



**HAL**  
open science

## Observance à long terme du maquillage médical correcteur pour les dermatoses affichantes

Laure Ferries

► **To cite this version:**

Laure Ferries. Observance à long terme du maquillage médical correcteur pour les dermatoses affichantes .  
Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01380572>

**HAL Id: dumas-01380572**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01380572v1>**

Submitted on 13 Oct 2016

**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.



HAL Authorization

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN**

Année 2016

N°

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2016

Par

**Laure FERRIES**

Née le 24 juillet 1987 à Croix (59)

**Observance à long terme du maquillage médical  
correcteur pour les dermatoses affichantes**

**PRESIDENT DU JURY ET DIRECTEUR DE THÈSE**

Monsieur le Professeur Pascal JOLY

**MEMBRES DU JURY**

Monsieur le Professeur Jacques BENICHOU

Monsieur le Professeur Philippe MUNETTE

Madame le Docteur Anne-Bénédicte DUVAL-MODESTE

Madame le Docteur Claire BOULARD



U.F.R. DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

**Professeur Benoit VEBER**

**Professeur Pascal JOLY**

**Professeur Stéphane MARRET**

I - MEDECINE
--------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno <b>BACHY</b> ( <i>surnombre jusque 01/11/15</i> )	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul <b>BESSOU</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise <b>BEURET-BLANQUART</b>	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
<i>(surnombre)</i>		
Mr Guy <b>BONMARCHAND</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Pierre <b>CZERNICHOW</b>	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale

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

Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUJA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mr Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mr Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

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

### **PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

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

### MAITRES DE CONFERENCES

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

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

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Mr Jérémie <b>MARTINET</b>	Immunologie
----------------------------	-------------

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mr Romy <b>RAZAKANDRAINIBE</b>	Parasitologie
Mr François <b>HALLOUARD</b>	Galénique
Mme Caroline <b>LAUGEL</b>	Chimie organique
Mr Souleymane <b>ABDOUL-AZIZ</b>	Biochimie
Mme Maïté <b>NIEPCERON</b>	Microbiologie

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

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

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

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

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

### ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

#### PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med) Physiologie (ADEN)

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

#### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (phar) Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar) Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (phar) Chirurgie Expérimentale

Mr Antoine **OVRARD-PASCAUD** (med)

Mr Frédéric **PASQUET**

Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Sciences du langage, orthophonie

Biochimie (UMR 1079)

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :**

Mme Véronique **DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*HB - Hôpital de Bois Guillaume*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*SJ – Saint Julien Rouen*

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

## TABLE DES MATIERES

---

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	17
TABLE DES ANNEXES.....	18
TABLE DES ABREVIATIONS.....	19
I. <b>PREAMBULE</b> .....	20
II. <b>INTRODUCTION</b> .....	21
1. Le maquillage médical correcteur, les techniques de correction médicale et l'atelier de maquillage médical correcteur.....	21
2. Les dermatoses affichantes.....	24
3. L'observance.....	25
4. La qualité de vie.....	27
III. <b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	30
IV. <b>RESULTATS</b> .....	36
1. Recueil des questionnaires.....	36
2. Caractéristiques de la population.....	36
3. Observance.....	38
4. Causes de non-observance et d'observance occasionnelle ou transitoire.....	40
5. Facteurs prédictifs de non-observance.....	41
6. Evolution du score du DLQI.....	42
7. Satisfaction des patients vis-à-vis du maquillage médical correcteur.....	43
V. <b>DISCUSSION</b> .....	46
VI. <b>CONCLUSION</b> .....	54
VII. <b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	55
VIII. <b>TABLE DES ANNEXES</b> .....	66
IX. <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	82

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

Figure1 : Répartition des âges dans notre population.....	
Figure 2 : Répartition de la population selon le délai d'appel.....	
Tableau 1 : Caractéristiques de la population.....	
Tableau 2 : Observance (dans la population totale et dans les sous-groupes) et répartition selon la fréquence de remaquillage.....	
Tableau 3 : Causes de non-observance et d'observance occasionnelle ou transitoire.....	
Tableau 4 : Evolution du score DLQI total entre l'inclusion et l'évaluation finale dans la population totale.....	
Tableau 5 : Evolution de la moyenne du score DLQI total entre l'inclusion et l'évaluation finale en fonction de l'intervalle de sévérité initial dans la population totale.....	
Tableau 6 : Evolution de la moyenne du score du DLQI total et évolution de la moyenne de la différence du score DLQI total entre l'inclusion et l'évaluation finale dans la population globale et chez les patients dont la dermatose restait affichante à l'évaluation finale.....	

## TABLE DES ANNEXES

---

Annexe 1 : 1er auto-questionnaire (incluant le DLQI) réalisé avant l'atelier de MMC le jour de l'inclusion.....	
Annexe 2 : 2ème questionnaire réalisé après l'atelier de MMC le jour de l'inclusion.....	
Annexe 3 : 3ème questionnaire (incluant le DLQI) réalisé lors d'un appel téléphonique au moins 1 an après de l'atelier de MMC .....	

## TABLE DES ABREVIATIONS

---

DAf : dermatose affichante

DLQI : Dermatology Life Quality Index

IDE : infirmière diplômée d'état

QDV : qualité de vie

MMC : maquillage médical correcteur

PCC : produits cosmétiques correcteurs

## I. PREAMBULE

---

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la santé non seulement comme une « absence de maladie, mais aussi comme la présence d'un bien-être physique, mental et social ». Le concept de *qualité de vie* (QDV) apparaît dans les années 1970, traduisant un mouvement profond de notre société. Depuis, l'évaluation de la QDV est devenue incontournable dans la culture médicale et singulièrement dermatologique. Certaines dermatoses sont à l'origine de répercussions psycho-sociales importantes et d'une altération de la QDV des patients. Leur traitement local et/ou systémique ne permet pas toujours de traiter totalement les lésions. Il persiste bien souvent des lésions visibles soumises au regard du monde extérieur. Dans ce contexte de nouvelles questions se posent, comme celle de prescrire des traitements médicamenteux lourds pour des dermatoses affichantes (DAf) ayant un impact purement esthétique (1). En complément de ces thérapies, l'utilisation de maquillage médical correcteur (MMC) a été développée surtout depuis le début du 21<sup>ème</sup> siècle. Elle s'est répandue dans divers champs de la dermatologie, allant de l'oncologie aux désordres pigmentaires. De nombreuses études (2–10) ont montré son intérêt. Les patients voient leur QDV améliorée sans aggravation des lésions. En parallèle le monde médical a pris conscience que l'observance constituait un enjeu majeur dans la prise en charge thérapeutique. L'observance des traitements locaux et généraux en dermatologie a été largement étudiée. A notre connaissance, aucune étude sur l'observance de l'utilisation du MMC n'a été publiée. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'observance à long terme du MMC chez des patients atteints de DAf.

## II. INTRODUCTION

---

### 1. Le maquillage médical correcteur, les techniques de correction médicale et l'atelier de maquillage médical correcteur

#### ❖ Le maquillage médical correcteur

Le MMC a pour objectif de trouver la correction « médicale » la plus adaptée aux symptômes de la dermatose, à la prescription médicale, aux souhaits et aux attentes des patients. Il doit être couvrant pour masquer des lésions mais aussi adapté aux peaux sensibles. Les produits cosmétiques correcteurs (PCC) sont conçus dans ce sens : concentration riche en pigments, sans parfum, sans conservateur, longue tenue, résistants à l'eau et à la sueur, hypoallergéniques, non comédogènes, avec un indice de protection solaire jour. Selon la quantité de pigment qu'il contient, le produit correcteur est plus ou moins épais, plus ou moins couvrant. S'il est épais et très couvrant, il compense les différences de couleur, on parle de correcteur de teint. S'il est fin et fluide, il s'adapte aux imperfections de relief de la peau, on parle de fond de teint. Les divers PCC permettent un maquillage complet : correction, maquillage teint, maquillage des lèvres et des sourcils.

#### ❖ Les techniques de correction médicale

Les techniques de correction médicale permettent de masquer les imperfections cutanées avec efficacité et naturel et ce, sans risquer d'aggraver les maladies dermatologiques. La réalisation d'un maquillage naturel s'effectue en 5 étapes :

##### Etape 1 : Nettoyer soigneusement la peau

Ce nettoyage s'effectue de préférence avec des soins nettoyants adaptés au type de peau et la pathologie. Ainsi chez une patiente ayant une rosacée, on privilégiera les syndets ("synthetic detergents", ne comportant pas de savon) plutôt que les savons et produits alcoolisés. On conseillera un tamponnement de la peau, plutôt qu'un frottement ou une friction, afin de prévenir la survenue de brûlures et rougeurs.

## Etape 2 : Appliquer une base de maquillage adaptée au type de peau et à sa sensibilité

Le MMC n'a pas de propriété hydratante mais seulement de « camouflage ». Son utilisation doit être précédée de l'application d'une crème hydratante appelée « base » dont il faut vérifier au préalable la compatibilité avec le maquillage. Si les produits ne sont pas compatibles, l'application du MMC est impossible car il se forme un « peluchage » sur la peau.

## Etape 3 : Masquer les imperfections avec les correcteurs de teint

Le principe de correction médicale est de superposer deux couleurs complémentaires sur le cercle chromatique afin de les neutraliser. C'est le rôle du correcteur de teint. Ainsi, le vert et le jaune sont essentiellement utilisés pour masquer les imperfections de couleur : le vert neutralise le rouge (couperose, cicatrice, psoriasis...) et le jaune neutralise le bleu-violacé (ecchymoses, angiome, varices...). Pour unifier et atténuer les différences de relief et corriger les imperfections brunes, on utilise la valeur des couleurs. On nomme « valeur » l'amplitude lumineuse définissant la couleur. Chaque couleur peut avoir un aspect clair ou foncé ; pour cela, il suffit d'y ajouter du blanc ou du noir. Pour cette raison, l'application d'un fond de teint « beige » directement sur une hyperpigmentation « brune » laisse un reflet gris. En revanche en neutralisant l'imperfection en ajoutant un correcteur orangé, l'aspect « grisé » disparaît. La teinte « corail » neutralise le brun : mélasma, lentigo, cicatrices hyperpigmentées. Les fards clairs rehaussent et les fards sombres creusent. Le blanc unifie légèrement et accroche la lumière. C'est en jouant sur ces contrastes que l'on peut rectifier la forme du visage, atténuer les cicatrices ou les dépressions et masquer les dyschromies. Le correcteur de teint s'applique en petite quantité et on l'étire en douceur. Grâce au correcteur de teint, il sera possible d'appliquer moins de fond de teint et ainsi d'obtenir un maquillage plus léger et plus naturel.

## Etape 4 : Unifier le teint avec un fond de teint

Le teint est ensuite unifié à l'aide d'un fond de teint caractérisé par son fort pouvoir couvrant. Il se présente sous différentes formes : crème fluide, crème-compact, crème en bâton, poudre, poudre compressée, liquide. Les fonds de teint compacts sont préférés aux fonds de teints fluides grâce à leur très haute concentration en pigments et leur tenue supérieure. Deux textures sont disponibles : une texture oil-free pour les peaux grasses et une texture confort, réservée aux peaux sèches. La texture oil-free est beaucoup plus riche en poudre ; elle sera plus matifiante, et « adhèrera » sur la peau malgré la présence de sébum. Par

ailleurs, cette texture donne un effet « seconde peau », très appréciée par les hommes car elle ne laisse pas de brillance sur le visage donc elle est moins visible. La texture confort est enrichie en agents émoullissants. Plus souple, elle est très facile à appliquer. Il existe deux teintes : les roses et les jaunes. Les teintes rosées sont plus adaptées aux phototypes clairs, alors que les jaunes correspondent plus aux phototypes foncés et aux peaux asiatiques. Le fond de teint s'applique par petites touches successives. La teinte à utiliser est celle de la peau saine du visage. Il est testé sur une zone sans lésion et doit être invisible. (2)

#### Etape 5 : Fixer le maquillage avec les poudres

Les poudres sont indispensables pour fixer le maquillage et obtenir une bonne tenue. Son pouvoir matifiant est également intéressant sur les peaux séborrhéiques. Comme l'excès de poudre peut accentuer la visibilité du fond de teint, il est intéressant de l'appliquer de l'extérieur vers l'intérieur du visage. Le résultat est ainsi beaucoup plus naturel, point important en maquillage médical. Dans le cas de la dermatite atopique, la poudre est déconseillée car elle risque d'augmenter la sécheresse cutanée. Il existe 3 teintes de poudres : translucide, rosée et brune. Les translucides fixent des teints clairs, les rosées améliorent les teints ternes, olivâtres et les brunes des peaux brunes à noires.(11)

#### ❖ L'atelier de maquillage correcteur

Cette atelier permet d'apprendre au patient les techniques de correction des lésions affichantes afin de les atténuer -voire les masquer complètement. Un soignant ayant une formation aux techniques de correction médicale entoure et guide le malade dans la maîtrise de ces soins. Il s'agit souvent d'une esthéticienne mais une infirmière ou un médecin formé, voire les 3 en équipe, peuvent le réaliser également. En général, il a lieu dans un service de dermatologie ou d'oncologie.

## 2. Les dermatoses affichantes

La peau est notre enveloppe, celle qui nous contient et nous fait d'une seule pièce. Comme toute enveloppe, elle a deux faces, l'une intérieure, l'autre extérieure. Didier Anzieu (12) explique que le cerveau et la peau sont issus du même tissu embryonnaire, l'ectoderme, et que les deux faces de la peau ont des fonctions différentes, la surface assurant la cohésion du corps, et la face interne, la cohésion psychique. Cette fonction contenante constitue pour le Moi, une limite protectrice, rassurante. Cette peau, organe essentiel à notre vie, est aussi le lieu de la première rencontre. C'est sur son aspect que se porte le premier regard, sans que l'on en soit réellement conscient. Les yeux et les mains font partie de ce qui est vu ou regardé en premier lors d'une rencontre. Ils sont parfois des indices sur la nature de la personne ou les activités qu'elle exerce. Levinas (13) introduit son chapitre sur Visage et Sensibilité par cette interrogation : « Le visage n'est-il pas donné à la vision ? ». Il est d'ailleurs à souligner que visage et vision ont la même étymologie, *videre* (voir). Ainsi le visage est ce qui se voit. Quant aux mains, elles parlent de la personne à qui elles appartiennent. Outre le visage et les mains, d'autres parties du corps peuvent être soumises au regard d'autrui. Cela est dépendant de nombreux facteurs comme la culture et le climat d'un pays, la personnalité et les comportements individuels ...

Une dermatose peut altérer cette enveloppe au niveau de parties du corps exposées au monde extérieur. Les lésions sont alors affichantes; elles sont visibles, se font remarquer et deviennent involontairement ostentatoires. Elles altèrent donc l'image de soi, réalisant une blessure narcissique plus ou moins profonde; c'est à dire une altération de l'image de soi, accompagnée d'une perte d'estime de soi. Quand elle existe depuis l'enfance, une dermatose peut perturber la constitution d'une image de soi harmonieuse et d'un solide sentiment d'estime de soi. Selon les cas, une telle image altérée va être source de curiosité, de dégoût, de répulsion ou encore de gêne ou de honte. Dans l'inconscient collectif la maladie de peau reste encore synonyme de maladie contagieuse, de maladie vénérienne, de maladie honteuse. Elle peut aussi être cachée avec plus ou moins de talent, tel l'adolescente qui met ses cheveux en rideaux devant son visage pour en cacher l'acné. Sous l'œil du dermatologue, elle est un livre ouvert ne montrant qu'une partie de ce qu'elle est, c'est-à-dire sa partie externe. Ce livre permet de connaître la personne parfois au-delà de ce qu'elle aurait souhaité faire connaître. En effet, tels lentigos solaires révèlent les comportements vis-à-vis du soleil ; telles cicatrices révèlent l'antécédent chirurgical ou traumatique, la brûlure grave, mais aussi les scarifications

et tentatives de suicide (14). Ces dermatoses affichantes peuvent devenir un réel handicap. Par ailleurs leur caractère souvent chronique pose deux principaux problèmes : celui de l'observance thérapeutique et celui de la QDV.

### **3. L'observance**

C'est dans les années 70 que le concept d'observance est entré dans la littérature médicale. Le nombre de publications à ce sujet a augmenté de façon exponentielle : environ 1500 articles contenant le terme de *compliance* en 1990 (15), environ 5000 articles en 2000 et plus de 14000 articles en 2008. En 2016, la recherche sur Pubmed avec le mot-clé « *compliance* » aboutit à plus de 199 000 résultats. La notion principale contenue dans le mot *observance* est le respect des prescriptions médicales par les patients. Ceci englobe le traitement, mais aussi l'ensemble des régimes associés et les styles de vie. Il y a une définition plus quantitative qui consiste à faire le rapport de la quantité prise effectivement sur la quantité prescrite.

L'observance renvoie à une réalité plus médicale que le terme de *compliance*, qui correspond à une conformité à la prescription sans tenir compte du degré réel d'adhésion du patient.

Quant à l'*adhésion* thérapeutique, elle s'intéresse au point de vue du patient, à sa coopération active, tant nécessaire dans les maladies chroniques. Ainsi, pour mieux saisir les comportements de santé des malades, il s'avère nécessaire de combiner ces deux perspectives (observance et adhésion thérapeutique) plutôt que de les considérer séparément.

Indissociables l'une de l'autre, elles permettent de comprendre les comportements de santé des patients et ainsi de proposer des démarches éducatives adaptées (16). L'observance thérapeutique est un problème majeur dans toutes les disciplines, quelle que soit la gravité de la maladie traitée. Pour la plupart des auteurs (17–20), un patient est considéré comme observant s'il prend plus de 80 % de son traitement, que ce soit dans la durée ou en termes de dose. Ce chiffre est généralement retenu dans le cadre des essais cliniques. Huybrechts *et al* (19) ont défini des grades d'observance pour classer les patients ostéoporotiques de leur cohorte selon les seuils suivants : <50% (faible), 50 à 80% (moyenne), 80 à 90% (bonne) et >90% (excellente). Actuellement, on estime que plus de 80 % des patients atteints de pathologie chronique ne suivent pas suffisamment leurs thérapeutiques. En novembre 2014, le CRIP (Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique) et IMS Health France (21) se sont associés pour réaliser une étude de grande ampleur, à partir d'une cohorte d'environ 170 000 patients, publié par l'Agence de Presse Médicale Media. Grâce aux données issues de la base

IMS LifeLink Treatment Dynamic (IMS LTD), récoltées auprès d'un panel de 6 400 pharmacies, les auteurs de l'étude ont suivi la consommation de patients atteints par une des six pathologies observées: diabète de type 2, hypertension artérielle, asthme, hypercholestérolémie, ostéoporose et insuffisance cardiaque. En comptabilisant la délivrance des traitements de référence à ces patients sur une année, l'étude analysait le taux d'observance à partir d'un indicateur reconnu : le Medication Possession Ratio (MPR). Le MPR (ratio moyen dispensation/prescription) correspond au nombre de jours durant l'année où le patient a consommé les traitements prescrits. La proportion de la population observante était faible, de l'ordre de 40%. Ainsi seuls 13% des patients souffrant d'asthme étaient observants, suivis par les insuffisants cardiaques (36%), les diabétiques de type 2 (37 %), les hypertendus (40 %), les patients souffrant d'hypercholestérolémie (44 %) ou d'ostéoporose (52%).

En dermatologie, c'est dans le traitement du psoriasis que l'observance a été le plus étudiée. Selon les études l'observance globale varie considérablement, de 27% à 97%.(22)

#### ❖ Mesure de l'observance

La façon la plus simple de quantifier l'observance est le questionnaire remis au patient, ou l'interview face à face. Il s'agit alors purement de données déclaratives. D'autres méthodes (9,23,24) plus objectives ont été essayées notamment pour le traitement topique (comptage des tubes administrés, marqueur fluorescent dans le topique à appliquer, système Medication Event Monitoring System avec sa puce électronique intégrée dans le bouchon du tube, mesure du taux sanguin circulant ou urinaire du médicament ou de son métabolite et observation de la prise des médicaments par un tiers). Une des principales leçons que toutes les études sur l'observance permettent de tirer est que l'observance *objective* est dans la grande majorité des cas inférieure à l'observance *déclarative*. Ceci n'implique pas un mensonge délibéré ; on peut ainsi distinguer la part liée à l'oubli de celle où le patient décide de ne pas prendre son traitement en toute connaissance de cause. Un travail prospectif de Zaghloul et Goodfield (25) parue en 2004 dans les *Archives of Dermatology* le montre. L'observance dans le psoriasis était évaluée à 12 semaines chez 294 patients, en comptant les comprimés et en pesant les tubes restants, avec mesure de la QDV par l'échelle DLQI, et interview face à face. Le taux moyen d'observance était de 60,6%± 33% (extrêmes 0 à 169%). Les résultats *déclaratifs* étaient très différents, puisque

l'observance selon les patients était de  $92 \pm 6\%$ , versus  $60,6\%$  d'observance *mesurée*. Il est donc impossible d'avoir des mesures parfaitement objectives de l'observance.(17)

#### ❖ Facteurs prédictifs d'observance et de non-observance

Pour favoriser l'adhésion thérapeutique et l'observance des patients, il est important de connaître les facteurs prédictifs d'observance et non-observance. Ces facteurs peuvent être cognitifs, psychologiques, médicaux, culturels ou sociaux. Ils interviennent selon cinq dimensions : la maladie, le traitement, le système de soins, la relation médecin-malade et surtout la typologie du patient. Parmi les facteurs prédictifs d'observance fréquemment décrits (16,17,26,27), on retient : le sexe féminin, l'intégration sociale, un traitement peu contraignant (nombre limité de prises, absence d'effets indésirables) et une bonne relation médecin-malade.

#### **4. La qualité de vie**

L'Organisation Mondiale de la Santé (28) définit la QDV comme *"la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes"*.

Pour la plupart des auteurs(29,30), la QDV liée à la santé présente un caractère multidimensionnel. Quatre dimensions sont généralement identifiées :

- l'état physique du sujet : autonomie, capacités physiques ;
- ses sensations somatiques : symptômes, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs ;
- son état psychologique : émotivité, anxiété, dépression ;
- ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.

Les instruments de mesure de la QDV explorent ces quatre dimensions.

### ❖ Echelles de QDV

Les échelles de QDV sont des instruments qui permettent de mieux comprendre et d'évaluer la perception de l'affection par le patient. Dans un contexte thérapeutique, une altération de la QDV due à une maladie ou à son traitement peut en effet entraîner une diminution de l'observance et des résultats du traitement. Cette donnée peut être notamment utilisée dans les essais cliniques pour l'évaluation d'agents thérapeutiques, mais aussi pour dépister des effets indésirables de ces traitements sur la vie quotidienne des patients. (31) Les échelles mesurant la QDV peuvent être divisées en échelles génériques, échelles spécifiques des maladies cutanées et échelles spécifiques d'une pathologie cutanée.(32)

### ❖ Échelle spécifique des pathologies cutanées et DLQI

Les échelles spécifiques des pathologies cutanées sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques. Elles permettent des comparaisons entre différentes pathologies dermatologiques. Un des index les plus couramment utilisés en dermatologie est le Dermatology Life Quality Index (DLQI) (*Annexes 1*). Développé et validé par Finlay *et al* (33) en 1994, le DLQI est validé dans de nombreuses langues. Simple et rapide à remplir, il est composé de dix questions portant sur les rubriques suivantes : symptômes et sentiments (questions 1 et 2), activités quotidiennes (questions 3 et 4), loisirs (questions 5 et 6), travail et études (question 7), relations personnelles (questions 8 et 9), traitement (question 10). Pour chaque question portant sur les 7 derniers jours, 4 réponses à modalités graduées en termes d'intensité sont possibles : « pas du tout », « un peu », « beaucoup », « énormément », cotées respectivement 0, 1, 2 et 3. La réponse « non concerné » vaut aussi 0. La somme des scores de chaque question donne le score total du DLQI, compris entre 0 et 30. Plus le score est élevé, plus la QDV du patient est compromise. Par ordre croissant de sévérité en fonction du score, l'effet de la maladie sur la QDV peut être absent (score = 0 ou 1), léger (score entre 2 et 5), modéré (score entre 6 et 10), important (score entre 11 et 20), ou extrêmement important (score entre 21 et 30). Le score total moyen d'un individu sain est de 0,5/30.(33) Le questionnaire peut être complété par le patient lui-même (auto-questionnaire) ou par l'investigateur (hétéro-questionnaire).

### ❖ La qualité de vie en dermatologie

La plupart des dermatoses ne mettent pas en jeu le pronostic vital. En revanche, elles ont souvent un impact majeur sur l'état psychologique des malades, leurs relations sociales, professionnelles et leurs activités quotidiennes. Un simple symptôme comme le prurit dans la dermatite atopique peut être lourd de conséquences. Chrostowska *et al*(34) ont montré que l'intensité du prurit était corrélée à l'altération de la QDV et corrélé au risque de dépression. Une autre étude parue en 2013 dans le *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (3) portant sur 475 patients atteints de rosacée a montré une altération sévère de la QDV chez environ 10% des patients. Ces patients présentaient un score DLQI >10. Par ailleurs le retentissement sur la QDV n'est pas fonction de la gravité de la dermatose. L'acné, pathologie bénigne dont l'évolution prévisible est transitoire, est à l'origine d'un pourcentage non négligeable de syndrome dépressif et/ou anxieux.(35–37)

### ❖ Qualité de vie et maquillage médical correcteur

De nombreuses études ont prouvé l'intérêt du MMC à travers l'amélioration de la QDV des patients (2–10). Ces études ont principalement utilisé comme critère de jugement principal l'évolution du score total d'un questionnaire de QDV mesuré avant et après l'atelier de MMC. Le DLQI était le questionnaire de QDV le plus souvent utilisé. Après utilisation du MMC, le score diminuait de 2 à 6 points en fonction des études (2,4–9).

### III. MATERIEL ET METHODES

---

Nous avons mené une étude observationnelle prospective monocentrique dans la clinique dermatologique du CHU de Rouen entre janvier 2011 et juillet 2016.

**Les critères d'inclusion** étaient :

- patient atteint de DAF
- patient ayant participé à l'atelier de MMC proposé par le service de dermatologie du CHU de Rouen entre janvier 2011 et juillet 2015
- consentement écrit et signé par les patients après information éclairée. Pour les patients mineurs, consentement écrit et signé par les responsables légaux

**Les critères d'exclusion** étaient :

- antécédent d'eczéma de contact au MMC
- survie estimée inférieure à un an

#### **Déroulement de l'atelier de MMC**

Après détermination de l'éligibilité, un atelier d'apprentissage à l'utilisation du MMC était proposé aux malades vus en consultation ou hospitalisés dans les services de dermatologie de Rouen. De janvier à décembre 2011, l'atelier de MMC était financé par le pôle d'oncologie du CHU et animé par une socio-esthéticienne qui camouflait des cicatrices de chirurgie oncologique. Il a été transitoirement suspendu jusqu'en septembre 2013. A partir de cette date, l'atelier a été ouvert à tout patient ayant une DAF et animé par une infirmière diplômée d'état (IDE) du service de dermatologie de Rouen. Une feuille d'information expliquant le but et le déroulement de l'étude était remise au patient, et un consentement écrit était signé. La participation à cet atelier était libre. L'IDE donnait un questionnaire au début et à la fin de l'atelier individuel qui durait environ une 1h. S'agissant d'une étude observationnelle de soins courants, l'IDE était libre de proposer une marque de MMC de son choix. Le type de maquillage proposé était adapté au type et à la couleur des lésions dermatologiques que présentait le patient. Les différentes marques comprenaient : La Roche Posay, Avène,

Bioderma, Vichy et Covermark. L'IDE maquillait en montrant les techniques et le type de produits cosmétiques correcteurs (PCC) à utiliser puis le patient le faisait à son tour, guidé par l'IDE. Des photos étaient prises avant/après maquillage.

### **Recueil de données :**

#### 1er auto-questionnaire avant l'atelier de MMC (5-10 minutes) (Annexe 1)

Les données remplies par le patient étaient : identification du patient, date de naissance, sexe, date d'inclusion, situation familiale (célibataire, veuf(ve), en couple) et professionnelle (en activité, en recherche d'emploi, retraité(e)), phototype, antécédents médico-chirurgicaux, pathologie dermatologique (type, localisation, durée d'évolution, traitement), DLQI.

#### 2ème questionnaire après l'atelier de MMC (5-10 minutes) (Annexe 2)

Réalisé juste après la séance, il comportait des réponses fermées dichotomiques (oui/non) ou à plusieurs items gradués en termes de fréquence (tous les jours, plus de 3 fois par semaine, occasionnellement, transitoirement, jamais) ou d'intensité (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup) portant sur la satisfaction de l'atelier de MMC : satisfaction globale, PCC, techniques utilisées et résultat.

#### 3ème questionnaire réalisé au moins 1 an après de l'atelier de MMC (15-30 minutes)

*(Annexe 3)*

Cette évaluation finale a eu lieu entre décembre 2015 et juillet 2016 lors d'un entretien téléphonique par le même investigateur. Les données recueillies lors de l'hétéro-questionnaire portaient principalement sur l'observance et l'intérêt du MMC. Elles comprenaient des questions identiques à celles réalisées à l'inclusion : traitement en cours pour la pathologie dermatologique, DLQI, satisfaction de l'atelier de MMC a posteriori (satisfaction globale, produits cosmétiques, techniques utilisées et résultat). A ces données s'ajoutaient d'autres questions fermées ou à choix multiples portant sur : poursuite ou non de l'utilisation du MMC, fréquence d'utilisation, bénéfices liés au MMC, causes d'arrêt ou d'utilisation transitoire ou occasionnelle du MMC et conviction de l'intérêt du MMC. Les commentaires libres du patient étaient également notés lors des entretiens initial et final.

## Terminologie utilisée

- **Observance** : Le patient était dit *observant* si le jour de l'appel téléphonique il continuait à utiliser le MMC soit régulièrement (quotidiennement ou au moins 3 fois par semaine) soit de façon occasionnelle (moins de 3 fois par semaine ou pour des événements particuliers), soit de façon transitoire après l'atelier (jusqu'à ce qu'il guérisse ou soit en rémission de sa DAf ou qu'il déclarait avoir utilisé pendant plus de 3 mois le MMC après l'atelier). Le jour de l'appel le patient était dit *non-observant* s'il déclarait ne s'être jamais remaquillé après l'atelier ou avoir arrêté définitivement d'utiliser le MMC dans un délai inférieur à 3 mois après l'atelier.

- « **Long terme** » : Dans notre étude, l'évaluation à long terme correspondait à un suivi supérieur ou égal à 12 mois. L'inclusion ayant débutée en janvier 2011 et la période d'évaluation finale s'étant étalée entre décembre 2015 et juillet 2016 ; le suivi pouvait varier de 12 à 66 mois.

- **Dermatose affichante (DAf)** : Les DAf étaient définies comme des pathologies dermatologiques avec des lésions cutanées visibles (c'est-à-dire sur une zone exposée au regard des autres), entraînant une gêne vis à vis du regard des autres pour le patient et dont l'évolution sous traitement soit nécessiterait un délai soit n'évoluerait pas vers une guérison complète.

- **DAf « du visage »** : DAf dont l'atteinte se manifestait uniquement ou principalement sur le visage.

- **DAf « du corps »** : définie en opposition à la définition de DAf « du visage ». DAf dont l'atteinte se manifestait uniquement ou principalement sur le tronc ou les membres.

**L'objectif principal** de l'étude était d'évaluer l'observance à long terme du MMC dans les DAf.

**Le critère de jugement principal** était:

Patient indiquant lors de l'appel qu'il poursuivait l'utilisation du MMC

**Analyse statistique :**

Pour le calcul du nombre de malades à inclure, nous avons émis l'hypothèse que l'observance du MMC était similaire à celle décrite dans la littérature sur l'observance des soins locaux et généraux pour des pathologies dermatologiques, à savoir entre 50 % et 60%. Afin de disposer d'une précision suffisante pour évaluer l'objectif principal, soit une largeur de l'intervalle de confiance à 95 % de +/- 10 % en valeur absolue du taux de patient poursuivant l'utilisation du MMC, un effectif de 100 patients était nécessaire pour une observance attendue de 60 %. Si le taux d'observance observé était de 50%, la précision serait de 10 % avec ce même effectif. Si le taux d'observance observé était de 80%, la précision serait de 8% avec ce même effectif. L'effectif de 100 patients était donc retenu pour notre étude.

Les analyses statistiques ont été effectués avec les logiciels Excel, Prism (Graph Pad®, San Diego, California) et le site internet BiostaTGV.

L'analyse descriptive a été faite à l'aide du calcul de la médiane, du minimum, du maximum, de la moyenne et de l'écart-type pour les variables quantitatives. Les fréquences et les pourcentages ont été utilisés pour les variables qualitatives.

Le seuil de significativité choisi était  $p < 0,05$  pour les tests réalisés pour les critères de jugements secondaires (cf tableau ci-après).

	<b>Objectifs secondaires</b>	<b>Critères de jugements secondaires</b>	<b>Analyses statistiques secondaires</b>
1	<p>Evaluer et comparer l'observance dans les sous-groupes, en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de l'âge</li> <li>- du sexe</li> <li>- du statut marital des adultes</li> <li>- de la situation professionnelle des adultes</li> <li>- de la topographie de la DAf</li> <li>- du type de DAf</li> <li>- de l'évolution prédictive de la DAf</li> <li>- du délai d'appel</li> </ul>	<p>Dans chaque sous-groupe : patient indiquant lors de l'appel qu'il poursuit l'utilisation du MMC</p>	<p>Description des fréquences et des pourcentages d'observance de chaque sous-groupe</p> <p>Puis comparaison dans les sous-groupes avec le test de Fisher</p>
2	<p>Décrire les causes « déclarées » de non-observance et d'observance occasionnelle ou transitoire</p>	<p>Réponse à la question fermée portant sur la cause d'arrêt d'utilisation du MMC</p>	<p>Analyse descriptive qualitative avec le questionnaire</p>
3	<p>Evaluer les facteurs prédictifs de non-observance</p>	<p>Patient indiquant lors de l'appel qu'il poursuit l'utilisation du MMC</p>	<p>Analyse bivariée : Test exact de Fisher entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- âge <math>\geq</math> 60 ans et observance</li> <li>- sexe masculin et observance</li> </ul>
4	<p>Décrire l'évolution du score DLQI total entre l'inclusion et l'évaluation finale</p>	<p>Calcul du score DLQI total à l'inclusion et à l'évaluation finale</p>	<p>Analyse descriptive qualitative avec le questionnaire</p> <p>Puis quantitative avec le test de Student pour données appariées</p>
5	<p>Evaluer la satisfaction des patients vis-à-vis du MMC</p>	<p>Réponses aux questions fermées portant sur la satisfaction vis à vis du MMC</p>	<p>Analyse descriptive qualitative avec le questionnaire</p>

Des **analyses statistiques non planifiées** ont également été réalisées pour les critères de jugement secondaires suivants :

- Évaluer et comparer l'observance dans les sous-groupes :

Définition de nouveaux sous-groupes selon l'âge :

La création de deux sous-groupes (âge  $\geq$  60 ans et âge  $<$  60 ans) n'avait pas été prévue initialement. Le seuil d'âge fixé à 60 ans a été choisi pour permettre des effectifs suffisants dans chaque groupe et non pas en fonction de l'effet que l'on voulait mesurer. Nous avons décrit ces deux pourcentages.

- Décrire l'évolution du score DLQI total entre l'inclusion et l'évaluation finale chez les patients dont la dermatose restait affichante à l'évaluation finale

Après avoir étudié cette évolution sur l'ensemble de la population, nous avons considéré uniquement les malades ayant encore des lésions affichantes lors de l'évaluation finale et exclus de l'analyse les patients guéris ou mis en rémission. L'objectif était de limiter de l'influence du traitement et de l'évolution spontanée de la maladie sur l'amélioration du score DLQI. Le test de Student pour données appariées a été utilisé pour cette analyse.

### **Accord du comité d'éthique**

Le dossier a été présenté et validé le 23 mai 2016 par le CERNI (Comité d'Ethique pour les Recherches Non Interventionnelles).

## IV. RESULTATS

---

### 1. Recueil des questionnaires

Au 1<sup>er</sup> juillet 2016, 168 patients suivis pour des DAF et ayant participé à l'atelier de MMC avaient rempli les 2 questionnaires réalisés à l'inclusion. Parmi eux, 106 ont répondu au questionnaire téléphonique de l'évaluation finale. Au total 62 patients ont été exclus : 42 n'avaient pas atteint le suivi minimum de 12 mois depuis leur inclusion, 14 n'étaient pas joignables par téléphone (malgré plus de 10 appels étalés sur la période d'évaluation finale) et 6 étaient décédés pendant la période entre l'inclusion et l'évaluation finale. Concernant les 16 enfants inclus, 4 parents préféraient répondre au questionnaire téléphonique aux vues du jeune âge de leur enfant (<10 ans).

### 2. Caractéristiques de la population (tableau 1)

Notre étude a inclus 90 adultes (84%) et 16 enfants (15%). Parmi eux on comptait 81 femmes, 9 hommes, 11 filles et 5 garçons. Les principales caractéristiques des 106 patients sont rappelées dans le *tableau 1*. Soixante-seize patients (72%) avaient moins de 60 ans. La répartition des âges était uniforme au sein de notre population (*figure 1*). Soixante-dix-huit patients (74%) étaient de phototype III ou IV. La DAF touchait le visage chez 93 patients.

Les DAF des patients ont été classées en différents groupes :

- **Cicatrices** : n= 38/106 (36%)
- **Dermatoses faciales inflammatoires**: n= 22/106 (21%)
- **Troubles pigmentaires**: n= 12/106 (11%)
- **Maladies auto-immunes**: n= 12/106 (11%)
- **Pathologies vasculaires**: n= 7/106 (7%)
- **Autres pathologies affichantes** : n=15/106 (14%)

Plus précisément chaque groupe comprenait les pathologies suivantes :

- **Cicatrices (cicatrices post-chirurgicales ou lésions cicatricielles d'une autre cause/pathologie) :** chirurgie de cancer n= 27 (mélanome malin n=14, carcinome basocellulaire n=13), chirurgie de tumeur bénigne n=1 (adénome sébacé), chirurgies autres n=4, cicatrice hypertrophique n=2, cicatrice secondaire à une morsure de chien n=1, escarre du front secondaire à un décubitus ventral prolongé n=1, lésions cicatricielles d'un syndrome de Lyell n=1 et d'une GVH (réaction du greffon contre l'hôte) n=1
- **Dermatoses faciales inflammatoires :** acné n=10, rosacée n=7, dermatite séborrhéique n=2, psoriasis n=3
- **Troubles pigmentaires :** vitiligo n=3, hamartome achromique n=1, hypopigmentation séquellaire d'acné n=1, hyperpigmentation post-inflammatoire n=1, nævus congénital n=1
- **Maladies auto-immunes :** lupus n=7 (dont aiguë/subaiguë n = 3, chronique n=4), dermatomyosite n=1, syndrome de Romberg n=1, pemphigus vulgaire n=1
- **Pathologies vasculaires :** angiome plan n=6, angiome complexe n=1
- **Autres pathologies affichantes :** sarcoïdose n=1, réaction granulomateuse post-zostérienne n=1, nécrobiose lipoïdique n=3, mastocytose n=1, lichen scléro-atrophique n=1, neurofibromatose n=4, papulose lymphomatoïde n=1, mycosis fongoïde n=1, maladie de Bowen n=1, mucinose folliculaire n=1

Parmi les 13 patients ayant une DAF du corps, 8 avaient une cicatrice et 3 une nécrobiose lipoïdique.

Notre cohorte a été répartie en 2 groupes selon l'**évolution prévisible des lésions affichantes** :

- **Disparition totale des lésions affichantes (grâce à l'obtention d'une rémission ou d'une guérison de la DAf spontanée ou sous traitement) : n = 29**

Dermatoses faciales inflammatoires n=22, maladies auto-immunes n=6 (uniquement lupus aigue et subaiguë et pemphigus vulgaire), autres pathologies affichantes n=1 (sarcoïdose)

- **Persistance de lésions affichantes actives ou séquellaires (malgré le traitement de la DAf ou l'absence de possibilité thérapeutique) : n=77**

Cicatrices n=38, troubles pigmentaires n=12, pathologies vasculaires n=7, maladies auto-immunes n=6 (lupus chronique, dermatomyosite, syndrome de Romberg), autres pathologies affichantes n=14

Le **délai d'appel/de suivi** médian était de 17 mois [12-66]. Le délai d'appel de la population ne suivait pas une loi normale (*Figure 2*).

### **3. Observance (Tableau 2)**

Dans notre population, l'observance du MMC était de **81%** (n=86/106).

La répartition de la population selon la fréquence de maquillage était la suivante :

- tous les jours : 43% (n=46)
- plus de 3 fois par semaine : 5% (n=5)
- occasionnellement : 27% (n=29)
- transitoirement : 6% (n=6)

L'observance évaluée dans chaque sous-groupe était toujours supérieure à 57%, excepté pour les enfants de sexe masculin (40%) et les patients ayant une DAf du corps (46%).

#### ❖ Observance selon l'âge et le sexe

L'observance était plus élevée chez les adultes que chez les enfants : 84% (n =76/90) versus 63% (n=10/16) (p = 0,075). Le taux d'observance était similaire chez les plus et moins de 60 ans : respectivement 90% (n=27/30) et 78% (n=59/76) (p=0,18).

Le taux d'observance était identique à 78% entre les hommes (n=7/9) et les femmes (n=63/81) (p = 0,63). Cependant la majorité des hommes observants ne l'était qu'occasionnellement (n=6/7). Les femmes, elles, se maquillaient pour la majorité quotidiennement (51%). Chez les enfants, la poursuite de l'utilisation du MMC concernait surtout les filles (73% ; n=8/11) et moins les garçons (40% ; n=2/5) (p = 0,3).

#### ❖ Observance selon le statut marital et la situation professionnelle des adultes

Le taux d'observance était élevé et quasiment identique quel que soit le statut marital des adultes et leur situation professionnelle, situé entre 82 et 88%. (p = 0,9 ; p identique pour les deux sous-groupes)

#### ❖ Observance selon la topographie de la Daf

L'observance était nettement plus élevée si la Daf était située sur le visage (n=80/93) plutôt que sur le corps (n=6/13) : 86% versus 46% (p = 0,0026). Leurs profils d'observance étaient différents : les premiers (n=46/80) se maquillaient tous les jours, les seconds (n=5/6) se maquillaient occasionnellement, uniquement l'été.

#### ❖ Observance selon le type de Daf

L'observance variait de 58% pour les troubles pigmentaires (n= 7/12) à 100 % pour les pathologies vasculaires (n= 7/7) (p = 0,11). Quel que soit le type de Daf, plus d'un tiers des patients se maquillaient quotidiennement. Les patients ayant le taux de maquillage quotidien le plus élevé (50%) étaient ceux ayant une dermatose faciale inflammatoire (n=11/22) ou une maladie auto-immune (n=6/12).

Pour les dermatoses faciales inflammatoires le taux d'observance était élevé (n=20/22 ; 91%) avec 2 patients (9%) s'étant maquillé transitoirement, 6 patients (27%) occasionnellement, 1 patient (5%) plus de 3 fois par semaine et 11 patients (50%) quotidiennement.

#### ❖ Observance selon l'évolution prédictive des lésions affichantes

L'observance était superposable que les lésions affichantes soient vouées à disparaître ou à persister : respectivement 25/29 (86%) et 61/77 (79%) (p = 0,58).

Chez les 29 patients pour qui la régression des lésions était attendue, 22 avaient encore des lésions affichantes lors de l'évaluation finale. Neuf patients avaient une observance transitoire ou occasionnelle. Parmi ces derniers 7 déclaraient avoir une maladie guérie ou contrôlée.

#### ❖ Observance selon le délai d'appel

L'observance en fonction du délai d'appel était de :

- 82% IC95= [71% ; 90%] entre 12 et 23 mois ; (n=60/73)
- 100% IC95= [80% ; 100%] entre 24 et 35 mois ; (n=17/17) (p = 0,0042)
- 56% IC95= [30% ; 80%] au-delà de 36 mois ; (n=9/16)

#### 4. Causes de non-observance et d'observance occasionnelle ou transitoire (tableau 3)

##### ❖ Non-observance

Dans notre population, 20 patients (19%) déclaraient le jour de l'appel téléphonique ne s'être jamais remaquillés après l'atelier (n=9) ou avoir arrêté définitivement d'utiliser le MMC après plusieurs essais après l'atelier (n=11). Aucun ne disait avoir utilisé le MMC de manière régulière puis arrêté dans les 3 mois suivants l'atelier. Il s'agissait de 6 enfants (3 garçons, 3 filles) et 14 adultes (12 femmes, 2 hommes). Les raisons les plus fréquemment invoquées

étaient un MMC jugé inefficace (n=8) ou mal toléré (n=2), une résignation vis-à-vis de la maladie (n=3), une réalisation du MMC jugée contraignante (n=2) ou difficile (n=2).

#### ❖ Observance occasionnelle

27% de la population déclarait se maquiller occasionnellement, c'est-à-dire moins de trois fois par semaine ou pour des occasions particulières. Parmi ces 29 patients, on retrouvait 5 enfants (4 filles, 1 garçon) et 24 adultes (18 femmes, 6 hommes). Les motifs les plus fréquents étaient : une rémission de la maladie (n=12) ou une résignation (n=5), un maquillage uniquement l'été du fait de la localisation de leur DAF (n=5).

#### ❖ Observance transitoire

6% (n=6/106) des patients déclaraient n'avoir utilisé le MMC que transitoirement. Ils avaient arrêté l'utilisation du MMC du fait d'une guérison (n=5) ou d'une rémission (n=1) de leur maladie.

### **5. Facteurs prédictifs de non-observance**

Par analyse bivariée, nous avons étudié les facteurs : âge supérieur ou égal à 60 ans et sexe masculin.

Nous n'avons pas mis en évidence de relation statistiquement significative entre l'âge supérieur ou égal à 60 ans et la non-observance :

$$\text{Odds Ratio} = 2,57 \quad \text{IC95} = [0,66-14,85] \quad p=0,1762$$

De même, nous n'avons pas mis en évidence de relation statistiquement significative entre le sexe masculin et la non-observance, l'intervalle de confiance incluait aussi la valeur 1 :

$$\text{Odds Ratio} = 0,36 \quad \text{IC95} = [0,09- 1,54] \quad p=0,1344$$

## 6. Evolution du score DLQI

Nous avons analysé l'évolution du score DLQI total entre l'inclusion et l'évaluation finale dans notre population totale puis chez les patients dont la dermatose restait affichante le jour d'évaluation. Le score DLQI a pu être évalué chez tous les patients.

### ❖ Evolution du score DLQI entre l'inclusion et l'évaluation finale dans la population totale (Tableau 4)

Le jour de l'atelier de MMC, la majorité des patients avait un score total du DLQI allant de 0 à 5 indiquant un effet absent (score égal à 0 ou 1 ; n=23) ou léger (score entre 2 et 5 ; n=45) ou de la DAF sur la QDV. Le reste de la population avait un score indiquant un effet modéré (score entre 6 et 10 ; n=21) ou important (score entre 11 et 20 ; n=17). Aucun patient n'avait un score > 20 ; traduisant un effet très important de la maladie sur la QDV.

Le jour de l'évaluation finale, ce score avait diminué pour 101 des 106 patients. 97 (92 %) malades avaient un effet absent (n=78) ou léger (n=19) de la QDV.

Le score avait diminué d'au moins 3 points pour 55% (n=47/86) des observants et 45% (n=9/20) des patients qui ne se maquillaient jamais.

5 patients avec une augmentation du score DLQI entre l'inclusion et l'évaluation finale.

### ❖ Evolution au sein de chaque intervalle de sévérité du DLQI de la moyenne du score DLQI entre l'inclusion et l'évaluation finale (Tableau 5)

Les patients qui avaient un score indiquant une absence d'effet de la DAF sur leur QDV l'ont maintenu lors de l'évaluation finale. Pour tous les autres l'effet de la DAF sur la QDV a diminué entre l'inclusion et l'évaluation finale. Il passait de léger à absent ; et de modéré ou sévère à léger à l'évaluation finale.

- ❖ Evolution de la moyenne du score du DLQI et évolution de la moyenne de la différence du score du DLQI entre l'inclusion et l'évaluation finale dans la population globale et chez les patients dont la dermatose restait affichante à l'évaluation finale (Tableau 6)

Dans la population totale, la moyenne du score total DLQI passait de 5,2 +/- 4,3 à l'inclusion à 1,6 +/- 3,2 lors de l'évaluation finale. Il baissait donc en moyenne de 3,6 points IC 95% [2,8-4,3] p < 0,0001

Les patients dont la dermatose restait affichante lors de l'évaluation finale avaient le même profil d'évolution du DLQI avec des chiffres superposables. Le statut observant ou non-observant ne changeait pas les résultats.

## **7. Satisfaction des patients vis-à-vis du maquillage médical correcteur**

- ❖ Satisfaction globale

Dans le questionnaire réalisé juste après l'atelier de MMC, tous les patients se disaient « satisfaits » ou « très satisfaits » de l'atelier de MMC. 15 des 106 patients n'avaient pas remplis ce questionnaire. Le jour de l'évaluation finale, 97 patients se disaient « satisfaits » ou « très satisfaits ». Parmi ces 97 patients, 12 n'étaient jamais maquillés, 6 l'avaient fait transitoirement et 28 le faisaient occasionnellement.

- ❖ Conviction de l'intérêt du MMC avant et après l'atelier de MMC

La conviction de l'intérêt du MMC a pu être évaluée sur 87 patients. Ainsi le jour de l'évaluation finale, 11 patients déclaraient qu'avant d'avoir participé à l'atelier de MMC ils n'étaient pas convaincus de son intérêt. Parmi eux, 7 ont changé d'avis et se disaient convaincus après avoir assisté à l'atelier.

Vingt-sept malades se disaient a priori « septique » ou « curieux » de l'intérêt de l'utilisation du MMC. Après avoir assisté à l'atelier, 23 sont devenus convaincus de l'intérêt du MMC.

A l'inverse, parmi les 49 patients déjà convaincus de l'intérêt du MMC avant même d'avoir réalisé l'atelier, 4 n'ont finalement pas été satisfaits ni convaincus des bénéfices du MMC pour leur DAF. Trois de ces 4 patients ont par contre concédé que le MMC était probablement une aide pour d'autres DAF que la leur. Les 45 autres malades déclaraient être toujours autant voire plus convaincus de l'intérêt du MMC après l'atelier.

Pour cette analyse, 19 données étaient manquantes. La question ne leur avait pas été posée lors de l'entretien téléphonique puis l'investigateur n'a pas réussi à les recontacter malgré plusieurs appels téléphoniques.

#### ❖ Produits cosmétiques correcteurs (PCC)

Les PCC étaient jugés bien tolérés sur la zone d'application et sur la zone avoisinante pour 94 patients et la texture était agréable pour 90 d'entre eux. Les teintes étaient adaptées chez 85 malades et rendaient un effet naturel pour 83 d'entre eux. La tenue des PCC était jugée bonne par 71 malades. Malgré tout, 33 patients jugeaient le coût des PCC trop élevés.

Parmi les 106 patients, 91 déclaraient avoir réussi à reproduire les techniques de MMC enseignées lors de l'atelier et que ces techniques leur semblaient faciles à réaliser.

Le temps consacré pour se maquiller variait de quelques minutes à plus de 20 minutes : moins de 10 minutes (n=33), environ 10 minutes (n=20), entre 10 et 20 minutes (n=21) et plus de 20 minutes (n=8). Les 24 autres patients étaient non-observants ou s'étaient maquillés transitoirement.

#### ❖ Bénéfices liés au MMC

Grâce au MMC, les patients indiquaient avoir une meilleure QDV (68%), une meilleure image d'eux (55%), se sentir mieux avec les autres (52%), avoir plus confiance en eux (46%) et sortir plus facilement de chez eux (41%). 78% déclaraient vouloir poursuivre l'utilisation du MMC. Par contre 19 (18%) patients jugeaient contraignante l'utilisation du MMC. Chez ces derniers, 18 étaient pourtant observants.

Dans le sous-groupe des patients ayant un préjudice esthétique a priori transitoire ces chiffres étaient similaires voire plus élevés. 72% indiquaient avoir une meilleure QDV (n=21/29),

62% une meilleure image d'eux et se sentir mieux avec les autres (n=18/29) et 52% avoir plus confiance en eux et sortir plus facilement de chez eux (n=15/29).

Pour les 40/106 malades (38%) traités au long court pour leur DAF, le MMC tenait une place aussi importante (n=11) voire plus importante (n=4) que leur traitement de fond. Les 4 femmes qui avaient jugé le MMC plus important que le traitement de fond étaient suivies pour un lupus (n=1), une dermatomyosite (n=1) et une rosacée (n=2).

## V. DISCUSSION

---

### ❖ Observance du MMC poursuivie à long terme

Selon les standards internationaux (17–20,38), le seuil pour définir un patient comme observant est fixé à 80%. Dans notre population le taux d'observance à long terme du MMC est de 81%. Ce taux se situe au-dessus de la moyenne européenne de l'observance à long terme estimée à 70% par un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (39) en 2003. Si l'on compare notre taux d'observance à celui d'autres études portant sur les traitements locaux ou généraux en dermatologie, l'observance du MMC est plus élevée. Le psoriasis est la pathologie pour laquelle l'observance a été le plus mesurée. Une étude (25) réalisée en 2004 ayant inclus 201 patients psoriasiques montrait des chiffres d'observance thérapeutique à 3 mois très variables :  $60.6\% \pm 33.0\%$  avec un range très large [0%-169%]. Une revue générale récente a recensé l'ensemble des études où l'observance thérapeutique était le critère principal. In fine, 35 études ont été retenues, montrant que l'observance globale dans le psoriasis varie considérablement, de 27% à 97% (22). Comme on peut s'y attendre, beaucoup de ces études n'ont pas inclus des populations comparables, et n'ont pas utilisé les mêmes méthodes. Cette grande variabilité doit inciter à la prudence dans l'interprétation des résultats. En 2014, Anderson *et al* (40) ont publié dans le *JAMA Dermatol.* une étude montrant que 27% des 143 patients acnéiques étaient non-observants dès la 1<sup>ère</sup> prescription médicamenteuse. Ce chiffre variait de 9 à 40% selon le nombre de traitements prescrits. En 2005, Osterberg *et al* (17) ont évalué un taux d'observance inférieure à 50% pour plusieurs pathologies chroniques psychiatriques et pédiatriques.

Il faut toutefois préciser que dans notre étude la définition de l'observance est large, ce qui favorise un taux élevé. En effet, l'observance concerne les personnes utilisant le MMC quotidiennement et plus de trois fois par semaine mais aussi occasionnellement ou transitoirement. Cette définition est volontairement large non pas pour augmenter artificiellement notre chiffre d'observance mais parce qu'il nous semble pertinent de prendre en compte ces profils d'observance. L'utilisation transitoire ou occasionnelle du MMC présente un intérêt réel dans la prise en charge de certaines DAF.

A notre connaissance, aucune étude évaluant l'observance du MMC n'a été publiée dans la littérature. C'est pourtant un critère pertinent puisque l'observance est étroitement corrélée à l'intérêt que les malades portent pour le MMC. Récemment, l'équipe de Nantes (41) a rapporté aux Journées Dermatologiques de Paris les résultats sur ses "*Huit ans d'expérience en maquillage thérapeutique au sein du CHU de Nantes*". Leur cohorte comportait 347 patients (319 femmes et 28 hommes), d'âge moyen 39 ans (de 4 à 83 ans), atteints de dermatoses diverses (acné, rosacée, trouble vasculaire, trouble pigmentaire, cicatrice de cancer et hors contexte carcinologique). L'évaluation lors d'une consultation à 1 an montrait que 82 % des patients continuaient à se maquiller dont 52 % quotidiennement. Notre observance semble comparable à celle qu'ils ont retrouvée. Dans notre étude 81% des malades poursuivent l'utilisation du MMC dont 43% quotidiennement. Nous ne pouvons interpréter ce chiffre qu'avec réserve puisque leur définition de l'observance n'était pas précisée dans le résumé du poster.

Notre travail montre des pratiques d'utilisation du MMC différentes entre les hommes et les femmes, ainsi qu'entre les adultes et les enfants. Ce sont les femmes qui sont les plus observantes (85%), suivies des hommes (78%), des filles (73%) et des garçons (40%). Les femmes utilisent le MMC davantage au quotidien alors que les hommes et les enfants y ont recours occasionnellement. Ces chiffres sont toutefois à nuancer devant une proportion d'hommes et d'enfants nettement inférieure à celle des femmes. Ils soulignent néanmoins qu'il ne faut pas sous-estimer l'intérêt du MMC chez les hommes et les enfants.

L'observance est nettement meilleure chez les patients ayant une DAF sur le visage par rapport à ceux l'ayant sur le corps (80% versus 46%). Le MMC est l'unique moyen de camoufler des lésions affichantes du visage. En revanche le port de vêtements longs et couvrants permet de cacher efficacement une dermatose touchant toute autre partie du corps.

Initialement l'utilisation du MMC s'est beaucoup développée dans le domaine oncologique. Depuis plusieurs années, son utilisation s'est élargie aux dermatoses bénignes et/ou aux dermatoses ayant des répercussions uniquement esthétiques. Cela fait suite aux nombreuses études (2, 3,19–26,28,33–36) ayant montré l'impact potentiellement majeur sur la QDV de dermatoses bénignes (c'est-à-dire n'impliquant pas le pronostic vital ni fonctionnel) et au préjudice uniquement esthétique. En effet le retentissement sur la QDV n'est pas fonction de la gravité de la dermatose (35–37). Pour les dermatoses dont le préjudice

esthétique est a priori transitoire, l'utilisation du MMC constitue un « traitement d'attente » le temps que le traitement soit suffisamment efficace (37). Levy (42) le nomme « bridge therapy ». Dans notre étude 22 patients avaient une dermatose faciale inflammatoire (rosacée, acné, psoriasis ou dermatite séborrhéique), c'est-à-dire une dermatose a priori temporairement affichante grâce aux traitements locaux et généraux. Chez eux l'observance est de 91%.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude sur le MMC comparant les taux d'observance en fonction du sexe ou la topographie de la dermatose. L'effectif faible des hommes quand ils sont présents et des patients ayant une DAF ailleurs que sur le visage peut être une des raisons. De même une comparaison de l'observance selon le type de dermatose affichante, l'évolution prédictive des lésions affichantes et de la gravité de la pathologie n'a pas encore été réalisée à notre connaissance.

Notre étude n'a pas mis en évidence de facteurs prédictifs de non-observance. Ceci peut être lié à l'hétérogénéité de notre population (sexe, âge, phototype) et des pathologies étudiées (type de dermatose, topographie, gravité, évolution..). Pour chaque critère, la répartition de la population est souvent inégale. De plus nous avons limité le nombre de critères à analyser afin de garder une fiabilité des associations trouvées, et pour ne pas augmenter le risque de trouver des associations de manières fortuites dont l'effet n'est pas réel.

On décrit classiquement cinq dimensions influençant l'observance : la maladie, le traitement, le système de soins, la relation médecin-malade et la typologie du patient. Dans son étude parue en 2012, Halioua (43) a déterminé l'ensemble des facteurs en lien avec la typologie des patients. Les facteurs favorisant l'observance étaient : le fait d'être en couple, l'activité professionnelle, un niveau d'éducation élevé, un soutien de l'entourage et une bonne relation médecin-patient. Au contraire, les facteurs limitant l'observance étaient : l'isolement du veuvage/divorce/célibat, le chômage, la précarité sociale, la présence de co-morbidités psychiatriques ou de conduites addictives (notamment l'intoxication éthylique chronique), une mauvaise qualité de l'entourage ou de la relation médecin-patient, et pour les pays anglo-saxons les coûts engendrés par les traitements. A cela, Zaghoul (25) a ajouté l'intégration sociale, le sexe féminin et la gratuité des soins comme facteurs favorisant une bonne observance. Le travail chronophage et la présence d'effets indésirables du traitement étaient des facteurs prédictifs de mauvaise observance.

Dans notre expérience, le sexe masculin semble limiter l'observance du MMC. Deshayes (2) souligne l'intérêt de la relation médecin-malade pour obtenir une meilleure adhésion du patient. Le médecin a un rôle majeur à jouer en proposant au patient d'apprendre les techniques de maquillage et en expliquant le type de MMC adapté au patient et à sa pathologie.

### ❖ Points forts et limites de l'étude

Outre le fait d'évaluer l'observance, notre travail est original car il étudie cette observance à long terme. Les patients ont été évalués au moins un an après l'atelier. A notre connaissance seules deux études ont choisi un délai de suivi supérieur ou égal à 6 mois : une étude canadienne publiée en 2014 (44) dont la population pédiatrique était réévaluée à 6 mois et le travail de l'équipe nantaise présenté aux Journées Dermatologiques de Paris en 2015 qui évaluait l'observance à un an. Pour les autres études le délai variait de 2 à 12 semaines. (2,4-9). Or, s'agissant de dermatoses souvent chroniques, ce délai peut sembler court. Dans notre étude le délai peut atteindre 66 mois, soit 5 ans et demi.

Le grand effectif de notre cohorte permet d'obtenir une population variée où toutes les tranches d'âge et les dermatoses fréquemment rencontrées en ville ou à l'hôpital sont représentées. Cet effectif d'une centaine de patient a permis de répondre à l'objectif principal de l'étude qu'est l'observance à long terme, mais reste trop faible pour une analyse comparative en sous-groupes.

Notre étude comporte plusieurs biais. Il existe un biais de sélection dans notre population puisque l'atelier était proposé librement. On peut émettre l'hypothèse que l'observance de notre cohorte soit plus élevée que celle de la population générale car seuls les patients motivés se sont rendus à l'atelier. Cependant 38 des 87 patients (44%) interrogés ont déclaré s'être rendus à l'atelier "par curiosité" ou sans conviction de son intérêt. Ils ont assisté à l'atelier pour des raisons diverses : « atelier non-payant », aucun risque d'aggravation » de leur maladie lié au MMC, moment de « cocooning »... Ce biais de sélection semble donc moindre.

Notre étude comporte également un biais de prévarication. Ceci est lié à la méthode de recueil de données par questionnaire. On peut penser que les réponses données varient en fonction du type de questionnaire : auto-questionnaire (rempli par le patient lui-même) ou hétéro-questionnaire (rempli par l'investigateur lors de l'appel téléphonique). D'autres facteurs peuvent influencer les réponses : le délai d'appel, l'activité de la maladie au moment de l'appel, le climat de confiance instauré ou non pendant le questionnaire téléphonique... Cependant ce biais est limité par deux éléments. Le premier est que le MMC était présenté comme une "aide" à laquelle le patient était libre d'avoir recours. Il ne s'inscrivait pas comme un traitement à suivre, qui aurait des conséquences négatives sur l'évolution de la maladie s'il n'était pas pris. Cela enlevait toute contrainte et toute pression au patient, qui était non seulement libre d'utiliser le MMC mais qui ne serait pas jugé quelle que soit sa décision. Cela limite probablement le risque de mensonge. D'ailleurs le fait que tous les patients concernés aient acceptés de donner la cause de non-observance, d'observance occasionnelle ou transitoire semble le montrer. Le deuxième élément est qu'il y avait une forme d'anonymat au moment de l'évaluation finale. Du fait d'une évaluation par appel téléphonique, cette confrontation indirecte entre investigateur et patient pouvait permettre au patient de donner son avis sans crainte d'être jugé. Malgré les biais qu'il comporte, ce mode de recueil de données par questionnaires est le plus adapté et le plus pertinent pour répondre aux objectifs de notre étude. Il nous a permis de recueillir des données qualitatives. En plus des questions fermées, un espace dédié aux commentaires libres permettait de recueillir des données qualitatives complètes.

Enfin notre travail présente deux biais de confusion. Le premier biais de confusion concerne l'observance selon le sexe et l'âge. La majorité des femmes avaient déjà l'habitude de se maquiller. Le maquillage médical, à visée correctrice, s'inscrivait probablement moins comme une contrainte ou un « traitement » à suivre. A l'inverse chez les enfants et les hommes, le maquillage n'était pas un geste « naturel » du quotidien. Chez les patients de sexe masculin la connotation féminine du MMC rendait difficile son acceptation. Ce refus pouvait devenir catégorique si le MMC modifiait l'image corporelle en renvoyant un aspect jugé trop féminin. De plus l'utilisation du MMC apparaissait probablement plus contraignante chez ces malades novices dans le domaine. Cependant on note un souci de l'apparence chez un nombre grandissant d'hommes depuis le début du 20ème siècle. Parallèlement le développement de cosmétiques pour hommes ne cesse de s'accroître. Le public masculin sera peut-être plus en mesure d'accepter l'utilisation du MMC dans les années à venir.

Le second biais de confusion est lié à l'utilisation du score DLQI comme critère de jugement de l'intérêt du MMC. De nombreuses études (2,4–10,45) ont démontré que la diminution du score DLQI total entre l'inclusion et l'évaluation était corrélée à une amélioration de la QDV du patient en lien avec l'utilisation du MMC. Nos résultats suggèrent que d'autres facteurs influencent la diminution du DLQI tels que l'acceptation de la maladie avec le temps, l'efficacité des traitements ou l'évolution spontanée vers la guérison ou rémission de la dermatose. En effet dans notre population totale 55% (n=47/86) des observants et 45% (n=9/20) des patients non-observants, c'est-à-dire n'étant jamais maquillés, ont vu leur score DLQI total diminuer d'au moins 3 points. De même parmi les 88 patients ayant encore des lésions affichantes lors de l'évaluation finale, l'évolution du score DLQI a été identique qu'ils soient observants ou non.

Cela pose plusieurs questions : le DLQI est-il un bon outil pour évaluer l'impact du MMC sur la QDV des patients? Existe-t-il un autre moyen d'évaluer l'intérêt du MMC en s'affranchissant de ces facteurs confondants?

#### **❖ Intérêts du MMC, de l'atelier de MMC et approche psycho-sociale**

En plus d'étudier l'observance, ce travail a permis d'avoir une approche psycho-sociale de ces patients dont la maladie impacte souvent tous les domaines de leur vie. L'intérêt du MMC a été évalué par deux moyens : le DLQI, questionnaire de QDV standardisé, et des questions portant sur la satisfaction directement orientées sur l'intérêt du MMC et de l'atelier de MMC.

Dans notre population totale, la moyenne du score DLQI total passe de 5,2 +/- 4,3 à l'inclusion à 1,6 +/- 3,2 lors de l'évaluation finale. Autrement dit, entre l'inclusion et l'évaluation finale l'altération de la QDV passe en moyenne de modérée à légère.

Une étude allemande (45) a inclus des patients ayant une dermatite atopique et a comparé leur QDV à celles de patients provenant d'autres cohortes nationales. Tous ces patients présentaient en moyenne une altération modérée de la QDV liée à leur dermatose. Dans les populations atteintes de dermatite atopique (n= 384), vitiligo (n=1023), psoriasis (n= 2249) et rosacée (n= 475), les scores moyens DLQI étaient respectivement de : 8.5 +/- 6.0 [0-28], 7.0 +/- 5.9 [0-27], 6.7 +/- 6.2 [0-30] et 4.3 +/- 4.6 [0-26]. Un score moyen DLQI était retrouvé légèrement plus élevé pour chacune de ces pathologies dans une méta-analyse (10) regroupant

des études utilisant le DLQI publiées sur Medline, Pubmed, the Science Citation Index et des revues majeures de littérature dermatologique réalisées entre 2003 et 2013.

Dans notre étude le score DLQI baisse en moyenne de 3,6 points IC 95% [2,8-4,3] entre l'inclusion et l'évaluation finale. Ces résultats sont superposables à ceux de la littérature. Selon les études (2,4–9) le score DLQI diminuait de 2 à 6 points après utilisation du MMC. Cependant la proportion dans laquelle le MMC influe sur l'amélioration de la QDV reste à préciser comme nous l'avons expliqué précédemment.

En complément du DLQI, les questions portant sur la satisfaction permettent d'appréhender plus directement le MMC et l'atelier de MMC. Concernant l'atelier de MMC, le taux de patients "satisfaits" ou "très satisfaits" est de 100% à l'inclusion et de 92% à l'évaluation finale. Cet atelier était rarement perçu comme une perte de temps. Au contraire c'était un moment où les notions de plaisir et de bien-être apparaissent dans la prise en charge médicale.

Le patient était souvent reconnaissant vis-à-vis du médecin de prendre en compte les répercussions psycho-socio-professionnelles de sa dermatose. Il ne se sentait pas « *réduit à une maladie* ». Même s'il ne guérit pas la maladie, le MMC en diminue les conséquences. En « réparant » l'image corporelle il permettait de redonner confiance en soi, de donner une meilleure image de soi et d'apprendre ainsi à accepter voire aimer sa nouvelle apparence physique. Il aidait également à mieux accepter la maladie, certains patients témoignaient « *Ça fait partie de moi maintenant* ». Enfin il aidait les malades à se sentir mieux avec les autres.

En plus d'améliorer le vécu de la maladie, le MMC donnait la possibilité au patient devenir acteur de sa prise en charge, « *si je ne veux pas voir mon problème de peau, j'ai la possibilité de le cacher* ». Cela lui donnait ainsi le sentiment de contrôle sur sa maladie.

En se plaçant du côté médical, le MMC constitue un nouvel outil thérapeutique. En offrant une solution simple, efficace et en toute innocuité, il permet d'éviter des thérapies lourdes qui sont parfois discutées pour des pathologies dont les répercussions sont uniquement esthétiques. (1) Quand le préjudice esthétique est temporaire, il est un traitement d'attente. Quand ce préjudice est permanent, il devient alors à un traitement palliatif. D'ailleurs dans le domaine oncologique, le maquillage médical est reconnu comme un des soins de support.

Tous ces bénéfices rapportés par les patients et les médecins sont également décrits dans une large proportion des études traitant du MMC (2,4–9,31).

Afin de mieux appréhender les patients susceptibles d'utiliser le MMC, il serait intéressant dans de futures études d'évaluer les facteurs prédictifs d'observance et de non-observance. Le MMC étant un traitement facultatif dans la prise en thérapeutique, certains facteurs prédictifs peuvent différer de ceux décrits classiquement. Parmi les nombreux facteurs prédictifs potentiels de non-observance, on pourrait étudier : l'âge <16 ans, l'excès ou la perte de relief lié à la DAF et la localisation sur le corps de la DAF.

## VI. CONCLUSION

---

Cette étude montre qu'une large proportion de patients atteints de dermatoses affichantes auxquels a été proposé un MMC continue de l'utiliser à long terme. Le MMC présente un intérêt certain pour un public large, y compris les hommes et les enfants. Quelle que soit la gravité de la pathologie et le caractère temporaire ou permanent du préjudice esthétique, les patients peuvent avoir recours au MMC. Pour les médecins il s'agit d'un outil qui s'utilise en complément des thérapies instaurées, voire seul. En s'intégrant dans une approche globale du patient on peut penser que le MMC favorise une meilleure adhésion du patient au projet thérapeutique proposé par le médecin.

## VII. TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

Figure1 : Répartition des âges dans notre population

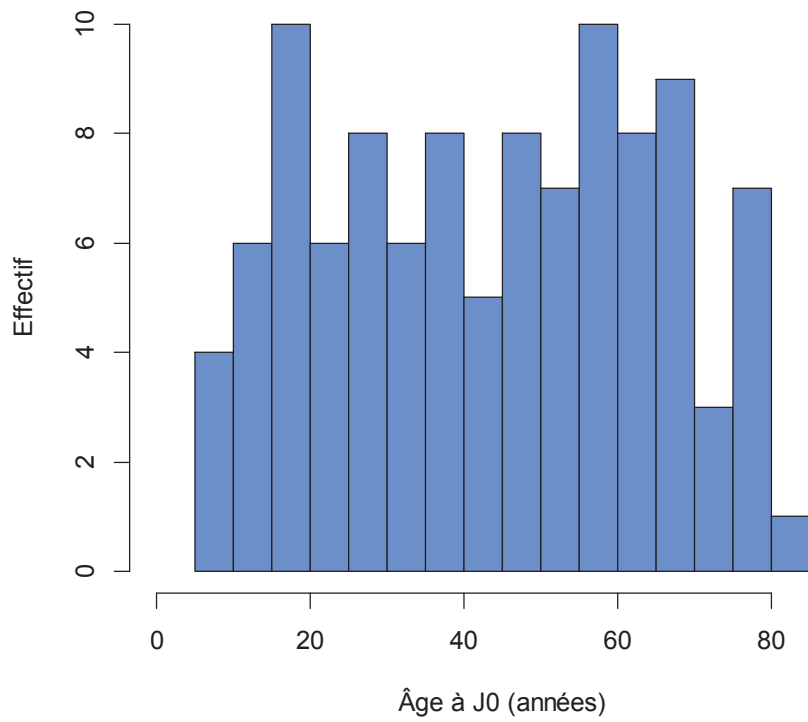
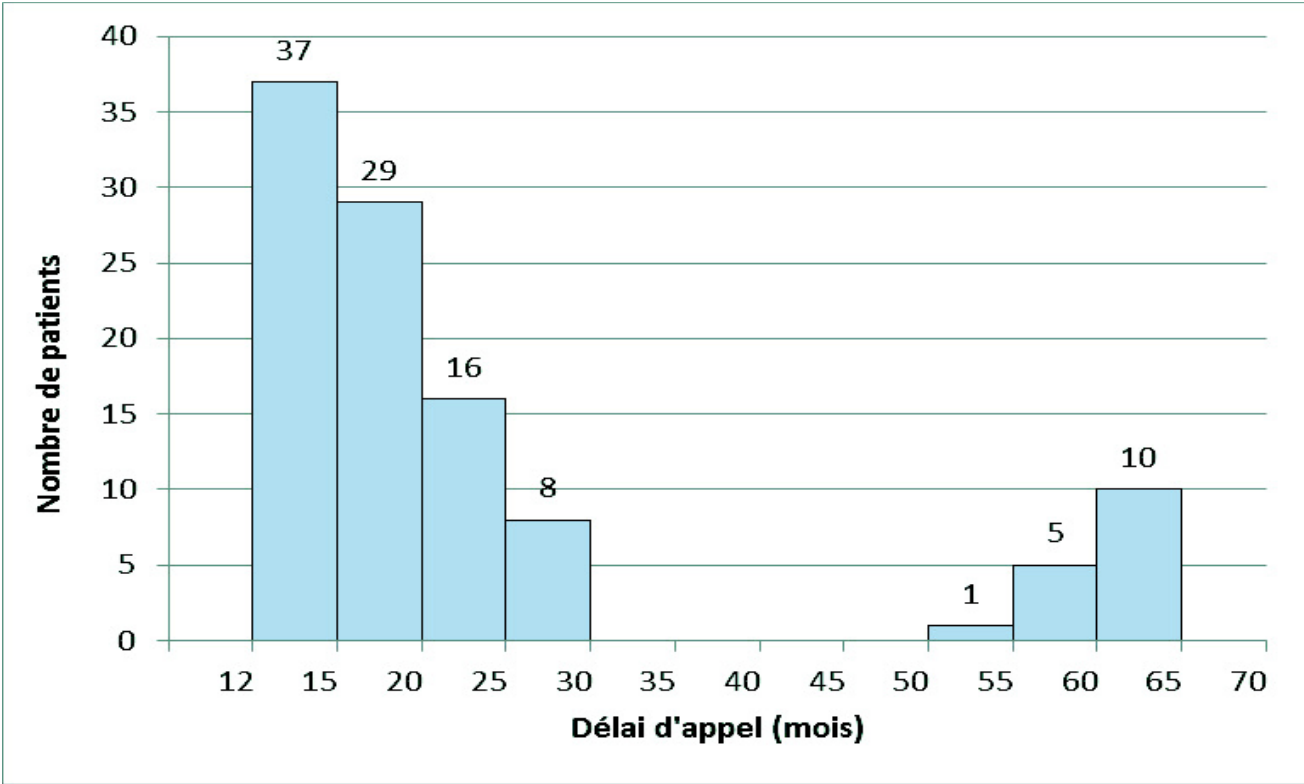


Figure 2 : Répartition de la population selon le délai d'appel



**Tableau 1 : Caractéristiques de la population**

<b>TOTAL n (%)</b>	106	100%
<b>POPULATION n (%)</b>		
Adultes	90	84%
Enfants	16	15%
<b>SEXE n (%)</b>		
Femmes	81	76%
Hommes	9	8%
Filles	11	10%
Garçons	5	5%
<b>AGE médian à l'inclusion (années)</b>		
Femmes	51 [37-65]	
Hommes	32 [21,5-40,5]	
Filles	14 [10-15]	
Garçons	16 [11-17]	
<b>PHOTOTYPE</b>		
I	8	8%
II	17	16%
III	39	37%
IV	39	37%
V	2	2%
VI	1	1%
<b>TOPOGRAPHIE DE LA DERMATOSE AFFICHANTE n (%)</b>		
Visage	93	88%
Corps dont	13	12%
Membres inférieurs	11	
Membres supérieurs	1	
Tronc	1	

**TYPE DE DERMATOSE AFFICHANTE n (%)**

Cicatrices	38	36%
Dermatoses faciales inflammatoires	22	21%
Troubles pigmentaires	12	11%
Maladies auto-immunes	12	11%
Pathologies vasculaires	7	7%
Autres pathologies affichantes	15	14%

**DELAI MEDIAN DE SUIVI n (mois)**

Population totale	17	
12-23 mois	73	69%
24-35 mois	17	16%
>36 mois	16	15%

---

**TOTAL des adultes n (%)** 90 100%**STATUT MARITAL des adultes n**

Conjoint(e)	54	60%
Célibataire	28	31%
Veuf(/ve)	8	9%

**SITUATION PROFESSIONNELLE des adultes n**

En activité	57	63%
En recherche d'emploi	8	9%
Retraité(e)	25	28%

---

n = nombre de patients

**Tableau 2 : Observance (dans la population totale et dans les sous-groupes) et répartition selon la fréquence de remaquillage**

	<b>OBSERVANCE</b>	<b>Jamais</b>	<b>Transitoire</b>	<b>Occasionnelle</b>	<b>Plus de 3 fois par semaine</b>	<b>Tous les jours</b>	<b>p</b>
<b>POPULATION TOTALE</b>	<b>81%</b> <b>86/106</b>	<b>19%</b> <b>20</b>	<b>6%</b> <b>6</b>	<b>27%</b> <b>29</b>	<b>5%</b> <b>5</b>	<b>43%</b> <b>46</b>	
<b>SELON L'AGE % (n/n total)</b>							
Adulte	<b>84%</b> (76/90)	14	6	24	4	42	p = 0,075
Enfants	<b>63%</b> (10/16)	6	0	5	1	4	
<60 ans	<b>78%</b> (59/76)	17	3	20	3	33	p = 0,18
>=60	<b>90%</b> (27/30)	3	3	9	2	13	
<b>SELON LE SEXE et L'AGE % (n/n total)</b>							
Hommes	<b>78%</b> (7/9)	2	0	6	0	1	p = 0,63
Femmes	<b>85%</b> (69/81)	12	6	18	4	41	
Garçons	<b>40%</b> (2/5)	3	0	1	0	1	p = 0,3
Filles	<b>73%</b> (8/11)	3	0	4	1	3	
<b>SELON LE STATUT MARITAL des adultes % (n/n total)</b>							
célibataire	<b>82%</b> (23/28)	5	4	5	1	13	p = 0,9
conjoint	<b>85%</b> (46/54)	8	1	17	2	26	
veuf(/ve)	<b>88%</b> (7/8)	1	1	2	1	3	

	OBSERVANCE	Jamais	Transitoire	Occasionnelle	Plus de 3 fois par semaine	Tous les jours	
<b>SELON LA SITUATION PROFESSIONNELLE des adultes % (n/n total)</b>							
chômage	<b>88%</b> (7/8)	1	2	2	1	2	p = 0,9
en activité	<b>82%</b> (47/57)	10	2	15	1	29	
en retraite	<b>88%</b> (22/25)	3	2	7	2	11	
<b>SELON LA TOPOGRAPHIE DE LA DERMATOSE AFFICHANTE % (n/n total)</b>							
Visage	<b>86%</b> (80/93)	13	6	24	4	46	p = 0,0026
Corps	<b>46%</b> (6/13)	7	0	5	1	0	
<b>SELON LE TYPE DE DERMATOSE AFFICHANTE % (n/n total)</b>							
Cicatrices	<b>76%</b> (29/38)	9	1	10	2	16	p = 0,11
Dermatoses faciales inflammatoires	<b>91%</b> (20/22)	2	2	6	1	11	
Troubles pigmentaires	<b>58%</b> (7/12)	5	1	2	0	4	
Maladies auto-immunes	<b>75%</b> (9/12)	3	1	2	0	6	
Pathologies vasculaires	<b>100%</b> (7/7)	0	0	3	1	3	
Autres pathologies affichantes	<b>93%</b> (14/15)	1	1	6	1	6	
<b>SELON L'EVOLUTION PREDICTIVE DE LA DERMATOSE AFFICHANTE % (n/n total)</b>							
Disparition	<b>86%</b> (25/29)	4	3	6	1	15	p = 0,58
Persistence	<b>79%</b> (61/77)	16	3	23	4	31	

	OBSERVANCE	Jamais	Transitoire	Occasionnelle	Plus de 3 fois par semaine	Tous les jours	
<b>SELON LE DELAI D'APPEL % (n/n total)</b>							
12-23 mois	<b>82%</b> (60/73)	13	4	21	3	32	p = 0,0042
24-35 mois	<b>100%</b> (17/17)	0	1	5	1	10	
>36 mois	<b>56%</b> (9/16)	7	1	3	1	4	

n= nombre de patients dans chaque sous-  
groupe

MMC= maquillage médical correcteur p = seuil de significativité

**Tableau 3 : Causes de non-observance et d'observance occasionnelle ou transitoire**

Causes déclarées	Non-observance (n =20)	Observance occasionnelle (n=29)	Observance transitoire (n=6)
	n	n	n
<b>Réalisation du MMC jugée contraignante</b>	2	4	0
<b>Réalisation du MMC jugée difficile</b>	2	0	0
<b>MMC mal toléré</b>	2	1	0
<b>MMC jugé inefficace</b>	8	0	0
<b>Prix du MMC trop élevé</b>	1	0	0
<b>Résignation vis-à-vis de la maladie</b>	3	5	0
<b>Guérison de la maladie</b>	0	0	5
<b>Rémission de la maladie</b>	0	12	1
<b>Dermatose située sur le corps</b>	0	5	0
<b>Autre cause</b>	2	2	0

n= nombre de patients (/106)

MMC= maquillage médical correcteur

**Tableau 4 : Evolution du score DLQI total entre l'inclusion et l'évaluation finale dans la population totale**

<b>Intervalles du score DLQI</b>	<b>Nombre de patients à l'inclusion, n</b>	<b>Nombre de patients à l'évaluation finale, n</b>
0 ou 1	23	78
2 à 5	45	19
6 à 10	21	5
11 à 20	17	4
21 à 30	0	0

n = nombre de patients /106

**Tableau 5 : Evolution de la moyenne du score DLQI total entre l'inclusion et l'évaluation finale en fonction de l'intervalle de sévérité initial dans la population totale**

<b>Sous-groupes de patients classés selon les intervalles de sévérité du score DLQI (points)</b>	<b>Moyenne du score DLQI à l'inclusion (points)</b>	<b>Moyenne du score DLQI à l'évaluation finale (points)</b>
0 ou 1	1	0
2 à 5	3	1
6 à 10	7	2
11 à 20	13	4
21 à 30	0	0

**Tableau 6 : Evolution de la moyenne du score du DLQI total et évolution de la moyenne de la différence du score DLQI total entre l'inclusion et l'évaluation finale dans la population globale et chez les patients dont la dermatose restait affichante à l'évaluation finale**

	Moyenne +/- écart type du score DLQI		Moyenne de la différence du score DLQI entre l'inclusion et l'évaluation finale [IC] p < 0,0001
	à l'inclusion	à l'évaluation finale	
<b>Dans la population totale</b> (n=106)	5,2 +/- 4,3	1,6 +/- 3,2	3,6 [2,8 - 4,3] p < 0,0001
<b>Chez les patients dont la dermatose reste affichante à l'évaluation finale</b> (n=88)	5,3 +/-4,5	1,8 +/- 3,7	3,5 [2,6 - 4,4] p < 0,0001
<i>dont observant (n=68)</i>	5,2 +/- 4,3	1,8 +/- 3,8	3,4 [2,4 - 4,5] p < 0,0001
<i>non-observant (n=20)</i>	5,8 +/- 5,2	2,2 +/- 3,8	3,7 [1,7 - 5,6] p=0,001

n= nombre de patients

IC = intervalle de confiance

p = seuil de significativité

## VIII. TABLE DES ANNEXES

---

### **Annexe 1 : 1er auto-questionnaire (incluant le DLQI) réalisé avant l'atelier de MMC le jour de l'inclusion**



### **ATELIER MAQUILLAGE MEDICAL CORRECTEUR QUESTIONNAIRE D'INCLUSION AVANT L'ATELIER**

Date : ...../...../.....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe :  Féminin  Masculin

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

#### **Situation familiale :**

- Célibataire
- Vivant avec un(e) conjointe(e)
- Veuf(ve)

#### **Situation sociale :**

Travaillez-vous :  Oui  Non

Profession : .....

**Phototype :**

- I (peau très claire, cheveux roux ou blonds, coup de soleil constant, ne bronze jamais)
- II (peau claire, yeux bleus, coup de soleil constant, bronze parfois)
- III (peau claire, coup de soleil fréquent, bronze légèrement)
- IV (peau mate, rare coup de soleil, bronze toujours)
- V (peau pigmentée, bronze toujours)
- VI (peau foncée ou noire, jamais de coup de soleil)

**Antécédents personnels :**

.....  
.....  
.....  
.....

Syndrome anxio-dépressif :  Oui  Non

Si oui, sous traitement ?  Oui  Non

**Maladie cutanée**

**PATHOLOGIE(S) DERMATOLOGIQUE(S)**

.....  
.....  
.....

**TRAITEMENT :**

- chirurgie      si oui, date.....
- greffe          si oui, date.....
- radiothérapie    si oui, date.....
- chimiothérapie    si oui, date .....

**DUREE EVOLUTION :** .....

LOCALISATION : .....

- Tête/cou : .....
- Membres supérieurs : .....
- Membres inférieurs : .....
- Tronc : .....
- Mains : .....

TAILLE DE LA CICATRICE : ..... (largeur) x ..... (hauteur)

SUPERFICIE : .....

### **DLQI : questionnaire de l'évaluation de la qualité de vie en dermatologie**

L'index de qualité de vie (ou DLQI) est un questionnaire simple et pratique dont le but est d'évaluer l'impact d'une maladie de peau et de son traitement sur la qualité de vie des personnes atteintes par une telle maladie

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS. Veuillez cocher  une case par question.

**1. Au cours des derniers 7 jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?**

- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout

**2. Au cours des 7 derniers jours, vous êtes vous sentie gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?**

- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout

**3.** Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire vos courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?

Enormément

Beaucoup

Un peu

Pas du tout

Non concerné(e)

**4.** Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?

Enormément

Beaucoup

Un peu

Pas du tout

Non concerné(e)

**5.** Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?

Enormément

Beaucoup

Un peu

Pas du tout

Non concerné(e)

**6.** Au cours des 7 derniers jours, avez eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?

Enormément

Beaucoup

Un peu

Pas du tout

Non concerné(e)

7. Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ?

Oui

Non

Non concerné(e)

Si la réponse est négative : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?

Beaucoup

Un peu

Pas du tout

8. Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?

Enormément

Beaucoup

Un peu

Pas du tout

9. Au cours des 7 derniers jours, le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de temps ou en salissant votre maison ?

Enormément

Beaucoup

Un peu

Pas du tout

Non concerné(e)

**REMARQUES / COMMENTAIRES**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Veillez vérifier que vous avez bien répondu à CHAQUE question. Merci**

**Merci de bien vouloir remettre cet auto-questionnaire au personnel médical.**

**Annexe 2 : 2ème questionnaire réalisé après l'atelier de MMC le jour de l'inclusion**

**ATELIER MAQUILLAGE MEDICAL CORRECTEUR  
QUESTIONNAIRE D'INCLUSION APRES L'ATELIER**

**Date** :.....

**Nom** :.....

**Prénom** :.....

**Sexe** : .....

**ATELIER MAQUILLAGE**

Concernant l'atelier maquillage et les conseils donnés êtes-vous :

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Pas satisfait(e)

A-t-il répondu à votre attente ?

- Oui
- Non

La durée de la séance maquillage vous a-t-elle semblé ?

- trop longue
- Appropriée
- trop rapide

Les explications sur les produits cosmétiques vous ont-elles semblé ?

- Trop succinctes
- Appropriées

- trop complexes

Les explications sur les techniques de maquillage médical correcteur vous ont-elles semblé.

- Trop succinctes
- appropriées
- Trop complexes

La démonstration réalisée par notre infirmière vous a-t-elle semblé ?

- Facile à reproduire
- difficile à reproduire

La réalisation de votre maquillage correcteur avec l'aide de notre infirmière vous a-t-elle semblé ?

- Facile à reproduire
- Difficile à reproduire

Pensez-vous qu'une consultation de suivi soit utile ?

- Oui
- non

## **PRODUITS COSMETIQUES CORRECTEURS**

Que pensez-vous de la gamme de produits correcteurs proposés :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1 Prix trop élevés                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2 bonne tolérance sur la zone d'applications | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 3 bonne tolérance sur la zone avoisinante    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4 texture agréable                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 5 bonne adaptabilité des teintes             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 6 Effet naturel                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

- 7 Bonne tenue  oui  non
- 8 facilité d application  oui  non

## TECHNIQUES DE MAQUILLAGE CORRECTEUR

Jugez-vous les techniques de maquillage correcteur :

- 1 Faciles  oui  non
- 2 Reproductibles  oui  non
- 3 utiles  oui  non

## RESULTAT

Combien de temps avez-vous mis pour vous maquillez ?

- Moins\_de 10 minutes
- Environ 10minutes
- Entre 10 et 20 minutes
- Plus de 20 minutes

Avez-vous été satisfait(e) du résultat :

- Oui très satisfait(e)
- Oui assez satisfait(e)
- Non

Pensez vous que l'utilisation du maquillage correcteur vous aidera à vous sentir mieux avec les autres ?

- Oui

Non

Pensez vous que l'utilisation du maquillage correcteur vous aidera à avoir d'avantage confiance en vous ?

Oui

non

Pensez vous que l'utilisation du maquillage correcteur vous donnera une meilleure image de vous même

Oui

Non

Souhaitez vous poursuivre l'utilisation du maquillage correcteur ?

Oui tous les jours

Oui souvent

Oui occasionnellement

Non

**Remarques et commentaires**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Veillez vérifier que vous avez bien repondu a chaque question. Merci**

**Merci de bien vouloir remettre cet auto questionnaire au personnel médical**

**Annexe 3 : 3ème questionnaire (incluant le DLQI) réalisé lors d'un appel téléphonique au moins 1 an après de l'atelier de MMC**

**ATELIER MAQUILLAGE MEDICAL CORRECTEUR  
QUESTIONNAIRE DE REEVALUATION A LONG TERME**

Madame, Monsieur,

Vous avez bénéficié d'une formation « atelier maquillage médical correcteur » dans le service de Dermatologie du CHU de Rouen ou de Caen. Dans le but d'améliorer cette formation et d'évaluer son intérêt en pratique de Dermatologie, nous vous remercions d'avance de bien vouloir compléter ce questionnaire de satisfaction et d'évaluation de la qualité de vie.

Nous vous remercions d'avance pour votre participation.

**DATE** : ...../...../.....

**NOM** : .....

**PRENOM** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : ...../...../.....

**SEXE** :  Féminin     Masculin

Délai d'appel par rapport au jour de l'atelier de maquillage = .....mois

**ATELIER MAQUILLAGE :**

Concernant l'atelier maquillage et les conseils donnés, êtes-vous :

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Pas satisfait(e)

A-t-il répondu à vos attentes ?

- Oui
- Non

Est-ce que vous étiez convaincu du bénéfice apporté par le maquillage correcteur?

- Oui
- Non
- Plus/moins

Est-ce que vous avez été satisfait du résultat ?

- Oui
- Non

Utilisez-vous les mêmes produits que ceux que vous avez eus à la séance ?

- Oui
- Non

Avez-vous essayé d'autres produits ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?.....

Quels produits cosmétiques utilisez-vous, actuellement ?

- La Roche Posay, Tolériane (fond de teint, poudre, stick correcteur), Rosaliac
- Avène, Couvrance (fond de teint, poudre, stick correcteur)
- Vichy, Dermablend (fond de teint, poudre, stick correcteur)
- Uriage, Roséliane , Hyséac stick
- Bioderma, Sebium AI correcteur
- Autre ?

Souhaiteriez-vous une autre séance à 1 an ?

- Oui : pourquoi ?.....
- Non : pourquoi ? .....

#### PRODUITS COSMETIQUES CORRECTEURS :

- |    |   |                              |                              |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Prix trop élevés                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. | Bonne tolérance sur la zone d'application | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. | Bonne tolérance sur la zone avoisinante   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. | Texture agréable                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. | Bonne adaptabilité des teintes            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. | Effet naturel                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. | Bonne tenue                               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. | Facilité d'application                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

#### TECHNIQUES DE MAQUILLAGE CORRECTEURS :

Jugez-vous les techniques de maquillage correcteur :

- |    |                |                              |                              |
|----|----------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Faciles        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. | Reproductibles | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. | Utiles         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Est-ce que vous continuez l'utilisation du MMC depuis l'atelier maquillage?

Oui (Veuillez répondre aux questions 1 à 10)

Non (Veuillez répondre à la question 11).

**Si OUI :**

1. Vous êtes vous remaquillé(e) ? :

Occasionnellement (pour des événements particuliers)

Régulièrement ( $\geq 3$ / semaine)

Tous les jours.

2. Avez-vous été satisfait(e) du résultat ? :

Oui très satisfait(e)

Oui assez satisfait(e)

Non

3. Combien de temps avez-vous mis pour vous maquiller ? :

Moins de 10 minutes

Environ 10 minutes

Entre 10 et 20 minutes

Plus de 20 minutes.

4. L'utilisation du maquillage correcteur est-elle contraignante ?

Oui

Non

5. L'utilisation du maquillage correcteur a-t-il amélioré votre qualité de vie ?

Oui

Non

6. L'utilisation du maquillage correcteur vous a-t-il aidé à sortir plus facilement de chez vous ?

Oui

Non

7. L'utilisation du maquillage correcteur vous a-t-il aidé à vous sentir mieux avec les autres ?

Oui

Non

8. L'utilisation du maquillage correcteur vous a-t-il aidé à avoir davantage confiance en vous ?

Oui

Non

9. L'utilisation du maquillage correcteur vous a-t-il rendu une meilleure image de vous-même ?

Oui

Non

10. Souhaitez-vous poursuivre l'utilisation du maquillage correcteur ?

Oui

Non

**Si NON ou OUI « occasionnel » ou OUI « transitoirement »:**

11. Pour quelles raisons n'avez-vous pas ou peu poursuivi l'utilisation du maquillage correcteur ?

*(plusieurs réponses possibles)*

Maquillage trop contraignant

Maquillage trop difficile à réaliser

Pas satisfait(e) des produits de maquillage médical correcteur

Produits de maquillage médical correcteur jugés non « efficaces »

Prix trop élevé des produits de maquillage médical correcteur

Mauvaise tolérance des produits de maquillage médical correcteur

Maladie guérie

Maladie contrôlée

Acceptation de la maladie

Autres : .....

## TRAITEMENT DE FOND

Avez-vous un traitement de fond (local ou systémique) ?

- oui, lequel?.....
- non

Si oui, comment jugez-vous l'intérêt du maquillage correcteur par rapport au traitement de fond de votre pathologie ?

- moins important
- aussi important
- plus important

## DLQI : Questionnaire de l'évaluation de la qualité de vie en dermatologie

L'Index de Qualité de Vie (ou DLQI) est un questionnaire simple et pratique dont le but est d'évaluer l'impact d'une maladie de peau et de son traitement sur la qualité de vie des personnes atteintes par une telle maladie.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie **au cours des 7 derniers jours**. Veuillez cocher une case par question.

1. Au cours des derniers 7 jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?
- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout
2. Au cours des derniers 7 jours, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?
- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout

3. Au cours des derniers 7 jours, votre problème de peau vous a-t-elle gêné(e), pour faire vos courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?
- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout
- Non concerné(e)
4. Au cours des derniers 7 jours, votre problème de peau vous a-t-elle influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?
- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout
- Non concerné(e)
5. Au cours des derniers 7 jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?
- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout
- Non concerné(e)
6. Au cours des derniers 7 jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?
- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout
- Non concerné(e)
7. Au cours des derniers 7 jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ?
- Oui
- Non
- Non concerné(e)

Si la réponse est "non" : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?

- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout

8. Au cours des derniers 7 jours, votre problème de peau vous a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?

- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout

9. Au cours des derniers 7 jours, votre problème de peau vous a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?

- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout

10. Au cours des derniers 7 jours, 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 ?

- Enormément
- Beaucoup
- Un peu
- Pas du tout
- Non concerné(e)

Chez les patients ayant un score total DLQI plus élevé que celui réalisé le jour de l'atelier de MMC :

Comment expliquez-vous l'impact plus important de votre maladie sur votre qualité de vie ?

.....  
.....

**REMARQUES/COMMENTAIRES :**

.....  
.....  
.....  
.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

## IX. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Derancourt C. [To what extent should one treat severely damaging dermatitis?]. *Ann Dermatol Vénéréologie*. oct 2002;129(10 Pt 1):1212-6.
2. Deshayes P. [Cosmetic camouflage for a better quality of life]. *Ann Dermatol Vénéréologie*. oct 2009;136 Suppl 6:S372-374.
3. Beikert FC, Langenbruch AK, Radtke MA, Augustin M. Willingness to pay and quality of life in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. juin 2013;27(6):734-8.
4. Holme SA, Beattie PE, Fleming CJ. Cosmetic camouflage advice improves quality of life. *Br J Dermatol*. nov 2002;147(5):946-9.
5. Boehncke W-H, Ochsendorf F, Paeslack I, Kaufmann R, Zollner TM. Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases. *Eur J Dermatol EJD*. déc 2002;12(6):577-80.
6. Stewart TW, Savage D. Cosmetic camouflage in dermatology. *Br J Dermatol*. mai 1972;86(5):530-2.
7. Seité S, Rougier A, Dréno B. [An investigational study of acne treatment in France]. *Ann Dermatol Vénéréologie*. oct 2012;139(10):611-6.
8. Merial-Kieny C, Nocera T, Mery S. [Medical corrective make-up in post- chemotherapy]. *Ann Dermatol Vénéréologie*. janv 2008;Spec No 1:25-8.
9. Balkrishnan R, McMichael AJ, Hu JY, Camacho FT, Kaur M, Bouloc A, et al. Corrective cosmetics are effective for women with facial pigmentary disorders. *Cutis*. mars 2005;75(3):181-7.
10. Lewis V, Finlay AY. 10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc Soc Investig Dermatol Inc Eur Soc Dermatol Res*. mars 2004;9(2):169-80.
11. Nonni J. Medical makeup: the correction of hyperpigmentation disorders. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2012;139 Suppl 4:S170-176.
12. Le Moi-peau - Dunod [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.dunod.com/sciences-sociales-humaines/psychologie/psychologie-clinique/master-et-doctorat/le-moi-peau>
13. Levinas E. Totalité et infini : essai sur l'extériorité. Le Livre de Poche. Paris: Le Livre de Poche; 1990. 346 p.
14. Penso-Assathiany D. [Visual and tactile examination of patients in dermatology: is intimacy mutual?]. *Ann Dermatol Vénéréologie*. avr 2015;142(4):294-8.
15. Sackett DL. The hypertensive patient: 5. Compliance with therapy. *Can Med Assoc J*. 4 août 1979;121(3):259-61.

16. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. [Compliance, therapeutic observance and therapeutic adherence: what do we speak about?]. *Rev Mal Respir.* févr 2005;22(1 Pt 1):31-4.
17. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 4 août 2005;353(5):487-97.
18. Siris ES, Harris ST, Rosen CJ, Barr CE, Arvesen JN, Abbott TA, et al. Adherence to bisphosphonate therapy and fracture rates in osteoporotic women: relationship to vertebral and nonvertebral fractures from 2 US claims databases. *Mayo Clin Proc.* août 2006;81(8):1013-22.
19. Huybrechts KF, Ishak KJ, Caro JJ. Assessment of compliance with osteoporosis treatment and its consequences in a managed care population. *Bone.* juin 2006;38(6):922-8.
20. Recker RR, Gallagher R, MacCosbe PE. Effect of dosing frequency on bisphosphonate medication adherence in a large longitudinal cohort of women. *Mayo Clin Proc.* juill 2005;80(7):856-61.
21. Observance médicamenteuse: au moins 9 milliards d'euros d'économies potentielles par an dans six pathologies (IMS/Crip) - APM International [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.apmnews.com/Observance-medicamenteuse-au-moins-9-milliards-d'euros-d'economies-potentielles-par-an-dans-six-pathologies-\(IMS\\_Crip\)-FS\\_253587.html](http://www.apmnews.com/Observance-medicamenteuse-au-moins-9-milliards-d'euros-d'economies-potentielles-par-an-dans-six-pathologies-(IMS_Crip)-FS_253587.html)
22. Augustin M, Holland B, Dartsch D, Langenbruch A, Radtke MA. Adherence in the Treatment of Psoriasis: A Systematic Review. *Dermatology.* 2011;222(4):363-74.
23. Carroll CL, Feldman SR, Camacho FT, Manuel JC, Balkrishnan R. Adherence to topical therapy decreases during the course of an 8-week psoriasis clinical trial: commonly used methods of measuring adherence to topical therapy overestimate actual use. *J Am Acad Dermatol.* août 2004;51(2):212-6.
24. Feldman SR, Camacho FT, Krejci-Manwaring J, Carroll CL, Balkrishnan R. Adherence to topical therapy increases around the time of office visits. *J Am Acad Dermatol.* juill 2007;57(1):81-3.
25. Zaghoul SS, Goodfield MJD. Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Arch Dermatol.* avr 2004;140(4):408-14.
26. Cribier B. [Adherence of local (and general) treatments in psoriasis]. *Ann Dermatol Vénéréologie.* janv 2012;139 Suppl 1:S13-17.
27. Willey C, Redding C, Stafford J, Garfield F, Geletko S, Flanigan T, et al. Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: development and validation of a measure. *Clin Ther.* juill 2000;22(7):858-71.
28. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1982. nov 1995;41(10):1403-9.
29. Leplège A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie: méthodes et applications. Editions Estem; 2002. 340 p.
30. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* oct 2001;56 Spec No 2:23-35.
31. Battie C, Verschoore M. [Dermatology, cosmetic and well-being]. *Ann Dermatol Vénéréologie.* 2011;138(4):294-301.

32. Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol.* mars 1997;136(3):305-14.
33. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* mai 1994;19(3):210-6.
34. Chrostowska-Plak D, Reich A, Szepietowski JC. Relationship between itch and psychological status of patients with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* févr 2013;27(2):e239-242.
35. Dréno B. Assessing quality of life in patients with acne vulgaris: implications for treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2006;7(2):99-106.
36. Matsuoka Y, Yoneda K, Sadahira C, Katsuura J, Moriue T, Kubota Y. Effects of skin care and makeup under instructions from dermatologists on the quality of life of female patients with acne vulgaris. *J Dermatol.* nov 2006;33(11):745-52.
37. Interest of corrective makeup in the management of patients in dermatology. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 14 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23055760>
38. Sunyecz JA, Mucha L, Baser O, Barr CE, Amonkar MM. Impact of compliance and persistence with bisphosphonate therapy on health care costs and utilization. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA.* oct 2008;19(10):1421-9.
39. Burkhart PV, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs Sigma Theta Tau.* 2003;35(3):207.
40. Anderson KL, Dothard EH, Huang KE, Feldman SR. Frequency of Primary Nonadherence to Acne Treatment. *JAMA Dermatol.* juin 2015;151(6):623-6.
41. Saint-Jean M, Peuvrel L, Brocard A, Quéreux G, Leroux M-H, Douchet N, et al. Huit ans d'expérience en maquillage thérapeutique au sein du CHU de Nantes. *Ann Dermatol Vénéréologie.* 2015;142(12, Supplement):S489.
42. Levy LL, Emer JJ. Emotional benefit of cosmetic camouflage in the treatment of facial skin conditions: personal experience and review. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2012;5:173-82.
43. Halioua B. [Non adherent patients in dermatology]. *Ann Dermatol Vénéréologie.* janv 2012;139 Suppl 1:S22-27.
44. Ramien ML, Ondrejchak S, Gendron R, Hatami A, McCuaig CC, Powell J, et al. Quality of life in pediatric patients before and after cosmetic camouflage of visible skin conditions. *J Am Acad Dermatol.* nov 2014;71(5):935-40.
45. Beikert FC, Langenbruch AK, Radtke MA, Kornek T, Purwins S, Augustin M. Willingness to pay and quality of life in patients with atopic dermatitis. *Arch Dermatol Res.* avr 2014;306(3):279-86.

# Observance à long terme du maquillage médical correcteur pour les dermatoses affichantes

**Introduction :** Plusieurs études ont montré que le maquillage médical correcteur (MMC) améliorait la qualité de vie (QDV) des patients en camouflant leur dermatose affichante (DAf), mais leur suivi était court (3 mois). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'observance à long terme du MMC pour les DAF.

**Matériel et méthodes :** Cette étude a inclus des malades ayant assisté à un atelier de MMC pour leur DAF. L'observance était évaluée par un questionnaire lors d'un appel téléphonique, réalisé au moins un an après l'atelier de MMC. Le jour de l'appel le patient était défini comme observant s'il continuait à utiliser le MMC. Un DLQI était réalisé à l'inclusion et lors de l'appel.

**Résultats :** 90 adultes et 16 enfants ont été inclus (81 femmes, 9 hommes, 11 filles et 5 garçons). Les DA étaient : cicatrices (36%), dermatoses faciales inflammatoires (21%), troubles pigmentaires (11%), maladies auto-immunes (11%), pathologies vasculaires (7%), autres pathologies affichantes (14%). Le délai médian de suivi était de 17 mois.

L'observance du MMC était de 81%. 43% des patients se maquillaient tous les jours, 5% au moins 3 fois par semaine, 27% occasionnellement et 6% transitoirement. Les patients étaient plus observants si leur DAF était située sur le visage (86%) que sur le corps (46%). Les femmes se maquillaient davantage quotidiennement (51%) et les hommes occasionnellement (86%).

Chez les 20 patients non-observants les raisons étaient : réalisation du MMC jugée difficile ou contraignante, MMC mal toléré ou inefficace, prix du MMC trop élevé, résignation de leur maladie.

Le DLQI passait de 5,2 +/- 4,3 à l'inclusion à 1,6 +/- 3,2 lors de l'appel. Il baissait en moyenne de 3,6 points [2,8-4,3]  $p < 0,0001$ .

**Discussion :** Notre taux d'observance est au-dessus de la moyenne européenne de l'observance à long terme estimée à 70%.

**Conclusion :** Une large proportion de patients auxquels a été proposé un MMC continue de l'utiliser à long terme.

**Mots-clés :** maquillage médical correcteur – dermatose affichante- observance