



HAL
open science

Identification des points de rupture dans le parcours de soins des patients atteints de psoriasis : de la médecine libérale aux consultations hospitalières

Margaux Delacroix

► **To cite this version:**

Margaux Delacroix. Identification des points de rupture dans le parcours de soins des patients atteints de psoriasis : de la médecine libérale aux consultations hospitalières. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04516780

HAL Id: hal-04516780

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04516780v1>

Submitted on 22 Mar 2024

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

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



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2023

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée en
Dermatologie

par

Margaux DELACROIX

Le 4 juillet 2023

**Identification des points de rupture dans le parcours de soins des
patients atteints de psoriasis : de la médecine libérale aux
consultations hospitalières**

Membres du Jury :

Madame le Professeur Anne-Claire BURSZTEJN	Présidente du Jury et Directrice de thèse
Monsieur le Professeur Damien LOEUILLE	Juge
Madame le Docteur Cristèle NICOLAS	Juge
Madame le Docteur Margaux SERGEANT	Juge

Présidente de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean - Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2° sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : Physiologie

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur Mathias POUSSEL - Professeur Jacques JONAS

3° sous-section : Biologie cellulaire

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : Nutrition

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : Parasitologie et Mycologie

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

4° sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

2° sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3° sous-section : Immunologie

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : Génétique

Professeur Philippe JONVEAUX

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Philippe GUERCI

2° sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD

5° sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2° sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -
Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4° sous-section : Pédopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5° sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2° sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3° sous-section : Dermato-vénéréologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2° sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT

4° sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -
Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU -
Professeur Patrice GALLET

2° sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

**44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET
NUTRITION**

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –
Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2° sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

4° sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIEUR - Docteur Julien SCALA-BERTOLA -

Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –

Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

90^e Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville

(VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE, PRESIDENTE DU JURY ET DIRECTRICE DE THESE

Madame le Professeur Anne-Claire BURSZTEJN

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Dermatologie et Vénérologie, CHRU de Nancy

Vous nous faites l'honneur de diriger, juger et présider cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissant de nous faire partager votre passion, vos connaissances et votre expérience en Dermatologie, mais également en Pédiatrie et en Génétique.

Merci pour le temps que vous nous avez accordé afin de mener à bien ce travail, mais également pour votre implication tout au long de notre formation.

Merci pour votre bienveillance et vos précieux conseils.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de notre sincère admiration, notre profond respect et notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Monsieur le Professeur Damien LOEUILLE,

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Rhumatologie, CHRU de Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous souhaitons exprimer par votre présence l'importance de la collaboration entre nos disciplines.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de notre sincère admiration, et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

**Madame le Docteur Cristèle NICOLAS,
Praticien attaché en Dermatologie et Vénérologie, CHRU de Nancy**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous vous remercions des connaissances que vous nous ferez partager, notamment en Dermatologie Chirurgicale.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de notre sincère admiration, et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur Margaux SERGEANT,

Assistante Chef de Clinique en Dermatologie et Vénérologie, CHRU de Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Merci pour votre disponibilité, votre soutien, votre confiance et vos précieux conseils apportés à ce travail.

Nous vous sommes reconnaissant de nous avoir fait partager vos connaissances et votre expérience en Dermatologie, et particulièrement en Pédiatrie.

A MA FAMILLE :

A mes parents, merci pour votre amour, votre soutien infaillible, vos encouragements, je n'en serais pas arrivée là sans vous. Merci **Papa** d'avoir toujours su trouver les mots justes et apaiser mes doutes, ta tolérance et ton altruisme forgent mon admiration. A quand notre prochain marathon ensemble ? Merci **Maman** pour ton oreille attentive, tes conseils avisés et ta bienveillance, mais surtout merci de n'avoir jamais perdu patience après toutes mes fractures, et de n'avoir jamais eu honte de moi, même quand je défigurais les passants. Le monde devrait être un peu plus comme toi.

A ma petite sœur, Solène, merci de m'avoir appris à chercher en cachant mon doudou, merci de me connaître bien mieux que moi-même. Petite seulement par le nom, ton indépendance, et ta volonté ne cessent de m'inspirer. Merci à toi **Tim** de la rendre encore plus belle et épanouie, je vous souhaite le meilleur.

A ma mamie, Renée, merci pour tes tartes aux citrons légendaires, pour mes ourlets de patalons, et mes secrets bien gardés, mais surtout ta générosité et ton amour.

A mon papy, Pierrot, j'ai suivi tes traces sur les chemins thionillois, j'espère en faire autant sur le chemin créatif. Aujourd'hui (et pour la première fois) je ferai un discours plus long que le tiens, merci pour ton amour et ton soutien.

A ma mamie, Francine, merci d'avoir ressuscité mes orchidées, de me montrer tes pivoines chaque printemps, pour nos déjeuners en tête à tête, et ta disponibilité. Tu restes la plus belle fleur de ton jardin.

A mon papy, Willy, tes multiples anecdotes de jeunesse me font toujours autant rire, merci pour ton soutien malgré la distance.

A Denis, Catherine, Victor, Grégory, Amandine, Ilan, Véronique, Maxime, Pierre-Jean, Stéphanie, Evan et Zia, merci pour les rhums arrangés au ski, les randonnées dans les calanques, et les parties de Dixit, mais surtout pour votre soutien et vos encouragements depuis toutes ces années.

AUX MEDECINS AYANT PARTICIPE A MA FORMATION :

Aux Dr Florence Granel-Brocard, Fadia Doumat-Batch, merci pour votre bienveillance et votre disponibilité.

Aux Dr Adèle Essemilaire, Elodie Lellig, Emmanuelle Melgar, Hélène Seiller, Lorène Giorgi, Mélissa Gaël, Léa Fleurentin, pour toutes les connaissances que vous m'avez apprises dès mes premiers pas en Dermatologie (mes co-internes pour certaines), votre patience, vos conseils et votre gentillesse.

Aux Dr Anne-Laure Liegon, Alexandra Patchinsky, Amélie Schoeffler, Axelle Bonhomme, Hélène Martin, Philippe Muller, et à Carinne Vorkafer, merci pour votre accueil, votre passion pour la Dermatologie que vous nous partagez dans la bonne humeur.

Aux Dr Claudie Mouton-Faivre, Jenny-Anne Flabbee, Solveig Guyot, et Tania Adam, merci pour votre accueil, votre disponibilité, c'était un réel plaisir d'apprendre l'allergologie à vos côtés.

Aux Dr Ludovic Schneider et Kévin Colle, merci de m'avoir accueillie en médecine générale transitoirement, pour vos connaissances en médecine du sport, votre disponibilité et votre humour.

Aux Dr Fabrice Colnot, Guillaume Tisserand, Mory Camara, et Pascal Hennequin, merci pour votre patience, et votre enseignement pendant mes premiers pas en tant qu'interne.

A MES AMIS :

A Amaury, merci de m'avoir fait découvrir ta passion pour la musique, notamment la techno, mais aussi pour toutes nos discussions d'analyse psycho. Hâte que tu aimes Marseille et les calanques.

A Charlotte, merci de me faire partager ton scean (de connaissances), de me faire toujours autant rire (même quand je fais la tête) et de me faire perdre à LOL, merci pour nos discussions philosophiques si enrichissantes. Merci d'être toi-même, et d'être à mes côtés depuis nos 4 ans. **Et Etienne**, merci pour nos sprints à avaler du D+ au Piton de la Fournaise ou à Bras Rouge, et pour la légendaire poule d'eau à l'Hermitage.

A Eloïse, malgré les années et les kilomètres, à travers les lettres Diddle, les rendez-vous msn, les verres à La Baule, à Nantes, à Nancy ou à Paris on était toujours ensemble, comme si on ne s'était jamais quittées. Merci de faire toujours partie de ma vie.

A Ida, merci pour ta patience face aux multitudes de questions que je te pose depuis la P1 (y compris sur les tisanes au Romarin au WEI), à mon inobservance thérapeutique, j'espère que tu n'es pas encore lassée. Merci pour ta douceur, ta bienveillance, et ta confiance.

A Jérémy, merci d'avoir sauvé mon sourire, d'avoir rythmé nos révisions en P1 à coup de café vanille, et nos soirées à coup de flash de ton photomaton, mais plus que tout merci pour ta loyauté et ton humour. **Et à Marie**, pour ta douceur, ta force de caractère et ton optimisme constant.

A Juliette, à nos moments de peur et de joie, des cucarachas à Barcelone, à nos révisions en D4 jusqu'à nos choix de postes à l'internat, sans oublier les hors-pistes aux Arcs aussi bien à ski qu'un verre à la main. Reste aussi passionnée et persévérante ma Juju, ça te va si bien.

A Louise, merci pour mes toutes premières vacances à Lamarche qui resteront mémorables, ta culture musicale, mais surtout ta détermination et ta générosité.

A Maïlys, merci de retrouver toutes les paroles et répliques de film que j'oublie, de m'avoir permis d'essayer une prothèse de jambe, et jouer à Maurice et Katia Krafft à l'ascension du Piton de la Fournaise. Garde ton authenticité, ta spontanéité, et ta créativité que j'admire. Ma personne batterie manque à mon quotidien.

A Manon, mon plus fidèle compagnon depuis le collège, en passant par le brevet, les galas de danse, la semi-coloc à Metz. Merci d'avoir été toujours présente, si attentionnée et bienveillante, tu étais un peu ma maman avant de l'être pour **Rose**, je vous souhaite beaucoup de bonheur à tous les 3.

A Martin, merci à toi la citrouille dégonflée d'avoir su dépasser ma susceptibilité trop affichée en P2. Merci pour ta patience, et pour ces découvertes en anglais (notamment Manny l'ananas) et surtout merci de m'avoir fait grandir.

A Nabil, merci pour toutes les découvertes culinaires, de la rupture de jeûne avec ta famille, les repas avant tes anniversaires mémorables, et les Nescafé du WEI. Mais surtout merci pour ta générosité, et tes attentions, tu feras un excellent neurologue je n'ai aucun doute.

A Nassima, j'ai tellement de gratitude d'avoir croisé ton chemin sur le tartan de Neuves-Maisons, merci de m'avoir fait découvrir les sushis avec le vin rouge, et le run and bike. Ta force, ta volonté et ta persévérance m'inspirent toujours autant. J'ai l'impression que tu as toujours fait partie de ma vie, et je compte toujours faire partie de la tienne.

A Noémie, merci de m'avoir permis de voir Éric de si près aux Eurokéennes, pour tes cocktails légendaires, mais surtout pour ton énergie, ta générosité et ta bienveillance. Tu es devenue une véritable amie.

A Solenn, mon petit rayon de soleil quotidien, de Nancy à Lecce en passant par Barcelone et Santorin. Merci pour ton entrain, ton soutien sans faille, et ton lever de coude légendaire. Merci d'être toi-même (même si tu n'es qu'une femme), ça me permet d'être moi-même.

A Sonia, mon amie depuis l'école primaire, à nos récréations à jouer à Charmed, à nos galas de danse sur les planches de l'Espace Chaudeau, en passant par nos premiers pas dans l'Océan Indien en marche arrière. Ta résilience et ta bonne humeur à toute épreuve sont une réelle inspiration pour moi.

A Bérénice, Maxime, merci pour nos sorties courses à pied emmitouflés, nos projets sorties et potins, vous avez rythmé mes soirées d'hiver, et bientôt celles d'été.

A Ulysse et Maria, mes premières rencontres de l'internat et pas des moindres, merci pour ces souvenirs au milieu des cafards, des quiches, et de la bonne humeur.

A Pauline, depuis nos premières gamelles à Samoëns, nos premières brasses à Royan, nos larmes de joie et de douleurs (après une tyrolienne dans les dents), je suis heureuse que tu sois présente aujourd'hui.

A Hugo, Gauthier, Lucas, merci pour ces journées de révisions interminables à la BU qui paraissaient finalement très courtes entrecoupées par les pauses café, vos anecdotes toujours plus folles, et les bières aux Docks.

A Emilie, j'espère bientôt venir découvrir la douceur angevine, tes nouvelles adresses fétiches.

A Aloïs, Alain, Camille, Clémence, Hadrien, Inès, Lucille, Léa, merci d'apporter votre bonne humeur et votre grain de folie.

A MES COINTERNES :

A Eva, mon binôme de trail, de semi, de congrès d'Uriage à Paris, de révisions, merci pour ton enthousiasme et ta gentillesse, à nos prochaines aventures sur les sommets suisses !

A Victoria, merci de m'avoir fait découvrir la dermatologie avec ta passion contagieuse, pour les révisions de dernière minute, pour ta bonne humeur constante, et tes conseils avisés en matière de prise en charge et de bière locale.

A Raphaël et Clémentine, merci de m'avoir accompagnée pendant mes premières prescriptions de Dermoval, à **Amandine, Cléa, François, Harold, Julie, Juliette, Manon H, Manon K, Marion, Mathilde, Mélina, Pauline, Quentin, Sébastien**, merci pour ces bons moments passés en stage, en congrès et autour d'un (ou plusieurs) verres. Mais aussi, **Camille, Chloé, Nicolas, Roxane, Sara-Faustine**.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine,

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

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

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

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

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	20
INTRODUCTION	21
1. Psoriasis :.....	21
1.1. Définition et épidémiologie :	21
1.2. Physiopathologie :.....	21
1.3. Présentations cliniques :.....	23
1.3.1. Psoriasis en plaques (figure 2) :.....	23
1.3.2. Psoriasis en gouttes (figure 3) :	24
1.3.3. Psoriasis pustuleux (figure 4) :.....	25
1.3.4. Psoriasis érythrodermique (figure 7) :.....	28
1.3.5. Psoriasis inversé (figure 8) :.....	29
1.3.6. Psoriasis unguéal (figure 9) :.....	30
1.4. Histologie :	30
1.5. Evaluation sévérité :.....	31
1.5.1. Psoriasis Area and Severity Index (PASI) (figure 11):	31
1.5.2. Dermatology Life Quality Index (DLQI) (figure 12):.....	32
1.5.3. Physician Global Assessment (PGA) (figure 13) :.....	33
1.5.4. Autres :.....	34
1.6. Comorbidités :.....	35
1.6.1. Rhumatisme psoriasique :	35
1.6.2. Maladies cardio-vasculaires :	35
1.6.3. Syndrome anxio-dépressif :.....	36
1.7. Diagnostics différentiels :.....	36
1.8. Prise en charge :.....	36
2. Parcours de soin des patients	38
2.1. Définition :.....	38
2.2. Place du médecin généraliste dans le parcours de soin coordonné :	38
2.3. Démographie médicale et place du dermatologue :.....	39
2.4. Retard diagnostique et thérapeutique :.....	41
2.5. Réglementation en vigueur sur la prescription des traitements systémiques et biothérapies :.....	41
2.6. Prise en charge conjointe et multidisciplinaire :.....	42

PRESENTATION DE L'ARTICLE	43
ARTICLE	44
ABSTRACT	45
FIGURES	57
TABLES	58
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	60
BIBLIOGRAPHIE	62

ABREVIATIONS

HLA : Human Leukocyte Antigen

LL-37 : Cathélicidine humaine LL-37

TH : Voie de différenciation des lymphocytes T Helper

IL : Interleukine

IFN : Interféron

TNF : Tumor Necrosis Factor

PASI : Psoriasis Area and Severity Index

DLQI : Dermatology Life Quality Index

PGA : Physician Global Assessment

SPI : Simplified Psoriasis Index

BSA : Body Surface Area

NAPSI : Nail Psoriasis Severity Index

GPPGA : Generalized Pustular Psoriasis Physician Global Assessment

CASPAR : Classification criteria for psoriatic arthritis

UVB TL01 : Rayons Ultra-Violets B à spectre étroit de 311 nm, lampe TL01

PUVA : Psoralène et rayons Ultra-Violets B

HAD : Hospital Anxiety and Depression

INTRODUCTION

1. Psoriasis :

1.1. Définition et épidémiologie :

Le psoriasis est une pathologie inflammatoire chronique multifactorielle, évoluant par poussées, et se manifestant le plus classiquement par de larges plaques érythémato-squameuses (1).

Cette affection touche plus de 60 millions de personnes à travers le monde, sans prédominance pour le sexe.

L'âge moyen au diagnostic est de 33 ans (souvent plus précoce chez les femmes), mais il existe deux pics d'incidence : 16-22 ans puis 55-60 ans (associés respectivement à une influence génétique et à des mécanismes immunologiques) (1).

Actuellement, la prévalence est en augmentation dans le monde, à l'inverse de l'incidence qui décroît. Cette évolution dissociée est expliquée par le vieillissement de la population générale (1).

Le psoriasis est ubiquitaire, malgré des variations importantes de sa prévalence dans certaines régions du monde : 0,14% en Asie de l'est, 1,10% en Amérique Latine, 1,50% en Amérique du Nord, 1,83% en Europe centrale, et 1,99% en Australasie (2).

Dans une étude menée en France, la prévalence est estimée à 4,42% (3).

1.2. Physiopathologie :

L'épiderme est un épithélium pavimenteux stratifié kératinisé, composé de quatre couches cellulaires : basale, épineuse, granuleuse et cornée (4).

Les kératinocytes représentent les cellules majoritaires de l'épiderme, mais on retrouve également des mélanocytes et des cellules immunitaires résidentes présentatrices d'antigènes qui sont les cellules de Langerhans. Au sein du derme, on retrouve les cellules dendritiques myéloïdes, ainsi que les lymphocytes T mémoires. Ce système en veille assure la surveillance immunitaire (5).

Le psoriasis est une maladie multifactorielle, à médiation immunitaire innée et adaptative, et dont la physiopathologie reste toujours en partie incomprise (5).

Elle repose sur l'association de prédispositions génétiques (plusieurs gènes identifiés dont l'allèle *Human Leukocyte Antigen (HLA)-C*06:02*) (1), et de facteurs environnementaux :

- Traumatismes physiques (chirurgie, frottements par phénomène de Koebner) ou traumatismes psychologiques
- Infections virales et bactériennes (streptococciques notamment)
- Consommation tabagique et éthylique
- Certains médicaments : lithium, antipaludéens de synthèse, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, bupropion, statines, captopril, fluoxétine, interférons, interleukines, pénicilline, terbinafine (6).

Sous l'action du stress environnemental, les kératinocytes sécrètent des peptides antimicrobiens (cathélicidine humaine LL-37, bêta-défensine, protéine S100), qui activent les cellules dendritiques plasmacytoïdes puis myéloïdes, initiant ainsi la cascade inflammatoire. Cette activation favorise la polarisation *Lymphocytes T Helper* (TH1 et TH17 par le biais de l'*Intereukine* IL-12 et de l'IL-23), produisant respectivement de l'*Interféron* IFN-gamma, du *Tumor Necrosis Factor* TNF-alpha et de l'IL-17 pour l'un et de l'IL-22 et du TNF-alpha pour l'autre.

Le maintien de l'inflammation est médié par le système adaptatif via l'axe du TNF alpha, de l'IL-17 et de l'IL-23 (*Figure 1*) (7).

L'activation de cette cascade inflammatoire aboutie finalement à une prolifération excessive des kératinocytes, ainsi qu'à un défaut de leur différenciation. A la différence des patients indemnes de psoriasis, également porteurs de ces cellules immunitaires, mais chez qui cette cascade inflammatoire n'est pas activée (5).

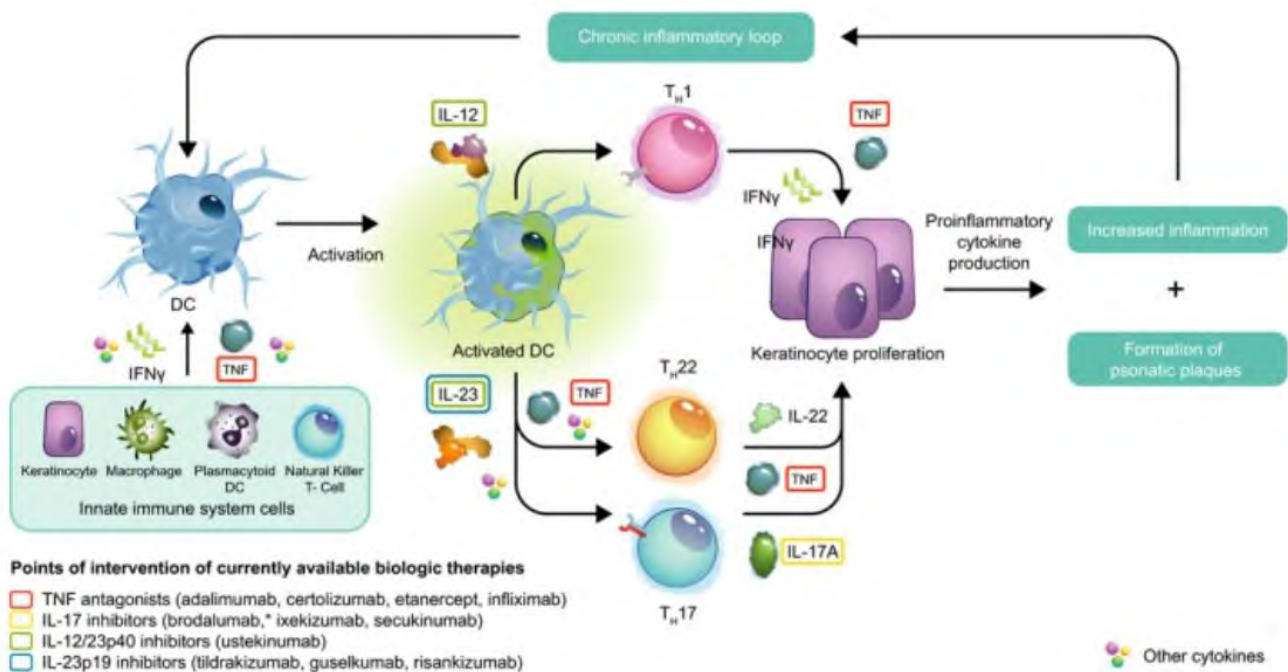


Figure 1 : mécanismes physiopathologies du psoriasis (7).

1.3. Présentations cliniques :

Les différentes formes de psoriasis et les disparités dans la distribution des lésions, la sévérité, et l'évolution de la maladie font du psoriasis une pathologie très polymorphe.

Les diverses formes cliniques possèdent tout de même des caractéristiques sémiologiques communes : érythème, hyperkératose et squames.

Même si plusieurs formes cliniques peuvent co-exister chez un seul patient, bien souvent une seule prédomine (8).

1.3.1. Psoriasis en plaques (figure 2) :

Il s'agit de la présentation la plus fréquente se manifestant par des plaques érythémateuses, parfois prurigineuses, recouvertes de larges squames, épaisses et blanches (grises sur peau noire), bien délimitées, symétriques et arrondies.

En cas d'activité lésionnelle périphérique intense, il existe une guérison centrale responsable d'un aspect annulaire.

Le grattage des squames à la curette laisse apparaître les papilles dermiques, qui porte le nom de signe d'Auspitz.

Les faces d'extension des membres (genoux, coudes), le cuir chevelu, la région lombo-sacrée, l'ombilic sont les zones bastion, exposées aux frottements où prédominent habituellement les lésions de psoriasis (1).

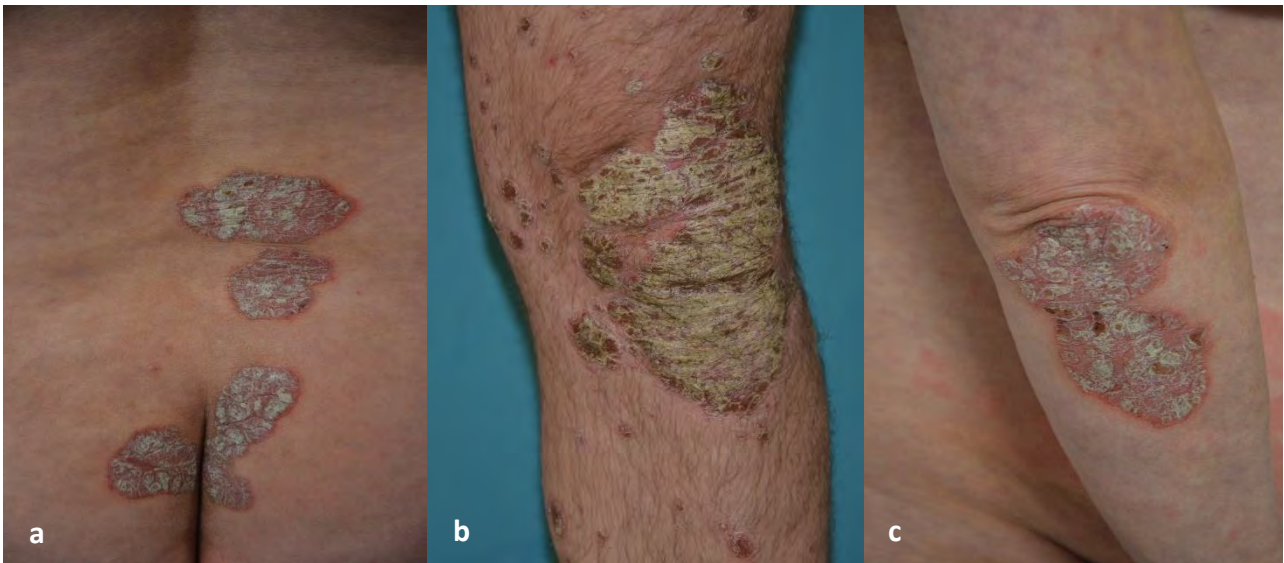


Figure 2 : psoriasis en plaques de la région lombosacrée (a), du genou (b), et du coude (c) (photographies empruntées au service de Dermatologie du CHRU de Nancy).

1.3.2. Psoriasis en gouttes (figure 3) :

Les lésions érythémato-squameuses sont de petite taille (inférieures à 10 mm), parfois très profuses (> de 100 lésions), surtout localisées au niveau du tronc.

Cette forme clinique peut se manifester par une poussée unique, notamment chez l'enfant quand elle est favorisée par une infection à Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, ou être le mode d'entrée dans une forme chronique et pouvant précéder le psoriasis en plaques (9).



Figure 3 : psoriasis en gouttes de l'abdomen (photographie empruntée au service de Dermatologie du CHRU de Nancy).

1.3.3. Psoriasis pustuleux (figure 4) :

Parmi les formes pustuleuses, on distingue le psoriasis pustuleux généralisé (de Von Zumbuch) du psoriasis pustuleux palmo-plantaire :

- *Psoriasis pustuleux généralisé :*

De début brutal, il se manifeste par de nombreuses pustules aseptiques douloureuses de petite taille, non folliculaires, parfois coalescentes sur un fond érythémateux (10).

L'atteinte prédomine sur le tronc et la racine des membres, mais peut atteindre l'ensemble du tégument (11).

S'associent fréquemment à cette éruption, un érythème pustuleux de la muqueuse buccale, une chéilite, une langue plicaturée, et des signes généraux : asthénie, anorexie, hyperthermie, arthromyalgies (12).

Une évolution par poussées est classique, pouvant s'étendre de quelques jours à quelques mois en fonction du sous-type (psoriasis pustuleux généralisé de Von Zumbusch, psoriasis pustuleux généralisé annulaire, psoriasis pustuleux généralisé chronique acral et le psoriasis pustuleux généralisé mixte), entrecoupées de rémissions (10).

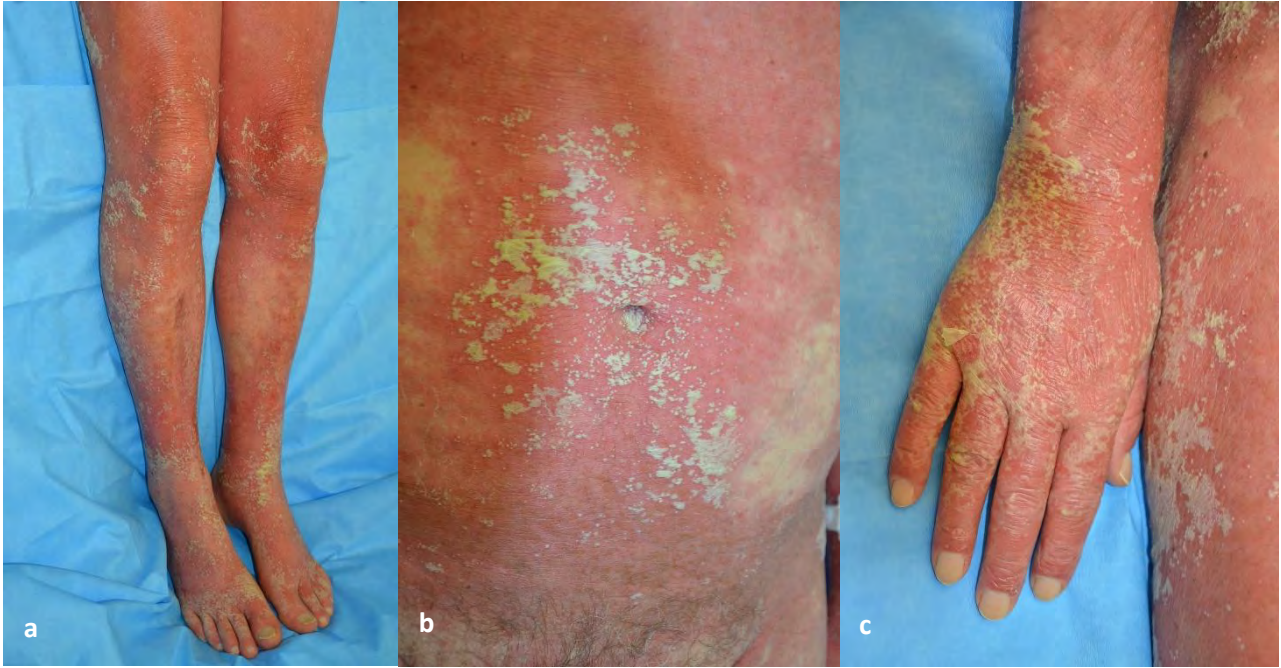


Figure 4 : psoriasis pustuleux généralisé, des membres inférieurs (a), de l'abdomen (b), et de la main (c) avec nombreuses pustules confluentes sur fond érythémateux (photographies empruntées au service de Dermatologie du CHRU de Nancy).

- *Psoriasis pustuleux palmo-plantaire (figure 5) :*

D'évolution chronique et parfois associé à des lésions de psoriasis en plaques, il se manifeste par des pustules aseptiques sur fond érythémato-squameux, laissant place à des macules brunes sur les paumes et les plantes.

Peuvent s'associer des atteintes extra-cutanées : arthrites et rarement cholangite neutrophilique.

Par ailleurs cette forme prédomine chez les femmes, et est fortement associée à un tabagisme actif

(13).



Figure 5 : psoriasis pustuleux palmaire avec pustules enchâssées, croutes et desquamation (photographie empruntée au service de Dermatologie du CHRU de Nancy).

- *Acrodermatite continue de Hallopeau (figure 6) :*

Cette rare forme de psoriasis pustuleux souvent monodactyle, peut s'étendre aux autres doigts, et dans les cas plus sévères aux orteils.

Sur fond érythémateux, des pustules péri-unguéales, sous-unguéales et matricielles se développent, responsables d'une onychodystrophie intense, d'une anonychie, voire d'une atteinte osseuse de la phalange sous-jacente (14).



Figure 6 : acrodermatite continue de Hallopeau avec périonyxis, pustules peri- et sous-unguéales (photographie empruntée au service de Dermatologie du CHRU de Nancy).

1.3.4. Psoriasis érythrodermique (figure 7) :

Il se définit par une éruption érythémato-squameuse diffuse, parfois prurigineuse, atteignant plus de 75 à 90% de la surface corporelle, associée à des signes systémiques : asthénie, hyperthermie, fièvre, adénopathies (15).

Cette forme érythrodermique peut résulter de la dégradation progressive d'un psoriasis en plaques, ou le mode d'entrée brutal dans la maladie, déclenché par les facteurs favorisants décrits ci-dessus (9).



Figure 7 : psoriasis érythrodermique, faces postérieure (a), et antérieure (b) des membres inférieurs, et face antérieure du tronc (c) (photographies empruntées au service de Dermatologie du CHRU de Nancy).

1.3.5. Psoriasis inversé (figure 8) :

Il est caractérisé par une atteinte symétrique pouvant atteindre les plis axillaires, sous-mammaires, le tablier abdominal, l'ombilic, les plis inguinaux, le périnée, et le pli interfessier (16).

Les lésions sont érythémateuses, vernissées et très bien limitées (9).



Figure 8 : psoriasis des langes chez un enfant, type de psoriasis inversé avec atteinte des plis inguinaux et du périnée (photographies empruntées au service de Dermatologie du CHRU de Nancy).

1.3.6. Psoriasis unguéal (figure 9) :

L'atteinte unguéale est multiple :

° Atteinte de la matrice et de la tablette unguéale : leuconychie vraie totale ou en bandes, dépressions cupuliformes « en dé à coudre », onycholyse distale, taches saumonées, accentuation des crêtes longitudinales voire onychorrhexie.

° Atteinte du lit de l'ongle : hyperkératose sous-unguéale, hémorragies sous-unguéales.

° Atteinte des replis péri-unguéaux : périonyxis (17).

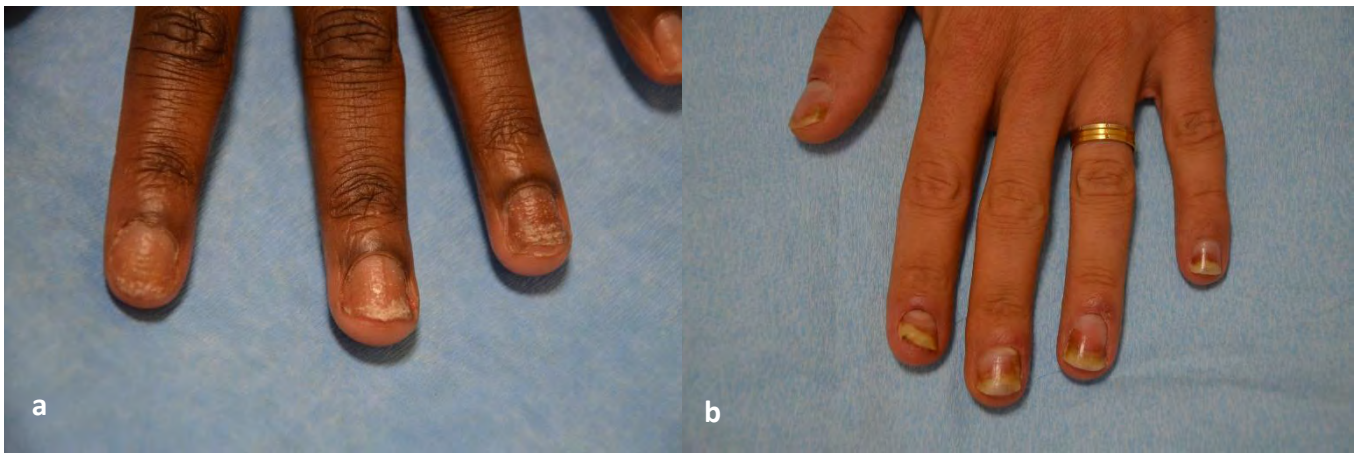


Figure 9 : psoriasis unguéal avec dépressions ponctuées en dés à coudre, taches saumonées (a), onycholyse distale et périonyxis (b) (photographies empruntées au service de Dermatologie du CHRU de Nancy).

1.4. **Histologie :**

Le diagnostic positif du psoriasis est clinique. Cependant, devant certaines formes cliniques atypiques, la biopsie permet d'apporter des arguments supplémentaires en faveur du psoriasis et d'éliminer des diagnostics différentiels (18).

L'examen histologique en peau lésée trouve (figure 10) :

° Au sein de l'épiderme : une hyperkératose parakératosique, une acanthose, un allongement des crêtes épidermiques et papilles dermiques, et parfois des amas de polynucléaires neutrophiles dans la couche cornée formant des microabcès.

° Au sein du derme : angiogénèse, capillaires dilatés, infiltrat inflammatoire lymphocytaire (19).

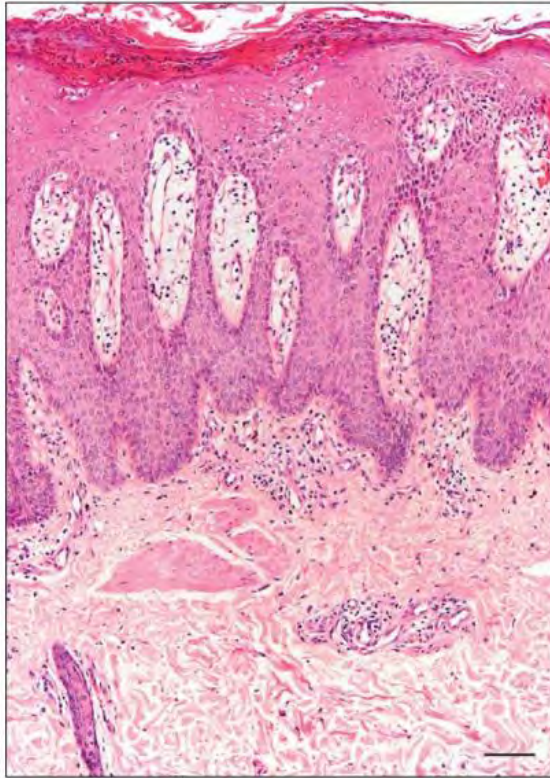


Figure 10 : acanthose, allongement des crêtes épidermiques, infiltrat inflammatoire, coloration hématoxyline et éosine, échelle = 200 μ m (19).

1.5. Evaluation sévérité :

1.5.1. Psoriasis Area and Severity Index (PASI) (figure 11):

Le PASI est un score variant de 0 à 72 et permettant d'évaluer la sévérité du psoriasis en plaques.

Son calcul repose sur l'intensité (évaluée de 1 à 4) de l'érythème, de la desquamation, et de l'induration, sur quatre régions anatomiques (tête, tronc, membres supérieurs et membres inférieurs). Enfin, pour chaque zone anatomique, la surface corporelle atteinte est estimée en pourcentage (via une échelle numérique de 0 à 6) (20).

Finalement, on définit un psoriasis sévère si le score PASI est supérieur à 12, un psoriasis modéré si le score PASI est compris entre 7 et 12, et enfin un psoriasis léger si le score PASI est inférieur à 7 (21).

Il s'agit du *Gold standard* dans les études évaluant l'efficacité des traitements (22).

Caractéristiques des plaques	Score d'atteinte	Régions corporelles			
		Tête et cou	Membres supérieurs	Tronc	Membres inférieurs
Erythème	0 = aucun				
Induration	1 = léger				
	2 = modéré				
Desquamation	3 = sévère				
	4 = très sévère				
Sous-totaux		A1 =	A2 =	A3 =	A4 =
<i>Multiplier chaque sous-total par le facteur associé à chaque région corporelle</i>					
		A1 x 0.1 = B1	A2 x 0.2 = B2	A3 x 0.3 = B3	A4 x 0.4 = B4
		B1 =	B2 =	B3 =	B4 =
Score d'atteinte (%) pour chaque région corporelle (score pour chaque région de 0 à 6)	0 = aucun				
	1 = 1 à 9%				
	2 = 10 à 29%				
	3 = 30 à 49%				
	4 = 50 à 69%				
	5 = 70 à 89%				
<i>Multiplier chaque sous-total B1, B2, B3 ou B4 par le score d'atteinte déterminé pour chaque région corporelle</i>					
		B1 x score = C1	B2 x score = C2	B3 x score = C3	B4 x score = C4
		C1 =	C2 =	C3 =	C4 =
Le score PASI du patient est la somme de C1 + C2 + C3 + C4				PASI =	

Figure 11 : Psoriasis Area and Severity Index (23).

1.5.2. Dermatology Life Quality Index (DLQI) (figure 12):

Le DLQI est un score allant de 0 à 30, évaluant le retentissement sur la qualité de vie d'une dermatose (sans spécificité pour le psoriasis).

Il se compose de 10 questions, évaluant l'impact des symptômes (prurit, brûlures, émotions négatives) sur les activités de la vie quotidienne (loisirs, vie professionnelle, relations sociales, relations intimes) (24).

Il existe une bonne corrélation entre le PASI et le DLQI sur l'évaluation de la sévérité du psoriasis (25).

Toutefois, un faible PASI dans certaines localisations (notamment le scalp, les organes génitaux, les ongles, les paumes et plantes), peut être lié à un retentissement important sur la qualité de vie (donc un score DLQI élevé) (26).

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) **gêné(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 gêné(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 gêné(e) dans votre **travail** ou vos **études** ?
 3 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)

Figure 12 : Dermatology Life Quality Index (24).

1.5.3. Physician Global Assessment (PGA) (figure 13) :

Le score PGA évalue l'intensité et la sévérité de l'atteinte, sur une échelle de 0 à 5 (blanchi, minime, léger, moyen, sévère, très sévère) (27).

Ce score est simple et rapide d'utilisation en pratique quotidienne et présente une bonne fiabilité et une bonne corrélation au PASI (28).

PGA – Physician’s Global Assessment

Score		
0	Blanchi	Aucune manifestation d'érythème mais décolorations résiduelles possibles Aucune manifestation de desquamation Aucune manifestation d'induration
1	Minime	Plaques avec érythème faible Squames fines et occasionnelles pour < 5% des lésions Surélévation minime possible par rapport au niveau de la peau normale
2	Léger	Plaques de coloration rouge Squames fines et minces Surélévation légère mais certaine par rapport au niveau de la peau normale
3	Moyen	Plaques de coloration rouge marquée Grosses squames Surélévation moyenne de plaques aux bords arrondis ou pentus
4	Sévère	Plaques de coloration rouge très foncée Grosses squames épaisses Surélévation marquée de plaques aux bords durs et tranchants
5	Très sévère	Plaques de coloration rouge très foncée à brun foncé Grosses squames épaisses, tenaces, très sévères Surélévation marquée de plaques aux bords durs et tranchants

Figure 13 : Physician Global Assessment (27).

1.5.4. Autres :

Le score Simplified Psoriasis Index (SPI), variant de 0 à 70, se décline en 3 parties, respectivement sur l'étendue et la sévérité des lésions, les répercussions psychosociales, les traitements antérieurs et en cours (29).

Ce score, validé en langue française, a été élaboré pour la pratique quotidienne (28).

Le score *Body Surface Area* (BSA), n'est pas spécifique au psoriasis. Il permet une estimation de la surface corporelle atteinte par la règle des 9, où la surface de la paume représente 1% (28).

Le score *Nail Psoriasis Severity Index* (NAPSI) permet une évaluation distincte pour chaque ongle, de la surface unguéale atteinte (comprise de 0 à 4, 1 point par quart de surface atteinte) selon 2 types de lésions : matricielle et unguéale (17).

Le score *Generalized Pustular Psoriasis Physician Global Assessment* (GPPGA) est un PGA modifié, classant la sévérité de 0 à 4 selon le nombre de lésions (pustules, érythème, squames, hyperthermie) (28).

1.6. Comorbidités :

1.6.1. Rhumatisme psoriasique :

Le rhumatisme psoriasique correspond à un rhumatisme inflammatoire séronégatif. Sa prévalence parmi les patients atteints de psoriasis est comprise entre 6 et 42% (30). La prévalence du rhumatisme psoriasique en population générale en France est estimée à 0,1% et son incidence à 8,4 pour 100 000 personnes-année (31).

Le psoriasis inversé, le psoriasis unguéal et l'atteinte du cuir chevelu sont des formes cliniques associées à un risque accru de développer un rhumatisme psoriasique (32).

Les manifestations cutanées précèdent bien souvent le rhumatisme psoriasique, de 10 ans en moyenne, mais elles peuvent également survenir de manière concomitante ou *a posteriori*.

L'hétérogénéité des présentations cliniques fait toute la difficulté du diagnostic du rhumatisme psoriasique :

- Oligoarthritis : atteinte asymétrique de 4 articulations ou moins
- Polyarthrite : atteinte symétrique de 5 articulations ou plus
- Atteintes distales des petites articulations (interphalangiennes, mains, pieds)
- Atteinte axiale du rachis et des articulations sacro-iliaques
- Arthrite mutilante : entraînant d'importantes déformations.

Peuvent s'associer à ces différentes formes des enthésites (notamment du tendon d'Achille ou de l'aponévrose plantaire) et des dactylites (33).

Le diagnostic positif de rhumatisme psoriasique repose sur un score *classification criteria for psoriatic arthritis* (CASPAR) supérieur ou égal à 3. Les items de ces scores sont : des lésions de psoriasis, un antécédent personnel ou familial de psoriasis, une dactylite, des néoformations osseuses juxta-articulaires, un dosage du facteur rhumatoïde négatif, et une atteinte unguéale (34).

1.6.2. Maladies cardio-vasculaires :

Sur un terrain génétique favorable, l'inflammation chronique générée par le psoriasis est responsable d'une insulino-résistance et d'une dysfonction endothéliale. Ces deux derniers phénomènes font le lit du syndrome métabolique et de l'athérosclérose (35, 36).

Le psoriasis est associé selon un « effet-dose » à une augmentation significative du risque des lésions coronaires chroniques non calcifiées et d'infarctus du myocarde. Cette origine

génétique commune suggère un impact positif des traitements limitant l'inflammation dans le psoriasis permettant ainsi une diminution du risque cardio-vasculaire (37).

1.6.3. Syndrome anxio-dépressif :

Le retentissement psychologique du psoriasis impacte fortement la qualité de vie des patients. Selon les études, 9 à 55% des patients atteints de psoriasis présentent des symptômes de syndrome dépressif (38).

Les patients atteints de psoriasis présentent également un risque accru de développer un syndrome anxieux et des idées suicidaires (39).

1.7. **Diagnostics différentiels :**

Les diagnostics différentiels varient selon la forme clinique de psoriasis. Concernant le psoriasis en plaques ou en gouttes, il s'agit de la dermatite atopique, la dermatite séborrhéique, le pityriasis rosé de Gibert, la syphilis secondaire, le lymphome T cutané (8).

Concernant le psoriasis inversé : intertrigo bactérien ou candidosique, érythrasma, maladie de Hailey-Hailey (40).

Concernant l'atteinte unguéale : il s'agit principalement de l'onychomycose et du lichen plan unguéal (41).

Et concernant le psoriasis pustuleux : les deux principaux diagnostics différentiels sont la pustulose exanthématique aiguë généralisée, et la pustulose sous-cornée amicrobienne aussi appelée maladie de Sneddon-Wilkinson (12).

1.8. **Prise en charge :**

Sur le plan médicamenteux, la prise en charge est fonction de la sévérité du psoriasis.

En effet, en cas de psoriasis léger, sont utilisés les traitements topiques :

- Dermocorticoïdes : effets anti-inflammatoire, vasoconstricteur et antiprolifératif, variables selon l'intensité et la galénique.
- Analogues de la vitamine D : favorisent la différenciation et limitent la prolifération kératinocytaire par leur fixation sur les récepteurs de la vitamine D des lymphocytes T et des kératinocytes.

- Inhibiteurs de la calcineurine : limitent l'inflammation par l'inhibition de l'activation lymphocytaire T et la synthèse d'IL-2 et d'IFN-gamma.
- Kératolytiques : inhibent la prolifération kératinocytaire et favorisent l'élimination des squames (8).

Concernant le psoriasis modéré à sévère, l'indication d'un traitement systémique se pose devant la présence d'un seul de ces critères :

- Surface corporelle atteinte > 10%, ou PASI > 10, ou DLQI > 10.
- Retentissement important sur le bien-être physique, mental et social.
- Localisations invalidantes et/ou affichantes : cuir chevelu, visage, paumes et plantes, organes génitaux, ongles et plis.

Actuellement, les traitements disponibles sont uniquement suspensifs, et ne permettent pas de guérison définitive (42).

D'après les recommandations de la société française de dermatologie, les traitements systémiques non biologiques de première ligne dans le psoriasis modéré à sévère sont :

- Le méthotrexate : qui est la molécule de référence pour le psoriasis en plaques.
- La ciclosporine : indiquée si nécessité d'une réponse thérapeutique rapide ou de psoriasis pustuleux, mais la durée cumulée de traitement est limitée à 2 ans en raison de sa toxicité rénale.
- La photothérapie, seule ou en association avec les autres traitements : rayons ultra-violets B à spectre étroit de longueur d'onde 311 nm par une lampe Philips TL01 (UVB TL01), ou l'association de psoralène (médicament photosensibilisant) et rayons ultra-violets A (PUVA) en cas de lésions très hyperkératosiques.
- L'acitrétine : indiquée surtout pour le psoriasis pustuleux (43).

L'aprémilast est quant à lui proposé en seconde intention en cas d'échec, de contre-indication ou d'intolérance aux autres traitements systémiques non biologiques.

Depuis la récente réévaluation publiée le 11 juillet 2022 dans le rapport de la commission de la transparence, en cas d'échec (efficacité insuffisance, contre-indication ou intolérance) d'une première ligne de traitement systémique non biologique, les traitements systémiques biologiques suivants peuvent être proposés : etanercept (Enbrel®), adalimumab (Humira®), infliximab (Remicade®, Remsima®), certolizumab pegol (Cimzia®), ustékinumab (Stelara®),

secukinumab (Cosentyx®), ixekizumab (Taltz®), brodalumab (Kynthéum®), guselkumab (Tremfya®), risankizumab (Skyrizi®), tildrakizumab (Ilumetri®), et plus récemment depuis mars 2023 le bimzelx (Bimekizumab®) (42,44).

Considérant l'immuno-modulation induite par ces traitements systémiques, ils nécessitent un bilan pré-thérapeutique (biologique et une imagerie pour certains) ainsi qu'une mise à jour des vaccinations (43).

2. Parcours de soin des patients

2.1. Définition :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi, afin de réaliser une prise en charge globale et adéquate de chaque patient, il faut donc s'intéresser à tous les pans de la santé (45).

La relation médecin-malade asymétrique décrite par Talcott Parsons dans les années 1950, et renvoyant au modèle paternaliste a bien évolué au profit d'une relation plus collaborative. En effet, en 1992 *Emanuel et al.* décrivent 3 modèles de relation médecin-patient : informatif, interprétatif et délibératif. Ces modèles présentent quelques différences, mais favorisent tous les 3 l'autonomisation du patient, permettant ainsi de le rendre acteur de sa prise en charge (par le biais des informations délivrées, la discussion) et aboutissant finalement à une prise de décision conjointe (46).

Le parcours de soin reflète cette évolution relationnelle en rendant le patient central dans sa prise en charge : en adaptant cette dernière aux besoins singuliers de chaque patient, en optimisant les relations entre professionnels de santé, en articulant les structures et les moyens disponibles autour du patient, de son entourage et de son environnement. Finalement on peut définir le parcours de soin comme étant le juste enchaînement des différentes compétences liées directement ou non aux soins (consultations, aides techniques ou biologiques, traitements médicamenteux ou non) (47).

2.2. Place du médecin généraliste dans le parcours de soin coordonné :

Le rôle du médecin traitant varie selon les pays. En France, il possède un rôle central permettant une coordination efficace des intervenants et leurs actions (48).

Dans le code de la sécurité sociale, l'article L162-5-3 attribue comme mission au médecin traitant la juste coordination des soins, afin d'optimiser la prise en charge et le suivi médical de ses patients.

L'article L162-24 précise la majoration des tarifs des consultations spécialistes sans prescription préalable du médecin traitant (excepté pour la gynécologie, l'ophtalmologie, la psychiatrie et la pédiatrie). Ce texte de loi encourage ainsi les patients à consulter le médecin traitant dans un premier temps, avant le spécialiste le plus adapté après adressage. Il renforce la position de référent du médecin traitant (49).

Cependant, les médecins généralistes manquent de moyens pour mener à bien leur mission de coordinateur (notamment dans la gestion des situations médico-sociales complexes) limitant ainsi le juste enchaînement des interventions (48).

Concernant la prise en charge du psoriasis, les patients estiment que les médecins généralistes manquent de confiance dans l'évaluation et la prise en charge de leur pathologie (50).

2.3. Démographie médicale et place du dermatologue :

Depuis 2010, l'effectif de médecins généralistes en activité régulière a connu une baisse de 11% en France. Cette diminution ne semble pas faiblir puisqu'entre 2021 et 2022, l'effectif a encore diminué de 0,9%, et de manière plus prononcée dans la région Grand Est (- 1,7%).

En revanche, depuis 2010, toutes les régions françaises présentent une variation positive de la densité de médecins spécialistes sauf 3, dont la région Grand Est (- 0,9%) (51).

La dermatologie est une spécialité particulièrement touchée par la baisse de la démographie médicale, d'autant plus dans les départements de la région Grand Est (*figure 14*). En effet, la densité moyenne en France en 2022 est de 3,5 dermatologues pour 100 000 habitants. La Meurthe et Moselle est relativement épargnée (6,4 dermatologues pour 100 000 habitants), en revanche la Meuse (1,1 dermatologues pour 100 000 habitants), la Moselle (2,5 dermatologues pour 100 000 habitants) et les Vosges (2,2 dermatologues pour 100 000 habitants) sont fortement impactés (52).

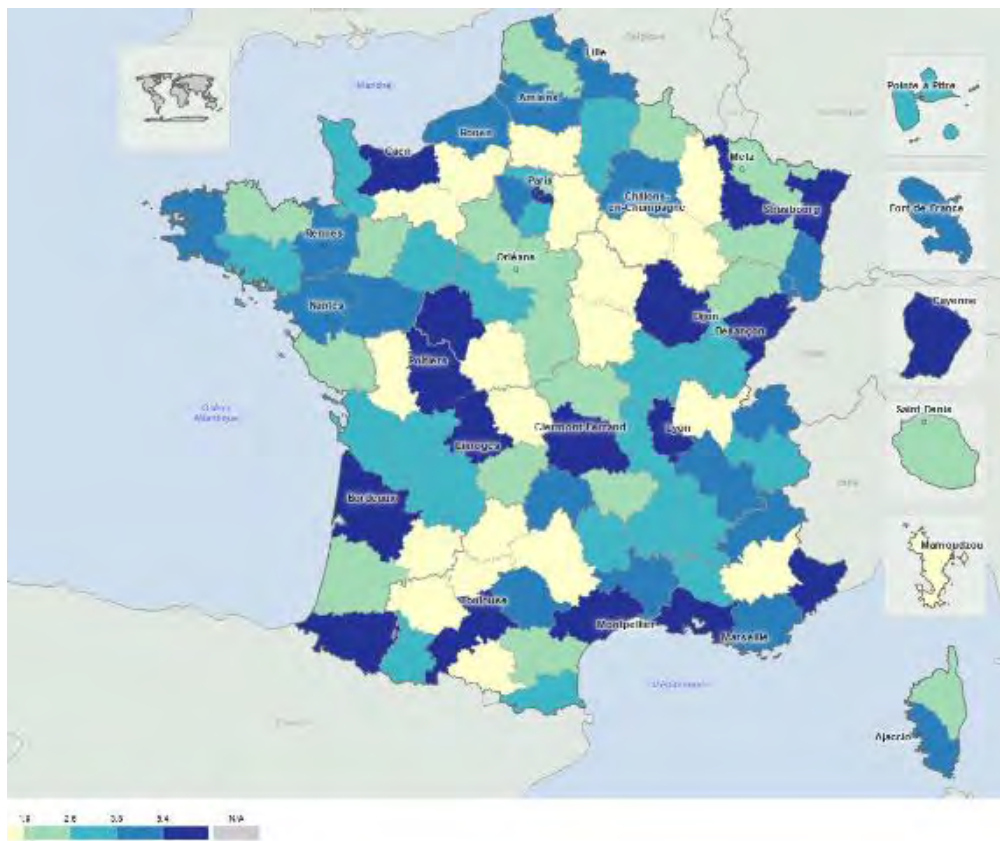


Figure 14 : variations selon les départements français de densité de dermatologues pour 100 000 habitants, en 2022. (52)

De plus, 941 dermatologues sur 3078 en France en 2022 sont âgés de plus de 60 ans et sont donc en fin de carrière (52). D’après les estimations de la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES), l’arrivée des jeunes dermatologues ne parviendraient pas à équilibrer les départs en retraite. Ainsi, ils estiment une diminution des effectifs de dermatologues de 32% entre 2006 et 2030 (53).

En parallèle de la baisse du nombre de praticiens, le vieillissement de la population va entraîner une hausse des demandes en santé, quelle que soit la spécialité, mais notamment en dermatologie (54).

Dans une étude publiée par la DREES en 2018, le délai moyen d’attente avant un premier rendez-vous en dermatologie était de 61 jours, abaissé à 34 jours en cas d’apparition ou d’aggravation de symptômes. En revanche, ce délai était allongé dans les zones rurales, où la démographie médicale était basse (55).

2.4. Retard diagnostique et thérapeutique :

Dans une étude française publiée en 2012 par Maza et al., étudiant des patients atteints de psoriasis modéré à sévère, la durée médiane d'évolution de la maladie était de 15 ans avant leur première consultation hospitalière.

Concernant le retard de prise en charge thérapeutique, la durée médiane de mauvais contrôle de la maladie était de 2 ans selon les dermatologues et 3 ans selon les patients. Les facteurs identifiés associés à ce retard à l'initiation des traitements systémiques étaient : un score d'anxiété bas selon l'échelle *Hospital Anxiety and Depression* (HAD), une faible utilisation de traitements topiques, une importante période sans traitement, l'absence de consultation auprès d'un dermatologue dans les 6 mois précédents et la consultation de moins de 2 médecins pour le motif de psoriasis dans l'année précédente (56).

Par ailleurs, 36% des dermatologues (libéraux et hospitaliers) font preuve d'inertie thérapeutique dans la prise en charge des patients atteints de psoriasis, pouvant également expliquer ce retard de prise en charge (57).

Cependant, à l'inverse Amici et al. ont démontré l'implication active des dermatologues libéraux dans la prise en charge thérapeutique du psoriasis puisque 60 % des patients bénéficiaient d'une modification de leur traitement lors de la consultation. Par ordre de fréquence, les traitements initiés étaient : le méthotrexate dans 15%, la photothérapie dans 10% et l'acitrétine dans 7% (58).

2.5. Réglementation en vigueur sur la prescription des traitements systémiques et biothérapies :

Il existe 5 catégories qui sont les suivantes : médicaments réservés à l'usage hospitalier, médicaments à prescription hospitalière, médicaments à prescription initiale hospitalière, médicaments à prescription réservée à certains médecins spécialistes, et médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement (59).

Les traitements systémiques faisant partie intégrante de la prise en charge du psoriasis (acitrétine, méthotrexate, photothérapie) sont accessibles et peuvent être prescrits par les dermatologues libéraux, à l'inverse de la ciclosporine et des biothérapies (60).

Les biothérapies sont effectivement soumises à une réglementation particulière car elles appartiennent aux médicaments soumis à prescription restreinte.

Depuis juillet 2019, pour certaines biothérapies anti-TNF alpha (adalimumab, etanercept, et certolizumab pegol), la prescription initiale doit être établie par un dermatologue en milieu hospitalier, en revanche le renouvellement peut être réalisé par un dermatologue en ville (61). Concernant les autres biothérapies actuellement disponibles pour la prise en charge du psoriasis (décrites dans *1.8. Prise en charge*), elles sont soumises à une prescription initiale hospitalière par un dermatologue, ainsi qu'à un renouvellement annuel en milieu hospitalier (62–69).

2.6. Prise en charge conjointe et multidisciplinaire :

Comme décrit précédemment, le psoriasis est une pathologie évoluant sur un mode chronique, souvent associée à des comorbidités, pouvant se manifester par différentes présentations cliniques. Par conséquent, sa prise en charge demeure complexe et est souvent segmentée par chaque spécialiste (70).

Une consultation conjointe dermatologie-rhumatologie améliorerait le diagnostic et la prise en charge du psoriasis, tant sur le plan cutané qu'articulaire ; mais également très nettement la satisfaction des patients (71).

En pratique cette collaboration est réalisable, permettant ainsi une évaluation plus précise de la maladie et de son retentissement, et une prise en charge personnalisée et globale. En revanche, elle requiert une structure hospitalière et un allongement du temps de consultation dédié (70).

Or le psoriasis ne nécessite pas toujours une prise en charge hospitalière. En effet, le suivi des patients atteints de psoriasis léger est réalisé en dermatologie libérale. Concernant le psoriasis modéré à sévère, le suivi dépend des thérapeutiques initiées (et des réglementations encadrant les prescriptions). En revanche, le suivi peut être réalisé conjointement sous couvert de certaines conditions : une bonne communication entre le milieu hospitalier et libéral, la disponibilité d'un référent hospitalier, une bonne connaissance de la molécule par le dermatologue libéral, et les potentiels effets indésirables auxquels le médecin traitant peut être confronté (60).

PRESENTATION DE L'ARTICLE

Le psoriasis étant une maladie chronique, la juste coordination des soins et des praticiens intervenant dans sa prise en charge sont indispensables afin d'optimiser le parcours de ces patients.

La prise en charge thérapeutique par le biais des traitements disponibles a fait l'objet de nombreuses études, notamment depuis l'avènement des biothérapies. En revanche, le parcours de soins a été peu étudié.

Les points de rupture correspondent à tout évènement ou son absence, responsables d'une discontinuité dans le parcours de soin du patient.

Dans ce contexte, nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective des patients adressés ou suivis pour un psoriasis dans le Département de Dermatologie du Centre Hospitalier Régional de Nancy afin d'identifier les différents points de rupture dans leur parcours de soin.

ARTICLE

IDENTIFICATION OF BREAKPOINTS THROUGHOUT PSORIASIS PATIENTS' PATHWAY : A RETROSPECTIVE MONOCENTRIC STUDY

M. Delacroix¹, M. Sergeant¹, AC. Bursztejn¹

¹ Department of Dermatology, CHRU Nancy, 6 Rue du Morvan, 54500 Vandoeuvre-Lès-Nancy, France

Corresponding author : Pr Anne-Claire Bursztejn, Dermatology and Allergology Department, CHRU Nancy, Bâtiment Philippe Canton. Rue du Morvan, 54500 Vandoeuvre-Lès-Nancy. Tel +33383157146. Fax+33383157011. E-mail ac.bursztejn@chru-nancy.fr

3028 words.

1 figure.

4 tables.

We have no conflict of interest to declare.

KEYWORDS : psoriasis ; care pathway ; healthcare services ; inflammatory dermatosis.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Psoriasis is a chronic inflammatory dermatosis frequently associated with comorbidities such as psoriatic arthritis, cardiovascular and psychiatric disorders. Its high prevalence, estimated at 4.42% in France, and its ubiquitous nature make psoriasis a public health issue. The management of psoriasis implies multidisciplinary collaboration and coordination between different healthcare providers. In contrast to the available treatments, the care pathway has been poorly studied, although it is essential for optimal management. The aim of this study is to identify the breakpoints in psoriasis patients' pathway that impede continuity of care, and to suggest areas of improvement.

METHODS. We conducted a single-centre retrospective descriptive study. In order to obtain a sample of 100 adult patients, we included every patient who consulted our Dermatology Department for a psoriasis diagnosis or follow-up from December 20th, 2022 (I.E., through September 22nd, 2022), using data included in patients' medical records.

RESULTS. The median age was 56, and 62 patients (77.5%) had a severe form of psoriasis. In 62.57% of cases, the diagnosis was made in private practice (general practitioner or private practice dermatologist) and the follow-up was provided equally (36.25% respectively), or sometimes jointly (21.25%) by the general practitioner or private dermatologist. Most of the patients were referred for treatment initiation or reassessment (65.96%), while an exchange of medical information about the patient (by e-mail or telephone) only occurred in 42% of cases. Only 10% of patients were invited to follow-up care in private practice during their last hospital consultation.

CONCLUSION. This is the first study to examine the entire care pathway for psoriasis patients (from initial symptoms to follow-up) since the introduction of biotherapies. Difficulties in accessing private practice dermatologists, delays in diagnosis and treatment, lack of communication and multidisciplinary care, and failure to resume private follow-up after occasional hospital advice are the main points of disruption identified as hindering the fluidity and continuity of the care pathway.

INTRODUCTION

Psoriasis is a chronic, multifactorial inflammatory skin condition occurring worldwide.

It is characterized by a polymorphic presentation that may sometimes make its initial diagnosis difficult (1). Psoriatic arthritis, coronary heart disease, dyslipidemia, hypertension, and mental health disorders are common comorbidities associated with psoriasis (2–4). Psoriasis is a public health issue, with an estimated prevalence of 4.42% in France. Although these treatments are easily accessible with a prescription, they are still underused as only 2.1% of French psoriasis patients have received a topical treatment. Among patients with psoriasis, 13% have received systemic therapy at least once and by extension have moderate to severe psoriasis (5,6). Seventy-three percent of patients consulting hospital dermatology departments have a moderate to severe form of the disease. These patients are eligible for systemic treatments, especially conventional ones or biotherapies. Some of these treatments (biotherapies, ciclosporin) require specialised follow-up and an annual hospital prescription (7,8).

We can define the care pathway as the right sequence of different skills (consultations, technical or biological supports, treatments), integrating the singularity of each patient (9,10). The personalised care pathway coordinated by the general practitioner is essential for multidisciplinary and global management, limiting the delay of diagnosis and treatment. However, general practitioners lack resources and face difficulties, especially in managing complex medical and social situations (11). The decreasing number of dermatologists (an estimated 32% decrease between 2006 and 2030 in France), the aging of the population and the regulation concerning biotherapies contribute to an increase in the frequency of breaking points in patient care pathways (12,13). On one hand, therapeutic management through available treatments has been the subject of several studies, particularly since the advent of biotherapies. On the other hand, the care pathway of patients diagnosed with psoriasis has been less studied. Breaking points correspond to any event, or lack thereof, responsible for a discontinuity in a patient's care pathway.

We conducted a retrospective study on the evolution and management of patients suffering from psoriasis in the Dermatology Department of the Nancy University Hospital. The aim was to identify breaking points in order to suggest ways to improve and reduce delays in diagnosis and management.

MATERIALS AND METHODS:

Study population. We conducted a monocentric retrospective descriptive study in the Dermatology Department of Nancy University Regional Hospital. In order to obtain a sample of 100 adult patients, we included every patient who consulted the Dermatology Department for a psoriasis diagnosis or follow-up from December 20th, 2022 (I.E., through September 22th, 2022). All clinical types of psoriasis were included. Patients below 18 years of age were excluded.

Data collection. To collect the data, we used all the information available in the patients' medical records (patient contact information, medical letters, corresponding physicians, scanned documents, appointment history) stored in our databases (DxCare software from Dedalus editor). We used a multiple-choice Excel document divided into 4 parts, with 42 points. The first part collected patients' characteristics and their history before the first hospital visit (age, gender, distance from home to the Dermatology Department, date of first symptoms, diagnosing physician, follow-up physician, Dermatology Life Quality Index (DLQI)/ Psoriasis Area Severity Index (PASI)/joint assessment at diagnosis, treatments started, number of different practitioners consulted). We assessed the severity of the disease by PASI and DLQI objective scores and the clinical experience of the practitioners. The second part collected data on the first hospital visit (date, referring practitioner, length of time to get an appointment, means of referral, reason for consultation, PASI DLQI and joint damage, treatment introduced, pre-therapeutic assessment). The third part collected data on the last hospital visit (date, severity, treatments introduced, medical reports). Finally, the fourth part collected data on follow-up (comorbidities, psychological support).

RESULTS

To obtain a total sample of 100 adults, we included all patients who visited the Dermatology Department for diagnosis or follow-up of psoriasis before the 20th December 2022. We excluded 4 children. (Figure 1).

Patient characteristics are presented in Table 1. In our sample, 67 were men and 33 were women. The median age was 56 years old. Sixty-two (77,5%) patients were referred to the Department for severe psoriasis. Median follow-up at the Department was 4 years.

Prehospital pathway (Table 2). The diagnosis of psoriasis was established by the general practitioner or the private practice dermatologist in 67.57% of the cases. The same number of patients were followed up by the general practitioner as by the private practice dermatologist (36.25% both), while 21.25% of the patients were followed up jointly by the general practitioner and the private practice dermatologist. For 6.25% of patients, follow-up was provided by other specialists (allergist, pediatrician, gastroenterologist, internist, rheumatologist). Only one patient had an objective documented assessment of severity using the PASI score. In contrast, none of the patients had a documented assessment of their quality of life by DLQI score or of their joint involvement. However, on average, patients saw only 1.2 different practitioners before the first hospital visit. Regarding treatments initiated, 84 patients (89.36%) had previously received local treatments (dermocorticoids and/or vitamin D analogues), 43 (45.74%) phototherapy and 31 (32.98%) conventional systemic treatments (methotrexate, ciclosporin, acitretin or apremilast). The median time from the first symptoms to the beginning of phototherapy was 10 years and 10.5 years for conventional systemic treatments.

City-hospital cooperation (Table 3). Forty-eight (57.83%) patients were referred to the hospital by their general practitioner, 24 (28.92%) by their private practice dermatologist, 3 (3.61%) by their rheumatologist, and 8 (9.64%) by other specialists (allergist, emergency physician, pediatrician, surgeon, internist).

Transmission of patients' information between the referring physician and the hospital was carried out for 42 patients (42%), by various means: referral letter for 24 (57.14%) patients, secure email for 4 (9.53%) patients, on-call telephone number for 12 (28.57%) patients, follow-up file (prescriptions, tests results) for 1 (2.38%) patient, and 1 (2.38%) patient seen by the same outpatient and inpatient practitioner. Pre-therapeutic evaluation was performed in ambulatory medicine for 4 (4.00%) patients (only by dermatologists), whereas it was

prescribed for 64 (68.09%) patients at the hospital. At the end of the consultation, a report was sent to the referring practitioner for 86 (91.49%) of patients.

Initial hospital consultation (Table 3). All patients were assessed at the hospital, and none had a teleconsultation. The median time from first symptoms to first hospital visit was 14 years. The most frequent reason for consultation was reevaluation of treatment for 62 (65.96%) patients, followed by a flare-up of psoriasis for 19 (20.21%) patients, and lastly to make the initial diagnosis for 13 (13.83%) patients. If patients were referred for initial diagnosis, the median time for symptom onset to hospital diagnosis was 1.5 years. For the initial severity determination, PASI and DLQI scores were calculated for 25 (26.56%), and 18 (19.15%) patients respectively. The presence or absence of joint damage was specified for 44 (47.31%) patients. There was a change in treatment for 66 (69.15%) patients during the first consultation: an initiation or a combination. Indeed, local treatments were introduced for 18 (27.27%) patients, phototherapy for 9 (13.63%) patients, conventional systemic treatment for 33 (50%) patients, and biotherapy for 10 (15.15%) patients.

Hospital follow-up (Table 4). For follow-up visits, all patients were seen at the hospital, and none had a teleconsultation. The renewal or introduction of treatment with an initial hospital prescription was the most frequent reason for the last hospital visit for 55 (55.00%) patients, 31 (31.00%) patients were followed exclusively in our department, 5 (5.00%) patients had a flare-up of psoriasis, and for 9 (9.00%) of them, it was their first visit at the hospital. Disease severity was more rarely evaluated by an objective score during follow-up than at the first visit: only 9 (9.00%) patients were assessed by the PASI score and 7 (7.00%) by the DLQI score. However, only 14 (16.87%) patients had severe psoriasis, while 65 (78.31%) patients had mild or clear psoriasis. Conversely, joint pain was specified as much as during the first hospital visit as in the follow-up visit, in 46 (46.00%) cases. For subsequent follow-up, only 10 (10.00%) patients were referred to a private practice dermatologist, of whom 8 (80.00%) lived within 50 kilometers of the Dermatology Department.

Multidisciplinary management. Forty-two (42.00%) patients were jointly followed up by at least one other specialist. Twenty-two (52.38%) patients had rheumatological follow-up, 14 (33.33%) had cardiological follow-up and 16 (38.10%) had follow-up by another specialist (diabetologist, gastroenterologist, pneumologist). Only 5 (11.90%) of the patients received psychological support (from a psychologist or a psychiatrist). Some patients were followed up simultaneously by several specialists.

DISCUSSION

The coordinated care pathway is challenging for the general practitioner and is at the core of psoriasis management. To our knowledge, this is the first study to analyse the care pathway of patients suffering from psoriasis, starting from diagnosis to hospital management and subsequent follow-up.

Difficulty in accessing dermatology specialists is the first breaking point in continuity of care. Indeed, only 36.25% of patients were followed by a private practice dermatologist, and 36.25% by the general practitioner alone, while 77.5% of referred patients had severe psoriasis. In 2013, Khalid *et al.* found that only 18% of patients with psoriasis were referred to a dermatologist, regardless of disease severity (14). In addition, patients feel a lack of confidence from general practitioners in the assessment and management of psoriasis, which leads to their dissatisfaction (15). Conversely, in our study, patients saw only 1.2 different practitioners before the first hospital visit, reflecting the trust accorded to their practitioner. Recent findings suggest that there can be a 5-year delay in the diagnosis of psoriasis in a UK primary care (16). By providing guidelines to general practitioners, appropriate referral of patients improved (17).

The second breaking point identified is the delay in providing appropriate care. Indeed, we found that phototherapy and conventional systemic treatments are initiated with a median delay of 10 and 10.5 years after the first symptoms, respectively. Only 4% of referred patients arrive with a pre-therapeutic evaluation already performed. This leads to a delay in appropriate care. Some of our patients were screened in their first hospital visit when biotherapies were less available and well-known, which may partly explain the low number of pre-treatment tests.

On one hand, Maza *et al.* found a significant delay in the introduction of systemic therapy in patients with uncontrolled moderate to severe psoriasis estimated at 2 years, most often in patients with low use of topical therapies, continuous psoriasis evolution, and low-level anxiety scores (18). On the other hand, private practice dermatologists are very involved in psoriasis management, since 60% of patients have their treatment modified during the last visit (19). This difference may be explained by a delayed referral to secondary care due to the belief that psoriasis is incurable, not life threatening and must be tolerated, family experience with psoriasis, lack of follow-up after treatment initiation, and the difficulty to obtain referral to secondary care (20).

The third breaking point revealed by our study is the lack of cooperation between ambulatory care and hospital care and reciprocally. The referral letter (57.14%) and the on-call telephone (28.57%) are the most common means used by physicians to refer their patients to a hospital consultation. In return, a consultation report is sent to the referring physician in 91.49% of cases. Le Maitre *et al.* highlight the importance of good city-hospital communication for joint follow-up (treatment renewal, management of adverse events and side effects) (21). Since August 2021 in France, an online shared medical record has been created for every patient to facilitate communication and information exchange between the various professionals involved, but unfortunately few practitioners are equipped to access them (22). Collaboration can be improved by proposing systematised questionnaires on a tele-expertise platform, and training general practitioners to familiarise with this frequent skin condition.

Skin-centred management is the fourth breaking point. Over the course of follow-up, the severity changed to an increasing number of mild or cleared psoriasis (up to 78.31%). We found a lack of assessment of quality of life, joint pain, and psychological impact in 7%, 46%, and 5% of cases, respectively. Nevertheless, by analogy, an improvement in symptoms leads to an improvement in quality of life and the psychological impact, which raises the question of the value of new follow-up scores.

The majority of patients are diagnosed with psoriatic arthritis after psoriasis, or at the same time. However, it is unclear whether this delay is related to a delay in diagnosis due to a lack of clinical examination, as the prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis is estimated to be 15.5% (23,24). Joint consultations in a specialized rheumatology-dermatology units reduce diagnostic difficulties, uncontrolled disease, delayed treatments and improve communication. However, the duration of the consultations is longer, and can be difficult to implement due to the shortage of doctors and high demands (25,26). To compensate, we can propose monthly multidisciplinary meetings to discuss patients' files to improve interdisciplinary communication.

Psoriasis is also associated with a higher rate of major depressive disorder and suicidal ideation, but psychological assessment is rarely performed during consultations (27,28). The psychological impact is still a taboo subject, for which dermatologists are not trained. In addition, genital involvement is common, affecting 43.2% of psoriasis patients and has a major impact on quality of life. However, only 48.5% of patients discuss it with their practitioner due

to embarrassment and stigmatisation, and only 40% claim to have been examined previously (29,30).

The final breaking point highlighted by our study is the lack of re-referral to private practice dermatologists or joint follow-up, since this was proposed to only 10% of patients. It reflects the difficulties to have access to private practice dermatologists, accentuated by the decline in medical demography (12). On one hand, some isolated practitioners may find it difficult to manage new treatments, requiring patients to continue care at the hospital. On the other hand, young hospital practitioners may feel the need to see their patients again to assess the effectiveness of introduced treatments and therefore be less inclined to propose outpatient follow-up.

Finally, we found that the majority of patients consulting the department had severe psoriasis (77.5%) and a long history of psoriasis (median of 14 years between first symptoms and the first hospital visit). Regarding severity, our results are comparable to previously published studies, since the patients followed in French hospitals had a severe form of psoriasis (73%), and mean PASI and DLQI scores were 18.5 and 12 respectively (7,18). Moreover, studying health-seeking behaviors, Simpson *et al.* found comparable results: a median duration of psoriasis of 15 years and severe impairment (median PASI score of 8.8 and median DLQI score of 12) (20).

Limitations of this study include its single-centre and retrospective design. Some data regarding prehospital history and first visit report were missing. There is an interpretation bias because some patients are followed up in hospital for several reasons (renewal of a treatment prescribed in hospital, absence of outpatient follow-up), which underestimates the number of patients exclusively followed up in hospital.

To our knowledge, this is the largest retrospective study evaluating psoriasis patient pathway since the advent of biotherapies. In addition, there is no interindividual variability because only one person was responsible for data collection. Finally, our data are based on medical records, leading to an absence of recall bias.

CONCLUSION

Since psoriasis is a chronic inflammatory skin disease, frequently associated with cardiovascular and rheumatological comorbidities, it requires personalised and multidisciplinary management. To achieve this, the coordination of care and specialists orchestrated by the general practitioner and a good communication between outpatient and inpatient care as well as between specialists is essential.

Our study focused on identifying breaks in continuity of care for patients suffering from psoriasis from the first symptoms to the last follow-up visits.

Difficulty in accessing private dermatologists delays the initiation of appropriate treatment and prolongs the duration of uncontrolled psoriasis. Lack of communication between outpatient and inpatient care can lead to misunderstandings and delays in referral and treatments.

Failure to assess the impact of the disease on quality of life, psychological status and joint damage may lead to incomplete management.

Finally, at the end of hospital visits, for patients with mild or clear psoriasis on treatment, outpatient or joint follow-up could be suggested more frequently.

Further multicentre prospective studies are needed to better understand the difficulties encountered by patients with psoriasis along the pathway highlighted by our study, especially since the advent of biotherapies.

References :

1. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet*. 2021;397:1301-15.
2. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*. 2020;323:1945-60.
3. Yeung H, Takeshita J, Mehta NN, Kimmel SE, Ogdie A, Margolis DJ, et al. Psoriasis severity and the prevalence of major medical comorbidity: a population-based study. *JAMA Dermatol*. 2013;149:1173-9.
4. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015;135:984-91.
5. Richard MA, Corgibet F, Beylot-Barry M, Barbaud A, Bodemer C, Chaussade V, et al. Sex- and age-adjusted prevalence estimates of five chronic inflammatory skin diseases in France: results of the « OBJECTIFS PEAU » study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:1967-71.
6. Grodner C, Sbidian E, Weill A, Mezzarobba M. Epidemiologic study in a real-world analysis of patients with treatment for psoriasis in the French national health insurance database. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35:411-6.
7. Mahé E, Beauchet A, Reguiai Z, Maccari F, Ruer-Mulard M, Chaby G, et al. Socioeconomic Inequalities and Severity of Plaque Psoriasis at a First Consultation in Dermatology Centers. *Acta Derm Venereol*. 2017;97:632-8.
8. Amatore F, Villani AP, Tauber M, Viguier M, Guillot B, Psoriasis Research Group of the French Society of Dermatology (Groupe de Recherche sur le Psoriasis de la Société Française de Dermatologie). French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33:464-83.
9. De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, Vanhaecht K, Vlayen J, Sermeus W. Defining pathways. *J Nurs Manag*. 2006;14:553-63.
10. Veronese F, Graziola F, Cammarata E, Andreassi M, Mazzoletti V, Taglietti C, et al. The Diagnostic-Therapeutic Care Pathway in Psoriasis: Towards ISO 9001:2015 Certification. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56:253.

11. Frattini MO, Naiditch M. Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients. *Sante Publique*. 2015;27:S87-94.
12. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *J Pédiatrie Puériculture*. 2009;22:245-53.
13. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
14. Khalid JM, Globe G, Fox KM, Chau D, Maguire A, Chiou CF. Treatment and referral patterns for psoriasis in United Kingdom primary care: a retrospective cohort study. *BMC Dermatol*. 2013;13:9.
15. Nelson PA, Barker Z, Griffiths CEM, Cordingley L, Chew-Graham CA, IMPACT Team. « On the surface »: a qualitative study of GPs' and patients' perspectives on psoriasis. *BMC Fam Pract*. 2013;14:158.
16. Abo-Tabik M, Parisi R, Morgan C, Willis S, Griffiths CE, Ashcroft DM, et al. Mapping opportunities for the earlier diagnosis of psoriasis in primary care settings in the UK: results from two matched case-control studies. *Br J Gen Pract*. 2022;72:e834-41.
17. Griffiths CEM, Taylor H, Collins SI, Hobson JE, Collier PA, Chalmers RJG, et al. The impact of psoriasis guidelines on appropriateness of referral from primary to secondary care: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2006;155:393-400.
18. Maza A, Richard MA, Aubin F, Ortonne JP, Prey S, Bachelez H, et al. Significant delay in the introduction of systemic treatment of moderate to severe psoriasis: a prospective multicentre observational study in outpatients from hospital dermatology departments in France. *Br J Dermatol*. 2012;167:643-8.
19. Amici JM, Ly S, Corgibet F, Sei JF, Seneschal J, Sbidian E, et al. Citypso : étude observationnelle multicentrique de la prise en charge du psoriasis en dermatologie libérale : patients et prise en charge. *Ann Dermatol Venerol*. 2019;146:A206-7.
20. Simpson JK, Wilson M, Ahmed AA, Mizara A, Clarke A, McBride SR. An exploratory study using framework analysis to investigate health-seeking behaviour in patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2017;177:742-50.
21. Le Maître M, Beylot-Barry M. Organisation du suivi conjoint ville-hôpital. *Ann Dermatol Venerol*. 2011;138:854-6.

22. Décret n° 2021-1047 du 4 août 2021 relatif au dossier médical partagé - Légifrance. [En ligne] c2021 [Consulté le 31 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043914236>
23. Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, Barnetche T, Paul C, Richard MA, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:242-8.
24. Tillet W, Charlton R, Nightingale A, Snowball J, Green A, Smith C, et al. Interval between onset of psoriasis and psoriatic arthritis comparing the UK Clinical Practice Research Datalink with a hospital-based cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2017;56:2109-13.
25. Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, Ribera M, Romaní J, Calvet J, et al. Multidisciplinary psoriasis and psoriatic arthritis unit: report of 4 years' experience. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:371-7.
26. Cobo-Ibáñez T, Villaverde V, Seoane-Mato D, Muñoz-Fernández S, Guerra M, Del Campo PD, et al. Multidisciplinary dermatology-rheumatology management for patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int*. 2016;36:221-9.
27. Dai YX, Chen CC, Tai YH, Chang YT, Chen TJ, Chen MH. Increased risk of major depressive disorder among probands with psoriasis and unaffected siblings: a nationwide population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34:1510-5.
28. Singh S, Taylor C, Kornmehl H, Armstrong AW. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77:425-440.e2.
29. Larsabal M, Ly S, Sbidian E, Moyal-Barracco M, Dauendorffer JN, Dupin N, et al. GENIPSO: a French prospective study assessing instantaneous prevalence, clinical features and impact on quality of life of genital psoriasis among patients consulting for psoriasis. *Br J Dermatol*. 2019;180:647-56.
30. Meeuwis K a. P, van de Kerkhof PCM, Massuger LF a. G, de Hullu JA, van Rossum MM. Patients' experience of psoriasis in the genital area. *Dermatology*. 2012;224:271-6.

FIGURES

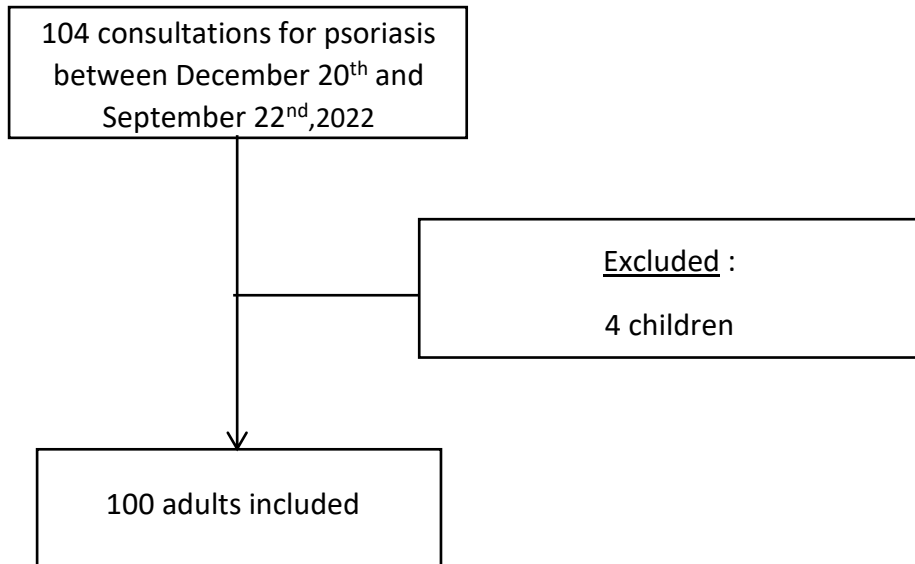


Figure 1: Flow chart

TABLES

Demographic data and severity assessment		N (%)
Gender (missing data = 0 N = 100)	Male	67
	Female	33
Age (missing data = 0 N = 100)	18-20 A	1
	20-39 A	16
	50-69 A	41
	60-79 A	40
	≥ 80 A	1
Distance between patient's home and Dermatology Department (missing data = 0 N = 100)	< 50 kms	68
	50-100 kms	16
	> 100 kms	16
Psoriasis severity (missing data = 20 N = 80)	Mild	9 (11.5)
	Moderate	9 (11.5)
	Severe	62 (77.5)

Table 1: Patient's characteristics (n=100)

Subthemes		N (%)
Prehospital follow-up (missing data = 20 N = 80)	General practitioner	29 (36.25)
	Private dermatologist	29 (36.25)
	General practitioner and private dermatologist joint follow-up	17 (21.25)
	Other specialists	5 (6.25)
Prehospital initiated treatments (missing data = 6 N = 94)	Local treatments	84 (89.36)
	Phototherapy	43 (45.74)
	Conventional systemic treatment	31 (32.98)
Referral practitioner (missing data = 17 N = 83)	General practitioner	48 (57.83)
	Private dermatologist	24 (28.92)
	Rheumatologist	3 (3.61)
	Other specialists	8 (9.64)
Information transmissions (missing data = 58 N = 42)	Addressing letter	24 (57.14)
	Secure email	4 (9.53)
	Permanent telephone number	12 (28.57)
	Follow-up file	1 (2.38)
	Other	1 (2.38)

Table 2: Prehospital features

Subthemes		N (%)
First consultation's reason (missing data = 6 N = 94)	First diagnosis	13 (13.83)
	Psoriasis flare-up	19 (20.21)
	Reassessment care	62 (65.96)
Severity assessment (missing data = 6 N = 94)	PASI	25 (26.59)
	DLQI	18 (19.15)
Joint assessment (missing data = 7 N = 93)	Joint pain	44 (47.31)
Initiated treatments (N = 66)	Local treatments (dermocorticoids and/or vitamin D analogues)	18 (27.27)
	Phototherapy	9 (13.63)
	Conventional systemic treatment	33 (50)
	Biotherapy	10 (15.15)

Table 3: Initial hospital features

Subthemes		N (%)
Last consultation's reason (missing data = 0 N = 100)	First hospital consultation	9
	Psoriasis flare-up	5
	Beginning or renewal submitted treatments to hospital prescription	55
	Exclusive hospital follow-up	31
Severity assessment (missing data = 0 N = 100)	PASI	9
	DLQI	7
	Joint pain	46
Psoriasis severity (missing data = 17 N = 83)	Mild	65 (78.31)
	Moderate	4 (4.82)
	Severe	14 (16.87)

Table 4: Last hospital features

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique, évoluant par poussées, et souvent associé à de nombreuses comorbidités (notamment rhumatologiques, cardio-vasculaires, et psychologiques). Afin d'être optimale, sa prise en charge implique une collaboration pluridisciplinaire et une juste coordination des différents acteurs.

Notre étude s'est intéressée à l'identification des points de rupture dans le parcours des patients atteints de psoriasis, entravant la continuité des soins.

Ainsi, un des premiers points de rupture auquel est confronté le patient dès le début de son parcours est la difficulté d'accès aux dermatologues libéraux, pouvant être expliqué par la baisse constante de la démographie médicale. De plus, cette tendance va se poursuivre ces prochaines années : le nombre de nouveaux dermatologues ne parviendra pas à compenser les départs. Considérant le vieillissement de la population, ces difficultés risquent de perdurer. L'inertie thérapeutique, l'adressage à la consultation hospitalière tardive en l'absence de bilan pré-thérapeutique, et les délais des rendez-vous hospitaliers concourent à un retard à l'initiation d'un traitement adapté.

Lors des consultations de psoriasis, la prise en charge est centrée sur le plan cutané. Or, le manque de transversalité dans l'évaluation initiale et le suivi peuvent aboutir à un retard diagnostique de rhumatisme psoriasique, ou de syndrome dépressif notamment. D'autant plus que le mal-être psychologique n'est pas toujours spontanément exprimé par le patient, et peu recherché lors des consultations.

Le défaut de communication entre les praticiens libéraux et hospitaliers, par le biais de courriers, d'échange de mails ou téléphoniques, peut aboutir à un manque de compréhension. En outre, une reprise du suivi dermatologique extrahospitalier ou conjoint est très peu proposé en pratique. En effet, bien souvent, les patients atteints d'une forme initialement sévère de la maladie et bénéficiant d'un traitement à renouvellement annuel hospitalier, poursuivent leur suivi à l'hôpital.

Afin de répondre aux points de ruptures identifiés, nous suggérons diverses solutions :

- Proposer une feuille d'information préremplie à destination des médecins souhaitant adresser les patients atteints de psoriasis afin d'optimiser la communication : forme

clinique, durée d'évolution de la maladie, échecs thérapeutiques, bilan pré-thérapeutique, PGA, douleurs articulaires, comorbidités.

- Organiser des réunions de concertations pluridisciplinaires mensuelles rhumatologie-dermatologie-psychiatrie afin d'ajuster les traitements, et favoriser l'adhésion thérapeutique.
- Proposer une éducation thérapeutique au patient afin de favoriser la compréhension de sa pathologie, son caractère chronique, et permettre une meilleure observance thérapeutique en rendant le patient acteur principal de sa prise en charge.
- Promouvoir le dialogue en laissant l'opportunité au patient de parler de sa détresse psychologique. Proposer un soutien psychologique, et informer le patient sur les associations, et groupes de paroles.
- Favoriser un suivi conjoint, ou libéral pour les formes peu sévères, ou les patients blanchis sous traitement.
- Encourager l'accès et la formation des médecins généralistes sur le psoriasis, les recommandations et les moyens disponibles pour optimiser l'adressage des patients.

De nombreux patients inclus dans cette étude ont débuté leur suivi avant l'ère des biothérapies : les pratiques et traitements disponibles étaient différents. Ainsi, cette révolution thérapeutique a-t-elle impacté le parcours des patients par le biais du changement de nos pratiques ? Y-a-t-il des facteurs associés chez les patients suivis exclusivement à l'hôpital ? Aussi, comment les patients perçoivent-ils leur parcours de soin ?

En vue d'appuyer les résultats précédemment décrits, et d'évaluer le parcours de soin actuels des patients atteints de psoriasis, des études multicentriques et prospectives sont nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet Lond Engl.* 2021;397:1301-15.
2. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ.* 2020;m1590.
3. Richard MA, Corgibet F, Beylot-Barry M, Barbaud A, Bodemer C, Chaussade V, et al. Sex- and age-adjusted prevalence estimates of five chronic inflammatory skin diseases in France: results of the « OBJECTIFS PEAU » study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32:1967-71.
4. Abdayem R, Haftek M. Barrière épidermique. *Ann Dermatol Vénérologie.* 2018;145:293-301.
5. Lowes MA, Suárez-Fariñas M, Krueger JG. Immunology of psoriasis. *Annu Rev Immunol.* 2014;32:227-55.
6. Badri T, Kumar P, Oakley AM. Plaque Psoriasis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 4 janv 2023]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430879/>
7. Singh R, Koppu S, Perche PO, Feldman SR. The Cytokine Mediated Molecular Pathophysiology of Psoriasis and Its Clinical Implications. *Int J Mol Sci.* 2021;22:12793.
8. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA.* 2020;323:1945-60.
9. Langley RG, Krueger GG, Griffiths CEM. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis.* 2005;64 Suppl 2:ii18-23; discussion ii24-25.
10. Zheng M, Jullien D, Eyerich K. The Prevalence and Disease Characteristics of Generalized Pustular Psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2022;23:5-12.
11. Romiti R, Hirayama AL da S, Arnone M, Magalhães RF. Generalized pustular psoriasis (von Zumbusch). *An Bras Dermatol.* 2022;97:63-74.
12. Fujita H, Gooderham M, Romiti R. Diagnosis of Generalized Pustular Psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2022;23:31-8.
13. BACHELEZ H. Pustular Psoriasis: The Dawn of a New Era. *Acta Derm Venereol.* 2020;100:5651.
14. Smith MP, Ly K, Thibodeaux Q, Bhutani T, Liao W, Beck KM. Acrodermatitis continua of Hallopeau: clinical perspectives. *Psoriasis (Auckl).* 2019;9:65-72.
15. Lo Y, Tsai TF. Updates on the Treatment of Erythrodermic Psoriasis. *Psoriasis (Auckl).* 2021;11:59-73.
16. Jfri A, Leung B, Said JT, Semenov Y, LeBoeuf NR. Prevalence of inverse psoriasis subtype with immune checkpoint inhibitors. *Immunother Adv.* 2022;2:ltac016.
17. Schons KRR, Knob CF, Murussi N, Beber AAC, Neumaier W, Monticielo OA. Nail psoriasis: a review of the literature. *An Bras Dermatol.* 2014;89:312-7.

18. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386:983-94.
19. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. 2007;370:263-71.
20. Ashcroft DM, Wan Po AL, Williams HC, Griffiths CE. Clinical measures of disease severity and outcome in psoriasis: a critical appraisal of their quality. *Br J Dermatol*. 1999;141:185-91.
21. Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology*. 2005;210:194-9.
22. Naldi L, Svensson A, Diepgen T, Elsner P, Grob JJ, Coenraads PJ, Bavinck JN, Williams H; European Dermato-Epidemiology Network. Randomized clinical trials for psoriasis 1977-2000: the EDEN survey. *J Invest Dermatol*. 2003;120:738-41
23. SFD, scores et échelles [Internet]. c.2014 [Consulté le 27 février 2023]. Disponible sur : <https://www.sfdermato.org/upload/scores/formulaire-de-calcul-de-score-pasi-239e58233872fe425ce7a8a3232d0265.pdf>
24. SFD, scores et échelles [Internet]. c.2014 [Consulté le 8 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.sfdermato.org/upload/scores/dlqi-bbfd6e5efebddec92aaf981ab754a292.pdf>
25. Mermin D, Boursault L, Milpied B, Taieb A, Ezzedine K, Seneschal J. DLQI as a major criterion for introduction of systemic agents in patients with mild psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30:1961-4.
26. Dauden E, Herrera E, Puig L, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Caloto MT, et al. Validation of a new tool to assess health-related quality of life in psoriasis: the PSO-LIFE questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:56.
27. SFD, scores et échelles [Internet]. c.2014 [Consulté le 8 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.sfdermato.org/upload/scores/pgs-6bc024c0317433145af2101bcfe426e7.pdf>
28. Aubert H. Les critères d'efficacité pour l'évaluation de la réussite du traitement : Efficacy criteria for psoriasis treatments. *Ann Dermatol Vénéréologie - FMC*. 2021;1:5S22-30.
29. SFD, scores et échelles [Internet]. c.2014 [Consulté le 8 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.sfdermato.org/upload/scores/6826-indice-simplifie-du-psoriasis-spi-professionnel-93922a57b4a486c63dca5bbafe06aad8.pdf>
30. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis*. 2005;64 Suppl 2:ii14-17.
31. Pina Vegas L, Sbidian E, Penso L, Claudepierre P. Epidemiologic study of patients with psoriatic arthritis in a real-world analysis: a cohort study of the French health insurance database. *Rheumatology (Oxford)*. 2021;60:1243-51.
32. Gottlieb A, Merola JF. Psoriatic arthritis for dermatologists. *J Dermatol Treat*. 2020;31:662-79.
33. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med*. 2017;376:957-70.
34. Menter A. Psoriasis and psoriatic arthritis overview. *Am J Manag Care*. 2016;22:s216-224.
35. Boehncke WH. Systemic Inflammation and Cardiovascular Comorbidity in Psoriasis Patients: Causes and Consequences. *Front Immunol*. 2018;9:579.

36. Teklu M, Zhou W, Kapoor P, Patel N, Dey AK, Sorokin AV, et al. Metabolic syndrome and its factors are associated with noncalcified coronary burden in psoriasis: An observational cohort study. *J Am Acad Dermatol*. 2021;84:1329-38.
37. Zhang L, Wang Y, Qiu L, Wu J. Psoriasis and cardiovascular disease risk in European and East Asian populations: evidence from meta-analysis and Mendelian randomization analysis. *BMC Med*. 2022;20:421.
38. Fabrazzo M, Romano F, Arrigo M, Puca RV, Fuschillo A, De Santis V, et al. A Multivariate Analysis of Depression Prevalence in Psoriasis Patients: A Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:2060.
39. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015;135:984-91.
40. Balato N, Di Costanzo L, Balato A. Differential diagnosis of psoriasis. *J Rheumatol Suppl*. 2009;83:24-5.
41. Kaeley GS, Eder L, Aydin SZ, Rich P, Bakewell CJ. Nail Psoriasis: Diagnosis, Assessment, Treatment Options, and Unmet Clinical Needs. *J Rheumatol*. 2021;48:1208-20.
42. Haute autorité de santé [Internet]. c2022 [Consulté le 20 mars 2023]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/reevaluation_mdtbsbiologiques_psoriasis_psobioteq2_pic_avisdef_modifiele30092022_cteval544.pdf
43. Amatore F, Villani AP, Tauber M, Viguier M, Guillot B, Psoriasis Research Group of the French Society of Dermatology (Groupe de Recherche sur le Psoriasis de la Société Française de Dermatologie). French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33:464-83.
44. BIMZELX (bimékizumab) - Psoriasis en plaques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 juin 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3422860/fr/bimzeln-bimekizumab-psoriasis-en-plaques
45. Constitution, Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. c2023 [Consulté le 13 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
46. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. 2007;19:413-25.
47. DGOS, Michel.C, Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. c2022 [Consulté le 13 avr 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
48. Frattini MO, Naiditch M. Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. 2015;27:S87-94.
49. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés, Service public [Internet]. c2021 [Consulté le 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>

50. Nelson PA, Barker Z, Griffiths CEM, Cordingley L, Chew-Graham CA, IMPACT Team. « On the surface »: a qualitative study of GPs' and patients' perspectives on psoriasis. *BMC Fam Pract.* 2013;14:158.
51. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France - Conseil National de l'ordre des médecins. [Internet] c2022 [Consulté le 28 mars 2023]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
52. Arnault DF. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales - Conseil National de l'ordre des médecins. [Internet] c2022 [Consulté le 28 mars 2023]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/bnhcwi/cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf
53. Attal-Toulbert K, Vanderschelden M, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées, Solidarité santé gouv. [En ligne]. c2009 [Consulté le 14 avril 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er679.pdf>
54. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. c2020 [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
55. Millien C, Chaput H, Cavillon M, La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [Internet] c2018 [Consulté le 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le>
56. Maza A, Richard MA, Aubin F, Ortonne JP, Prey S, Bachelez H, et al. Significant delay in the introduction of systemic treatment of moderate to severe psoriasis: a prospective multicentre observational study in outpatients from hospital dermatology departments in France. *Br J Dermatol.* 2012;167:643-8.
57. Halioua B, Corgibet F, Maghia R, Hello S, Caillet G, Nicolas C, et al. L'inertie thérapeutique dans la prise en charge par des traitements systémiques des patients souffrant de psoriasis en plaques modéré à sévère non contrôlé. *Ann Dermatol Venerol.* 2018;145:S92-3.
58. Amici JM, Ly S, Corgibet F, Sei JF, Seneschal J, Sbidian E, et al. Citypso : étude observationnelle multicentrique de la prise en charge du psoriasis en dermatologie libérale : patients et prise en charge. *Ann Dermatol Venerol.* 2019;146:A206-7.
59. Article R5121-77 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. c2012 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006914819/2012-05-01
60. Le Maître M, Beylot-Barry M. Organisation du suivi conjoint ville-hôpital. *Ann Dermatol Venerol.* 2011;138:854-6.

61. Modification des conditions de prescription et délivrance de certaines biothérapies utilisées dans le traitement de maladies inflammatoires chroniques en rhumatologie, gastroentérologie, dermatologie, ophtalmologie, ANSM [Internet]. c2019 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-de-certaines-biotherapies-utilisees-dans-le-traitement-de-maladies-inflammatoires-chroniques-en-rhumatologie-gastroenterologie-dermatologie-ophtalmologie>.
62. Arrêté du 21 juin 2016 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux - Légifrance. [Internet] c2016 [Consulté le 19 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032855207>.
63. Arrêté du 21 octobre 2015 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux - Légifrance. [Internet] c2015 [Consulté le 19 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031386541>.
64. Arrêté du 24 janvier 2020 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux - Légifrance. [Internet] c2020 [Consulté le 19 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041491415>.
65. Arrêté du 25 janvier 2019 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux - Légifrance. [Internet] c2019 [Consulté le 19 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCTA000038074096>.
66. Arrêté du 25 septembre 2018 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux - Légifrance. [Internet] c2018 [Consulté le 19 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037485384>.
67. Arrêté du 28 juillet 2022 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux - Légifrance. [Internet] c2022 [Consulté le 19 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046131815>.
68. Arrêté du 28 novembre 2016 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux - Légifrance. [Internet] c2016 [Consulté le 19 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033507618>.
69. Arrêté du 30 mars 2023 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux - Légifrance. [Internet] c2016 [Consulté le 19 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047416868>.
70. Lambert J, Alves De Medeiros AK, Van Reempts A, Van Langenhove K, Rossey J, Deprez E, et al. The implementation of a structured specialized consultation for psoriasis management. *Acta Clin Belg*. 2021;76:421-6.
71. Cobo-Ibáñez T, Villaverde V, Seoane-Mato D, Muñoz-Fernández S, Guerra M, Del Campo PD, et al. Multidisciplinary dermatology-rheumatology management for patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int*. 2016;36:221-9.

VU

NANCY, le **30 mai 2023**
Le Président de Thèse

NANCY, le **2 juin 2023**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Anne-Claire BURSZTEJN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **13008C**

NANCY, le **07 juin 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

INTRODUCTION : Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussées, fréquemment associée à des comorbidités dont le rhumatisme psoriasique, des maladies cardiovasculaires et psychiatriques. Sa prévalence élevée, estimée à 4,42% en France, son caractère ubiquitaire, son retentissement fonctionnel et sur la qualité de vie, font du psoriasis un problème de santé public. Afin d'être la plus adaptée, sa prise en charge implique une collaboration multidisciplinaire, et une juste coordination des différents acteurs et de leurs compétences. Contrairement aux traitements disponibles, le parcours de soin est très peu étudié, pourtant essentiel à une prise en charge adéquate.

ARTICLE : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive, monocentrique sur 100 adultes atteints de psoriasis depuis les premiers symptômes et le diagnostic jusqu'aux dernières consultations de suivi hospitalières. L'objectif était d'identifier les points de rupture entravant la continuité du parcours de soin des patients, afin de proposer des axes d'amélioration. Malgré le caractère sévère du psoriasis (77,5%), peu de patients bénéficient d'une évaluation objective de la sévérité (par le biais de scores), de son retentissement et des comorbidités. Dans moins de la moitié des cas (42%), il existe un échange d'informations médicales entre la ville et l'hôpital, à propos du patient (par le biais d'un courrier, échange téléphonique ou mail) témoignant du manque de communication. Les patients sont majoritairement adressés pour une réévaluation de traitement (65,96%). L'évaluation ponctuelle hospitalière est rare, le suivi qui en découle est souvent exclusivement hospitalier : seuls 10% des patients sont adressés aux dermatologues libéraux.

CONCLUSION : Les difficultés d'accès aux dermatologues libéraux résultant de la baisse de la démographie médicale et du vieillissement de la population concourent à un allongement des délais de rendez-vous et donc de diagnostic, et d'instauration thérapeutique adaptée. Le manque de communication de l'interface ville-hôpital limite l'adressage des patients selon des délais adaptés aux motifs de consultation. Le défaut d'évaluation des comorbidités et de leur retentissement aboutissent à un retard diagnostique notamment concernant le rhumatisme psoriasique et les troubles psychologiques. La télé-expertise apparaît être une solution adaptée afin d'améliorer la communication, et de promouvoir l'évaluation globale par le biais de questionnaires et scores. L'organisation de réunion de concertation pluridisciplinaire ou de consultation conjointe pourrait réduire les délais diagnostiques des comorbidités notamment du rhumatisme psoriasique. L'utilisation en pratique courante de l'éducation thérapeutique permettrait de renforcer le rôle d'acteur central du patient dans sa prise en charge.

TITRE EN ANGLAIS: Identification of breakpoints throughout psoriasis patients' pathway: a retrospective monocentric study

THESE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE – ANNÉE 2023

MOTS CLÉS : Psoriasis ; parcours de soin ; services de soins ; dermatose inflammatoire

ADRESSE DE LA FACULTÉ :

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54 500 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
