans alcool adaptés aux peaux atopiques. Le but est de restaurer la barrière épidermique en diminuant la perte d'eau transcutanée et en lui apportant des lipides (38,39), cela permet une réduction de la xérose et du prurit et ainsi à plus long terme une réduction de la consommation de dermocorticoïdes (40,41).

Il repose également sur certaines règles d'hygiène de vie :

- Éviction des substances allergènes, irritantes, détergentes
- Éviction du tabac (42)
- Favoriser des vêtements et textiles en lin et coton, éviter la laine et les vêtements synthétiques
- Éviter les bains ou douches longues et chaudes
- Utiliser pour la toilette des pains surgras ou syndet sans savon et sans parfum avec un pH neutre (38)

B. Traitement des poussées de DA en médecine générale

Le traitement de première intention de la poussée de DA en médecine générale repose sur les émollients et les dermocorticoïdes (DC) à visée anti-inflammatoire, antimitotique et immunosuppressive (39).

Le choix de la classe d'activité du DC à utiliser doit prendre en compte l'âge, la localisation et la sévérité de la poussée (40). La classification internationale des dermocorticoïdes les répertorie selon leur puissance (degré de vasoconstriction) :

- Classe IV (très forte) : clobétasol propionate, bétaméthasone dipropionate 0,05% (propylène glycol)
- Classe III (forte) : bétaméthasone valérate 0,1%, bétaméthasone dipropionate

- 0,05%, hydrocortisone butyrate, diflucortone valérate
- Classe II (modérée) : desonide, fluocortolone, bétaméthasone valérate 0,05%
 - Classe I (faible) : hydrocortisone

En pratique, les DC de classe I n'ont pas d'indication dans la DA, les DC de classe II sont indiqués sur le visage, les DC de classe III peuvent être utilisés sur le tronc, les membres, sur des lésions sévères et/ou lichénifiées, enfin les DC de classe IV sont à réserver en cas de poussées très sévères, ou pour les lésions palmoplantaires, mais sont à éviter sur le visage, et chez les enfants (39,43).

La quantité de DC à appliquer peut s'estimer avec la règle de la « phalangette » : un trait continu de DC sur la 3^{ème} phalange de l'index équivaut à 0,5g de produit permettant de traiter la surface de deux paumes de mains d'un adulte.

Le rythme d'application des DC est d'1 à 2 fois par jour sur la zone atteinte, mais il n'existe à ce jour pas de preuve d'une meilleure efficacité avec 2 applications par jour et une application quotidienne est donc le plus souvent recommandée (40).

La durée et le mode d'arrêt du traitement par DC ne font pas l'objet d'un consensus, ils varient selon les habitudes des praticiens. Il est possible d'arrêter les DC après disparition des lésions, comme il est possible de réaliser une décroissance en diminuant la quantité et/ou en espaçant les applications (39).

Le traitement par DC pourra être repris dès l'apparition des premiers symptômes d'une nouvelle poussée et ainsi permettre d'en limiter la sévérité.

Pour favoriser la compliance du patient et diminuer le risque d'échec du traitement il est recommandé de faire apparaître sur l'ordonnance le rythme, la durée et la quantité de DC à appliquer, en accompagnant la prescription d'une information adaptée et d'une réassurance autour de leur utilisation afin de lutter contre la corticophobie (44).

Les effets secondaires des DC sont directement liés à leur puissance, la quantité et la fréquence d'application. Sur le plan local ils sont rares, parmi eux on notera l'atrophie cutanée, l'hypopigmentation, la rosacée ou encore l'acné. Sur le plan

systémique ils sont exceptionnels ; sont évoqués entre autre la cataracte, l'hyperglycémie, l'hypertension, le syndrome de Cushing, l'insuffisance hypothalamo-hypophysaire (43). Ces potentiels effets secondaires, même s'ils sont rares, incitent à la prescription des fréquences et durées minimales recommandées et efficaces.

C. Traitements de seconde ligne réservés aux dermatologues

Malgré l'éviction des facteurs de risques et des traitements topiques bien conduits certaines DA persistent. Leur sévérité et leur impact sur la qualité de vie conduisent à orienter le patient vers un dermatologue qui pourra proposer d'autres traitements plus spécifiques.

On note parmi ces autres traitements de la DA à disposition des dermatologues (16,45,46) :

- Inhibiteurs de la calcineurine topiques : tacrolimus, pimécrolimus (non disponible en France)
- Inhibiteurs de la phosphodiesterase 4 topiques : crisaborole (non disponible en France)
- Photothérapie : UVB à spectre étroit ou UVA + UVB
- Immunosuppresseurs systémiques : ciclosporine, méthotrexate (hors AMM)
- Biothérapies :
 - Anticorps monoclonal humain dirigé contre la sous-unité alpha du récepteur de l'interleukine IL-4 et -13 : dupilumab
 - Anticorps monoclonal humain dirigé contre la sous-unité alpha du récepteur de l'interleukine IL-13 : tralokinumab
- Inhibiteurs de JAK : baricitinib, upadacitinib (AMM prévue en 2022), abrocitinib (AMM prévue en 2022)

Des avancées dans le traitement de la DA sont encore attendues dans les années à venir avec le développement de nouveaux inhibiteurs de JAK et de nouvelles biothérapies (45,47,48).

D. Autres traitements

Les antihistaminiques H1, les probiotiques, les compléments alimentaires, la phytothérapie et l'homéopathie ne sont pas recommandés dans le traitement de la DA, n'ayant pas fait preuve de leur efficacité (49–53).

IX. Contexte

Les consultations en médecine générale pour un motif dermatologique sont fréquentes, estimées à environ 5% (54), parmi lesquelles des études réalisées en Aquitaine et en Haute-Normandie font état respectivement de 17,5% et de 18,9% pour le motif de DA (55,56). De plus, la prévalence et l'incidence de la DA augmentant (4) il est à prévoir qu'elle génère davantage de consultations dans les années à venir.

On constate que pour 17% des consultations pour le motif de DA un avis dermatologique est jugé nécessaire par le médecin généraliste (MG) (55).

Le traitement de première intention reposant sur l'éducation aux règles d'hygiène de vie, l'application d'émollients et de dermocorticoïdes, il peut être instauré de manière simple et efficace par les MG permettant de ne pas adresser systématiquement le patient vers un dermatologue.

Pourtant, de nombreux patients consultent en dermatologie en milieu hospitalier pour une DA peu sévère et/ou ne nécessitant pas de traitement à prescription hospitalière, d'autres encore sont éloignés du CHU et présentent une DA bien contrôlée sous traitement à prescription hospitalière. Pour ces patients l'idée d'un suivi conjoint et alterné avec le médecin généraliste pourrait permettre de faciliter leur prise en charge.

De plus l'accès à une consultation spécialisée de dermatologie se complique. Les délais de consultation avec un dermatologue, estimés en moyenne à 95 jours en France en 2020 (57) et à 4 mois dans le Nord-Pas-de-Calais en 2019 (58), devraient continuer de s'allonger dans les prochaines années.

En effet la démographie des dermatologues en France décline significativement. On y comptait 4005 dermatologues en 2006 quand les prévisions les estiment à 2717 à l'horizon 2030 (59), soit une diminution de 32% en 24 ans. Cette diminution de

l'effectif s'explique notamment par le vieillissement de la population de dermatologues avec des départs en retraite qui ne sont pas compensés. En 2020, l'Assurance Maladie dénombrait 1303 dermatologues libéraux ayant plus de 60 ans sur les 2690 en exercice, soit 48,4% (60). Concernant la région Hauts-de-France, en 2020 on comptait 156 dermatologues libéraux en activité, dont 66 ont plus de 60 ans (42,3%). Ainsi la densité des dermatologues libéraux est de 2,6 pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France, quand la densité moyenne en France est de 4,0 (61).

X. Objectif

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer de manière croisée la satisfaction des patients atteints de DA pris en charge dans le service de Dermatologie du CHU de Lille et celle de leur médecin traitant sur la prise en charge de la DA en MG.

En croisant les regards de ces deux populations sur le parcours de soin et sur la prise en charge de la DA, en mettant en évidence les leviers et freins à la reprise du suivi en MG après une consultation en dermatologie au CHU, nous souhaitons identifier des pistes d'amélioration dans la prise en charge par le MG des patients atteints de DA ; et *in fine* favoriser la poursuite ou la reprise du suivi par les MG, seul ou conjointement avec le dermatologue.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive, monocentrique et non-interventionnelle traitant de données à caractère personnel entrant dans le cadre de la méthodologie MR-004. Elle a été menée auprès des patients consultants pour une DA dans le service de Dermatologie du CHU de Lille et de leur médecin traitant actuel.

II. Recrutements

A. Patients

Nous avons inclus l'ensemble des patients consultant pour une DA dans le service de dermatologie du CHU de Lille entre le 9 mai et le 12 août 2022.

Les patients inclus se voyaient remettre un auto-questionnaire (Annexe 12), accompagné d'une note d'information et d'un recueil de non-opposition (Annexe 13). Le questionnaire pouvait être rempli en salle d'attente ou à domicile puis transmis au médecin dermatologue.

Les patients présentant un trouble cognitif ou psychiatrique sévère, ne comprenant pas le français ou refusant de participer à l'étude n'ont pas été inclus.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

B. Médecins

Les médecins traitants des patients recrutés ont été contactés par téléphone ou par mail du 9 mai 2022 au 12 août 2022 afin de leur transmettre un auto-questionnaire (Annexe 14) qu'ils pouvaient retourner par mail, par fax ou par voie postale.

III. Données recueillies

Le questionnaire patient a recueilli les données sociodémographiques, le parcours de soin pour leur DA, leur satisfaction sur la prise en charge de leur DA par leur médecin traitant, les motivations et freins à la reprise d'un suivi dermatologique par leur médecin traitant.

Afin de préserver l'anonymat de nos patients vis à vis de leur médecin traitant, conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), les questions aux MG se sont portées sur leur ressenti global sur la prise en charge de leurs patients atteints de DA.

Ainsi le questionnaire médecin recueille les données sociodémographiques, leurs pratiques habituelles et leur satisfaction sur la prise en charge de la DA, les motivations et freins à la reprise du suivi de leurs patients ayant une DA après une consultation avec un autre spécialiste.

Ces deux questionnaires comportaient des questions à choix simple et des questions à choix multiples (QCM) avec un item « autre » permettant de rédiger une réponse personnalisée.

IV. Éthique

Une déclaration de conformité à la méthodologie de référence a été faite auprès de la CNIL par l'intermédiaire du délégué à la protection des données du CHU de Lille et acceptée avec une méthodologie de type MR-004 sous le numéro de référence DEC22-099 (Annexe 15).

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt et n'a bénéficié d'aucun financement.

V. Analyses statistiques

A. Statistiques descriptives

Les tableaux résument les variables catégorielles avec des effectifs et des fréquences par catégorie, et résument les variables quantitatives avec une médiane et un intervalle interquartile.

Les variables quantitatives ont été décrites par un histogramme, les variables catégorielles ont été décrites par un diagramme en barre.

Pour les questions à choix multiple, un diagramme en barre avec la fréquence des réponses positives par choix a été produit.

B. Statistiques analytiques

Les tests statistiques ont été effectués avec un seuil alpha de significativité de 5%.

Pour comparer le score de satisfaction des patients avec le score de satisfaction des médecins, un test de corrélation de Spearman a été effectué. Pour visualiser les relations entre ces paires de variables, des nuages de points accompagnés d'une courbe de régression robuste à la non-normalité et de leurs intervalles de confiance ont été produits.

Aucun test multivarié n'a été effectué par manque de puissance statistique, au vu de la faiblesse des effectifs.

Nous n'avons pas multiplié les tests exploratoires afin éviter l'inflation du risque alpha et de conclure à tort à une association statistiquement significative.

Toutes les analyses ont été réalisées avec les logiciels informatiques R version 4.2.1 et Excel.

RESULTATS

I. Diagramme de flux

Entre le 9 mai 2022 et le 12 août 2022, 37 patients ont été recrutés dans le service de dermatologie du CHU de Lille, et 27 des MG correspondants ont répondu au questionnaire. Parmi les 10 médecins qui n'ont pas répondu, 2 étaient en retraite et 8 n'ont pas donné suite.

Tous les questionnaires étaient complets, ainsi nous avons pu réaliser l'analyse descriptive des 37 patients et des 27 MG, puis l'analyse croisée de la satisfaction des 27 binômes (Figure 6).

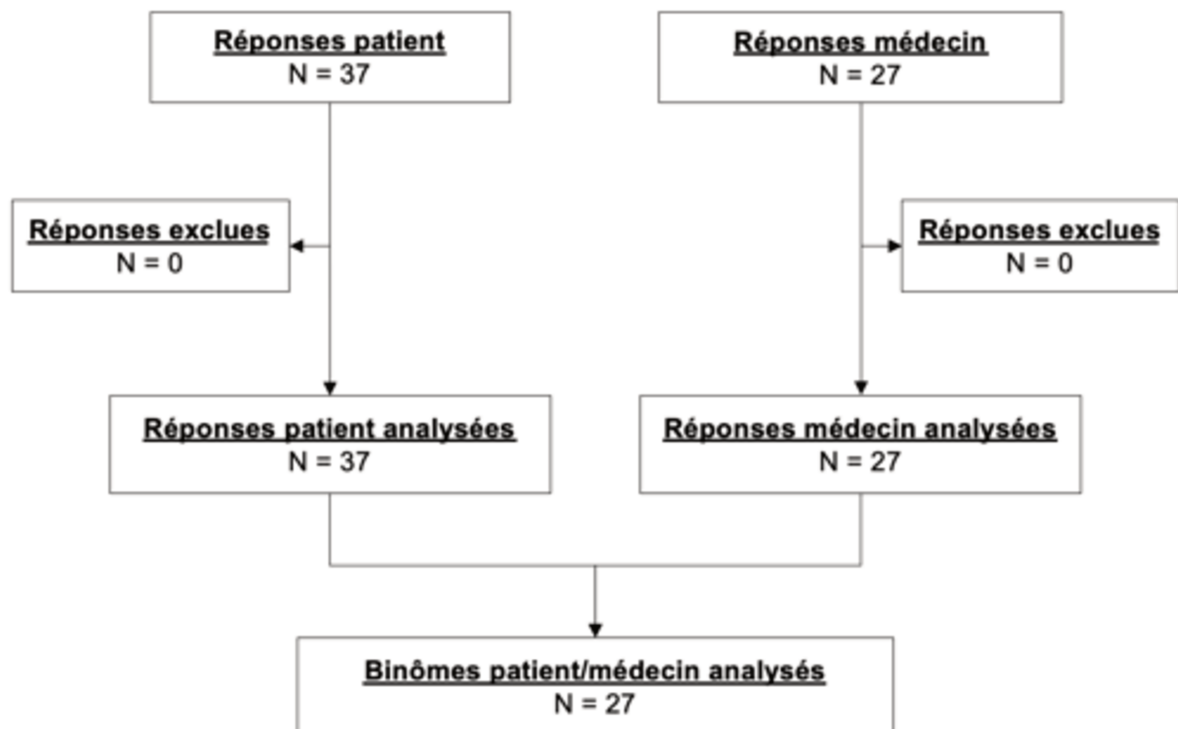


Figure 6. Diagramme de flux

II. Analyse descriptive des populations de l'étude

A. Description de la population de patients

Les caractéristiques des patients sont détaillées dans le Tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques des patients

Caractéristiques	N = 37
Genre : n (%)	
Homme	21 (56,8%)
Femme	16 (43,2%)
Autre	0 (0%)
Âge : médiane (Q₁ ; Q₃), ans	27 (20 ; 38)
Catégorie socio-professionnelle : n (%)	
Agriculteurs exploitants	0 (0%)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2 (5,4%)
Cadres et professions intellectuelles	5 (13,5%)
Professions intermédiaires	8 (21,6%)
Employés	8 (21,6%)
Ouvriers	2 (5,4%)
Autre	12 (32,5%)
Ancienneté du suivi par MG : médiane (Q₁ ; Q₃), ans	12 (2 ; 20)
Âge de début de la DA : n (%)	
Enfance	30 (81,1%)
Adolescence	5 (13,5%)
Adulte	2 (5,4%)
Ne sait pas	0 (0%)
Retentissement sur la vie quotidienne : n (%)	
Pas du tout	1 (2,7%)
Un peu	5 (13,5%)
Modérément	11 (29,7%)
Beaucoup	10 (27,0%)
Énormément	10 (27,0%)

Sur notre échantillon de 37 patients, on observait que la majorité étaient de jeunes adultes avec un âge médian de 27 ans, sans prédominance évidente de sexe. La durée du suivi par leur MG était très variable, allant de 1 à 42 ans.

Dans plus de 80% des cas, la DA avait débuté dans l'enfance. Son retentissement sur la vie quotidienne était variable dans notre population de patients, mais seuls 16,2% des patients se disaient peu ou pas du tout gênés.

B. Description de la population de MG

Les caractéristiques des MG sont détaillées dans le Tableau 2.

Tableau 2. Caractéristiques des MG

Caractéristiques	N = 27
Genre : n (%)	
Homme	19 (70,4%)
Femme	8 (29,6%)
Autre	0 (0%)
Âge : médiane (Q ₁ ; Q ₃), ans	54 (36 ; 62)
Année début d'exercice : médiane (Q ₁ ; Q ₃)	1998 (1990 ; 2012)
Mode d'exercice : n (%)	
Urbain	18 (66,7%)
Rural	1 (3,7%)
Semi-rural	8 (29,6%)
Autre	0 (0%)
Formation en dermatologie : n (%)	
Stage	3 (11,1%)
Diplôme universitaire (DU)	0 (0%)
Formation personnelle	6 (22,2%)
Aucune	18 (66,7%)
Autre	0 (0%)

Tableau 2. Suite

Caractéristiques	N = 27
Fréquence de DA rencontrée en consultation : n (%)	
> 4 / mois	7 (25,9%)
1-4 / mois	13 (48,2%)
< 1 / mois	7 (25,9%)
Ne sait pas	0 (0%)
Suivi de DA sévère : n (%)	
Oui	20 (74,1%)
Non	7 (25,9%)
Ne sait pas	0 (0%)

Notre échantillon de 27 MG était constitué majoritairement d'hommes, avec une médiane d'âge de 54 ans.

Seulement un tiers des MG interrogés avaient une formation en dermatologie, par le biais de stages durant leurs études médicales ou de formations personnelles.

La fréquence des consultations chez le MG pour motif de DA est importante, plus d'un quart des MG déclaraient en rencontrer plus de 4 fois par mois et près de trois quarts suivaient des formes sévères.

III. Analyse descriptive du parcours de soins des patients

Les éléments relatifs au parcours de soins des patients pour la prise en charge de leur DA sont détaillés dans le Tableau 3.

Tableau 3. Parcours de soins des patients

Caractéristiques	N = 37
Premier médecin consulté pour la DA : n (%)	
Médecin généraliste	31 (83,8%)
Dermatologue	4 (10,8%)
Pédiatre	1 (2,7 %)
Allergologue	0 (0%)
Ne sait pas	1 (2,7%)
Autre	0 (0%)

Tableau 3. Suite

Caractéristiques	N = 37
Délai de consultation après les premiers symptômes : n (%)	
< 1 an	17 (45,9%)
1-5 ans	8 (21,6%)
5-10 ans	2 (5,4%)
> 10 ans	2 (5,4%)
Ne sait pas	8 (21,6%)
Traitement(s) prescrit(s) par le MG : n (%)	
Aucun	3 (8,1%)
Émoullients	24 (64,9%)
Dermocorticoïdes	28 (75,7%)
Corticoïdes per os	3 (8,1%)
Ne sait pas	0 (0%)
Autre	0 (0%)
Efficacité ressentie du traitement prescrit par le MG : n (%)	
Suffisante	4 (10,8%)
Insuffisante	23 (62,2%)
Nulle	7 (18,9%)
Ne sait pas	3 (8,1%)
Orientation vers un autre spécialiste par le MG avant la consultation au CHU : n (%)	
Oui	20 (54,1%)
○ <i>Dermatologue</i>	17 (85,0%)
○ <i>Pédiatre</i>	0 (0%)
○ <i>Allergologue</i>	5 (25,0%)
○ <i>Ne sait pas</i>	0 (0%)
○ <i>Autre</i>	1 (5,0%)
Non	17 (45,9%)
Médecin orientant vers le service de dermatologie du CHU de Lille : n (%)	
Médecin généraliste	11 (29,7%)
Dermatologue libéral	12 (32,4%)
Pédiatre	0 (0%)
Allergologue	1 (2,7%)
Ne sait pas	2 (5,4%)
Autre	11 (29,7%)

Tableau 3. Suite

Caractéristiques	N = 37
Motif d'orientation vers le service de dermatologie du CHU de Lille : n (%)	
Demande du patient	9 (24,3%)
Incertitude diagnostique	1 (2,7%)
Sévérité de la DA	27 (73,0%)
Impasse thérapeutique	7 (18,9%)
Thérapeutique à prescription hospitalière	8 (21,6%)
Ne sait pas	0 (0%)
Autre	0 (0%)

Le MG était le médecin de premiers recours à la suite de l'apparition des premiers symptômes de DA pour la quasi-totalité des patients.

Les patients rapportaient pour la majorité d'entre eux la prescription par leur médecin traitant du traitement de référence, à savoir l'association d'émollients et de dermocorticoïdes. Néanmoins, seulement 10% des patients jugeaient le traitement efficace. A noter que les 3 patients ne sachant pas évaluer l'efficacité du traitement sont ceux qui n'ont reçu aucun traitement par leur MG.

À la suite de l'orientation vers un spécialiste par le MG, presque la moitié des patients ont consulté d'emblée un dermatologue du CHU de Lille, sans avis auprès d'un autre spécialiste libéral au préalable. Quand ce dernier était consulté, il s'agissait essentiellement du dermatologue libéral.

Les médecins orientant les patients vers le service de dermatologie du CHU de Lille étaient principalement les dermatologues et les MG. Pour les 11 patients ayant répondu « Autre », il s'agissait de l'entourage familial et amical pour 5 patients, du patient lui-même pour 4 patients ou d'un transfert de dossier entre hôpitaux pour 2 patients.

Le motif d'orientation principal vers le service de dermatologie du CHU de Lille rapporté par près de trois quarts des patients était la sévérité de leur DA. Les autres motifs notables étaient l'orientation à la demande du patient, pour la prescription d'un traitement hospitalier et pour impasse thérapeutique.

IV. Analyse descriptive de la prise en charge des médecins généralistes

Les éléments décrivant la prise en charge de la DA par les MG sont détaillés dans le Tableau 4.

Tableau 4. Prise en charge de la DA par les MG

Caractéristiques	N = 37
Traitement(s) prescrit(s) pour la DA : n (%)	
Aucun	1 (3,7%)
Émollients	25 (92,6%)
Dermocorticoïdes	26 (96,3%)
Corticoïdes per os	2 (7,4%)
Ne sait pas	0 (0%)
Autre	3 (11,1%)
Orientation vers un autre spécialiste : n (%)	
Oui	24 (88,9%)
○ <i>Dermatologue</i>	24 (100%)
○ <i>Pédiatre</i>	5 (20,8%)
○ <i>Allergologue</i>	9 (37,5%)
○ <i>Ne sait pas</i>	0 (0%)
○ <i>Autre</i>	0 (0%)
Non	3 (11,1%)
Orientation vers le service de dermatologie du CHU de Lille : n (%)	
Oui	17 (63,0%)
Non	10 (37,0%)
Motif d'orientation vers un autre spécialiste : n (%)	
Demande du patient	8 (29,6%)
Incertitude diagnostique	3 (11,1%)
Sévérité de la DA	23 (85,2%)
Impasse thérapeutique	18 (66,7%)
Thérapeutique à prescription hospitalière	10 (37,0%)
Manque de connaissance/formation en dermatologie	2 (7,4%)
Ne sait pas	0 (0%)
Autre	0 (0%)

Le traitement de référence de la DA par émoullients et dermocorticoïdes était largement prescrit par les MG.

Rarement, d'autres traitements non indiqués dans la prise en charge de la DA étaient également prescrits, comme les corticoïdes per os ou les antihistaminiques.

La quasi-totalité des MG déclaraient avoir déjà orienté l'un de leur patient atteint de DA vers un autre spécialiste. L'ensemble de ces MG adressaient vers un dermatologue, certains adressaient également vers un allergologue ou un pédiatre.

Les motifs d'orientation vers un autre spécialiste étaient principalement la sévérité de la DA et la situation d'impasse thérapeutique, suivis par la nécessité d'un traitement hospitalier et par la demande du patient.

V. Analyse de la satisfaction des patients et des médecins généralistes

A. Regard croisé sur la satisfaction

Le Tableau 5 expose les médianes et quartiles de la satisfaction des patients et de leur MG sur la prise en charge de la DA en médecine générale.

Tableau 5. Satisfaction sur la prise en charge de la DA en médecine générale

Satisfaction des patients : médiane (Q ₁ ; Q ₃)	6,0 (3,0 ; 8,0)
Satisfaction des médecins : médiane (Q ₁ ; Q ₃)	7,0 (6,0 ; 8,0)
○ Aisance au diagnostic	7,0 (7,0 ; 8,0)
○ Aisance thérapeutique	7,0 (6,5 ; 8,0)

La médiane de satisfaction des patients était à 6/10 avec un 1^{er} quartile à 3/10 et un 3^{ème} quartile à 8/10 (Figure 7).

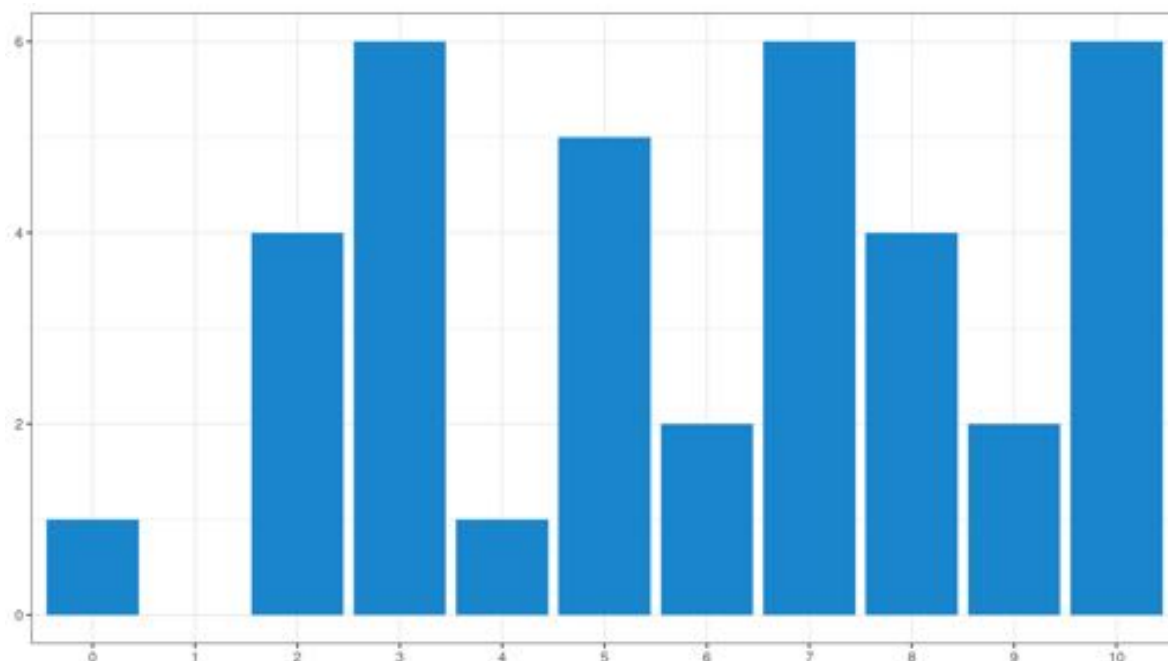


Figure 7. Satisfaction des patients sur la prise en charge de leur DA par leur MG

La médiane de satisfaction des MG était à 7/10 avec un 1^{er} quartile à 6/10 et un 3^{ème} quartile à 8/10 (Figure 8).

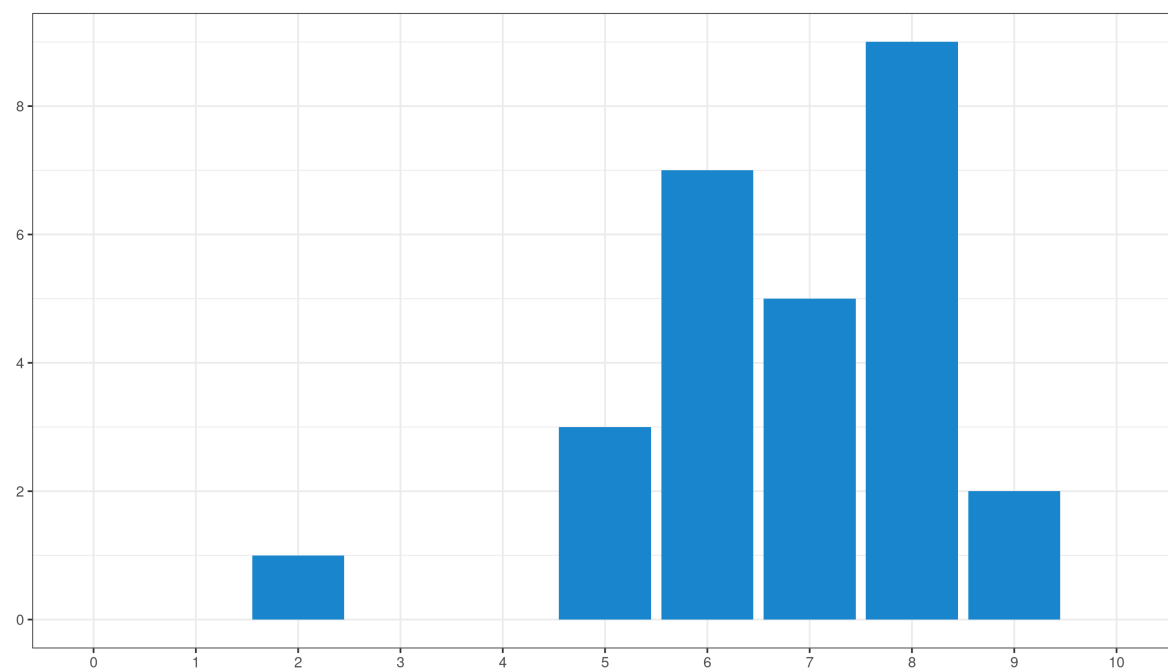


Figure 8. Satisfaction des MG sur la prise en charge des DA de leurs patients

La distribution de la satisfaction apparaissait différente entre les patients et les MG. L'écart interquartile pour les patients était de 5 points (3 ; 8) alors qu'il n'était que de 2 points pour les MG (6 ; 8).

Dans notre échantillon on ne mettait pas en évidence de corrélation statistiquement significative entre la satisfaction des patients et des médecins sur la prise en charge de la DA en MG (Figure 9).

Le coefficient de corrélation de Spearman (R) était de $-0,03$ (p -value = $0,88$).

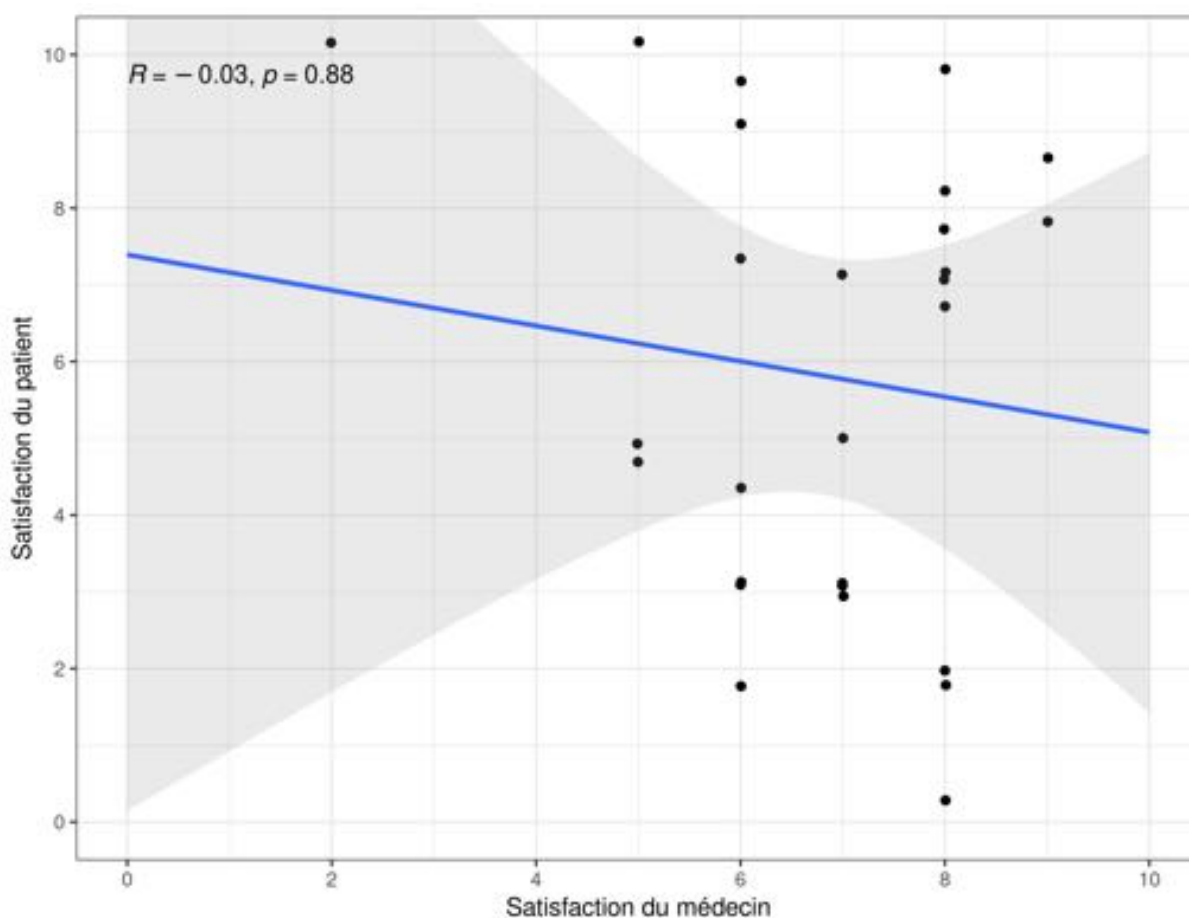


Figure 9. Coefficient de corrélation de Spearman entre la satisfaction des médecins et des patients

Nous avons réalisé deux tests exploratoires pour étudier la corrélation entre la satisfaction des patients et d'une part l'aisance diagnostique des MG et d'autre part l'aisance thérapeutique des MG. Nous n'avons pas retrouvé de corrélation statistiquement significative pour ces deux tests, avec respectivement $R = 0,22$ (p -value = $0,27$) et $R = 0,096$ (p -value = $0,63$).

B. Déterminants de la satisfaction des patients

Les motifs de satisfaction et d'insatisfaction des patients sur la prise en charge de leur DA par leur MG sont exposés dans le Tableau 6.

Tableau 6. Motifs de satisfaction et d'insatisfaction des patients

Caractéristiques	N = 37
Motifs de satisfaction : n (%)	
Délai de consultation court	21 (56,8%)
Rapidité du diagnostic de DA	14 (37,8%)
Explications sur la maladie	13 (35,1%)
Explications sur le traitement	4 (10,8%)
Efficacité du traitement	4 (10,8%)
Soutien psychologique et prise en compte de l'impact sur la qualité de vie	10 (27,0%)
Aucun	3 (8,1%)
Ne sait pas	2 (5,4%)
Autre	1 (2,7%)
Motifs d'insatisfaction : n (%)	
Délai de consultation long	0 (0%)
Diagnostic de DA long à poser	1 (2,7%)
Manque d'explications sur la maladie	5 (13,5%)
Manque d'explications sur le traitement	2 (5,4%)
Manque d'efficacité du traitement	18 (48,6%)
Manque de soutien psychologique et de prise en compte de l'impact sur la qualité de vie	5 (13,5%)
Aucun	9 (24,3%)
Ne sait pas	6 (16,2%)
Autre	2 (5,4%)

Les patients étaient en majorité satisfaits du délai de consultation court de leur MG. Néanmoins, seulement 10% des patients étaient satisfaits des explications sur le traitement et un tiers des explications sur la maladie.

Un quart des patients n'avaient aucun motif d'insatisfaction. Parmi les autres patients, près de la moitié évoquaient le manque d'efficacité du traitement prescrit. Plus rarement, le manque de soutien psychologique et d'explication sur la maladie étaient évoqués.

VI. Reprise du suivi en médecine générale

A. Reprise du suivi

Les avis des patients et des MG concernant la reprise du suivi de la DA en médecine générale après une consultation dans le service de dermatologie du CHU de Lille sont exposés dans le Tableau 7.

Tableau 7. Reprise du suivi de la DA en médecine générale

Caractéristiques	Patients (n= 37)	Médecins (n= 27)
Souhait de reprise du suivi par le MG : n (%)		
Oui	7 (18,9%)	27 (100%)
Non	19 (51,4%)	0 (0%)
Ne sait pas	11 (29,7%)	0 (0%)

Seulement un patient sur cinq de notre échantillon envisageait de reprendre le suivi de sa DA avec son médecin traitant.

B. Patients

Les motivations et freins des patients à la reprise du suivi de leur DA par leur MG sont détaillés dans le Tableau 8.

Tableau 8. Motivations et freins des patients à la reprise du suivi de la DA par le MG

Caractéristiques	N = 37
Motivations à la reprise du suivi par le MG : n (%)	
Souhait de conserver un suivi centralisé par le MG	6 (16,2%)
Confiance en son MG	9 (24,3%)
Il connaît mieux le patient	4 (10,8%)
Il est compétent en dermatologie	3 (8,1%)
Délai de consultation plus court	12 (32,4%)
Aucun	7 (18,9%)
Ne sait pas	5 (13,5%)
Autre	1 (2,7%)
Freins à la reprise du suivi par le MG : n (%)	
La DA doit être traitée par un dermatologue	20 (54,1%)
Crainte d'être moins bien pris en charge par son MG	13 (35,1%)
Le MG ne souhaite pas reprendre le suivi de la DA	0 (0%)
Aucun	6 (16,2%)
Ne sait pas	2 (5,4%)
Autre	3 (8,1%)

Les motivations des patients à la reprise du suivi de leur DA par leur MG étaient en premier lieu le délai de consultation court et la confiance qu'ils ont en leur MG.

On notait tout de même que 18,9% des patients n'avaient aucune motivation à la reprise du suivi par leur MG.

Concernant les freins des patients à la reprise du suivi de leur DA par leur MG, plus de la moitié des patients estimaient que la DA est une pathologie réservée aux dermatologues et plus d'un tiers appréhendaient d'être moins bien pris en charge par leur MG.

C. Médecins généralistes

Les motivations et freins des MG à la reprise du suivi de leurs patients ayant une DA sont détaillés dans le Tableau 9.

Tableau 9. Motivations et freins des MG à la reprise du suivi de leurs patients

Caractéristiques	N = 27
Motivations à la reprise du suivi par le MG : n (%)	
Souhait de conserver un suivi centralisé par le MG	19 (70,4%)
Délai de consultation plus court	16 (59,3%)
Entretien de la relation de confiance avec le patient	10 (37,0%)
Actualisation des connaissances	14 (51,9%)
Intérêt pour la DA	3 (11,1%)
Aucun	0 (0%)
Ne sait pas	0 (0%)
Autre	0 (0%)
Freins à la reprise du suivi par le MG : n (%)	
La DA doit être traitée par un spécialiste	0 (0%)
Crainte de moins bien prendre en charge qu'un autre spécialiste	8 (29,6%)
Manque de connaissance/formation	6 (22,2%)
Aucun	12 (44,4%)
Ne sait pas	1 (3,7%)
Autre	4 (14,8%)

Pour la majorité des MG, la motivation principale à la reprise du suivi de leur patients était de conserver un suivi centralisé, puis le délai de consultation court et l'actualisation de leurs connaissances sur la DA. Seulement un MG sur dix rapportait un intérêt particulier pour la DA.

Pour près de la moitié des MG il n'y avait aucun frein à la reprise du suivi de leurs patients ayant une DA. Cependant un MG sur trois craignait de moins bien les prendre en charge qu'un autre spécialiste et un sur cinq estimait manquer de connaissance ou de formation. Deux MG évoquaient l'impossibilité de prescrire des thérapeutiques hospitalières.

VII. Pistes d'amélioration

A. Patients

Le Tableau 10 expose les pistes d'amélioration de la prise en charge de la DA en médecine générale du point de vue des patients.

Tableau 10. Pistes d'amélioration des patients sur la prise en charge de la DA en médecine générale

Caractéristiques	N = 37
Pistes d'amélioration des patients sur la prise en charge de la DA en MG : n (%)	
Diagnostic plus précoce de la DA	7 (18,9%)
Davantage d'informations sur la DA	9 (24,3%)
Davantage d'informations sur les traitements	13 (35,1%)
Conseils sur les méthodes d'application des traitements	9 (24,3%)
Proposition d'un suivi psychologique	3 (8,1%)
Meilleure communication entre dermatologue et MG	13 (35,1%)
Suivi alterné entre dermatologue et MG	17 (45,9%)
Ne sait pas	8 (21,6%)
Autre	2 (5,4%)

La piste d'amélioration principale proposée par les patients était l'instauration d'un suivi alterné entre dermatologue et MG, suivie par une meilleure communication entre ces deux professionnels de santé et de meilleures explications sur les traitements, avec notamment des conseils sur l'application des traitements locaux.

Un patient ayant répondu « Autre » évoquait le fait que les MG puissent renouveler la prescription de certains traitements réservés aux dermatologues.

B. Médecins généralistes

Le Tableau 11 expose les pistes d'amélioration de la prise en charge de la DA en médecine générale du point de vue des MG.

Tableau 11. Pistes d'amélioration des MG sur la prise en charge de la DA en médecine générale

Caractéristiques	N = 27
Pistes d'amélioration des MG sur la prise en charge de la DA en MG : n (%)	
Améliorer la formation	13 (48,1%)
Site internet d'aide au diagnostic et à la prescription	10 (37,0%)
Plateforme de télé-expertise	7 (25,9%)
Avis/consultations dermatologiques rapides	21 (77,8%)
Meilleure communication entre dermatologue et MG	20 (74,1%)
Suivi alterné entre dermatologue et MG	14 (51,9%)
Ne sait pas	1 (3,7%)
Autre	1 (3,7%)

Pour trois quarts des MG les principales pistes d'amélioration de la prise en charge de la DA reposaient sur l'obtention d'avis ou de consultations dermatologiques rapides et sur une meilleure communication avec le dermatologue. On notait également que la moitié des MG souhaitaient la mise en place d'un suivi alterné avec le dermatologue et une meilleure formation sur la DA.

VIII. Remarques et commentaires

Trois remarques ont été formulées par les patients. Un patient souhaitait un renforcement du soutien psychologique tandis qu'un autre souhaitait recevoir plus d'informations au sujet des règles d'hygiène de vie à adopter. Enfin, un patient rapportait les difficultés ressenties sur son errance diagnostique puis thérapeutique dans différents services hospitaliers avant de consulter en dermatologie au CHU.

Le seul médecin ayant effectué une remarque évoquait la dégradation de la situation depuis 40 ans avec la raréfaction des dermatologues dans son secteur et la difficulté d'accès ressentie aux consultations de dermatologie du CHU de Lille.

DISCUSSION

I. Concernant la méthodologie

Cette étude est originale dans son domaine avec le choix de croiser le regard de deux populations : le patient et son médecin traitant. Nous n'avons pas trouvé d'étude similaire dans la littérature, que ce soit concernant la DA ou d'autres pathologies dermatologiques. Très peu d'auteurs ont fait le choix de cette méthodologie, et il nous semblait important de comparer les points de vue respectifs des patients et des MG afin d'identifier les déterminants de la satisfaction de chacun et ainsi proposer des pistes d'amélioration correspondant à leurs attentes.

Notre méthode de recueil de données par auto-questionnaire de type QCM nous semblait la plus pertinente pour l'étude de ce sujet de thèse de médecine générale. Elle a pu limiter la liberté d'expression en créant un biais de suggestion en comparaison à un recueil de type questions à réponse ouverte courte ou entretien semi-dirigé. Néanmoins, nous avons laissé la possibilité d'une réponse libre avec les items « autre » et avec une section « remarques et commentaires » en fin de questionnaire. Ces moyens d'expression libre ont été peu utilisés, nous laissant penser que les items proposés étaient adaptés. Cela a également permis d'obtenir des questionnaires entièrement complétés et de recruter davantage de sujets.

De plus, l'anonymisation des patients recrutés a pu lever certaines réticences sur l'expression de leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de leur DA par leur MG. Cette anonymisation ne nous a cependant pas permis de croiser spécifiquement les regards puisque les médecins ont été interrogés sur le ressenti de leur prise en charge de la DA en général et non sur leur patient inclus.

La méthodologie utilisée nous expose tout de même à un biais de déclaration. En effet, les réponses des patients ont pu être influencées par la crainte d'évaluer leur médecin traitant ou par leur ressenti sur la prise en charge d'autres comorbidités.

Quant aux réponses des médecins, elles ont également pu être biaisées par la déclaration d'un traitement conforme aux recommandations mais en pratique moins mis en œuvre.

La taille de notre échantillon de patient est faible avec 37 patients recrutés et 27 médecins recrutés entraînant un manque de puissance ne permettant pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs sur nos tests. Ainsi on ne peut pas conclure sur la présence ou l'absence d'une corrélation entre la satisfaction des patients et des médecins. A noter que nous avons fait le choix de ne pas multiplier les analyses exploratoires afin d'éviter l'inflation du risque alpha et de conclure à tort à une association statistiquement significative.

Cependant le taux de réponse des médecins (73%) est satisfaisant avec seulement 10 médecins qui n'ont pas donné suite. Ce bon taux peut probablement s'expliquer par le fait que nous les contactons en expliquant que leur recrutement intervenait à la suite de l'inclusion d'un de leur patient. Pour favoriser leur réponse nous leur avons également laissé la possibilité de répondre au questionnaire de multiples façons (par téléphone, par fax, par mail, par envoi postal).

La population de patient de notre échantillon est représentative des patients atteints de DA en population générale concernant le sex ratio (H/F=1), et concernant l'âge de début des symptômes (dans l'enfance pour 81,1%) ; ces données sont comparables avec celles de la littérature (5,6). Cependant, le recrutement hospitalier a entraîné un biais de sélection certain avec un échantillon composé majoritairement d'adultes atteints de DA ressenties comme sévères. Cela a tout de même permis d'étudier des parcours de soins plus complexes et d'interroger des patients plus critiques sur les points de satisfaction, d'insatisfaction et sur les pistes d'amélioration.

Notre échantillon de MG présente les mêmes caractéristiques que les données démographiques des MG des Hauts-de-France en 2020 d'après l'Assurance Maladie (60). En effet, les MG que nous avons interrogés présentent un âge moyen de 51 ans (vs 52 ans) et la proportion d'homme est de 70,4% (vs 66,3%).

II. Principaux résultats

Les résultats de notre étude ne mettent pas en évidence de corrélation statistiquement significative entre le degré de satisfaction des patients et celui de leur médecin traitant concernant la prise en charge de la DA en médecine générale. L'absence de significativité peut s'expliquer par un manque d'effectif, entraînant un défaut de puissance.

On note que la distribution de la satisfaction globale est hétérogène pour les patients, avec une médiane à 6/10 et un écart interquartile long de 5 points entre 3 et 8.

Au contraire, la distribution de la satisfaction des médecins quant à leur prise en charge est plutôt homogène avec une médiane plus élevée à 7/10 et un écart interquartile plus petit entre 6 et 8. On remarque également que la distribution du degré d'aisance diagnostique et thérapeutique de la DA est similaire à celui de leur satisfaction. Ainsi, il apparaît que les médecins se sentent à l'aise aussi bien pour le diagnostic de la DA que pour le traitement de celle-ci.

A l'instar de la littérature (54–56), on constate que la DA est un motif fréquent de consultation chez les MG interrogés et que le traitement prescrit par la quasi-totalité des MG est le traitement de référence par DC et émollissants. Cela concorde avec les traitements que les patients déclarent avoir reçu de leur MG.

Cependant, le critère principal d'insatisfaction des patients est le manque d'efficacité du traitement (48,6%). Pour autant, seuls 10,8% des patients sont satisfaits des explications données sur le traitement et 5,4% en sont insatisfaits ; les patients ne semblent ainsi pas prendre la mesure de l'importance de l'éducation thérapeutique alors qu'il s'agit d'un élément crucial à la réussite de la prise en charge (62).

Plusieurs études ont également montré que la corticophobie des patients comme des professionnels de santé était responsable d'une diminution significative de l'observance des DC et donc de leur efficacité (63,64). Lee *et al.* ont observé qu'avec seulement une séance de 10 à 15 minutes d'éducation thérapeutique avec un dermatologue, le score de corticophobie diminuait déjà de 43%. Il semble donc indispensable de lutter contre cette corticophobie auprès des patients mais également des MG, afin d'améliorer l'observance aux DC.

Par ailleurs, parmi les médecins interrogés, seulement 33,3% déclarent avoir reçu une formation spécifique en dermatologie et 11,1% avoir un intérêt pour la DA.

Ainsi, le manque d'attrait des MG pour la DA et le faible intérêt des patients porté aux explications sur son traitement ne favorisent pas l'éducation thérapeutique des patients et *in fine* entraînent probablement une moins bonne efficacité des traitements locaux.

On note tout de même que 24,3% des patients déclarent n'avoir aucun motif d'insatisfaction. Les principaux critères de satisfaction des patients concernant leur prise en charge par le MG étaient le délai de consultation court puis la rapidité diagnostique, les explications sur la maladie et le soutien psychologique.

Concernant le parcours de soins, on remarque que dans 83,8% des cas, le patient a consulté son MG en premier recours pour sa DA puis qu'il a été orienté vers un autre spécialiste dans 54,1% des cas avant sa consultation au CHU, dont 85% vers un dermatologue libéral.

De même, les médecins déclarent dans la quasi-totalité des cas adresser leurs patients atteints de DA à un autre spécialiste si nécessaire. Ils les orientent alors vers le dermatologue (100%) ou pour certains vers l'allergologue également (37,5%).

Ainsi pour la prise en charge de la DA, le MG apparaît comme le médecin de premier recours pour les patients et le dermatologue comme le spécialiste de premier choix des MG.

Les motifs d'orientation vers un autre spécialiste pour la prise en charge de la DA sont concordants entre patients et MG, avec en premier lieu la sévérité de l'atteinte pour respectivement 73% et 85,2% d'entre eux. Face à cette sévérité, les médecins semblent se trouver en impasse thérapeutique (66,7%) et adressent alors le patient à un confrère.

On note tout de même que les patients sont proactifs dans leur parcours de soins en étant à l'origine de leur orientation vers un spécialiste dans presque 30% des cas (24,3% des patients interrogés et 29,6% des MG interrogés).

Les patients rapportent par ailleurs avoir été orientés vers le CHU dans 29,7% des cas par le MG et dans 32,4% des cas par le dermatologue. Ils déclarent également pour 24,3% d'entre eux avoir été adressé au CHU par leur propres soins ou par leur entourage. Ces résultats sont néanmoins à nuancer du fait de la nécessité d'un courrier d'adressage par un médecin pour accéder aux consultations de dermatologie du CHU de Lille. Il peut s'agir d'un biais de déclaration ou d'une mauvaise compréhension de la question par ces patients.

Il apparaît un point de discordance concernant la reprise du suivi en médecine générale après que les patients aient consulté dans le service de dermatologie du CHU de Lille. En effet, on constate que 100% des médecins se disent prêts à reprendre un suivi avec leurs patients, quand seulement 18,9% des patients l'envisagent. Plus de la moitié des patients (51,4%) ne l'envisagent pas et 29,7% sont indécis.

Ainsi les patients sont les plus réticents à la reprise du suivi de leur DA avec leur MG ; les principaux freins évoqués sont l'idée que la DA est une pathologie réservée au dermatologue pour plus de la moitié d'entre eux, et la crainte d'une moins bonne prise en charge par leur MG pour un tiers. *A contrario*, les éléments mis en avant par les patients pour la reprise du suivi sont les atouts du médecin de premier recours, c'est-à-dire le délai de consultation court (32,4%), la confiance en son MG (24,3%) et un suivi centralisé (16,2%).

Du point de vue des médecins interrogés, en sachant que tous sont favorables à la reprise du suivi de leur patient, 44,4% déclarent n'avoir aucun frein à la reprise du suivi de leur patient. On note tout de même que près d'un tiers répondent craindre de moins bien les prendre en charge qu'un autre spécialiste et près d'un quart estiment manquer de connaissances.

Pour les MG, l'élément principal permettant d'améliorer leur prise en charge serait d'avoir accès à des avis et consultations dermatologiques rapides (77,8%). La meilleure communication avec le dermatologue et le suivi alterné avec ce dernier sont également mis en avant pour respectivement 74,1 et 51,9% d'entre eux.

De même, les patients rejoignent le point de vue des médecins en sollicitant un suivi alterné entre le dermatologue et leur MG (45,9%) et une meilleure communication entre ces intervenants (35,1%). Par ailleurs, alors que les patients n'avançaient que très peu l'explication du traitement comme un motif de satisfaction ou d'insatisfaction, 35,1% d'entre eux souhaitent malgré tout de meilleures explications sur les traitements, avec notamment des conseils sur l'application des traitements locaux (24,3%).

III. Perspectives

Avec ces résultats notre étude met en lumière plusieurs éléments qui pourraient permettre d'améliorer la satisfaction des patients sur la prise en charge de leur DA.

Le MG est le médecin de premier recours pour les patients, et lorsqu'un avis spécialisé est jugé nécessaire par le MG, c'est le dermatologue qui est principalement sollicité.

Cependant, avec la difficulté d'accès aux dermatologues dont la démographie s'effondre et le suivi hospitalier qui peut être contraignant pour les patients (délais de consultation longs, environnement stressant, hôpital parfois éloigné du domicile), la reprise du suivi en médecine générale semble indispensable, d'autant plus dans le cas de DA non sévères ne relevant pas nécessairement d'une prise en charge hospitalière.

Néanmoins, on note qu'une majorité des patients sont plutôt réticents à la reprise du suivi par le MG car ils craignent une moins bonne prise en charge de leur DA que par le dermatologue. Certains MG partagent ces craintes, pour autant, tous sont prêts à reprendre le suivi.

Ainsi, l'idée d'un suivi alterné apparaît comme une bonne solution face à cela ; près de la moitié des patients et des MG y sont déjà favorables dans notre étude. Elle semble répondre aux attentes des patients et des MG pour améliorer leur satisfaction ; en rassurant le patient sur la qualité de la prise en charge avec un avis d'expert, en actualisant les connaissances du MG via les courriers, en conservant un

suivi centralisé par le MG ou encore en espaçant les consultations en milieu hospitalier. En raison des réticences qu'expriment les patients il semble important que les dermatologues les rassurent sur la possibilité de ce suivi alterné avec le MG et le proposent dès que cela leur semble pertinent.

Dans le cadre du suivi conjoint, le renouvellement alterné des prescriptions pourrait également permettre de faciliter la prise en charge quand il s'agit de DA bien équilibrée sous un traitement de première intention ou sous traitements réservés aux dermatologues, comme le tacrolimus topique bénéficiant d'une bonne sécurité d'emploi et dont le coût est modéré (à partir de 12,06€ le tube de 30g, remboursé à 15% par l'Assurance Maladie).

Enfin, une meilleure communication entre les dermatologues et les MG est nécessaire pour garantir un suivi conjoint efficace. Cela peut se traduire par un échange bilatéral plus efficient et plus rapide des informations médicales par courrier ou messagerie sécurisée, par l'information des MG sur les canaux de communication locaux pour l'orientation et la prise d'avis dermatologiques.

Ces avis dermatologiques rapides pourraient s'envisager par le biais de l'extension du réseau de télédermatologie mis en place par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Hauts-de-France, qui est actuellement destiné essentiellement à la détection des tumeurs cutanées. Cette pratique en cours d'expérimentation permet également de valoriser les échanges d'avis, par une rémunération à hauteur de 14€ pour le MG qui demande l'avis et à hauteur de 46€ pour le dermatologue qui est sollicité.

L'éducation thérapeutique du patient par le MG comme par le dermatologue est un élément indispensable à la bonne réussite du traitement de la DA en favorisant une meilleure observance, une moindre corticophobie et une meilleure autonomie du patient. Cette éducation passe par la transmission d'informations aux patients sur leur pathologie, les traitements et leur mode d'application, ainsi que sur les ressources à disposition avec le soutien psychologique, les associations de patients, les programmes d'éducation thérapeutique. La « fiche patient » sur la DA de la Société Française de Dermatologie ou encore leur site internet « dermato-info.fr »

(65) sur le sujet permettent de délivrer facilement des informations validées par les dermatologues.

Actuellement, pour inciter les MG qui ont reçu une formation à l'éducation thérapeutique à mettre en place ces programmes, l'Agence Régionale de Santé verse un forfait de 250€ par patient pour 3 à 4 séances comprenant un bilan éducatif partagé, des ateliers d'éducation thérapeutique et une évaluation des compétences acquises.

Il est donc nécessaire que les MG, et particulièrement ceux qui se sentent moins à l'aise avec la prise en charge de la DA, aient accès à des moyens de formation sur cette thématique. Cela peut se faire dans le cadre du développement professionnel continu entre autres lors de conférences avec des organismes certifiés, en assistant à des journées de formation ou des congrès (Journées Régionales de Médecine, Congrès de Médecine Générale France, la journée des médecins généralistes aux Journées Dermatologiques de Paris), en lisant des revues avec tests de lecture, en participant à des ateliers d'éducation thérapeutique. De plus des soirées de formation proposées par les spécialistes à destination des MG permettent également de mieux connaître les dermatologues du secteur et de favoriser leur communication.

CONCLUSION

La DA est une dermatose fréquemment rencontrée en médecine générale dont l'incidence est en augmentation. Les MG sont les médecins de premier recours pour sa prise en charge, et lorsqu'un avis est nécessaire le dermatologue est le spécialiste sollicité en première intention.

On constate que de manière générale les patients sont moins satisfaits de la prise en charge de la DA que les MG et sont également plus réticents à la reprise du suivi de leur DA en médecine générale, avec seulement 20% qui l'envisagent, alors que la totalité des MG y sont favorables. Le motif avancé par la moitié d'entre eux est le sentiment que la DA est une pathologie réservée au spécialiste et par un tiers la crainte d'être moins bien pris en charge par leur MG.

Néanmoins, les principales motivations des patients à la reprise du suivi en médecine générale sont les atouts du médecin de premier recours, c'est-à-dire le délai de consultation court, la confiance en son MG et le suivi centralisé.

Ainsi, il semble nécessaire, pour répondre aux attentes des patients et des MG, de mettre en place un suivi conjoint dermatologue-MG lorsque cela est possible, de renforcer les réseaux de communication entre les professionnels de santé et de favoriser l'éducation thérapeutique des patients en formant les MG et en valorisant cet acte.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Silverberg JI, Barbarot S, Gadkari A, Simpson EL, Weidinger S, Mina-Osorio P, et al. Atopic dermatitis in the pediatric population: A cross-sectional, international epidemiologic study. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2021 Apr 1;126(4):417-428.e2.
2. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. *Allergy*. 2018;73(6):1284–93.
3. Avena-Woods C, Pharm B. Overview of Atopic Dermatitis. :9.
4. Nutten S. Atopic Dermatitis: Global Epidemiology and Risk Factors. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(Suppl. 1):8–16.
5. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Feb;70(2):338–51.
6. Perkin MR, Strachan DP, Williams HC, Kennedy CTC, Golding J, Team the AS. Natural history of atopic dermatitis and its relationship to serum total immunoglobulin E in a population-based birth cohort study. *Pediatr Allergy Immunol*. 2004;15(3):221–9.
7. Kim JP, Chao LX, Simpson EL, Silverberg JI. Persistence of atopic dermatitis (AD): A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Oct;75(4):681-687.e11.
8. Hanifin JM, Reed ML, Group EP and IW. A Population-Based Survey of Eczema Prevalence in the United States. *Dermatitis®*. 2007 Jun;18(2):82–91.
9. Braun C, Nosbaum A. Histoire naturelle de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Vénérologie*. 2019 Dec;146(12):12S58–66.
10. Apfelbacher CJ, Diepgen TL, Schmitt J. Determinants of eczema: population-based cross-sectional study in Germany. *Allergy*. 2011;66(2):206–13.
11. Barbarot S, Aubert H. Physiopathologie de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Vénérologie*. 2017 Jan;144:S14–20.
12. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *The Lancet*. 2016 Mar;387(10023):1109–22.
13. Irvine AD, McLean WHI, Leung DYM. Filaggrin Mutations Associated with Skin and Allergic Diseases. *N Engl J Med*. 2011 Oct 6;365(14):1315–27.
14. Flohr C, Mann J. New insights into the epidemiology of childhood atopic dermatitis. *Allergy*. 2014;69(1):3–16.
15. Flohr C, Yeo L. Atopic Dermatitis and the Hygiene Hypothesis Revisited. In: Shiohara T, editor. *Current Problems in Dermatology* [Internet]. Basel: KARGER; 2011 [cited 2022 Apr 7]. p. 1–34. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/323290>

16. Fleming P, Yang YB, Lynde C, O'Neill B, Lee KO. Diagnosis and Management of Atopic Dermatitis for Primary Care Providers. *J Am Board Fam Med*. 2020 Jul;33(4):626–35.
17. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Stockh*. 1980;Suppl. 92:44-7.
18. Williams H c., Jburney P g., Hay R j., Archer C b., Shipley M j., Ahunter J j., et al. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. *Br J Dermatol*. 1994;131(3):383–96.
19. Fishbein AB, Silverberg JI, Wilson EJ, Ong PY. Update on Atopic Dermatitis: Diagnosis, Severity Assessment, and Treatment Selection. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020 Jan;8(1):91–101.
20. Hanifin JM, Thurston M, Omoto M, Cherill R, Tofte SJ, Graeber M, et al. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. *Exp Dermatol*. 2001;10(1):11–8.
21. Schallreuter KU, Levenig C, Berger J, Umbert J, Winkelmann RK, Wegener L, et al. Severity Scoring of Atopic Dermatitis: The SCORAD Index. *Dermatology*. 1993;186(1):23–31.
22. Simpson E, Bissonnette R, Eichenfield LF, Guttman-Yassky E, King B, Silverberg JI, et al. The Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis (vIGA-AD): The development and reliability testing of a novel clinical outcome measurement instrument for the severity of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Sep;83(3):839–46.
23. Sun D, Ong PY. Infectious Complications in Atopic Dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2017 Feb;37(1):75–93.
24. Garg N, Silverberg JI. Association between childhood allergic disease, psychological comorbidity, and injury requiring medical attention. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2014 Jun;112(6):525–32.
25. Strom M a., Fishbein A b., Paller A s., Silverberg J i. Association between atopic dermatitis and attention deficit hyperactivity disorder in U.S. children and adults. *Br J Dermatol*. 2016;175(5):920–9.
26. Paller A. Major Comorbidities of Atopic Dermatitis: Beyond Allergic Disorders. :18.
27. Yu SH, Silverberg JI. Association between Atopic Dermatitis and Depression in US Adults. *J Invest Dermatol*. 2015 Dec;135(12):3183–6.
28. Silverberg JI, Garg NK, Paller AS, Fishbein AB, Zee PC. Sleep Disturbances in Adults with Eczema Are Associated with Impaired Overall Health: A US Population-Based Study. *J Invest Dermatol*. 2015 Jan;135(1):56–66.
29. Silverberg JI. Public Health Burden and Epidemiology of Atopic Dermatitis. *Dermatol Clin*. 2017 Jul;35(3):283–9.
30. Koszorú K, Borza J, Gulácsi L, Sárdy M. Quality of Life in Patients With Atopic Dermatitis. :4.
31. Ali F, Vyas J, Finlay A. Counting the Burden: Atopic Dermatitis and Health-related Quality of Life. *Acta Derm Venereol*. 2020;100(12):adv00161.
32. Dharmage SC, Lowe AJ, Matheson MC, Burgess JA, Allen KJ, Abramson MJ.

- Atopic dermatitis and the atopic march revisited. *Allergy*. 2014;69(1):17–27.
33. Silverberg JI. Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2019 Aug;123(2):144–51.
 34. Abdayem R, Haftek M. Barrière épidermique. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 2018 Apr;145(4):293–301.
 35. Madison KC. Barrier Function of the Skin: “La Raison d’Être” of the Epidermis. *J Invest Dermatol*. 2003 Aug;121(2):231–41.
 36. Brown E. Find out more about filaggrin [Internet]. National Eczema Society. 2021 [cited 2022 Aug 14]. Available from: <https://eczema.org/information-and-advice/our-skin-and-eczema/find-out-more-about-filaggrin/>
 37. Simpson E, Eckert L, Gadkari A, Mallya UG, Yang M, Nelson L, et al. Validation of the Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT©) using a longitudinal survey of biologic-treated patients with atopic dermatitis. *BMC Dermatol*. 2019 Nov 6;19:15.
 38. Ng J p. x., Liew H m., Ang S b. Use of emollients in atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(5):854–7.
 39. Immunologiste FB, Dermatologue CB, Dermatologue CC, Dermatologue MK, Dermatologue EM, Allergologue BN, et al. Prise en charge de la dermatite atopique de l’enfant conférence de consensus de la SFD. *Ann Dermatol Venereol*. :15.
 40. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *The Lancet*. 2020 Aug;396(10247):345–60.
 41. van Zuuren E j., Fedorowicz Z, Arents B w. m. Emollients and moisturizers for eczema: abridged Cochrane systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol*. 2017;177(5):1256–71.
 42. Kantor R, Kim A, Thyssen JP, Silverberg JI. Association of atopic dermatitis with smoking: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Dec;75(6):1119-1125.e1.
 43. Silverberg NB. Atopic Dermatitis Prevention and Treatment. :6.
 44. Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, Fontenoy A m., Nguyen J m., Leux C, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *Br J Dermatol*. 2011;165(4):808–14.
 45. Lacour JP. Les traitements systémiques de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 2019 Dec;146(12):12S76–84.
 46. Staumont-Salle D. Quoi de neuf dans la dermatite atopique ? [Internet]. *Dermatologie Pratique*. 2022 [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/0010168-quoi-neuf-dermatite-atopique>
 47. Chovatiya R, Paller AS. JAK inhibitors in the treatment of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2021 Oct;148(4):927–40.
 48. Damsky W, King BA. JAK inhibitors in dermatology: The promise of a new drug class. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Apr;76(4):736–44.
 49. van Zuuren EJ, Apfelbacher CJ, Fedorowicz Z, Jupiter A, Matteredne U, Weisshaar E. No high level evidence to support the use of oral H1 antihistamines as monotherapy for eczema: a summary of a Cochrane systematic review. *Syst Rev*. 2014 Dec;3(1):25.

50. Boyle RJ, Bath-Hextall FJ, Leonardi-Bee J, Murrell DF, Tang ML. Probiotics for treating eczema. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2008 [cited 2022 Apr 14];(4). Available from: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd006135.pub2>
51. Bath-Hextall FJ, Jenkinson C, Humphreys R, Williams HC. Dietary supplements for established atopic eczema. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [cited 2022 Apr 14];(2). Available from: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd005205.pub3>
52. Reuter J, Merfort I, Schempp CM. Botanicals in Dermatology. *Am J Clin Dermatol*. 2010 Aug 1;11(4):247–67.
53. Simonart T, Kabagabo C, De Maertelaer V. Homoeopathic remedies in dermatology: a systematic review of controlled clinical trials. *Br J Dermatol*. 2011;165(4):897–905.
54. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. 25:10.
55. Avogadro-Leroy S. Pathologies cutanées en médecine générale: une étude quantitative en Haute-Normandie. :100.
56. Layan A. Enquête sur l'activité dermatologique du médecin généraliste en Aquitaine et la nécessité d'un avis dermatologique ou télédermatologique. :71.
57. Trouver un dermatologue : Quelles solutions pour 2020 ? - Épisode 4 | Le Guide Santé [Internet]. [cited 2022 Aug 22]. Available from: <https://www.le-guide-sante.org/actualites/sante-publique/trouver-un-dermatologue-queelles-solutions-pour-2020-episode-4>
58. Pannequin C, Templier C. Démographie des dermatologues du Nord et Pas-de-Calais. 2019 May.
59. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *J Pédiatrie Puériculture*. 2009 Jul;22(4–5):245–53.
60. Effectif de professionnels de santé libéraux par âge et sexe et par région en 2020 | L'Assurance Maladie [Internet]. [cited 2022 Aug 22]. Available from: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/age-sexe-professionnels-sante-liberaux-region-2020>
61. Effectif et densité de professionnels de santé libéraux par région en 2020 | L'Assurance Maladie [Internet]. [cited 2022 Aug 22]. Available from: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/densite-professionnels-sante-liberaux-region-2020>
62. Chavigny JM. Place de l'éducation thérapeutique dans le traitement de la dermatite atopique de l'enfant. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 2005 Jan;132:116–20.
63. Li AW, Yin ES, Antaya RJ. Topical Corticosteroid Phobia in Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *JAMA Dermatol*. 2017 Oct 1;153(10):1036.
64. Cambazard F. Utilisation des dermocorticoïdes au cours de la dermatite atopique de l'enfant. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 2005 Jan 1;132:64–7.
65. Dermato-Info. la dermatite atopique [Internet]. *dermato-info.fr*. [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-dermatite-atopique>

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques de Hanifin et Rajka



Dermatite atopique

Critères de Hanifin et Rajka

Trois critères majeurs et trois critères mineurs au moins sont nécessaires au diagnostic de dermatite atopique

CRITÈRES MAJEURS

- prurit
- morphologie et distribution typiques :
 - o lichénification des plis de flexion ou aspect linéaire chez l'adulte
 - o atteinte du visage et des faces d'extension chez les enfants et les nourrissons
- dermatose chronique ou récidivante
- histoire personnelle ou familiale d'atopie (asthme, rhinite allergique, dermatite atopique)

CRITÈRES MINEURS

- xérose
- ichtyose/hyper-linéarité palmaire/kératose palmaire
- réactions cutanées d'hypersensibilité immédiate (type 1)
- élévation des IgE sériques
- début à un âge précoce
- tendance aux infections cutanées (en particulier à Staphylocoque doré ou à Herpès simplex) en rapport avec une altération de l'immunité à médiation cellulaire
- eczéma des mamelons
- chéilites
- conjonctivite récidivante
- repli sous-palpébral inférieur (signe de Dennie-Morgan)
- kératocônes
- cataracte sous-capsulaire antérieure
- pigmentation sous-orbitaire
- pâleur faciale/érythème facial
- pityriasis alba
- plis à la partie antérieure du cou
- prurit à la transpiration
- intolérance à la laine et aux solvants lipidiques
- aggravation périfolliculaire
- intolérance alimentaire
- évolution influencée par l'environnement et/ou les facteurs émotionnels
- dermographisme blanc

Référence :

Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol (Stockh) 1980; (suppl. 92) :44-7).

Annexe 2 : Critères de DA de l'United Kingdom Working Party (*critères de Williams*)

Dermatite atopique

Critères de dermatite atopique de l'UK Working Party

Critère obligatoire

Dermatose purigineuse ou parents rapportant que l'enfant se gratte ou se frotte.

Associé à au moins 3 critères suivants :

- antécédents personnels de dermatite des plis de flexion (fosses antécubitales, creux poplités, faces antérieures des chevilles, du cou) et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans
- antécédents personnels d'asthme ou de rhinite allergique (ou de maladie atopique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans)
- antécédent de xérose cutanée diffuse au cours de l'année précédente
- eczéma des plis atteignant les joues, le front ou la convexité des membres chez l'enfant de moins de 4 ans
- début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable pour un enfant de plus de 4 ans)

Référence :

Williams HC, Burney PGJ, Hay RJ, et al. The UK working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1994;131:383-96.

Annexe 3 : Eczema Area and Severity Index (EASI)

Eczema Area and Severity Index (EASI) case report form - age ≥ 8 years

Area of involvement: Each body region has potentially 100% involvement. Score 0 to 6 based on the following table:

% involvement	0	1-9%	10 - 29%	30 - 49%	50 - 69%	70 - 89%	90 - 100%
Region score	0	1	2	3	4	5	6

Severity of Signs: Grade the severity of each sign on a scale of 0 to 3:

0	None
1	Mild
2	Moderate
3	Severe

✓ Take an average of the severity across the involved area.

✓ Half points (1.5 and 2.5) may be used. 0.5 is not permitted – if a sign is present it should be at least mild (1)

Scoring table:

Body region	Erythema (0-3)	Edema/ Papulation (0-3)	Excoriation (0-3)	Lichenification (0-3)	Region score (0-6)	Multiplier	Score per body region
Head/neck	(+)	(+)	(+)	()	X	X 0.1	
Trunk	(+)	(+)	(+)	()	X	X 0.3	
Upper extremities	(+)	(+)	(+)	()	X	X 0.2	
Lower extremities	(+)	(+)	(+)	()	X	X 0.4	
The final EASI score is the sum of the 4 region scores:							_____
							(0-72)

Annexe 4 : Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD)



Dermatite atopique

SCORAD

SCORAD
Comité de Travail Européen
sur la Dermatite Atopique

Nom Prénom

Date de naissance

a	j	m

 JUMM/AA

Date de visite

a	j	m

INSTITUTION

MÉDECIN

Steréroïde local utilisé

Puissance (sans de la marque)

Quantité / fois

Nombre de poussées/mois

45 (8.5)

45 18 9 9

45 (8.5)

45 18 6 6

Chiffres entre parenthèses pour les enfants de moins de deux ans

A : ETENDUE Indiquer les zones atteintes

B : INTENSITÉ

ORDRES	INTENSITÉ
Erythème	<input type="text"/>
Oedème/Papule	<input type="text"/>
Surtension/croûte	<input type="text"/>
Erosion	<input type="text"/>
Croûte/croûte	<input type="text"/>
Schistosité/croûte	<input type="text"/>

ORDRES D'INTENSITÉ	Surface représentative moyenne
0 = absence	
1 = mineur	
2 = modéré	
3 = grave	

(1) ou (2) INTENSITÉ de 0 à 3 (pas de 0) évalué sur des zones cibles

C : SYMPTÔMES SUBJECTIFS
PRURIT ET PERTE DU SOMMEIL

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

Échelle visuelle analogique (pour les 100 derniers jours et nuits)

PRURIT 0 à 10

PERTE DU SOMMEIL 0 à 10

TRAITEMENT

REMARQUES :

* Pour l'étendue, on prend en compte les lésions inflammatoires, pas la peau sèche

Référence : Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology*. 1993;186(1):23-31.

Lien utile : <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr/node/3552>

Annexe 5 : Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis (vIGA-AD)

Validated Investigator Global Assessment scale for Atopic Dermatitis

vIGA-AD™

Instructions:

The IGA score is selected using the descriptors below that best describe the overall appearance of the lesions at a given time point. It is not necessary that all characteristics under Morphological Description be present.

Score	Morphological Description
0 – Clear	No inflammatory signs of atopic dermatitis (no erythema, no induration/papulation, no lichenification, no oozing/crusting). Post-inflammatory hyperpigmentation and/or hypopigmentation may be present.
1 – Almost clear	Barely perceptible erythema, barely perceptible induration/papulation, and/or minimal lichenification. No oozing or crusting.
2 – Mild	Slight but definite erythema (pink), slight but definite induration/papulation, and/or slight but definite lichenification. No oozing or crusting.
3 – Moderate	Clearly perceptible erythema (dull red), clearly perceptible induration/papulation, and/or clearly perceptible lichenification. Oozing and crusting may be present.
4 – Severe	Marked erythema (deep or bright red), marked induration/papulation, and/or marked lichenification. Disease is widespread in extent. Oozing or crusting may be present.

Notes:

1. In indeterminate cases, please use extent to differentiate between scores.

For example:

- Patient with marked erythema (deep or bright red), marked papulation and/or marked lichenification that is limited in extent, will be considered "3 – Moderate".

2. Excoriations should not be considered when assessing disease severity.

Annexe 6 : Fiche explicative du Patient Outcome-SCORAD (PO-SCORAD)




PO-SCORAD
Score de gravité de l'eczéma atopique déterminé par le patient

UNE APPLICATION POUR MIEUX GÉRER VOTRE ECZÉMA ATOPIQUE

UTILE POUR LES PATIENTS ET LEURS PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Calculez le score de gravité de votre eczéma atopique
- Évaluez les effets du traitement
- Visualisez l'évolution de votre eczéma sur le long terme et ajoutez des photos et des commentaires
- Partagez vos résultats et vos photos avec vos professionnels de santé



QUE SIGNIFIE VOTRE SCORE PO-SCORAD (DE 0 A 103) ?



Annexe 7 : Dermatology Life Quality Index (DLQI)



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)** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout
2. Vous êtes-vous senti(e) **géné(e) ou complexé(e)** par votre problème de peau ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout
3. Votre problème de peau vous a-t-il **géné(e)** pour **faire des courses**, vous occuper de votre **maison** ou pour **jardiner** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le **choix de vos vêtements** que vous portiez ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos **activités avec les autres** ou vos **loisirs** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
6. Avez-vous eu du mal à faire du **sport** à cause de votre problème de peau ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
7. Votre problème de peau vous a-t-il **complètement** empêché de **travailler** ou **étudier** ?
 3 Oui 0 Non 0 Non concerné(e)
 Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il **géné(e)** dans votre **travail** ou vos **études** ?
 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre **conjoint(e)**, vos **amis** ou votre **famille** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie **sexuelle** difficile ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 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 ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

Score final DLQI : (0-30)

Annexe 8 : Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI)

QUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE - DERMATOLOGIE DE L'ENFANT* (de 5 à 16 ans)

Hôpital N°

Nom :

Âge :

Adresse :



Diagnostic :

Date :

SCORE

CDLQI :

Ces questions ont pour but de mesurer à quel point tu as été gêné(e) par tes problèmes de peau AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE. Pour chaque question, réponds en mettant une croix ☒ dans une seule case.

- | | | | |
|-----|---|---|--|
| 1. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que ta peau t'a démangé , « gratté », ou t'a fait mal ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as été gêné(e) ou mal à l'aise , malheureux(-se) ou triste à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau ont changé tes relations avec tes copains/copines ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as dû te changer ou porter des chaussures ou des vêtements différents ou spéciaux à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau t'ont gêné pour sortir , jouer , ou faire les choses qui t'intéressent ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as évité d'aller nager ou de faire du sport à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Au cours de la semaine dernière, avais-tu école ?  | Si tu avais école : au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau ont eu des conséquences sur ton travail à l'école ? | À cause de mes problèmes de peau, je n'ai pas pu aller à l'école |
| | OU | | Énormément |
| | | | Beaucoup |
| | | | Seulement un peu |
| | | | Pas du tout |
| | étais-tu en vacances ?  | Si tu étais en vacances : au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau t'ont empêché de passer de bonnes vacances ? | Énormément |
| | | | Beaucoup |
| | | | Seulement un peu |
| | | | Pas du tout |
| 8. | Au cours de la semaine dernière, est-ce qu'à cause de tes problèmes de peau tu as été embêté(e) par les autres : ils te donnaient de drôles de noms , te taquinaient , cherchaient la bagarre , te posaient des questions , ou t' évitait ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as mal dormi à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que le traitement pour ta peau t'a posé des problèmes ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |

Vérifie que tu as bien répondu à TOUTES les questions. MERCI.

©M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, Mai 1993. Toute reproduction, même partielle, de ce document est interdite sans autorisation des auteurs.

* Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) - Initial validation and practical use. Br. J. Derm 1995; 132: 942-9.

Annexe 9 : Infants Dermatitis Quality of Life Index (IDQOL)

Draft 7**INFANTS' DERMATITIS QUALITY OF LIFE INDEX (IDQOL)**

Name:
Address:

Date:

IDQOL
SCORE

The aim of this chart is to record how your child's dermatitis has been. Each question concerns THE LAST WEEK ONLY. Please could you answer every question.

Dermatitis Severity

Over the last week, **how severe** do you think your child's dermatitis has been? i.e. how red, scaly, inflamed or widespread.

Extremely severe
Severe
Average
Fairly good
None

Life Quality Index

1. Over the last week, how much has your child been **itching and scratching**?

All the time
A lot
A little
None
2. Over the last week, what has your child's **mood** been?

Always crying, extremely difficult
Very fretful
Slightly fretful
Happy
3. Over the last week approximately how much **time** on average has it taken **to get your child off to sleep** each night?

More than 2 hrs
1 - 2 hrs
15mins - 1 hr
0-15mins
4. Over the last week, what was the **total time** that your child's **sleep was disturbed** on average each night?

5 hrs or more
3 - 4 hrs
1 - 2 hrs
Less than 1 hour
5. Over the last week, has your child's eczema interfered with **playing or swimming**?

Very much
A lot
A little
Not at all
6. Over the last week, has your child's eczema interfered with your child **taking part in or enjoying other family activities**?

Very much
A lot
A little
Not at all
7. Over the last week, have there been problems with your child at **mealtimes** because of the eczema?

Very much
A lot
A little
None
8. Over the last week, have there been problems with your child caused by the **treatment**?

Very much
A lot
A little
None
9. Over the last week, has your child's eczema meant that **dressing and undressing** the child has been **uncomfortable**?

Very much
A lot
A little
None
10. Over the last week how much has your child having eczema been a problem at **bathtime**?

Very much
A lot
A little
None

Please can you check that you have answered every question.

© M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay Jan 2000

Annexe 10 : Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI)

The Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI)

Name: FDLQI Score
 Relationship with patient:
 Patient's diagnosis (if known): Date:

- The questions relate to the impact of your relative/partner's skin disease on your quality of life over the last month.
- Please read the questions carefully and tick one box for each.

1. Over the last month how much emotional distress have you experienced due to your relative/partner's skin disease (e.g. worry, depression, embarrassment, frustration)?

Not at all/Not relevant A little Quite a lot Very much

2. Over the last month how much has your relative/partner's skin disease affected your physical well-being (e.g. tiredness, exhaustion, contribution to poor health, sleep/rest disturbance)?

Not at all/Not relevant A little Quite a lot Very much

3. Over the last month how much has your relative/partner's skin disease affected your personal relationships with him/her or with other people?

Not at all/Not relevant A little Quite a lot Very much

4. Over the last month how much have you been having problems with other peoples' reactions due to your relative/partner's skin disease (e.g. bullying, staring, need to explain to others about his/her skin problem)?

Not at all/Not relevant A little Quite a lot Very much

5. Over the last month how much has your relative/partner's skin disease affected your social life (e.g. going out, visiting or inviting people, attending social gatherings)?

Not at all/Not relevant A little Quite a lot Very much

(Please turn over)

Annexe 10 : suite

6. Over the last month how much has your relative/partner's skin disease affected your recreation/leisure activities (e.g. holidays, personal hobbies, gym, sports, swimming, watching TV)?

Not at all/Not relevant A little Quite a lot Very much

7. Over the last month how much time have you spent on looking after your relative/partner (e.g. putting on creams, giving medicines or looking after their skin)?

Not at all/Not relevant A little Quite a lot Very much

8. Over the last month how much extra house-work have you had to do because of your relative/partner's skin disease (e.g. cleaning, vacuuming, washing, cooking)?

Not at all/Not relevant A little Quite a lot Very much

9. Over the last month how much has your relative/partner's skin disease affected your job/study (e.g. need to take time off, not able to work, decrease in the number of hours worked, having problems with people at work)?

Not at all/Not relevant A little Quite a lot Very much

10. Over the last month how much has your relative/partner's skin disease increased your routine household expenditure (e.g. travel costs, buying special products, creams, cosmetics)?

Not at all/Not relevant A little Quite a lot Very much

Thank you for completing the questionnaire.

Annexe 11 : Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT)

Fiche conseils

La Dermatite Atopique & l'outil de contrôle (ADCT)

La dermatite atopique (DA appelée également eczéma atopique) est une forme chronique d'eczéma. Il s'agit d'une maladie courante et soignable mais pas toujours simple à prendre en charge, qui est susceptible d'avoir de nombreuses incidences sur votre qualité de vie.

1 L'ADCT, un outil de contrôle de la dermatite atopique¹

points notés dans les cercles, et reportez le résultat dans la cercle en bas du tableau. Votre score ADCT total sera compris entre 0 et 24.

L'évaluation du contrôle de la dermatite atopique se base sur les domaines affectés par votre DA tels que les signes cutanés (sécheresse, irritations), les symptômes (démangeaisons) et le niveau global de la qualité de vie. L'ADCT peut aider votre médecin à surveiller la réponse à votre traitement, à orienter les discussions sur les soins qui vous seront les mieux adaptés et à définir des objectifs de traitement réalistes.

L'ADCT, est un outil de contrôle de la dermatite atopique qui a été conçu pour aider les patients (de plus de 12 ans) et leurs médecins à mieux comprendre la maladie.

Simple, rapide, validé par des experts et des patients¹, ce score vous aidera à mieux auto-évaluer les différentes composantes de votre dermatite atopique sur six critères :

- ◆ Fréquence et intensité des démangeaisons,
- ◆ Sévérité globale des symptômes,
- ◆ Niveau de gêne de la dermatite atopique,
- ◆ Impact sur le sommeil,
- ◆ Incidence sur les activités quotidiennes,
- ◆ Incidence sur l'humeur et les émotions.

Afin d'auto-évaluer le contrôle de votre DA, veuillez répondre aux questions suivantes de manière régulière (par exemple hebdomadaire). Vos réponses à l'ADCT aideront votre médecin à mieux comprendre vos besoins en termes de traitement.

2 Répondre à l'ensemble des six questions

Pour chaque question, votre réponse est notée de 0 à 4 points. Reportez les points correspondants à chaque question dans les cercles de la colonne de droite du tableau ADCT. La somme des points de vos réponses aux six questions de l'ADCT compose votre score ADCT total. Calculez la somme des

3 Comprendre votre score

◆ Si votre score ADCT total est **au moins égal à 7**.

OU

◆ L'une de vos réponses se situe **dans une des cases bleues du tableau ADCT**.

OU

◆ **Votre score ADCT total a augmenté** de 5 points ou plus depuis votre dernière utilisation de l'ADCT.

Votre DA est peut-être mal contrôlée



Si vous pensez que votre DA n'est pas bien contrôlée, demandez un avis médical (dermatologue, médecin généraliste...).

◆ Si votre score ADCT est **inférieur à 7**

Votre DA semble contrôlée



N'hésitez pas à réévaluer votre dermatite atopique régulièrement (par exemple, de façon hebdomadaire).

REFERENCE

- 1 Pariser DM et al. Evaluating patient-perceived control of atopic dermatitis : design, validation, and scoring of the Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT). *Curr Med Res Opin.* 2020;36(3):367-376.

Annexe 11 : suite

Noter vos points pour chaque question dans les cercles

Au cours de la dernière semaine, comment évalueriez-vous vos symptômes liés à l'eczéma ?	Aucun symptôme 0 point	Symptômes légers 1 point	Symptômes modérés 2 points	Symptômes sévères 3 points	Symptômes très sévères 4 points	<input type="radio"/>
Au cours de la dernière semaine, pendant combien de jours avez-vous eu des démangeaisons intenses à cause de votre eczéma ?	Aucun jour 0 point	1 à 2 jours 1 point	3 à 4 jours 2 points	5 à 6 jours 3 points	Tous les jours 4 points	<input type="radio"/>
Au cours de la dernière semaine, à quel point avez-vous été gêné(e) par votre eczéma ?	Aucune gêne 0 point	Gêne légère 1 point	Gêne modérée 2 points	Gêne importante 3 points	Gêne extrêmement importante 4 points	<input type="radio"/>
Au cours de la dernière semaine, pendant combien de nuits avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e) à cause de votre eczéma ?	Aucune nuit 0 point	1 à 2 nuits 1 point	3 à 4 nuits 2 points	5 à 6 nuits 3 points	Toutes les nuits 4 points	<input type="radio"/>
Au cours de la dernière semaine, votre eczéma a-t-il eu des conséquences sur vos activités quotidiennes ?	Aucune conséquence 0 point	Conséquences légères 1 point	Conséquences modérées 2 points	Conséquences importantes 3 points	Conséquences extrêmement importantes 4 points	<input type="radio"/>
Au cours de la dernière semaine, à quel point votre eczéma a-t-il eu des conséquences sur votre humeur ou vos émotions ?	Aucune conséquence 0 point	Conséquences légères 1 point	Conséquences modérées 2 points	Conséquences importantes 3 points	Conséquences extrêmement importantes 4 points	<input type="radio"/>
Somme de vos points = votre score ADCT total ➔						<input type="radio"/>

En scannant ce QR code vous pouvez répondre au questionnaire en ligne et avoir le calcul automatique de votre score. Vous pourrez également l'imprimer, n'hésitez pas à l'apporter à votre médecin lors de votre prochaine consultation pour mieux discuter de l'incidence de votre DA sur votre vie.



SANOFI GENZYME 

Sanofi-aventis France
82 avenue Raspail
94250 GENTILLY

Annexe 12 : Auto-questionnaire patient

Page 1 sur 2

Évaluation de la prise en charge de l'eczéma atopique par le médecin généraliste : point de vue des patients consultant dans le Service de Dermatologie du CHU de Lille

Ce questionnaire servira dans le cadre d'une thèse de médecine à étudier votre point de vue et celui de votre médecin généraliste sur la prise en charge de votre eczéma atopique.
L'objectif est de mettre en perspective le ressenti de chacun afin d'améliorer votre parcours de soin et de faciliter la poursuite du suivi de votre eczéma par votre médecin généraliste.

Aucune de vos réponses ne seront communiquées à votre médecin.

→ Nom, prénom et ville de votre médecin généraliste : _____

1. Initiales de votre nom et prénom :
2. Sexe : homme femme autre
3. Âge : _____
4. Profession : _____
5. Depuis combien d'années êtes-vous suivi (hors eczéma) par votre médecin généraliste ? _____
6. A quel âge a débuté votre eczéma atopique ? Enfance Adolescence Adulte Ne sait pas
7. A quel point vous sentez-vous gêné dans votre vie quotidienne par votre eczéma atopique ?
 Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Énormément
8. Quel a été le premier médecin consulté pour votre eczéma atopique ?
 Médecin généraliste Dermatologue Pédiatre Allergologue Ne sait pas
 Autre (précisez) : _____
9. Combien de temps s'est écoulé entre les premiers symptômes de votre eczéma atopique et la première consultation avec un médecin pour ce motif (quelle que soit sa spécialité) ?
 moins d'1 an 1-5 ans 5-10 ans plus de 10 ans Ne sait pas
10. Si vous avez déjà consulté votre médecin généraliste pour votre eczéma atopique, quel(s) a(ont) été le(s) traitement(s) prescrit(s) par celui-ci ?
 Aucun traitement Crème hydratante/émolliente Crème cortisonée (ex : NERISONE®, LOCOID®, DIPROSONE®, BETNEVAL®, LOCAPRED®, TRIDESONIT®, DERMOVAL®) Corticoïdes en cachet Ne sait pas
 Autre (précisez) : _____
11. Jugez-vous que les traitements prescrits par votre médecin généraliste pour votre eczéma atopique ont été suffisamment efficaces ? Oui Insuffisamment Pas du tout Ne sait pas
12. Avant votre consultation dans le Service de Dermatologie du CHU de Lille, votre médecin généraliste vous a-t-il adressé(e) à un autre spécialiste ? Oui Non
 - a. Si oui à quel autre spécialiste : Dermatologue Pédiatre Allergologue Ne sait pas
 Autre (précisez) : _____
13. Qui vous a adressé(e) pour la première fois au Service de Dermatologie du CHU de Lille ?
 Médecin généraliste Dermatologue libéral Pédiatre Allergologue Ne sait pas
 Autre (précisez) : _____

TOURNER SVP



Annexe 12 : suite

Page 2 sur 2

14. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous été adressé(e) au Service de Dermatologie du CHU de Lille ?

- A votre demande doute sur le diagnostic Sévérité de votre eczéma atopique
 Impasse thérapeutique Nécessité d'un traitement prescrit seulement à l'hôpital Ne sait pas
 Autre (précisez) : _____

15. Avez-vous été globalement satisfait(e) de la prise en charge de votre eczéma atopique par votre médecin généraliste ? Évaluez de 0 à 10 votre satisfaction, 10 étant une satisfaction totale.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Quels sont les points qui vous ont **satisfait(e)** dans la prise en charge de votre eczéma atopique par votre médecin généraliste ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Délai de consultation court Rapidité du diagnostic Explications claires sur la maladie
 Explications claires sur le traitement Efficacité du traitement Soutien psychologique et prise en compte de l'impact de la maladie sur ma qualité de vie Aucun Ne sait pas
 Autre (précisez) : _____

17. Quels sont les points qui ne vous ont **pas satisfait(e)** dans la prise en charge de votre eczéma atopique par votre médecin généraliste ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Délai de consultation long Diagnostic long à poser Manque d'explications sur la maladie
 Manque d'explications sur le traitement Manque d'efficacité du traitement Manque de soutien psychologique et sous-estimation de l'impact de la maladie sur ma qualité de vie Aucun Ne sait pas
 Autre (précisez) : _____

18. Suite à votre consultation dans le Service de Dermatologie au CHU de Lille envisagez-vous de reprendre ou de poursuivre le suivi de votre eczéma atopique avec votre médecin généraliste ?

- Oui Non Ne sait pas

19. Quelle(s) serai(en)t pour vous la(jes) **motivation(s)** à reprendre ou poursuivre le suivi de votre eczéma avec votre médecin généraliste ?

- Je souhaite conserver un suivi centralisé par mon médecin traitant
 J'ai confiance en lui Il me connaît mieux Il est compétent en dermatologie Délai de consultation plus court en médecine générale Aucun Ne sait pas Autre (précisez) : _____

20. Quel(s) serai(en)t pour vous le(s) **obstacle(s)** à reprendre ou poursuivre le suivi de votre eczéma avec votre médecin généraliste ?

- Je pense que l'eczéma doit être traité par un dermatologue J'ai peur que mon médecin généraliste me prenne moins bien en charge qu'un autre spécialiste Mon médecin généraliste ne souhaite pas me suivre pour mon eczéma atopique Aucun Ne sait pas
 Autre (précisez) : _____

21. Pour améliorer la prise en charge de votre eczéma atopique par votre médecin généraliste, quelle(s) serai(en)t votre(vos) suggestion(s) ?

- Diagnostic plus précoce de l'eczéma atopique Davantage d'informations sur la maladie Davantage d'informations sur les traitements Conseils sur la méthode d'application des traitements Proposer un suivi psychologique Meilleure communication entre le dermatologue et le médecin généraliste
 Suivi alterné entre le dermatologue (de ville ou hospitalier) et le médecin généraliste Ne sait pas
 Autre (précisez) : _____

Remarques / commentaires libres (pas d'informations identifiantes) :

Merci pour votre participation.

Annexe 13 : Note d'information patient et recueil de non-opposition



NOTE D'INFORMATION D'UNE RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE

« REGARD CROISE DES PATIENTS CONSULTANT DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CHU DE LILLE POUR UN ECZEMA ATOPIQUE ET DE LEUR MEDECIN TRAITANT SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ECZEMA ATOPIQUE EN MEDECINE GENERALE »

Service de Dermatologie du CHU de Lille – Paul-Arthur Langlet – Dr Manon Dubois

Nom du patient:

Prénom du patient: (Ou étiquette du patient)

Date de naissance:

Cette note d'information a pour objectif de vous expliquer le but de cette étude afin que vous puissiez décider d'y participer ou non. Votre participation à cette étude doit être entièrement volontaire. Prenez le temps de lire cette note d'information et n'hésitez pas à poser des questions à votre médecin pour avoir des renseignements complémentaires.

I. Le but de la recherche

Cette recherche porte sur l'étude du point de vue et de la satisfaction du patient ainsi que de son médecin traitant concernant la prise en charge de l'eczéma atopique. L'objectif est d'améliorer le parcours de soin et de faciliter la poursuite du suivi de l'eczéma atopique par le médecin généraliste.

II. Quelles données sont recueillies, pourquoi et comment ?

Vous êtes sollicité en raison de votre consultation le Cette recherche portera sur l'analyse de données recueillies par le biais d'un auto-questionnaire que vous pourrez remplir à l'issue de votre consultation dans le service de dermatologie du CHU de Lille.

Les données nécessaires pour la conduite de la recherche comprennent notamment : âge, sexe, nom de votre médecin traitant, caractéristiques de votre eczéma atopique, des traitements et votre satisfaction.

Le nom de votre médecin traitant permettra de le contacter et de recueillir son ressenti sur sa pratique, aucune de vos réponses ou de vos données de santé ne lui seront communiquées à cette occasion.

III. Confidentialité des données

Les données médicales recueillies dans le cadre de cette étude seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement par le CHU de Lille, représenté par son représentant légal en exercice, sur le fondement de l'intérêt public. Les données vous concernant seront pseudonymisées, c'est-à-dire identifiées par un numéro de code et par vos initiales. Elles seront ensuite transmises aux investigateurs de la recherche et aux coordinateurs.

La base de donnée ainsi créée sera conservée pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Puis, la base de données sera archivée

Annexe 13 : suite

pendant la durée légale autorisée. Passé ce délai, la base de données ainsi que tous les documents relatifs à la recherche seront définitivement détruits.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et du droit de vous opposer au traitement. Il est possible que vous ne puissiez exercer certains droits prévus par le RGPD (limitation, effacement, opposition) si cela devait compromettre la réalisation des objectifs de l'étude.

Si vous souhaitez exercer vos droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au délégué à la protection des données du CHU de Lille à l'adresse suivante : dpo@chru-lille.fr.

Si vous considérez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (CNIL) directement via son site internet : www.cnil.fr.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

IV. Acceptation et interruption de votre participation

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Dans le cas où vous répondriez par la positive, vous disposez de la possibilité d'interrompre votre participation à tout moment sans aucun préjudice et sans engager votre responsabilité. Cela n'affectera évidemment pas votre prise en charge.

En l'absence d'opposition / refus de votre part sous un délai de 3 semaines après réception de la présente note nous considérerons que vous acceptez de participer à cette recherche

V. Comment cette recherche est-elle encadrée ?

Le responsable de la recherche, a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément à la loi française aux dispositions de la Loi Informatique et Liberté applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine (CNIL loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) et européenne (Règlement européen n° 2016/679 relatif à la protection des données - RGPD).

Fait à : Lille Le :

Signature du responsable de la recherche :

Paul-Arthur Langlet

Annexe 13 : suite**CADRE RESERVE AU RECUEIL DE L'OPPOSITION**

NOM/Prénom du patient :

Je m'oppose à l'utilisation de mes données dans le cadre de cette recherche [REGARD CROISE DES PATIENTS CONSULTANT DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CHU DE LILLE POUR UN ECZEMA ATOPIQUE ET DE LEUR MEDECIN TRAITANT SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ECZEMA ATOPIQUE EN MEDECINE GENERALE / Service de dermatologie du CHU de Lille] :

Oui

Non

Signature (Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé) :

Annexe 14 : Auto-questionnaire médecin

Questionnaire de thèse**Évaluation de la prise en charge de l'eczéma atopique par le médecin généraliste : point de vue des médecins généralistes au sujet de leurs patients**

Ce questionnaire servira dans le cadre d'une thèse de médecine à étudier votre point de vue et votre satisfaction sur la prise en charge de l'eczéma atopique. Un de vos patients a préalablement rempli un questionnaire étudiant le ressenti de la prise en charge de son eczéma atopique. L'objectif est de mettre en perspective le ressenti de chacun afin d'améliorer le parcours de soin et de faciliter la poursuite du suivi de l'eczéma par les médecins généralistes.

Aucune de vos réponses ne seront communiquées au patient.

Initiales du médecin :

1. Votre genre : homme femme autre
2. Votre âge : _____
3. Année de début d'exercice : _____
4. Mode d'exercice : Urbain Rural Semi-rural Autre (précisez) : _____
5. Avez-vous une formation particulière en dermatologie ? Stage d'internat DU Formation personnelle Aucune Autre (précisez) : _____
6. En moyenne à quelle fréquence le motif d'eczéma atopique est-il abordé en consultation ?
 > 4 fois par mois 1 à 4 fois par mois < 1 fois par mois Ne sait pas
7. Dans votre patientèle atteinte d'eczéma atopique suivez-vous des formes sévères ?
 Oui Non Ne sait pas
8. Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous pour traiter l'eczéma atopique de vos patients ?
 Aucun traitement Crème hydratante/émolliente Dermocorticoïde Corticothérapie orale
 Ne sait pas Autre (précisez) : _____
9. Vous arrive-t-il d'adresser vos patients atteint d'eczéma atopique vers un(e) confrère(sœur) spécialisé(e) ? Oui Non
 - a. Si oui à quel(s) autre(s) spécialiste(s) : Dermatologue Pédiatre Allergologue Ne sait pas Autre (précisez) : _____
10. Vous arrive-t-il d'adresser vos patients atteints d'eczéma atopique au service de dermatologie du CHU de Lille ? Oui Non
11. Pour quelle(s) raison(s) orientez-vous vos patients atteint d'eczéma atopique vers un spécialiste ?
 A la demande du patient Incertitude diagnostique Sévérité de l'eczéma atopique
 Impasse thérapeutique Nécessité d'un traitement prescrit seulement à l'hôpital Manque de connaissance/formation en dermatologie Ne sait pas Autre (précisez) : _____
12. Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic de l'eczéma atopique ?
 Évaluez de 0 à 10 votre aisance, 10 étant une aisance parfaite.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annexe 14 : suite

13. Vous sentez-vous à l'aise avec la prise en charge thérapeutique de l'eczéma atopique ?
Évaluez de 0 à 10 votre aisance, 10 étant une aisance parfaite.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Êtes-vous globalement satisfait(e) de la manière dont vous prenez en charge l'eczéma atopique de vos patients ? Évaluez de 0 à 10 votre satisfaction, 10 étant une satisfaction totale.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. Après que votre/vos patient(s) ai(en)t consulté dans le Service de Dermatologie au CHU de Lille envisagez-vous de reprendre ou de poursuivre le suivi de leur eczéma atopique ?
 Oui Non Ne sait pas
16. Quelle(s) serai(en)t pour vous la(les) **motivation(s)** à reprendre ou poursuivre le suivi de l'eczéma avec vos patients ?
 Conserver un suivi global et centralisé par le MG Délai de consultation plus court en médecine générale Entretenir la relation de confiance avec le patient Actualisation des connaissances Intérêt pour la pathologie Aucune Ne sait pas Autre (précisez) : _____
17. Quel(s) serai(en)t pour vous le(s) **obstacle(s)** à reprendre ou poursuivre le suivi de l'eczéma avec vos patients ?
 Cela relève du spécialiste Crainte de moins bien prendre en charge qu'un autre spécialiste Manque de connaissance/formation Aucun Ne sait pas Autre (précisez) : _____
18. Pour améliorer la prise en charge de l'eczéma atopique en médecine générale, quelle(s) est(sont) votre (vos) suggestion(s) ?
 Améliorer la formation Site internet d'aide au diagnostic et à la prescription Plateforme de télé-expertise Accès à des avis ou consultations dermatologiques rapides Meilleure communication entre le dermatologue et le médecin généraliste Suivi alterné entre le dermatologue (de ville ou hospitalier) et le médecin généraliste Ne sait pas Autre (précisez) : _____

Remarques / commentaires libres (pas d'informations identifiantes) :

Merci pour votre participation.

Annexe 15 : Attestation de déclaration d'un traitement informatique



DIRECTION GENERALE
DEPARTEMENT DES RESSOURCES NUMERIQUES

NIR#f : DEC22-099

Attestation de déclaration d'un traitement informatique

Philippe LÉCA
Directeur
Délégation du Système
d'Information

BOUZIDI Anthony
Adjoint au Délégué à la
protection des données

Secrétariat
Tél. 03.20.44.44.26
Fax : 03.20.44.58.59

Je soussigné, Monsieur BOUZIDI Anthony, en qualité d'Adjoint au Délégué à la Protection des Données du GHT Lille Métropole Flandre intérieure atteste que le fichier de traitement ayant pour finalité: **Sujet de thèse : Regard croisé sur le ressenti de leur prise en charge entre patients du CHU consultant pour leur dermatite atopique et leur médecin généraliste mis en œuvre en 2022**, a bien été déclaré par Paul-Arthur Langlet.

La déclaration est intégrée dans le registre de déclaration normale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

Attestation réalisée pour valoir ce que de droit.

Fait à LILLE, le 09/05/2022

BOUZIDI Anthony

Toute correspondance devra être adressée à :
CHRU de Lille
Département Ressources Numériques
ex Clinique Fontan - 2^{ème} étage - rue du Professeur Laguesse
59037 LILLE Cedex

AUTEUR : Nom : LANGLET

Prénom : Paul-Arthur

Date de soutenance : 03/10/2022

Titre de la thèse : Ressenti sur la prise en charge de la dermatite atopique en médecine générale : regards croisés des patients et de leur médecin

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : Atopic dermatitis, Satisfaction, Physician-patient relation, General practice

Résumé :

Introduction : La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique fréquente dont l'incidence est en augmentation. Elle représente un motif fréquent de consultation en médecine générale, et peut dans la majorité des cas être traitée par des soins locaux par dermocorticoïdes. Néanmoins, les dermatologues restent très sollicités, et la possibilité de suivi de la DA en MG ne semble pas être évidente pour les patients contrairement à d'autres pathologies chroniques.

Méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive par auto-questionnaire auprès des patients atteints de DA consultant dans le service de dermatologie du CHU de Lille et de leur MG. L'objectif est d'évaluer leur satisfaction sur la prise en charge de la DA en médecine générale afin d'identifier des pistes d'amélioration pour favoriser le suivi de la DA par les MG après une consultation en dermatologie au CHU de Lille.

Résultats : Entre mai et août 2022 nous avons recueilli les réponses de 37 patients et de 27 MG. La médiane de satisfaction des patients concernant la prise en charge de la DA était de 6/10 ($Q_1=3$; $Q_3=8$) et celle des médecins était de 7/10 ($Q_1=6$; $Q_3=8$). Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation statistiquement significative entre la satisfaction du patient et de son MG. Le critère principal d'insatisfaction des patients était le manque d'efficacité du traitement (48,6%) et l'élément de satisfaction majoritaire était le délai de consultation court (56,8%). Les MG se sentaient globalement à l'aise tant sur le diagnostic qu'en thérapeutique avec une médiane à 7/10. La totalité des MG étaient prêts à reprendre le suivi de leur patient tandis que seuls 18,9% des patients l'envisageaient.

Conclusion : Les MG semblent satisfaits de leur prise en charge et favorables à la reprise du suivi de la DA, les freins sembleraient plutôt venir des patients qui sont moins satisfaits et peu enclins à la reprise du suivi par leur MG. L'information du patient par le MG et le dermatologue quant à la possibilité du suivi conjoint de cette pathologie chronique et l'éducation thérapeutique pourraient améliorer la satisfaction et favoriser la reprise du suivi en médecine générale.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Delphine STAUMONT-SALLE

Asseseurs : Monsieur le Docteur Frédéric DEZOTEUX

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse : Madame le Docteur Manon DUBOIS