



**HAL**  
open science

# Évaluation des besoins pour une prise en charge spécifique à l'officine des patients atteints de dermatite atopique

Clara Besson

► **To cite this version:**

Clara Besson. Évaluation des besoins pour une prise en charge spécifique à l'officine des patients atteints de dermatite atopique. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-03710349

**HAL Id: dumas-03710349**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03710349v1>**

Submitted on 30 Jun 2022

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

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

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2022

ÉVALUATION DES BESOINS POUR UNE PRISE EN CHARGE  
SPÉCIFIQUE À L'OFFICINE DES PATIENTS ATTEINTS DE  
DERMATITE ATOPIQUE

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
SPÉCIALITÉ : OFFICINE

Par Mme Clara BESSON

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE  
GRENOBLE

Le 23/06/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Benoît ALLENET

Membres :

Mme le Dr Magali BOURREL BOUTTAZ (directrice de thèse)

Mme le Dr Béatrice BELLET

Mme le Dr Cécile TRIBOUILLARD

## ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2021 / 2022

Doyen de la Faculté - Pr. Michel SEVE  
Vice-Doyen Pédagogie - Mr Pierre CAVAILLES  
Vice-Doyen Recherche - Pr. Walid RACHIDI

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	Oui
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
CDD	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055	
PU-PH	BEDOUCH	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	Oui
MCF	BELAIDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042	Oui
MAST	BELLET	BEATRICE	-	
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS	
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	LRB /INSERM U 1039	Oui
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	TIMC	
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA	Oui
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	Oui
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309	Oui
Professeur Emérite	CALOP	JEAN		Oui
MCF	CAVAILLES	PIERRE	IAB	
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	
AHU	CHEVALIER	SIMON	TIMC IMAG	
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS	
MAST	COMBE	JEROME	-	
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-	Oui
Professeur Emérite	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF Emérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	équiv.
MCF	DEMEILLERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	Oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	Oui
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui
PU-PH	FAURE	PATRICE	DPM – UMR5063	Oui
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	Oui

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE	HDR
PRCE	FITE	ANDREE	-	
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-	
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	Oui
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF Emérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	équiv.
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042	Oui
MCF	GONINDARD	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553	
Professeure Emérite	GRILLOT	RENEE	-	Oui
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR 5063 CNRS	
CDD	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042	
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
AHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039	
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	Oui
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-	
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042	
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	Oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	Oui
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS	Oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR 5525 CNRS, TheMAS	
PU	RACHIDI	WALID	BGE/BIOMICS/ CEA	Oui
PU	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	Oui
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-	Oui
PU-PH	SEVE	MICHEL	TIMC	Oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE	HDR
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
CDD	TRUFFOT	AURELIE		
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCF	WARTHER	DAVID	DPM	
Professeur Emérite	WOUESSIDJEWÉ	DENIS	-	Oui

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institute for Advanced Biosciences

IBS : Institut de Biologie Structurale

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MAST : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel

MCF : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

PU : Professeur des Universités

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

SyMMES : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation

UMR: Unité Mixte de Recherche

UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

## REMERCIEMENTS

---

Je tiens à remercier dans un premier temps ma directrice de thèse, le Docteur Magali Bourrel Bouttaz, d'avoir accepté de suivre mon travail et d'y avoir accordé du temps. Merci pour vos encouragements, votre écoute, vos conseils, votre disponibilité et réactivité. J'ai été très heureuse de participer à la journée d'éducation thérapeutique à Lyon Sud en votre compagnie.

Je remercie également les docteurs Cécile Tribouillard et Béatrice Bellet pour leur aide précieuse dans l'élaboration de ma thèse et leur soutien.

Je remercie le professeur Benoît Allenet pour sa participation en tant que président de jury, et pour son apprentissage tout au long de mon cursus universitaire.

Je tiens également à remercier la pharmacie de l'Avenue qui m'a appris énormément. Cinq ans au sein de cette superbe équipe. Carole, je pense que vous vous souviendrez longtemps du gâteau brûlé dans votre cuisine !

Paulo, merci pour ton soutien et ton aide dans l'élaboration des questionnaires, et .... N'oublie pas de manger des carottes !

Merci à Céline, Laurence, « Ruesday », Homer et Vaness.

Promis, « Claradol caféinée » reviendra boire le café ! (Seulement s'il y a des Ferreros).

S'ajoute à ces remerciements la pharmacie de l'Argentièrre et du Drac. Merci de m'avoir fait découvrir le métier de pharmacien d'officine, merci Améli, Lisandra et Marilynne.

Merci également à la pharmacie des Alpes pour leur intégration dans l'équipe, où l'aventure ne fait que commencer !

J'adresse aussi mes remerciements à toute l'association Mi-Chien Mi-Loup pour qui j'œuvre depuis plus d'un an, pour ces beaux sauvetages accomplis au milieu des peines et des joies. Merci à ces belles rencontres et à votre soutien pour la fin de mes études (Florence, Elodie, Fanny, Raphaëlle). L'aventure continue !

A l'écurie Emilie Aymoz, pour m'avoir permis de continuer ma passion pendant ces six années d'étude. Mon échappatoire. Merci à Dominique (Danaé) et Gilles (Neige). A Amandine, l'aventurière, pour toutes ces balades menées dans l'inconnu et nos courses en plein champs. Merci à Aymar pour la confiance que tu m'accordes et me permettre de monter lorsque je le souhaite. Et un grand merci tout particulier à Manu pour m'avoir confié Feeling pendant tant d'années et m'avoir permis de réaliser ma reprise de dressage G6 avec elle. Merci Manu pour ton soutien infailible, ta joie de vivre, ta bonne humeur et tes encouragements depuis plus de six ans.

Merci à mes ami(e)s, et plus particulièrement Lorène et Perrine, toujours présentes dans les moments de doutes et de faiblesse. A Elodie rencontrée depuis peu, un beau début d'amitié. A Coralie et Frédo, pour toutes ces révisions passées ensemble et nos entraînements à l'oral.

A ma famille, Papa, Maman, Pépé, Mémé et Nico qui m'ont supporté pendant ces longues années difficiles. Merci d'avoir toujours été à mes côtés et d'avoir toujours cru en moi. Un grand merci à maman pour avoir relu et corrigé la rédaction de thèse entièrement. Merci mémé pour tes petits plats préparés lors des révisions notamment ! Nico, à nos rires, nos trajets en voiture de 12h pour rejoindre Pescara, nos matins de Noël, je te souhaite de réussir.

Merci à vous de m'avoir donné la force pour avoir accompli tout cela. C'est grâce à vous. Je vous aime.

A toi David, pour m'avoir accompagnée et encouragée pour mes examens, ma thèse et ma vie professionnelle. Pour toutes les épreuves que l'on a traversées, ensemble. A notre avenir et nos virées en van !

Et pour finir, une mention toute particulière à mon chien Kenzo, parti rejoindre les étoiles le 7 mai 2021. Mon binôme. A nos balades, nos baignades, et j'en passe.



# Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	1
LISTE DES FIGURES .....	2
LISTE DES TABLEAUX .....	5
INTRODUCTION .....	6
<b>PARTIE 1- LA DERMATITE ATOPIQUE</b> .....	<b>8</b>
1.1. Physiopathologie de la DA.....	8
1.1.1 Définition de la DA .....	8
1.1.2 Origines de la DA .....	9
1.1.3 Facteurs déclencheurs de la DA .....	14
1.1.4 Evolution de la DA .....	17
1.2 Les symptômes de la dermatite atopique.....	20
1.2.1 Les symptômes physiques de la DA .....	20
1.2.2 Les symptômes psychiques de la DA.....	24
1.3 La prise en charge de la dermatite atopique .....	30
1.3.1 L'hygiène .....	33
1.3.2 Les traitements.....	35
1.3.3 La micronutrition.....	46
<b>PARTIE 2- LES OBSTACLES POUR L'ADHÉSION AU TRAITEMENT</b> .....	<b>49</b>
2.1 Obstacles inhérents au patient .....	49
2.1.1 Compréhension de sa maladie .....	49
2.1.2 État émotionnel.....	50
2.1.3 Fausses croyances .....	51
2.1.4 Culture, famille, codes sociétaux .....	52
2.2 Obstacles propres à la maladie .....	55
2.2.1 Reconnaître une plaque d'eczéma.....	55
2.2.2 Croire que l'eczéma est psychosomatique .....	56
2.2.3 Évolution aléatoire de la maladie.....	56
2.2.4 Mauvais diagnostic différentiel.....	57
2.3 Obstacles propres au traitement .....	58
2.4 Obstacles provenant des professionnels de santé .....	60
2.4.1 Défaillance au niveau de la rédaction de l'ordonnance.....	60
2.4.2 Manque d'écoute et de cohérence de la part des professionnels de santé .....	61
2.4.3 Corticophobie chez les professionnels de santé .....	63
2.4.4 Autre.....	64

<b>PARTIE 3- RÔLE DU PHARMACIEN D’OFFICINE DANS CE CONTEXTE</b> .....	65
3.1 La problématique actuelle .....	65
3.2 La place du pharmacien dans ce contexte .....	67
3.2.1 Le patient au cœur du parcours de soin .....	67
3.2.2 Le pharmacien, dernier maillon du parcours .....	68
3.2.3 Le pharmacien, soignant de proximité.....	69
3.3 Vers un accompagnement thérapeutique du patient.....	70
3.3.1 L’attitude éducationnelle .....	72
3.3.2 Faire comprendre la maladie .....	81
3.3.3 Rassurer le patient sur les dermocorticoïdes.....	84
<b>PARTIE 4- MATÉRIEL ET MÉTHODES</b> .....	91
4.1 Questionnaire patient .....	91
4.1.1 Élaboration du questionnaire.....	91
4.1.2 Recrutement des patients.....	92
4.1.3 Diffusion du questionnaire.....	92
4.1.4 Recueil et traitement des données du questionnaire.....	93
4.2 Questionnaire équipe officinale.....	94
4.2.1 Élaboration du questionnaire.....	94
4.2.2 Recrutement des professionnels de santé.....	95
4.2.3 Diffusion du questionnaire.....	95
4.2.4 Recueil et traitement des données du questionnaire.....	96
<b>PARTIE 5- EXPOSITION DES RÉSULTATS</b> .....	97
5.1 Résultats du questionnaire patient.....	97
5.1.1 Population des patients.....	97
5.1.2 Impact physique de la maladie.....	101
5.1.3 Impact psychosocial de la maladie.....	106
5.1.4 Hygiène et soins .....	110
5.1.5 Les dermocorticoïdes .....	118
5.1.6 Les compléments alimentaires.....	126
5.1.7 La dermatite atopique dans la situation actuelle.....	129
5.1.8 Les attentes du patient atopique .....	130
5.2 Résultats du questionnaire équipe officinale.....	134
5.2.1 Population des professionnels de santé .....	134
5.2.2 Connaissances des professionnels de santé .....	139
5.2.3 Les difficultés rencontrées au comptoir.....	146
5.2.4 Les attentes des équipes officinales.....	155

<b>PARTIE 6- DISCUSSION</b> .....	160
6.1    Limite des enquêtes .....	160
6.1.1    Enquête patient.....	160
6.1.2    Enquête équipe officinale .....	161
6.2    Interprétation des résultats .....	162
CONCLUSION .....	179
ANNEXES .....	181
BIBLIOGRAPHIE.....	209
SERMENT DE GALIEN.....	215
RESUMÉ.....	216

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

---

**ADCT** : Atopic Dermatitis Control Tool

**AMM** : Autorisation de mise sur le marché

**BPCO** : Bronchopneumopathie chronique obstructive

**CA** : Complément alimentaire

**CAP** : Conduite Active Personnalisée

**CNAM** : Caisse nationale de l'Assurance Maladie

**DA** : Dermatite atopique

**DC** : Dermocorticoïde

**DLQI** : Dermatology Life Quality Index

**EFTAD** : European Task Force in Atopic Dermatitis

**EP** : Entretiens pharmaceutiques

**ETP** : Éducation thérapeutique du patient

**FLG** : Filaggrine

**GET** : Groupe Éducation Thérapeutique

**GHA** : Gel hydroalcoolique

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HPST** : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

**IgE** : Immunoglobulines E

**IL** : Interleukines

**NMF** : Natural Moisturizing Factor (Facteurs naturels d'hydratation)

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PO-SCORAD** : Patient-Oriented scORing Atopic Dermatitis

**PS** : Professionnel de santé

**UP** : Unité phalangette

**RSS** : Red Skin Syndrome

**TOPICOP** : TOPIcal COrticosteroid Phobia

## **LISTE DES FIGURES**

---

Figure 1 – Schéma représentant la physiopathologie de la DA

Figure 2 : Temporalité de la marche atopique

Figure 3 : Images d'enfant de moins de six mois atteint de DA

Figure 4 : Images d'enfants de moins de six ans atteints de DA

Figure 5 : Images d'adolescents atteints de DA

Figure 6 : Images d'adultes atteints de DA

Figure 7 : Recommandations ETFAD pour la prise en charge de la DA de l'adulte

Figure 8 : Stratégie thérapeutique pour la prise en charge de la DA d'après la fondation eczema

Figure 9 : Pouvoir nutritif des émoullients, du moins fort au plus fort

Figure 10 : Schéma thérapeutique de l'utilisation des DC

Figure 11 : Compléments alimentaires disponibles à la vente, contenant la souche *Lactobacillus rhamnosus GG*

Figure 12 : Cercle du parcours de soin centré sur le patient

Figure 13 : Cercle vicieux - prurit, grattage, lésions

Figure 14 – Patients de l'enquête

Figure 15 – Age des patients

Figure 16 – Ancienneté du diagnostic de la dermatite atopique

Figure 17 – Présence d'une autre maladie atopique

Figure 18 – Parties du corps atteintes

Figure 19 – Nombre de zones atteintes chez le patient

Figure 20 – Périodicité où la peau est un fardeau

Figure 21 – Intensité des démangeaisons lors des crises

Figure 22 – Variations saisonnières

Figure 23 – Saisons concernées

Figure 24 – Impact sur la qualité de vie

Figure 25 – Fréquence à laquelle la DA engendre un complexe

Figure 26 – Impact psychosocial de l'eczéma

Figure 27 – Peurs et craintes du patient

Figure 28 – Utilisation du produit lavant

Figure 29 – Quantité mensuelle de produits lavants

Figure 30 – Utilisation du produit hydratant

Figure 31 – Quantité mensuelle d'émollient

Figure 32 – Confusion entre émollient et dermocorticoïde

Figure 33 – Utilisation d'un déodorant

Figure 34 – Utilisation de maquillage

Figure 35 – Utilisation de lotion

Figure 36 – Source de choix du produit

Figure 37 – Prescription de dermocorticoïde

Figure 38 – Apport d'informations pour le patient

Figure 39 – Utilisation du DC

Figure 40 – Traitement de la crise d'eczéma

Figure 41 – Utilisation du dermocorticoïde lors des crises

Figure 42 – Attente avant utilisation du DC

Figure 43 – Application du DC

Figure 44 – Utilisation du DC

Figure 45 – Utilisation de CA

Figure 46 – Compléments alimentaires utilisés

Figure 47 – Choix des compléments alimentaires

Figure 48 – Problèmes cutanés pendant la pandémie chez le patient atopique

Figure 49 – Questions sur la DA

Figure 50 – Souhait d'un accompagnement personnalisé

Figure 51 – Fonction au sein de l'équipe officinale

Figure 52 – Genre des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire

Figure 53 – Age des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire

Figure 54 - Type de pharmacie dans lesquelles les professionnels de santé exercent

Figure 55 – Départements d'implantations de l'officine ayant participé à l'enquête

Figure 56 – Réalisation d'entretien pharmaceutique dans les officines des professionnels de santé ayant répondu à l'enquête

Figure 57 – Le professionnel de santé sait-il expliquer le mode d'emploi du DC ?

Figure 58 – Utilisation de la notion d'unité phalangelette lors de la délivrance du DC

Figure 59 – Degré d'importance du temps de la douche selon les professionnels de santé officinaux

Figure 60 – Degré d'importance d'utiliser un produit d'hygiène sans savon selon les professionnels de santé officinaux

Figure 61 – Rôle de l'émollient selon les professionnels de santé officinaux

Figure 62 – Pourcentage de professionnels de santé officinaux qui conseillent la prise d'un complément alimentaire

Figure 63 – Amélioration constatée à la suite de la prise de complément alimentaire

Figure 64 – Evaluation du pourcentage de patients atopiques en insatisfaction thérapeutique

Figure 65 – Evaluation du pourcentage de patients atopiques corticophobes rencontrés au comptoir

Figure 66 – Attitude adoptée par le professionnel de santé face à un patient corticophobe

Figure 67 – Pourcentage de personnels officinaux conseillant d'éviter l'application du DC sur les zones où la peau est fine

Figure 68 – Pourcentage de personnels officinaux conseillant de limiter la quantité de médicament

Figure 69 – Pourcentage de personnels officinaux conseillant de limiter le temps de traitement

Figure 70 – Pourcentage de personnels officinaux conseillant de ne pas s'exposer au soleil lors du traitement

Figure 71 – Survenue de problèmes cutanés chez les patients atopiques lors de l'épidémie COVID (1)

Figure 72 – Survenue de problèmes cutanés chez les patients atopiques lors de l'épidémie COVID (2)

Figure 73 – Avis des professionnels de santé officinaux à propos d'un accompagnement personnalisé destiné à leurs patients atopiques

Figure 74 – Proportion de professionnels de santé officinaux intéressés par la mise en place d'un accompagnement personnalisé dans leur officine

Figure 75 – Proportion de professionnels de santé officinaux ayant les conditions nécessaires à la mise en place d'un accompagnement personnalisé dans leurs officines

Figure 76 – Proportion de professionnels de santé officinaux connaissant POP Training

Figure 77 – Besoin des équipes officinales dans le cadre d'une mise en place d'un accompagnement personnalisé

## **LISTE DES TABLEAUX**

---

Tableau 1 - Classification des DC française en fonction de leur niveau d'activité

Tableau 2 - Verbatims des patients lors de la séance d'éducation thérapeutique au CHU de Lyon



## **INTRODUCTION**

---

En France, l'eczéma atopique atteint 2,5 millions de Français soit 3,7% de la population adulte et un enfant sur dix. C'est la deuxième maladie dermatologique chronique la plus fréquente. L'eczéma atopique est une maladie du monde moderne. Effectivement, les pays industrialisés et les zones urbaines sont majoritairement ciblés, ils concentrent de nombreux facteurs aggravants tels que la pollution. Cette maladie a augmenté ces trente dernières années. La DA est donc une réelle problématique de santé publique.

L'eczéma atopique est une maladie chronique inflammatoire. Au de-là de la souffrance physique, l'eczéma impose un fardeau psychologique. C'est une maladie qui peut isoler les patients, culpabiliser l'entourage et ainsi bouleverser l'ensemble de la vie familiale. La qualité de vie des patients est fortement impactée.

La place du pharmacien se situe en fin du parcours patient, il est le dernier professionnel de santé que le patient voit avant de se retrouver seul face à son traitement, ses doutes et sa maladie.

Les traitements de cette maladie chronique peuvent être fastidieux, entraînant une lassitude chez le patient. En découle une mauvaise adhésion des patients à leurs traitements et finalement des échecs fréquents qui ne font qu'envenimer le cercle vicieux dans lequel le patient est pris au piège.

De plus, 95% des pharmaciens prennent en charge des patients atteints d'eczéma atopique, cependant 65% des professionnels ne se trouvent pas suffisamment informés à propos de cette maladie<sup>1</sup>. Il est pourtant essentiel que le pharmacien, maîtrise les tenants et aboutissants de cette maladie pour

accompagner au mieux le patient.

Les entretiens thérapeutiques déjà mis en place à l'officine permettent d'accompagner les patients touchés par l'une de ces deux maladies inflammatoires chroniques : l'asthme et la BPCO. L'éducation thérapeutique a démontré ses effets bénéfiques chez les patients asthmatiques, améliorant leur qualité de vie entre autres<sup>2</sup>. Or, l'asthme et la BPCO, de par leur chronicité, sont peu différentes des maladies chroniques invalidantes de la peau telle que la dermatite atopique.

La problématique de mon travail de thèse est donc d'identifier les besoins à la mise en place d'un accompagnement personnalisé à l'officine, besoins tant du côté des patients que des pharmaciens.

Pour cela, deux enquêtes ont été réalisées.

La première, destinée aux patients atteints d'eczéma atopique, a permis d'identifier les besoins des patients, en recueillant leurs habitudes de prise en charge mais aussi leurs ressentis physiques et psychologiques. La deuxième enquête était quant à elle destinée à l'équipe officinale. Elle a permis d'identifier au sein des officines, les points forts et ceux à améliorer dans l'accompagnement du patient atopique.

L'eczéma atopique, maladie chronique inflammatoire de la sphère dermatologique, pourrait au même titre que l'asthme bénéficier d'entretiens dédiés. Cela permettrait d'accompagner le patient tout au long de sa vie avec cette « maladie qui lui colle à la peau ».

## **PARTIE 1- LA DERMATITE ATOPIQUE**

---

### **1.1. Physiopathologie de la DA**

#### **1.1.1 Définition de la DA**

L'eczéma désigne une inflammation de la peau, caractérisée par une rougeur, un gonflement, une douleur et/ou un prurit. Il existe tout de même plusieurs types d'eczéma qu'il est nécessaire de différencier.

Tout d'abord, l'eczéma allergique aussi appelé eczéma de contact. Il est spécifique à une substance, à risque allergique, tel que le nickel, les conservateurs cosmétiques, les huiles essentielles etc. La peau est à l'origine normale, sans anomalie génétique. Le système immunitaire synthétise des anticorps spécifiques : les immunoglobulines E (IgE).

Ensuite, l'eczéma irritatif, fréquent au niveau des mains : la paume et les extrémités de doigts. Il est favorisé par les milieux humides, l'excès de savonnage, les produits détergents etc... Cliniquement, la peau est sèche et peut présenter des fissures très douloureuses. Elle est quelques fois rouge mais ne présente ni vésicules ni suintements. La peau est à l'origine normale mais les différents facteurs irritants entraînent une disparition du film hydrolipidique.

Cet eczéma n'est ni allergique ni inflammatoire.

Enfin, l'eczéma atopique, aussi appelé dermatite atopique, est une dermatose inflammatoire chronique. La peau présente une anomalie génétique de base et un terrain atopique existe au sein de l'entourage familial (asthme, rhume des foies, allergies alimentaires). L'eczéma atopique est la manifestation cutanée de l'atopie. Il est caractérisé par une sécheresse cutanée. De façon alternative, survient la plaque d'eczéma, aussi appelée crise ou poussée. Cette crise est

caractérisée par trois stigmates cutanés : la peau est rouge, rugueuse et elle démange. Cela peut entraîner des suintements, lichénifications, excoriations et surinfections. Ces notions sont essentielles pour la bonne compréhension de l'eczéma. Le patient pense souvent qu'il fait face à des crises ponctuelles et a du mal à faire le lien avec une pathologie chronique.

### 1.1.2 Origines de la DA<sup>3</sup>

Le terme « atopie » est apparu en 1923 pour désigner un terrain héréditaire prédisposant aux réactions d'hypersensibilité. Cette description initiale a depuis été largement discutée et modifiée. Aujourd'hui, la définition retenue est celle d'une prédisposition génétique à développer une inflammation de type 2 en réponse à l'exposition à des molécules de l'environnement, qu'elles soient chimiques (pollution) ou de type pneumallergènes (poils, poussières, pollens).

Le terme « atopie » regroupe un ensemble de maladies caractérisées par cet excès d'inflammation cellulaire de type 2 : la dermatite atopique (eczéma), l'allergie alimentaire, l'asthme atopique, la rhinite et la conjonctivite allergique.

La dermatite atopique est une maladie multifactorielle faisant intervenir des facteurs génétiques et environnementaux. Quatre faits majeurs sont à ce jour identifiés :

- L'altération de la barrière cutanée
- La prédominance de la réponse immunitaire de type 2
- Le déséquilibre du microbiote cutané en faveur du staphylocoque
- L'auto-allergie

Il est maintenant reconnu que les quatre facteurs interagissent dans le sens de l'aggravation réciproque créant un cercle vicieux.

- **L'altération de la barrière cutanée**

La barrière cutanée a trois fonctions : une barrière physique contre les rayons du soleil et les changements de température, une barrière chimique contre les agressions des particules de l'environnement, une barrière immunitaire contre les bactéries telles que le staphylocoque. L'altération de la barrière cutanée pourrait s'expliquer avec la découverte de la mutation du gène de la filaggrine.

En effet, la **mutation du gène de la filaggrine**, protéine impliquée dans la constitution de la barrière épithéliale, entraîne une perte de cette fonction. Ainsi, les porteurs d'une mutation de ce gène présentent une xérose cutanée, des squames ichtyosiformes et ont un risque multiplié par trois de développer un eczéma atopique<sup>4</sup>.

Il a aussi été mis en évidence des variations dans des gènes codants pour d'autres protéines du complexe de différenciation épidermique, protéines précurseurs de la couche cornée. Il s'agit du gène de la locirine (LOR), de l'involucrine (IVL) et du collagène épidermique (COL29A1). Ces mutations pourraient expliquer le développement de l'eczéma atopique chez les patients qui ne portent pas de mutation de la filaggrine<sup>5</sup> (60% de personnes porteuses de la mutation de la filaggrine ne sont pas atteintes de dermatite atopique).

Le facteur d'hydratation naturel NMF (Natural Moisturing Factor) **diminue** dans le stratum corneum des peaux atopiques (présentant déjà une mutation de la FLG). Cela augmente alors les cytokines pro-inflammatoires IL-1.

Ces mutations entraînent toutes une peau plus fragile, plus fine, plus sèche, plus poreuse et plus perméable. Le pH alcalin augmente, activant les protéases à l'origine de la destruction des protéines cutanées. Ce pH alcalin stimule aussi la production de cytokines inflammatoires.

*Donc, l'altération fonctionnelle de la barrière cutanée ainsi que l'entrée d'agents pathogènes, développent une réaction inflammatoire cutanée, impliquant l'immunité innée et adaptative.*

- **La prédominance de la réponse immunitaire de type 2**

Les perturbations de la barrière épidermique peuvent alors favoriser la réponse immunitaire d'abord innée puis adaptative de type 2 suite à une infection, à une lésion tissulaire ou suite à l'exposition à un allergène.

Le système inné utilise les PRR (Pattern Recognition Receptor), des récepteurs cellulaires exprimés principalement sur les kératinocytes, les cellules dendritiques et les mastocytes, capables de reconnaître des motifs moléculaires caractéristiques des agents pathogènes appelés PAMP (Pathogen-Associated Molecular Patterns).

Ce sont les TLR (Toll Like Receptor), appartenant aux PRR, qui reconnaissent un panel de peptides antimicrobiens suite à une agression cutanée. La réponse de l'exposition aux allergènes induit alors la cascade inflammatoire. Cela se traduit par la maturation des cellules dendritiques qui active les lymphocytes Th2, caractéristique d'une inflammation de type 2.

Les cellules T auxiliaire de type 2 (Th2) produisent des cytokines appelées interleukines (IL-4, IL-5, IL-13), qui vont elles-mêmes augmenter l'induction d'immunoglobulines E (IgE). Cela entraîne alors le recrutement d'éosinophiles qui libèrent des médiateurs, à l'origine de l'inflammation cutanée et des démangeaisons, typiques de l'eczéma atopique.

De plus, l'IL-4 et l'IL-13 inhibent l'expression de protéines cutanées telles que la

filaggrine, la loricrine et l'involucrine. Cela accentue l'altération de la barrière cutanée et donc la pénétration d'allergènes et d'agents pathogènes.

On ignore cependant l'importance relative des parts adaptatives et innées dans la physiopathologie de la dermatite atopique.

- **Le déséquilibre du microbiote cutané en faveur du *Staphylocoque auréus***

La population de cette bactérie est corrélée à la sévérité de la maladie. La peau atopique constitue un environnement favorable à l'émergence du *S. auréus* sous l'effet de multiples facteurs dont un PH trop alcalin, et l'inhibition des peptides anti-microbiens par les cytokines 4 et 13. Des modèles murins ont laissé envisager que le *S. auréus* pourrait à la fois aggraver l'altération de la barrière cutanée et stimuler la réaction inflammatoire.

- **L'auto-allergie**

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les IgE sont dirigées contre plusieurs antigènes différents : des aéroallergènes, des allergènes alimentaires et des protéines microbiennes. Les IgE ciblent les auto-antigènes des protéines épidermiques, en particulier des kératinocytes.

Il est possible que l'évolution de l'inflammation cutanée qui résulte de la dermatite atopique, aboutisse à une immunisation contre des protéines épidermiques avec génération de lymphocytes T et d'anticorps spécifiques d'autoantigènes. Le rôle de cette autoréactivité dans le développement des lésions cutanées est encore inconnu<sup>6</sup>.

Cependant, ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que les lésions

tissulaires entraînent la libération d'autoantigènes. Dans un environnement cytokinique TH2, cette libération entraîne la production des IgE.

**Pour conclure :**

Dans le contexte d'évolution rapide de notre société, l'environnement a aussi été modifié et les substances sensibilisantes sont plus en plus fréquentes : acariens, évolution des habitudes alimentaires, tabac, pollutions urbaines industrielles etc...

Ceci a contraint une évolution inadaptée du fonctionnement immunitaire qui se traduit par un déséquilibre de la balance lymphocytaire Th1/Th2 chez les patients atteints d'eczéma atopique. Chez eux, les cellules Th2 prédominent. Cet état peut se compliquer ou s'accompagner d'un réarrangement génomique des cellules B en maturation ce qui favorise le changement d'isotypes de classe IgM (Immunoglobuline M) à IgE ainsi que la surproduction d'IgE.

La peau d'un patient atteint d'eczéma atopique présente de ce fait une sensibilité plus importante aux facteurs environnementaux. Ces facteurs environnementaux ont favorisé l'émergence d'une maladie épigénétique. Les changements épigénétiques en réponse à ces facteurs environnementaux correspondent à la méthylation de l'ADN, la modification des histones et de l'expression des microARN (miR) responsables de la fonction de barrière et de régulations immunologiques.

C'est ici qu'il faut comprendre l'origine de la maladie. Lorsque le patient a compris cela, il doit faire le deuil d'une éventuelle guérison. La dermatite atopique est bien une maladie chronique que l'on ne peut pas guérir définitivement.



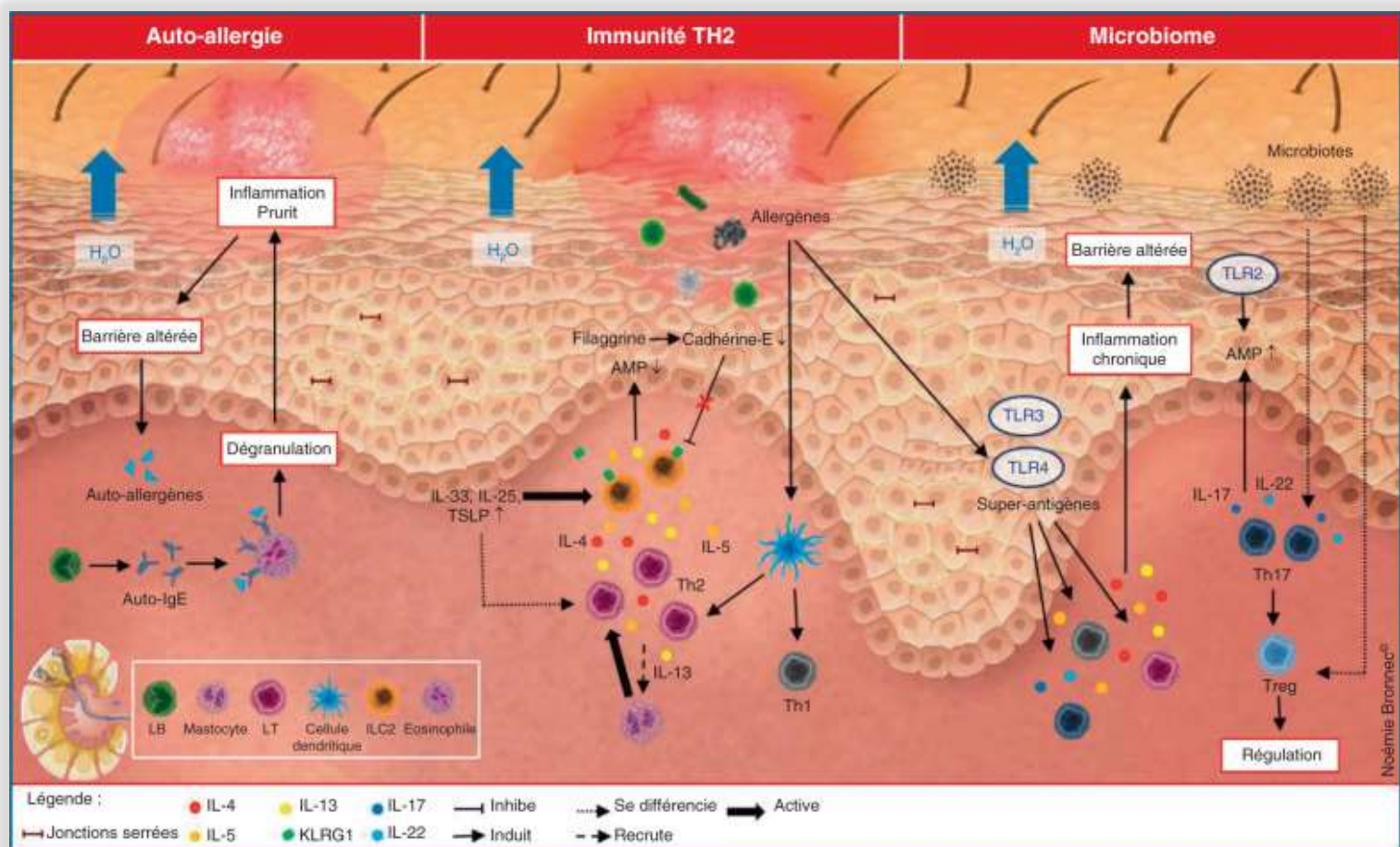


Figure 1 – Schéma représentant la physiopathologie de la DA<sup>3</sup>  
 Waton J. « Atopic dermatitis physiopathology ». *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, dec.2017.

### 1.1.3 Facteurs déclencheurs de la DA

- Justifier la recherche des facteurs déclencheurs :

Il paraît essentiel de chercher la ou les raisons de chaque crise de dermatite atopique. Cela aidera à atténuer les angoisses du patient et permettra de diminuer le potentiel sentiment d'impuissance et de culpabilité. De même, cela permettra d'anticiper les crises en octroyant des moyens de prévention, comme adapter les posologies du traitement en prévision d'une poussée probable, dans un contexte identifié comme déclencheur<sup>7</sup>. Cela pourra également sécuriser le patient ou les parents pour les enfants atteints d'eczéma atopique.

- **Revenir à la physiopathologie de la peau permet de les identifier :**

- **Facteurs déclencheurs liés à l'air ambiant**

La peau d'un patient atteint d'eczéma atopique présente une perméabilité plus importante aux facteurs environnementaux. L'environnement a été modifié et les substances sensibilisantes sont de plus en plus fréquentes : acariens, évolution des habitudes alimentaires, tabac, pollutions urbaines industrielles etc. Cela permet d'expliquer les poussées en cas de pic de pollution, en cas de travaux dans la maison, de déménagement etc.

- **Facteurs déclencheurs liés au biotope cutané :**

Dans la dermatite atopique, le biotope cutané se trouve déséquilibré au profit du développement du *Staphylocoque*. Ce déséquilibre est aggravé par la sueur qui est salée. Des études récentes montrent aussi que cette bactérie accroît la porosité de la peau<sup>8</sup>.

Les découvertes récentes à ce propos sont nombreuses<sup>9</sup>. En effet, il a été démontré un lien entre déséquilibre du microbiome de la peau et perturbation du système immunitaire de la peau, créant ainsi un couple au niveau de la peau.

- **Facteurs déclencheurs liés au déséquilibre du biotope intestinal <sup>10</sup> :**

Le **microbiote** intestinal est un élément clef dans le **système immunitaire** de l'intestin. En effet, le déséquilibre du microbiote intestinal peut perturber le système immunitaire de l'intestin. Cette interdépendance crée une notion de couple entre le microbiote et le système immunitaire. Le microbiote intestinal aide le corps à reconnaître les agents commensaux des agents pathogènes et empêche ces derniers de coloniser l'intestin. Une altération du microbiote intestinal a des conséquences sur la perméabilité de la paroi intestinale

entraînant une porosité plus importante faisant fuir les bactéries vers les ganglions<sup>11</sup>. Une réaction inflammatoire en résulte alors, pouvant se traduire par une réaction cutanée telle que l'eczéma.

Un cercle vicieux est alors entretenu par l'inflammation elle-même au niveau de chaque couple (intestinal et cutanée). Il existe un lien entre le couple de l'intestin et le couple de la peau<sup>12</sup>. Donc le déséquilibre du microbiome intestinal peut déclencher des poussées d'eczéma. L'origine de ce déséquilibre peut être divers : prise d'antibiotiques, alimentation moderne (nourriture industrielle composée de mauvais corps gras et de quantité de sel et/ou de sucres rapides trop importantes), stress etc.

- o **Facteurs déclencheurs liés au stress :**

Si l'eczéma n'est pas une maladie psychosomatique, il est évident que le stress est un facteur déclencheur facile à identifier. La peau réagit au stress par deux voies : la voie des neuro médiateurs et la voie des hormones de stress.

- Les neuro médiateurs transmis par le système nerveux sympathique qui sera augmenté chez le patient atopique ;
- La réponse hormonale est associée à l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), diminué chez le patient atopique. Cela entraîne une diminution de l'hormone corticotrope hypophysaire ou adrénocorticotrophine (ACTH) et donc une baisse de cortisol, qui devrait être bénéfique à l'eczéma<sup>13</sup>.

Il faut rajouter le fait que le stress induit la production de cytokines dans le système nerveux central<sup>14</sup>. L'état de stress affecte également la fonction de barrière cutanée en modifiant son homéostasie.

On notera que le contexte d'épidémie a pu être très anxiogène pour beaucoup de personnes et potentiellement augmenter la fréquence des crises.

- **Autres facteurs**

Il existe d'autres facteurs déclencheurs comme les poussées dentaires, le cycle hormonal, les infections ORL, les changements de saison etc.

L'ensemble de ces facteurs peut interagir entre eux et s'activer mutuellement, à l'origine d'un cercle vicieux.

Finalement, la peau est en étroit lien avec le cerveau par le réseau nerveux, à travers les neuromédiateurs et hormone de stress qui peuvent être libérés. Elle est de même en lien avec l'équilibre du microbiote intestinal à travers la paroi du grêle par exemple, comme cité précédemment.

Ainsi, permettre à un patient de comprendre la ou les raisons de sa poussée, consiste à lui donner les clefs pour ne plus être victime de sa maladie mais plutôt acteur.

#### **1.1.4 Evolution de la DA<sup>15,16</sup>**

Il existe plusieurs évolutions possibles de l'eczéma au cours de la vie.

Une grande majorité des eczémas atopique infantiles disparaissent après quelques années de vie. Certains verront leur eczéma disparaître vers l'âge de cinq ans. Mais pour la grande majorité, cela disparaîtra aux alentours de sept à onze ans. Cela s'explique par le fait que la phase initiale chez le nourrisson est limitée à l'altération de la barrière cutanée sans sensibilisation des IgE dépendantes.

Si l'eczéma du nourrisson n'est pas traité ou insuffisamment traité (80% des enfants atteints d'eczéma atopique ne sont pas traités ou le sont insuffisamment), cela favorisera l'installation de la pathologie dans les années à venir.

Pour la petite minorité d'enfant chez qui la DA va s'installer, on pourra voir soit de l'eczéma qui perdure en « silence » avec des crises survenant ponctuellement au cours de la vie du patient lorsque celui-ci rencontre le facteur déclenchant. Soit l'entrée du patient dans une marche atopique et potentiellement le développement d'autres maladies de la sphère atopique.

La marche atopique est l'apparition temporelle des maladies appartenant à **la sphère atopique**, touchant différents organes. Nous pouvons citer la dermatite atopique, les allergies alimentaires (fréquentes jusqu'à 6 ans), l'asthme (plutôt à l'adolescence et fréquent jusqu'à 14 ans) et aussi la rhinite allergique qui apparaît plutôt à l'âge adulte. 30 à 50% des patients atteints d'eczémas atopique ressentent aussi des manifestations asthmatiques.

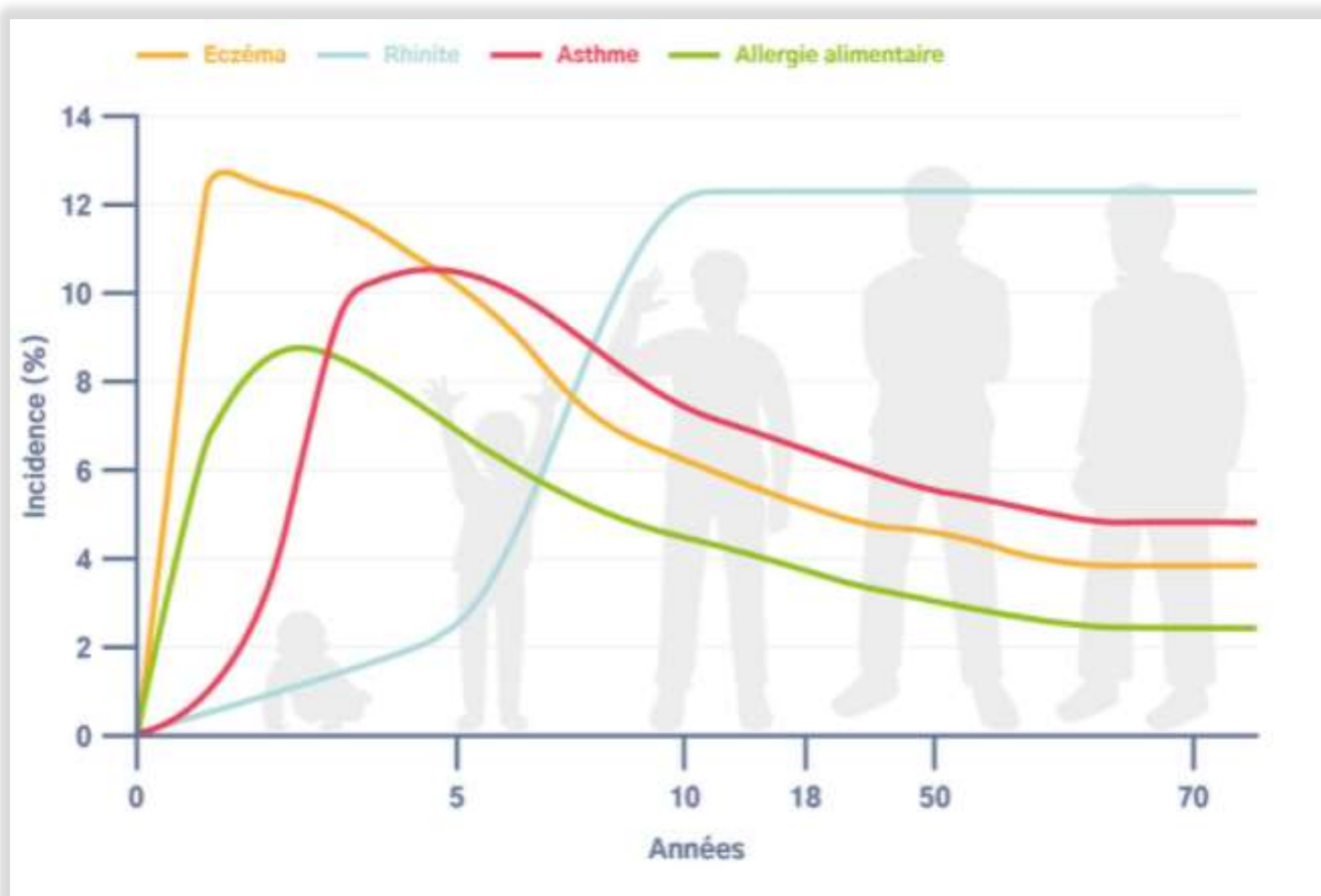


Figure 2 : Temporalité de la marche atopique

« Qu'est-ce que la dermatite atopique ? ». [Internet]. *FONDATION ECZEMA*.  
 Disponible sur <https://fondationeczema.org>

## **1.2 Les symptômes de la dermatite atopique**

### **1.2.1 Les symptômes physiques de la DA**

L'eczéma atopique est caractérisé par une peau à tendance sèche, de façon permanente. Les phases de crises, aussi appelées poussées sont caractérisées par une plaque rouge, une rugosité et/ou des démangeaisons. Puis, peuvent apparaître des suintements, une lichénification et des excoriations.

Deux patients sur trois rapportent que l'eczéma a un impact négatif sur leur bien-être physique. Et ceci est corrélé à la fréquence des grattages<sup>17</sup>.

La localisation des symptômes diffère en fonction de l'âge.

#### Localisation de l'eczéma varie avec l'âge

**Bébé** : joues & abdomen

**Enfant** : plis

**Adulte** : visage & mains

Avant six mois, on voit apparaître principalement de la xérose. Lors des crises, les lésions ont tendance à être suintantes sur les convexités et les plis du cou alors qu'elles ont plutôt un aspect maculo-papuleux au niveau du tronc et des membres.

Avant deux ans, l'eczéma est plutôt présent au niveau du front, des joues et du menton. La plupart du temps, les lésions sont plutôt suintantes à ce niveau-là.



Figure 3 : Images d'enfant de moins de six mois atteint de DA  
Bourrel Bouttaz M. « Formation médecins généralistes ». [Internet]. MAG-DA.  
Disponible sur <https://mag-da.fr>

Après deux ans, les plaques de DA sont localisées au niveau des plis (poignets, coudes, mains, pieds, chevilles). Les crises sont très prurigineuses, cela intensifie le grattage et favorise l'épaississement et la lichénification de la peau.

Après six ans, les plaques lichénifiées peuvent être surinfectées à cause du grattage. Elles sont localisées au niveau des grands plis (creux du coude, arrière des genoux), des mains et des poignets mais aussi au niveau du visage (autour de la bouche, sur les paupières, derrière les oreilles).





Figure 4 : Images d'enfants de moins de six ans atteints de DA  
Bourrel Bouttaz M. « Formation médecins généralistes ». [Internet]. *MAG-DA*.  
Disponible sur <https://mag-da.fr>

Chez les adolescents, après quinze ans, les lésions sont en général situées sur les plis de flexion mais aussi au niveau des paupières et autour de la bouche.



Figure 5 : Images d'adolescents atteints de DA

Bourrel Bouttaz M.

Chez l'adulte, l'eczéma atopique se chronicise. Les crises sont plus ou moins rapprochées en fonction de différents facteurs. La localisation peut atteindre le visage, le cou, les mains, les plis des bras mais aussi le corps entier.



Figure 6 : Images d'adultes atteints de DA  
« L'eczéma du visage et du cou ». [Internet]. *FONDATION ECZEMA*.  
Disponible sur <https://fondationeczema.org>

L'eczéma atopique atteint les patients au-delà des symptômes physiques. Il peut affecter considérablement la qualité de vie des patients adultes ou même des familles des enfants touchés (sommeil, relations sociales, aspect financier...).

## 1.2.2 Les symptômes psychiques de la DA

- Le fardeau de la maladie chez le patient<sup>18</sup>

- **Les études internationales**

Les études internationales prouvent que la qualité de vie est très altérée à travers les troubles du sommeil, une difficulté à se concentrer à l'école, une hyperactivité, des troubles anxiodépressifs et malheureusement des taux de suicides plus élevés chez les adolescents mais chez les enfants aussi<sup>19</sup>.

- **Focus enfant**

Abordons le cas particulier de l'enfant pour qui le parent est l'aidant principal. L'enfant qui souffre au quotidien de ses plaques d'eczéma, est souvent plus nerveux et dort moins bien. Ces troubles du sommeil expliquent les difficultés de concentration, souvent remarquées à l'école. Il peut subir beaucoup de méchancetés de la part de ses camarades, ce qui dégrade l'estime de soi, alors même que l'enfant est en pleine construction identitaire. Le regard des autres, comme nous l'avons évoqué précédemment, est responsable du rejet de l'enfant et de son isolement.

De plus, les enfants atteints de dermatite atopique peuvent rencontrer des difficultés dans la pratique d'activités sportives. En France, ce sont 18% d'enfants atopiques qui ne pratiquent pas d'activité sportive, contre 4% chez l'ensemble des enfants Français.

- **Focus adolescent**

La honte de montrer ses plaques d'eczéma à travers l'habillement est aussi un fardeau pour ces adolescents dont les codes vestimentaires sont pour eux une façon de s'exprimer.

### o **Focus famille**

L'impact de l'eczéma atopique est considérable sur la qualité de vie des enfants touchés ainsi que leur famille<sup>20,21</sup>. La peau marque la limite du sujet, c'est une barrière entre son intérieur et son extérieur : les autres. C'est finalement le lieu de la séparation. Mais cette maladie de peau, entraînant une porosité, marque le dysfonctionnement des frontières. Le patient ne sait pas où sont ses limites de l'acceptable dans la relation avec l'autre.

Une relation fusionnelle entre la maman et l'enfant peut créer des discordes au sein de la fratrie. La jalousie dans la fratrie surgit à cause du temps passé pour faire les soins. Toute la vie de la famille peut tourner autour de l'eczéma.

En effet, s'occuper d'enfants atteints d'eczéma atopique peut être une tâche très chronophage. Il faut ramener les choses à une juste mesure : du temps pour les soins, oui, mais pas plus d'un quart d'heure par jour, et la vie de la famille continue.

Aussi, la maman culpabilise d'avoir mis au monde son enfant qui souffre.

Elle se sent coupable, car elle n'arrive pas à le soulager. Ce sentiment de culpabilité peut être renforcé par l'entourage et le corps médical. Ce sentiment de culpabilité renforce son acharnement aux soins, déclenchant souvent un conflit avec son enfant qui ne la supporte plus. De plus, la contrainte du traitement peut entraîner un épuisement du patient et de sa maman dans la poursuite des soins.

- **Impact sur l'estime de soi, la culpabilité, la honte**

- **L'estime de soi**

Les raisons de l'effondrement de l'estime de soi dans l'eczéma sont multiples<sup>22</sup>.

« Aimez-vous être pris(e) en photo ? ». Une question somme toute ordinaire, posée par le docteur Magali Bourrel-Bouttaz à des patients atteints de dermatite atopique, dans le but de tester l'atteinte de l'estime de soi par cette maladie<sup>22</sup>.

L'estime de soi représente le concept psychologique qui reflète l'identité du sujet et son insertion dans le monde.

Il est très difficile pour le patient de construire une estime de soi lorsqu'il a entendu des réflexions désagréables et discriminantes tout au long de sa vie, entraînant chez lui un réel sentiment d'incompréhension et d'isolement.

Elle peut venir de l'incompréhension de l'origine de l'eczéma ou encore du sentiment d'impuissance généré par l'absence de contrôle sur son propre corps.

Aussi, le fait de ne pas pouvoir s'affranchir du regard de l'autre et encaisser du dégoût ou même du rejet, correspond à des situations d'une extrême violence. C'est l'intrusion du regard de l'autre dans son intimité, qui peut s'apparenter à un " viol" symbolique. Cette absence de contrôle culpabilise le patient jusqu'à l'enfermer dans la honte la plus destructrice.

Mais la plus regrettable des causes, serait sans doute de ne provoquer aucune empathie autour de soi.

## o **La honte**

*« La honte n'a pas pour fondement une faute que nous aurions commise, mais l'humiliation que nous éprouvons à être ce que nous sommes sans l'avoir choisi, et la sensation insupportable que cette humiliation est visible de partout »*

*Kundera*

Cette notion reste sous-estimée auprès des professionnels de santé, alors que c'est un obstacle majeur.

Le professionnel de santé se doit de prendre conscience, qu'au-delà de la peau, l'être humain continue de souffrir. Son rôle est d'aller à la rencontre de la globalité du patient. C'est la place de l'éducation thérapeutique : comprendre que le patient a un savoir, certes différent de celui des professionnels de santé, mais tout aussi important pour son accompagnement.

### • **Eclairage par le travail du Dr. Bourrel-Bouttaz**<sup>23</sup>

Le docteur Bourrel-Bouttaz a réalisé l'étude de soixante-quatre dessins réalisés par des enfants. La consigne était « Dessine toi avec l'eczéma et sans l'eczéma ». Ce qui en ressort est finalement assez représentatif.

Pour les enfants de moins de six ans, leurs personnages dessinés ont été catégorisé comme « amputés », montrant ainsi une infirmité corporelle. Le corps mutilé est le reflet d'une fracture identitaire révélant bien le lien entre construction identitaire et aspect corporel.

Pour les enfants de six et sept ans, leurs dessins ressemblaient nettement à autre chose que ce qui était demandé. On lit ainsi l'insécurité intérieure à travers la mise en scène du dessin, où l'enfant laisse apercevoir sa relation avec son entourage et son environnement relationnel : peur, enfermement social etc.

En ce qui concerne les enfants de 8 ans, il n'y avait pas de différence entre les

dessins du corps avec ou sans eczéma. Les enfants de ce groupe ont en effet accès à des ressources leur permettant d'opter pour la résilience.

A propos des enfants de 9 ans, le dessin avec eczéma était caractérisé par des larmes, des moues, une tristesse. Ce sont des pré-adolescents pour qui l'univers relationnel devient de plus en plus compliqué du fait des remarques désagréables qu'ils peuvent recevoir.

Concernant les enfants de plus de 9 ans, tous les messages se mélangent, s'additionnent et étaient plus difficiles à interpréter.

Au final, les enfants souffrent de ce qu'ils sont et pas uniquement de ce qu'ils ont. La permanence de l'eczéma a un impact fort sur l'enfant : une fragilité dans sa construction identitaire.

On notera également que l'enfant dont l'eczéma devient chronique est le plus souvent un enfant en défaut de soins. En effet, en France ce sont près de 80% des enfants atteints d'eczéma atopique qui ne sont pas traités ou insuffisamment traités.

Cette discordance dans les soins peut avoir deux causes :

La première est la méconnaissance de la maladie chez les soignants : "*le bébé est trop petit pour être traité*", "*de toute façon ça va partir tout seul*", "*ce n'est qu'un problème esthétique*", "*la cortisone il faut en mettre le moins possible*", "*vous avez mal vécu votre grossesse*" etc.

La seconde est l'impossibilité pour les parents de s'y retrouver dans des discours qui peuvent être différents, en plus des rumeurs et de l'entourage : "*tu n'as qu'à faire ça*", "*pas étonnant que ça revienne, tu lui donnes de la cortisone !*", "*le lait*

*de vache c'est pour les veaux ", de toute façon, ça ne sert à rien de traiter, ça revient tout le temps " etc.*

Il est donc fondamental qu'au cours de la consultation le parent puisse aborder tous les obstacles qu'il a rencontré, les peurs, les croyances, sa culpabilité. Il convient aussi de renforcer la formation des soignants sur cet aspect de souffrance psychologique.

L'équipe soignante doit être attentive, à l'écoute des parents et de leur enfant. Les parents ainsi mis en confiance pourront se décharger de leur culpabilité et appliquer le traitement sans avoir de crainte face à la maladie ou au traitement. Le professionnel de santé doit être clair dans sa façon d'expliquer la maladie et la gestion des crises aux parents et à l'enfant. Le but étant d'expliquer et déléguer à l'enfant afin de le rendre autonome.



### **1.3 La prise en charge de la dermatite atopique**

Soigner un patient atteint de dermatite atopique, permet de lui rendre son droit à une vie normale : dormir sans démangeaisons, pouvoir faire du sport, pouvoir s'épanouir.

On distinguera deux types de patient en ce qui concerne la prise en charge.

Pour les patients ayant un eczéma atopique contrôlé, la délivrance de leur(s) ordonnance(s) ne pose pas de problème et le patient sait gérer sa maladie. Au comptoir, on peut vérifier que le patient a bien compris son traitement.

Chez les patients atteints de dermatite atopique non contrôlée, on devra évaluer la sévérité de la maladie. Pour cela nous pouvons utiliser au comptoir le PO-SCORAD<sup>70</sup>. Cet outil permet d'évaluer la sévérité de l'eczéma et d'aider les patients à s'autonomiser dans la mise en route de leurs traitements. Il prend en compte la surface de la peau atteinte, les symptômes observés et les symptômes ressentis.

Dans les formes mineures avec un PO-SCORAD<25, les recommandations nationales sont le traitement par dermocorticoïde lors des poussées.

Pour les formes modérées avec un PO-SCORAD entre 25 et 50, il peut être recommandé au patient de faire du pro actif. C'est-à-dire, appliquer un dermocorticoïde deux fois par semaine en prévention de l'apparition des poussées. Également, il est possible d'avoir recours à la technique de l'habillage sur les lésions très étendues des membres [Annexe 1]<sup>24</sup>.

Pour les formes sévères avec un PO-SCORAD>50, il est intéressant de discuter avec le patient de l'intérêt d'introduire un traitement immunosuppresseur par voie orale, utilisé à des doses immunomodulatrices ou encore d'une biothérapie.

<b>SEVERE:</b> <b>SCORAD &gt;50 / or</b> <b>persistent eczema</b>	Hospitalization; systemic immunosuppression: cyclosporine A <sup>2</sup> ; short course of oral glucocorticosteroids <sup>2</sup> ; dupilumab <sup>1,2</sup> ; methotrexate <sup>3</sup> ; azathioprin <sup>3</sup> ; mycophenolate mofetil <sup>3</sup> ; PUVA <sup>1</sup> ; alitretinoïn <sup>1,3</sup>
<b>MODERATE:</b> <b>SCORAD 25-50 / or</b> <b>recurrent eczema</b>	Proactive therapy with topical tacrolimus <sup>2</sup> or class II or class III topical glucocorticosteroids <sup>3</sup> ; wet wrap therapy, UV therapy (UVB 311 nm, medium dose UVA1), psychosomatic counseling, climate therapy
<b>MILD:</b> <b>SCORAD &lt;25 / or</b> <b>transient eczema</b>	Reactive therapy with topical glucocorticosteroids class II <sup>2</sup> or depending on local cofactors: topical calcineurin inhibitors <sup>2</sup> ; antiseptics incl. silver <sup>2</sup> ; silver coated textiles <sup>1</sup>
<b>BASELINE:</b> <b>Basic therapy</b>	Educational programmes, emollients, bath oils, avoidance of clinically relevant allergens (encasings, if diagnosed by allergy tests)

Wollenberg *et al.* JEADV 2016

Figure 7 : Recommandations ETFAD pour la prise en charge de la DA de l'adulte

Wollenberg A *et al.* « Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II ». *JEADV* 2018, 32, 850–878

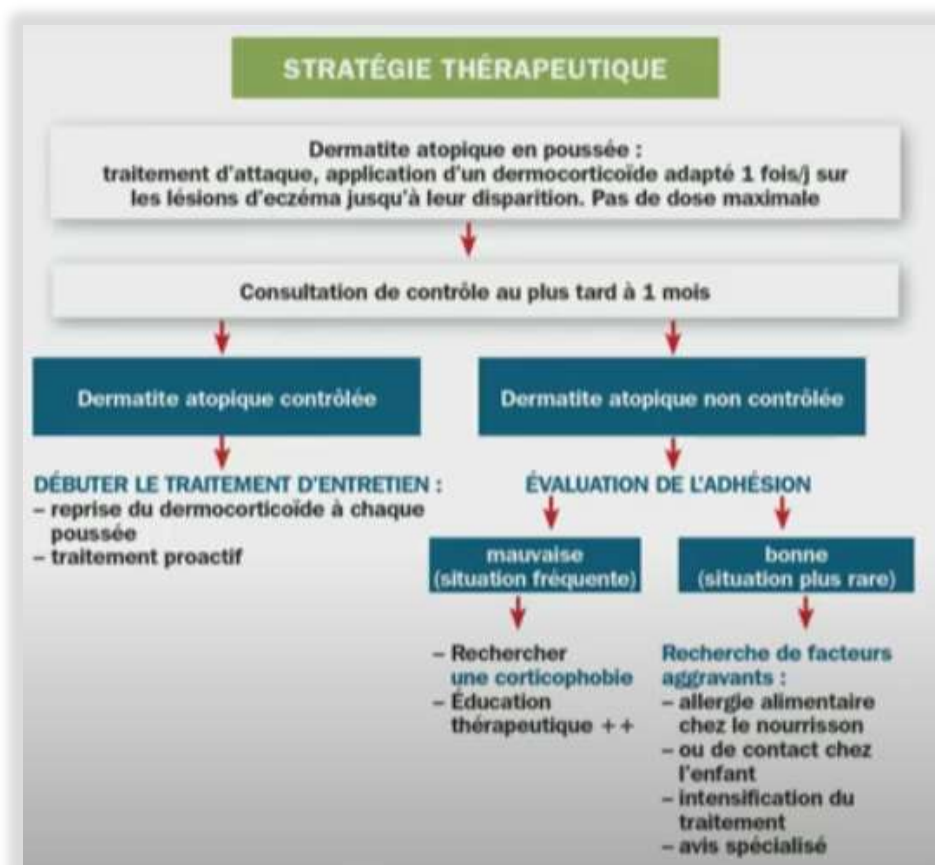


Figure 8 : Stratégie thérapeutique pour la prise en charge de la DA d'après la fondation eczema

« Les bases du traitement de l'eczéma atopique ». [Internet]. *FORMATION POP TRAINING*. Disponible sur <https://poptraining.fondationeczema.org>

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'eczéma atopique est un réel cercle vicieux. Peu importe la gravité de la maladie, l'éducation thérapeutique est fondamentale et a toujours sa place. En effet, quel que soit le traitement choisi, le patient aura toujours besoin de respecter les soins d'hygiène, et d'utiliser un dermocorticoïde. Il est nécessaire qu'il en comprenne les raisons, les tenants et les aboutissants.

**Le traitement de base de l'eczéma repose sur 3 piliers complémentaires :**

- **L'hygiène**
- **L'hydratation**
- **Le bon usage du dermocorticoïde**

L'hygiène ne doit pas aggraver le problème de base de la peau atopique, l'émollient doit restaurer la barrière cutanée et réimpermeabiliser la peau. Les dermocorticoïdes, anti-inflammatoires topiques permettent d'éteindre l'inflammation cutanée.

### 1.3.1 L'hygiène

L'hygiène est un préalable au soin souvent négligé par le prescripteur<sup>84</sup>. Il semble donc essentiel pour le pharmacien, toujours dans une attitude éducationnelle, de savoir comment et avec quoi le patient se lave.

Le fait que les soins d'hygiène puissent aggraver l'état de la peau n'est pas une notion assimilée pour tous. Effectivement si on prend l'exemple de la vaisselle : l'eau chaude dégraisse la vaisselle. Le patient devra comprendre que de la même façon, l'eau chaude va dégraisser sa peau<sup>7</sup>. La prise en charge nécessite l'absence d'utilisation d'eau chaude (trop chaude).

L'intention d'un soin lavant est de retirer les particules déposées sur la peau au cours de la journée, pour éviter qu'elles n'y pénètrent. Les produits lavants classiques émulsionnent les lipides (NaCl) et vont décaper la couche de gras sur la peau. Il est essentiel pour une personne atteinte d'eczéma atopique, de choisir un produit lavant sans savon, qui laissera intact le film cutané hydro lipidique. Dans l'idéal, on le choisira sans parfum. Les huiles lavantes sont à privilégier. Elles ont un pouvoir graissant allant jusqu'à 20%. Mais le patient pourra aussi utiliser un gel lavant sans savon ; une crème lavante sans savon ; un pain dermatologique ou un syndet.

Il est recommandé de prendre une douche plutôt qu'un bain, à une température ne dépassant pas 30°C (difficile dans certains climats). Une douche plutôt courte (entre cinq et dix minutes, shampoing compris), le patient peut mettre une alarme pour ne pas dépasser le temps ou mettre de la musique et ne pas dépasser deux chansons. Enfin, il est préférable de se sécher en tamponnant délicatement avant d'appliquer les soins.

La douche ne doit pas être effectuée plus d'une fois par jour. On peut adapter cela en fonction du climat de la saison. Par exemple l'hiver, il n'est pas nécessaire de se laver quotidiennement. En cas de transpiration le patient peut toutefois se rincer à l'eau claire. Le fait qu'il n'est ni obligatoire de se laver tous les jours, ni obligatoire d'utiliser un soin lavant à chaque douche, peut susciter de l'étonnement et de l'incompréhension chez les patients. Les patients ont généralement la conviction de bien faire et d'obéir aux règles d'hygiène moderne en se lavant quotidiennement<sup>7</sup>.

Ne pas respecter ces critères peut suffire à déclencher des crises. En effet, une douche trop chaude, ou trop longue, ou avec un gel douche décapant ou l'emploi d'un savon pourra déclencher une crise.

Attention à ne pas multiplier les produits d'hygiène. L'utilisation d'autres produits d'hygiène tels qu'un démaquillant, un sérum, un tonique, un gommage, un déodorant ou de l'anticernes peuvent être responsable de plaques d'eczéma.

### 1.3.2 Les traitements<sup>28-30</sup>

- **Emollients**<sup>31</sup>

L'objectif de l'émollient est de reconstruire la barrière cutanée et de la réimperméabiliser pour empêcher la pénétration d'éléments chimiques ou microbiens.

Un émollient est à appliquer quotidiennement, c'est le traitement de fond de l'eczéma atopique. On l'utilisera après la douche (les jours de douche) ou non (les jours sans douche), avant ou après application du dermocorticoïde selon l'envie du patient.

Il est fondamental de montrer au patient comment appliquer l'émollient, par la technique du « tas » par exemple. Cela consiste à déposer des quantités d'émollient sur la peau, après l'avoir chauffée entre ses mains, et l'étaler en faisant de grands cercles pendant cinq minutes maximum. On évitera de trop frictionner la peau pour faire pénétrer l'émollient. Chez les enfants, on expliquera les techniques du zèbre ou de la coccinelle pour rendre l'application ludique. Il est nécessaire d'appliquer trente grammes d'émollient par jour ce qui représente environ deux flacons de 400 ml par mois pour traiter l'ensemble du corps d'un adulte.

L'oubli du produit hydratant après la douche ou le fait de limiter l'application de l'hydratant au seul jour de la douche peut favoriser une poussée. Effectivement, un certain nombre de patients pensent que si la peau n'est pas propre alors rien ne sert d'appliquer l'émollient, réduisant considérablement le résultat de ce traitement.

D'après l'European Dermatology Forum, un émollient est une substance neutre qui associe un humectant et un occlusif afin de combler les interstices intercornéocytaires.

Les substances dotées de propriétés filmogènes dont l'action a lieu en surface (vaseline, paraffine...) permettent de renforcer les couches les plus extérieures du stratum corneum, en ayant une action quasiment occlusive, diminuant ainsi l'évaporation de l'eau à travers l'épiderme. Ceci est possible grâce aux longues chaînes qui viennent se placer en inter digitalisation dans les bicouches céramidiques du stratum corneum.

On retrouvera ces molécules combinées dans des émulsions avec des humectants de nature hygroscopique, permettant de retenir l'eau tels que le glycérol, l'urée ou le sorbitol.

Enfin, les correcteurs du ciment lipidique assurent la cohésion des cellules de la couche cornée, pour leur bonne intégrité. Cela préserve la fonction barrière de la peau et également la régulation de l'hydratation cutanée. On peut ici citer les céramides (par exemple les sphingolipides) mais aussi les triglycérides (huiles, beurres).

### Qu'en est-il du choix de l'émollient ?

Il est important de choisir un émollient sans parfum afin de limiter les sensibilisations de contact. De même, l'absence d'allergènes et de conservateurs est préférable.

Cependant, le plus important reste de laisser le choix au patient à propos de son émollient. Il devra l'appliquer quotidiennement avec plaisir et sa peau devra le tolérer au mieux. Il ne doit pas engendrer de sensations désagréables telles que des picotements ou des démangeaisons. L'émollient idéal est celui que le patient

va aimer utiliser quotidiennement.

On peut classer les émollients par leur pouvoir hydratant : vient en premier le cérat, puis les baumes, puis les crèmes et enfin les laits (pouvoir hydratant faible peu intéressant chez le patient atteint de DA). Les huiles végétales quant à elles ne sont pas efficaces.



Figure 9 : Pouvoir nutritif des émollients, du moins fort au plus fort

« Hydrater sa peau pour espacer les crises d'eczéma ». [Internet]. *FONDATION ECZEMA*.  
Disponible sur <https://fondationeczema.org>



- **Dermocorticoïdes**<sup>32,80</sup>

PO-SCORAD < 25 ~ Formes mineures  
 PO-SCORAD 25-50 ~ Formes modérées

L'objectif d'un dermocorticoïde, traitement local sous forme de crème, pommade ou lotion contenant un corticoïde, est de maîtriser l'inflammation grâce à la vasoconstriction, c'est un anti-inflammatoire local.

Les dermocorticoïdes sont ordonnés en quatre classes différentes en fonction de leur activité que l'on définit par un test de vasoconstriction.

Classe 4 <b>Très forte</b>	Clobétasol propionate  Bétaméthasone dipropionate	Clarelux® Dermoval®  Diprolène®
Classe 3 <b>Forte</b>	Bétaméthasone valérate Bétaméthasone dipropionate Hydrocortisone acéponate Fluticasone propionate Diflucortolone valérate	Bethneval® Diprosone® Efficort® Flixovate® Nérisonne®
Classe 2 <b>Modérée</b>	Désonide  Hydrocortisone butyrate	Locapred® Tridénosit® Locatop® Locoïd®
Classe 1 <b>Faible</b>	Hydrocortisone	Hydrocortisone®

Tableau 1 : Classification des DC française en fonction de leur niveau d'activité

« Les médicaments contre la dermatite atopique ». [Internet] VIDAL. Déc-2021. Disponible sur <https:// Vidal.fr>

Le choix de classe du dermocorticoïde se fait en fonction du type de patient (enfant ou adulte), de la localisation des plaques d'eczéma où la peau aura une épaisseur différente ainsi que de l'intensité de l'inflammation.

Chez le bébé, on privilégie la classe 2, dermocorticoïde à action modérée.

Chez l'enfant, on privilégie la classe 2 pour le visage ; et la classe 3, dermocorticoïde à action forte, pour le corps.

Chez l'adulte, idem pour l'intérêt des classes 2 et 3. La classe 4, dermocorticoïde à action très forte, s'adresse aux zones épaisses : le cuir chevelu, les mains, les pieds et les zones lichénifiées.

Il existe pour les dermocorticoïdes différentes formes galéniques. Le choix de cette dernière se fait selon différents critères tels que l'intensité d'eczéma, l'âge du patient, la localisation et aussi, ce qui est très important, le choix du patient. En effet, il est difficile d'obtenir une bonne adhésion du traitement par le patient s'il n'apprécie pas la texture du produit délivré.

Il existe en effet trois formes galéniques différentes : la crème adaptée à un eczéma suintant ; la lotion pour traiter les zones pileuses et enfin la pommade pour les eczémas secs et desquamant.

Le patient doit commencer à appliquer son dermocorticoïde dès les premiers signes de rougeur (érythème), de démangeaison (prurit) ou de rugosité. Ces trois notions sont fondamentales à expliquer au comptoir lorsque le professionnel de santé délivre un dermocorticoïde. Les recommandations sont de traiter la crise dès les premiers signes d'apparition afin de la contrôler au maximum. Pour autant, le patient continuera en parallèle de s'hydrater avec l'émollient, hors des plaques.

Deux règles fondamentales sont à respecter dans l'application du dermocorticoïde<sup>25,80</sup>.

D'une part, il est essentiel de traiter également le **pourtour de la plaque** d'eczéma. En effet, la plaque est la partie émergée de l'iceberg. Une peau qui semble être normale chez un patient atteint de dermatite atopique, ne l'est pas, elle contient des cellules inflammatoires. Il y a de l'inflammation qui nous est invisible mais qui est bel et bien présente dans la peau, autour de cette plaque, prête à surgir. Il ne faut pas hésiter à traiter l'ensemble d'une zone atteinte c'est-à-dire la plaque mais aussi les abords de celle-ci.

D'autre part, le patient doit respecter la règle de l'**unité phalangette** (UP) [Annexe 2]<sup>26</sup>.

Cette notion désigne la posologie du dermocorticoïde pour traiter un eczéma ; c'est la dose nécessaire pour traiter une zone donnée. Une unité phalangette correspond à une quantité permettant de traiter une surface de peau correspondant à la surface de deux paumes de mains d'adulte. Par exemple, traiter un bras entier nécessitera quatre UP alors qu'une jambe entière nécessitera huit UP [Annexe 2].

L'UP permet d'utiliser la bonne quantité sans être ni en sous-dosage ni en surdosage. Ainsi, elle rassure le patient quant à l'absence d'effets secondaires.

Il est possible au comptoir d'utiliser un tube factice et de montrer au patient l'unité phalangette en réel. Une UP correspond à 0,5 grammes de dermocorticoïde.

Autrement dit, un tube de 30g de dermocorticoïdes permet l'application de soixante UP ou encore l'application pour un jour sur le corps entier d'un adulte atteint d'eczéma de la tête au pied. **Il est nécessaire de faire la démonstration des soins au comptoir.**

Donc l'application du dermocorticoïde se fait une fois par jour en utilisant le principe d'UP et en débordant des plaques afin de masser la zone entière atteinte et traiter l'ensemble de l'inflammation<sup>80</sup>. Cela sera nécessaire jusqu'à ce que la peau redevienne normale, c'est-à-dire lorsque la peau n'est plus rouge, qu'elle ne gratte plus et qu'elle redevient douce au toucher.

Les nouvelles recommandations sont de ne pas effectuer de décroissance progressive lors de l'arrêt du dermocorticoïde de par l'absence d'utilité prouvée<sup>85</sup>. Il n'y a pas d'effet rebond avec l'utilisation de dermocorticoïde.

En revanche, si ce cas de figure se présente sur une ordonnance et pour ne pas être en contradiction avec le prescripteur, il est possible d'expliquer au patient la nécessité d'appliquer le dermocorticoïde jusqu'à la guérison et qu'il peut ensuite l'appliquer un jour sur deux mais ce n'est pas utile. Le plus important est d'effectuer le traitement jusqu'à la guérison complète de la plaque.

Dans certaines situations pour certains patients, il est possible d'appliquer le dermocorticoïde deux fois par semaine en prévention de crises d'eczéma sur des zones où les plaques ont tendance à revenir. On appelle cela l'attitude pro-active applicable en phase d'entretien. Cela permet de prolonger la durée des rémissions.

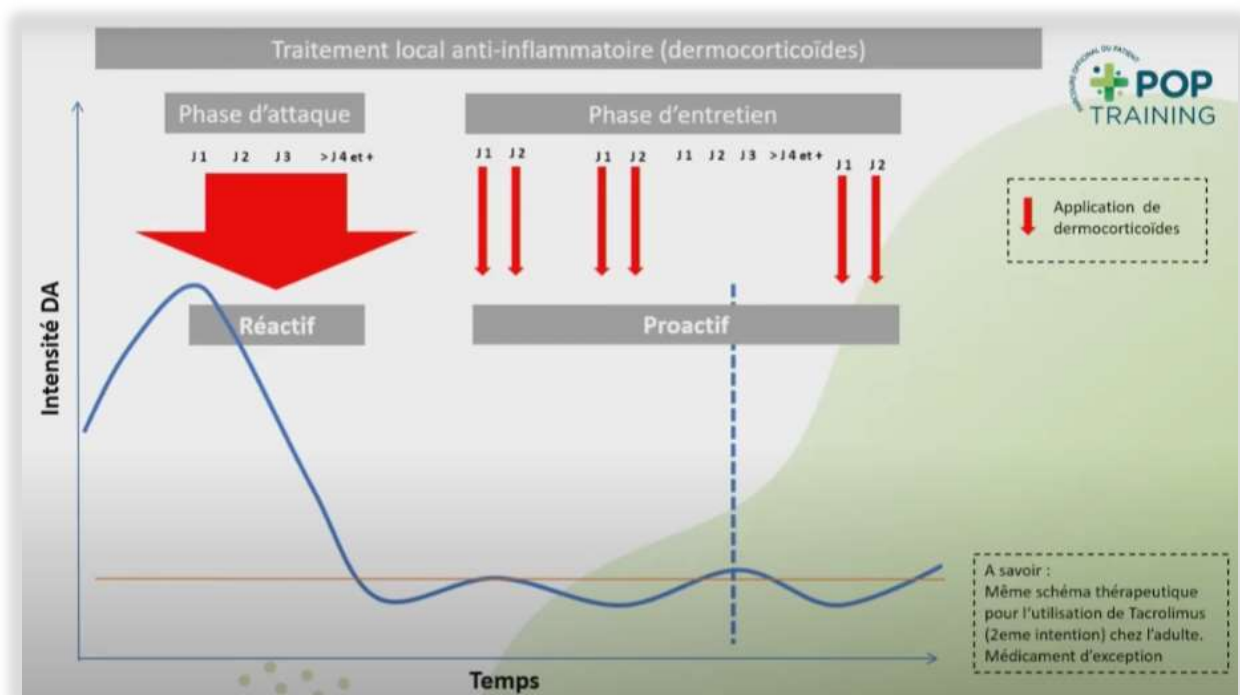


Figure 10 : Schéma thérapeutique de l'utilisation des DC

« Les bases du traitement de l'eczéma atopique ». [Internet]. *FORMATION POP TRAINING*. Disponible sur <https://poptraining.fondationeczema.org>

Pour finir, les dermocorticoïdes peuvent être appliqués sur le visage, les paupières et les organes génitaux (la classe d'activité sera adaptée en fonction de la localisation). De même, les dermocorticoïdes n'étant pas photosensibilisants, il est possible de les appliquer avant de se rendre au soleil<sup>68</sup>. Il n'y a pas de passage systémique donc aucun problème pour un sportif. Enfin, les dermocorticoïdes ne sont pas contre-indiqués chez la femme enceinte<sup>27</sup>.

- **Préparations magistrales**

Une préparation magistrale est un médicament contenant un ou plusieurs principes actifs, préparé pour un patient déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible.

D'après la circulaire CIR 58-2008 éditée en 2008<sup>33</sup>, la CNAM autorise à nouveau le remboursement de préparations magistrales sous certaines conditions.

En effet, une préparation magistrale est remboursable si c'est « une prescription

pour des patients atteints de maladies rares, maladies orphelines, maladies génétiques à expression cutanée ou d'une maladie chronique d'une particulière gravité ».

Dans ce cadre, une prise en charge des principes actifs suivants utilisés pour la dermatite atopique, est possible : urée, chlorure de sodium, acide lactique, acide salicylique, acide benzoïque, cold cream, glycérolé d'amidon, glycérine, vaseline, cérat.

On retrouve souvent au comptoir la prescription de préparations magistrales contenant des agents émoullients tel que le cérat de Gallien par exemple, à raison de deux tubes remboursés par mois à l'année et par patient. Notons que nombre de patients se plaignent du budget excessif mensuel consacré à l'émoullient.

La préparation magistrale à rôle émoullient, de par son remboursement, facilite ainsi l'accès aux soins de certains patients.

En revanche, les dilutions de dermocorticoïdes utilisées dans le cadre d'une prise en charge pro-active ou dans les phases d'attaques, ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale. Il est donc fréquent de voir prescrire une préparation magistrale d'émoullient ainsi qu'un dermocorticoïde sous la forme de spécialité pharmaceutique, de manière séparée l'un de l'autre. Le patient mélange ensuite lui-même les deux actifs en gardant la règle d'une UP pour une plaque d'eczéma grande comme deux paumes de mains. Ou alors, il applique l'émoullient puis le dermocorticoïde par-dessus.

- **Inhibiteur de calcineurine topique**<sup>34</sup>

PO-SCORAD 25-50 ~ Formes modérées

Le tacrolimus topique (Protopic® ; Takrozem®) est un inhibiteur de la calcineurine, bloquant ainsi l'activation d'un facteur de transcription de plusieurs gènes de cytokines pro inflammatoires tels que les interleukines IL2, IL4.

La stimulation des lymphocytes T est également bloquée, ce qui limite la réponse immunitaire. De même, le tacrolimus inhibe la libération d'IgE.

En cas de poussée, la posologie est de deux applications par jour jusqu'à disparition des lésions. Cependant, si l'on ne remarque aucune amélioration après deux semaines de traitement, un autre traitement sera envisagé.

Ce médicament est parfois mal toléré sur la peau inflammatoire d'un patient en poussée. Mais il faut le rassurer et persévérer : au bout de trois à cinq jours, les symptômes d'intolérance (brûlures, picotements, démangeaisons) tendent à disparaître et l'efficacité à se faire ressentir.

Sa prescription reste restreinte aux dermatologues, en deuxième intention dans les poussées sévères et peu étendues de DA (surtout au niveau du visage et du cou), en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance aux dermocorticoïdes.

- **Immunosuppresseur**<sup>35,36</sup>

PO-SCORAD > 50 ~ Formes sévères

La ciclosporine (Neoral®) est un immunosuppresseur qui bloque la stimulation des lymphocytes T entre autres. Cette molécule possède une AMM dans les formes sévères de la dermatite atopique de l'adulte nécessitant un traitement systémique. La HAS considère en revanche que ce traitement est le dernier recours en cas d'inefficacité, d'intolérance ou de contre-indication des traitements classiques. Sa prescription initiale est réservée au milieu hospitalier. Elle est limitée à six mois.

- **Biothérapie ciblée**<sup>37,38</sup>

PO-SCORAD > 50 ~ Formes sévères

Le dupilumab (Dupixent ®) est un anticorps monoclonal recombinant humain, inhibant la signalisation de cytokines pro-inflammatoires telles que l'IL4 et IL13. Cette molécule possède une AMM chez les enfants âgés de plus de six ans, dans le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère qui nécessite un traitement systémique. Pour ce qui est de l'adulte, ce traitement est indiqué en deuxième intention en cas d'échec, intolérance ou contre-indication à la ciclosporine.

Ce médicament s'administre par voie sous cutanée toutes les deux semaines.

Sa prescription initiale se fera en milieu hospitalier par un spécialiste : de médecine interne, dermatologue, allergologue, oto-rhino-laryngologue, pédiatre ou pneumologue. Le renouvellement est réservé à ces mêmes spécialistes.

- **La photothérapie**<sup>39,40</sup>

PO-SCORAD >50 ~ Formes sévères

La photothérapie consiste à soigner l'eczéma par les UV grâce à sa fonction immunomodulatrice et anti-inflammatoire. Elle est réalisée dans des cabines spéciales, par des dermatologues. Elle peut être indiquée lorsque les traitements habituels ne suffisent pas à traiter l'eczéma atopique. En revanche, elle est contre-indiquée chez les enfants de moins de douze ans.

Un programme sur douze semaines de cure avec trois séances par semaine est préconisé. Les patients doivent avoir en leur possession un carnet remis par le médecin, indiquant la quantité d'UV délivrée sur la peau, afin de ne pas dépasser un seuil maximal.

Malheureusement, le nombre de cabines disponibles tend à disparaître en France. La photothérapie est un acte thérapeutique pris en charge par la sécurité sociale sous condition d'une demande d'entente préalable.



### 1.3.3 La micronutrition<sup>42</sup>

Les compléments alimentaires peuvent s'avérer utiles en accompagnement des traitements de base que sont l'hygiène et les dermocorticoïdes, en parallèle d'un équilibre alimentaire préalable.

- Les probiotiques permettent d'améliorer l'univers microbien intestinal du patient souffrant de dermatite atopique<sup>41</sup>. En effet, l'équilibre du microbiome intestinal est majeur pour l'équilibre du système immunitaire de la peau. On peut citer la souche *Lactobacillus rhamnosus GG*.

Complément alimentaire	Composition	Posologie
Ergyphilus® enfants sachets	<i>Lactobacillus rhamnosus GG</i> +++, <i>L. fermentum</i> , <i>Bifidobacterium infantis</i> , fructo-oligosaccharides	1 sachet/jour
Ergyphilus® plus gélules	<i>L. rhamnosus GG</i> +++, <i>L. paracasei</i> , <i>L. acidophilus</i> , <i>B. bifidum</i> , fructo-oligosaccharides	2 à 4 gélules/jour
Florinov® immuno gélules	<i>L. rhamnosus</i> , <i>L. acidophilus</i> , <i>B. lactis</i> , <i>B. bifidum</i> , vitamine D, vitamine C	1 à 4 gélules/jour

Liste non exhaustive.

Figure 11 : Compléments alimentaires disponibles à la vente, contenant la souche *Lactobacillus rhamnosus GG*<sup>42</sup>

Derbé S, Launay F. « Place des thérapeutiques complémentaires et alternatives dans les dermatites atopiques ». *Actualités Pharmaceutiques* 53, n° 534 (mars.2014): 12-14.

- Les prébiotiques associés vont aider les probiotiques à s'implanter dans l'intestin. De plus, ils contiennent souvent de la glutamine permettant de réparer la paroi de l'intestin grêle.
- Les compléments alimentaires spécifiques pris durant la saison hivernale permettent de limiter la prise d'antibiotiques (qui entraînent un déséquilibre du microbiote intestinal). On conseillera la prise de fer, manganèse, cuivre, zinc et vitamines en petite quantité durant toute la saison hivernale.

- Pour lutter contre le staphylocoque il peut être utile de relancer l'activité des peptides anti-microbiens<sup>43</sup>. Le zinc est un cofacteur de la dermcidine qui est un peptide antimicrobien de la peau sécrété par la glande sudorale. La vitamine D est nécessaire à la sécrétion de la cathélicidine, un autre peptide antimicrobien cutané<sup>43,44</sup>. Toujours dans la lutte contre le staphylocoque on peut recommander une alimentation limitée en sel.

On peut aussi vérifier l'absence d'une anémie par carence en fer, fréquente chez les enfants porteurs d'une infection au staphylocoque doré.

- Pour ce qui est du traitement complémentaire de la peau sèche, nous pouvons citer la prise de soufre (Cystine B6®), de zinc (Effizinc®), d'acides gras essentiels (Elteans®) ainsi que de la vitamine B5 (Bépanthène cp®). En complément, l'alimentation pourra être enrichie en lipides de type oméga 3 contenus dans des aliments tels que l'avocat et surtout l'huile de colza de première pression à froid. Il est conseillé de cuisiner à l'huile d'olive et d'éviter de cuisiner au beurre.

En pratique, on peut retrouver cette forme de prescription :

Pour le nourrisson, seuls les probiotiques ont été testés et sont autorisés. Il est conseillé la prise de *Lactobacillus rhamnosus GG* dès la naissance pendant quinze jours à deux mois, en prévention si les parents sont tous les deux atteints de dermatite atopique<sup>45</sup>.

Pour l'enfant, il est intéressant de faire une fois par an une cure de deux mois de prébiotiques et probiotiques afin de limiter la prise d'antibiotiques. Un complexe de zinc, fer, manganèse, cuivre, sélénium au moment de la période hivernale

permettra de limiter la prise d'antibiotique. De même, il est intéressant de vérifier le bon apport de la vitamine D avec le médecin traitant.

Pour l'adulte, nous nous baserons sur les mêmes pratiques que celles de l'enfant, en adaptant à une posologie d'adulte.

En ce qui concerne le sportif pour qui l'effort physique acidifie les muscles et donc la peau, on pourrait conseiller des compléments anti acides de récupération post-effort physique, qui contiennent notamment des citrates et des carbonates.

Au final, le traitement d'un patient atopique concerne le traitement de la peau mais aussi le traitement du microbiote intestinal associé à une alimentation rééquilibrée mais pas sacrifiée.

## **PARTIE 2- LES OBSTACLES POUR L'ADHÉSION AU TRAITEMENT**

---

Les acteurs de l'adhésion au traitement sont : le patient, sa maladie, sa famille et le soignant. Les difficultés entrent dans trois dimensions différentes. Tout d'abord, le pouvoir qui correspond à la faisabilité du traitement. Puis, le vouloir qui correspond à des notions plus inconscientes. Enfin, le savoir qui correspond à ce que le patient sait de sa maladie.

Nous allons désormais identifier les points d'obstacles au traitement.

### **2.1 Obstacles inhérents au patient**

#### **2.1.1 Compréhension de sa maladie**

La compréhension de la maladie, le savoir, est une des clefs de l'adhésion au traitement. Et avant même d'aborder ce sujet, il est nécessaire que le patient prenne conscience de son problème de santé. Beaucoup de patients dans notre société nient le terme de maladie en ce qui concerne la dermatite atopique. Le patient peut être face à un déni, ne trouvant alors pas de sens à appliquer le traitement<sup>46</sup>. Cela est le reflet du manque de considération de leurs souffrances, alors que la dégradation de leur qualité de vie est prouvée par beaucoup d'études<sup>18</sup>.

Et pour cause, le patient confond très souvent l'origine et le facteur déclenchant de sa maladie.

On constate en effet un manque d'information orale. Le patient n'ose pas demander des renseignements ou informations complémentaires au prescripteur.

De même, il peut pour cette raison ou une autre, se lancer à la recherche d'informations sur internet ce qui crée une réelle source de confusion et de fausses informations.

Les préjugés, auxquels les patients atteints de dermatite atopique sont souvent confrontés, entravent aussi l'implication du patient dans sa routine de soin.

On entend souvent ces phrases de la part des patients ou même de l'entourage : *“ça ne sert à rien de traiter”, “ça revient tout le temps”, “il y a forcément une cause”, “c'est dans la tête”*. Ces préjugés, souvent diffusés par les réseaux sociaux, entravent à la bonne compréhension de la maladie, de son mécanisme, et du traitement qui en découle.

### **2.1.2 État émotionnel**

Lorsque le patient est atteint de poussées d'eczéma, il peut avoir une mauvaise image de lui-même et cherche à se cacher. Il peut aussi y avoir des ruptures dans les liens sociaux ou dans les investissements professionnels. Cela peut conduire entre autres à une dépression. A cela s'ajoute la solitude, l'isolement social mais aussi la précarité.

De même, le sommeil est une composante qui peut être plus ou moins atteinte au cours de la maladie, entraînant alors une fatigue et une irritabilité.

Cela peut engendrer un sentiment d'impuissance face à la maladie, à l'origine d'une lassitude inexorable.

En effet, on peut se référer aux patients ayant recours à la cortisone par voie orale. Ce sont des patients pour qui les traitements cutanés sont devenus source de lassitude et cherchent donc à les dévier.

Tout cela peut amener le patient à ne plus avoir confiance aux systèmes de soins, aux traitements, et en lui-même.

Il se peut aussi que les soins soient négligés par manque de temps. Le patient peut avoir du mal à les intégrer dans une routine quotidienne.

### **2.1.3 Fausses croyances**

- **Corticophobie**

Les DC sont sous-employés, notamment chez les enfants pour qui les parents présentent fréquemment une corticophobie.

En 2000 une étude menée en Angleterre, utilise pour la première fois le terme de « topical corticosteroid phobia » pour phobie des dermocorticoïdes<sup>47</sup>. Elle a démontré que 73,2% des parents d'enfants atopique et 70% des adultes atteints de DA avaient des craintes au sujet des DC et que 24 % reconnaissent ne pas avoir suivi la prescription. L'appréhension la plus fréquente (34,5 %) est le « risque » d'amincissement des tissus cutanés. 9,5 % redoutent un passage systémique des corticoïdes qui « pourrait » avoir une répercussion sur la croissance. Cette étude démontre aussi que les patients ne connaissent pas la différence entre les différentes voies d'administration des corticoïdes (voie orale ou topique), ainsi que les différentes classes de dermocorticoïdes (presque 30 % des patients ayant utilisé conjointement de l'hydrocortisone (classe 1, activité faible) et du propionate de clobétasol (classe 4, activité très forte) ne font aucune différence entre les deux.

- **Syndrome de la peau rouge, « Red Skin Syndrome »**<sup>48</sup>

Il est très fréquent sur les blogs de patients atteints de dermatites atopique, de voir cette notion du syndrome de la peau rouge resurgir. Sur ces sites, on

retrouve les termes « d'addiction » faisant allusion au fait que les dermocorticoïdes entraînent une dépendance. Ainsi que le terme de « sevrage » qui en découle. Un bon nombre de fausses informations sont véhiculées par ces sites, accessibles à tous les patients. Cela peut être un réel frein dans la prise en charge de la dermatite atopique par les dermocorticoïdes.

#### **2.1.4 Culture, famille, codes sociétaux**

- **Impact de l'entourage**

L'entourage, qu'il soit familial ou professionnel, peut être un obstacle dans la bonne adhésion du patient à son traitement. La peau n'est pas un organe comme les autres, elle est soumise au regard et à l'interprétation de la société.

Une grande méconnaissance de cette maladie dans la population générale peut entraîner une représentation fautive de la maladie. 52% de la population française estime savoir ce qu'est l'eczéma atopique et 15% de cette population « sait précisément de quoi il s'agit »<sup>17</sup>.

Des jugements déplacés, des remarques dénuées de toute empathie : *“t'es qu'un singe”, “arrête de te plaindre”, “on t'a dit de pas te gratter !”* peuvent avoir de lourdes conséquences chez l'individu. Ce sont près de 45% des patients atteints d'eczéma qui rapportent ce sentiment d'exclusion de la part de leur entourage<sup>17</sup>.

On peut aussi observer le cas de patients qui dans le cadre de cultures familiales, ont un rapport particulier à l'hygiène et pour qui le fait de se laver un jour sur deux par exemple rend l'individu « sale » et « dégoûtant ».

- **L'accès au numérique**

Dans notre société moderne, la transmission d'information se fait essentiellement de façon horizontale. Le patient qui se sent incompris par son médecin, son pharmacien, ou bien qui se pose des questions sur sa maladie, peut se rendre facilement sur internet et obtenir un nombre considérable d'informations. Celles-ci peuvent être d'une part scientifique, bien faites, mais ne répondent pas aux questions du patient. Elles peuvent aussi être émotionnelles, reflet de toutes les frustrations face à une maladie mal comprise, ce qui aura pour conséquence d'accentuer la confusion.

- **Cas particulier des enfants**

Il peut exister un certain déséquilibre entre l'enfant et ses parents à propos des soins. L'enfant peut refuser l'application des pommades par dégoût, par peur d'avoir mal. Le moment peut aussi ne pas convenir. Ou encore, l'enfant exprime de cette façon son besoin de s'opposer aux adultes pour s'affirmer.

Les parents peuvent alors ressentir une difficulté à s'opposer à leur enfant.

De même, un manque de disponibilité des parents dans la prise en charge de la maladie de leur enfant ou bien une colère envers l'enfant peut être à l'origine d'une adhésion difficile au traitement.

Aussi, cela peut déstructurer une fratrie en créant des tensions de par le fait que les parents se préoccupent davantage de l'enfant atteint d'eczéma. C'est pourquoi, on privilégiera l'autonomie de l'enfant concernant son traitement, le plus tôt possible. A partir de six ans, il est préférable que l'enfant applique son émollient seul plutôt que ce soit les parents qui le fassent, même si l'application n'est pas parfaite. Le parent peut reprendre l'application une fois par semaine.



- **Cas particulier des adolescents**<sup>49</sup>

L'eczéma prend une place particulière à l'adolescence. Toutes les maladies chroniques compliquent l'adolescence et d'autant plus pour une affection cutanée, visible, qui change le regard des autres.

Une des premières difficultés pour l'adolescent, est de faire son premier deuil qui est celui de perdre son enfance, son corps d'enfant et sa peau d'enfant. Chez l'adolescent atteint de dermatite atopique, cette peau peut aussi changer à cause de la maladie. L'adolescent se sent alors impuissant face à ces transformations corporelles qu'il ne maîtrise doublement pas. N'oublions pas que la peau, c'est ce qui nous contient, nous protège et nous permet aussi les échanges tactiles. Imaginez la détresse d'un adolescent atteint d'eczéma pour qui les échanges tactiles seraient limités à cause de sa maladie de peau.

L'adolescence, c'est aussi le changement, et l'adolescent résiste là où les parents insistent. Cela peut donc créer des conflits entre parents et adolescents. Des parents inquiets pour la maladie et qui souhaitent à tout prix aider leur enfant dans les soins par exemple, alors que celui-ci est capable de banaliser sa maladie. Il la connaît depuis longtemps et a l'habitude de se gratter ce qui a conduit son seuil de tolérance à être élevé. Mais l'adolescence, c'est aussi le moment où la pudeur s'installe. Il convient de la respecter, et cela prime sur l'eczéma.

Pour ce qui est de l'adolescent du 21<sup>e</sup> siècle, c'est un bouleversement des codes sociétaux. La hiérarchie verticale n'existe plus, l'adolescent cherche à comprendre plutôt qu'apprendre ce qu'il faut faire. Ce siècle marque aussi la maîtrise des informations numériques par l'adolescent, ce qui lui permet d'avoir

accès à de nombreuses informations, plus ou moins vraies comme nous l'avons expliqué précédemment.

De même, pour la plupart des adolescents, il est difficile d'intégrer les traitements dans sa routine quotidienne.

Enfin, on remarque le conflit émotionnel entre la dépendance causée par la maladie et l'autonomie souhaitée à son âge.

## **2.2 Obstacles propres à la maladie**

### **2.2.1 Reconnaître une plaque d'eczéma<sup>50</sup>**

Le patient a-t-il les clefs pour reconnaître une plaque d'eczéma sur son corps ? Sait-il ce qui la caractérise, afin de la prendre en charge le plus rapidement possible ? Peu de patients savent reconnaître la plaque d'eczéma à ces trois stigmates : rougeur ; démangeaisons ; rugosité / granulosité / perte de douceur. Cela entraîne alors un retard dans le protocole de soin qui doit pourtant débuter le plus tôt possible.

Lors de la journée Éducation Thérapeutique à laquelle j'avais assisté avec le Dr Bourrel-Bouttaz, les patients pouvaient donner le sens et la définition selon eux du mot « crise ». Voici ce qu'il en ressortait *“attendre que ça devienne insupportable”, “jusqu'au sang”, “s'étend sur d'autres parties du corps”, “quand je ne dors plus”*. Chaque patient a sa propre notion de « crise ». On remarque ainsi que les patients attendent souvent trop longtemps avant de se soigner de par leur niveau de résilience.

### **2.2.2 Croire que l'eczéma est psychosomatique**

Le patient atopique est soumis à une lecture linéaire des causes et des effets : si le stress déclenche la dermatite atopique, c'est que ça se passe dans la tête. Trois dictatures mentales dominent ainsi la réflexion : *“c'est dans la tête”*, *“c'est allergique”* et *“la cortisone, c'est dangereux !”*.

82% de français réduisent l'eczéma à une maladie psychosomatique<sup>17</sup>.

Alors évidemment, l'anxiété et le stress peuvent déclencher une poussée d'eczéma. Mais toute personne stressée ou angoissée ne fait pas de crises d'eczéma. C'est là que le patient peut avoir tendance à oublier les trois composantes fondamentales à l'origine de la dermatite atopique que sont la prédisposition génétique ; le déséquilibre dans la réponse immunitaire ainsi que le déséquilibre du microbiote cutané.

C'est donc un obstacle à la mise en place d'un traitement global car le patient va se limiter à ce facteur et oublier les autres facteurs déclenchants qui lui sont propres.

### **2.2.3 Évolution aléatoire de la maladie**

La particularité de la dermatite atopique, maladie chronique inflammatoire est qu'elle évolue par poussées. Entre les poussées, le patient peut garder l'illusion de ne pas être malade.

Beaucoup de patients considèrent que « ça ne sert à rien de traiter, ça revient tout le temps ». Cette phrase est le reflet d'une pensée très fréquente des patients qui est « puisque ça revient c'est que le traitement ne fonctionne pas ». Les patients baissent les bras et ne s'intéressent finalement plus à leur maladie.

Il est aussi fréquent de voir le patient entretenir une illusion qui est celle de croire qu'il ne peut y avoir qu'une seule et unique solution à son problème. Cette idée, vraie pour l'eczéma de contact, vient polluer la réflexion menée autour de la dermatite atopique qui a quant à elle une cause inflammatoire.

#### **2.2.4 Mauvais diagnostic différentiel<sup>51</sup>**

L'état de la peau peut évoluer entre le moment où l'ordonnance a été faite et le moment du renouvellement.

Il se peut alors que le patient vienne au comptoir en se plaignant que, malgré l'application des traitements et en suivant les recommandations, la plaque d'eczéma ne disparaît pas. Cela renforce son idée que « le traitement ne fonctionne pas ».

Or, cela peut être une autre affection cutanée qui ne sera pas traitée avec des dermocorticoïdes. En effet, d'autres maladies de peaux ont des symptômes plus ou moins identiques à l'eczéma atopique.

Nous pouvons évoquer :

- La gale : cette maladie contagieuse peut rapidement être identifiée si l'on s'aperçoit qu'une autre personne de l'entourage présente des démangeaisons inhabituelles ;
- Le psoriasis ;
- La mycose ;
- La dermite séborrhéique.

Pour différencier l'eczéma de ces autres pathologies cutanées, on peut questionner le patient un peu plus largement<sup>52</sup> :

- A-t-il tendance à avoir la peau sèche ?
- Existe-t-il la présence d'antécédents familiaux d'asthme, de rhinite allergique ou encore de conjonctivite ?
- Où se situent ces rougeurs / démangeaisons ?

### **2.3 Obstacles propres au traitement**

En ce qui concerne les obstacles liés au traitement de la dermatite atopique, on peut citer tout d'abord le manque d'informations fournies par les professionnels de santé et en particulier le pharmacien, dernier professionnel avec lequel le patient communique avant de rejoindre son domicile.

Cela est à l'origine de négligence dans le traitement ou de questionnement car le patient n'a pas tout assimilé. Il pourra alors aller chercher des renseignements sur internet et tomber sur des idées fausses.

L'application d'un médicament sur la peau a plus d'impact psychologiquement pour le patient, que le fait d'avaler un comprimé. Règne une confusion quant aux effets secondaires de la cortisone par voie orale qui est transposée injustement à la cortisone par voie locale.

*Mais aussi, qu'en est-il de la bonne utilisation des dermocorticoïdes ? L'unité phalangette est-elle utilisée ? Le patient étale-t-il bien le traitement en débordant de la plaque ? Le patient sait-il évaluer jusqu'à quand le traitement sera nécessaire ?*

La plupart du temps, le traitement d'attaque est commencé trop tardivement car le patient comme évoqué plus haut, a retardé son seuil de tolérance et n'a souvent pas notion des caractéristiques d'identification de la crise. Aussi, l'unité phalangette étant que peu utilisée, le patient utilise alors une quantité de dermocorticoïdes potentiellement trop faible pour éteindre l'inflammation. Enfin, le traitement local est souvent interrompu trop précocement. Il est aussi fréquent de voir que la prescription du traitement d'entretien par les dermatologues n'est pas suivie, donc les plaques resurgissent.

Qu'en est-il également de l'intégration du traitement dans la routine quotidienne ?

Beaucoup de patients décrivent un manque de motivation, une perte d'envie de le faire. C'est là que le rôle de pharmacien est d'autant plus important, il doit aider le patient à trouver les motivations intrinsèques le menant à se traiter.

En parallèle, le patient adapte-t-il ses produits d'hygiène ?

Si le patient utilise bien son traitement local prescrit par le médecin, mais que les produits d'hygiène ne sont pas adaptés, alors il pourrait constater que l'eczéma reste présent. Cela peut entraîner de l'incompréhension chez le patient vis-à-vis de ses traitements mais aussi une lassitude.

De la même façon, le patient connaît-il les éléments déclencheurs à ses crises d'eczéma ?

Le patient peut se traiter correctement mais avoir des crises déclenchées à répétition par un facteur déclencheur avec lequel il vit quotidiennement et dont il n'a pas conscience. Le patient entre alors dans un cercle vicieux où l'incompréhension règne.

On peut aussi aborder la notion de compréhension du traitement. Si le patient ne comprend pas la place et le rôle de chacune de ces crèmes, sous-entendus émoullient et dermocorticoïde, cela peut diminuer la bonne adhésion au traitement.

Le cout mensuel de l'émoullient peut être un frein au traitement. Il faut compter environ 15 à 20 euros par mois pour un flacon d'émoullient, soit entre 180 et 240 euros à l'année. Mais selon la circulaire 58/2008 de la Sécurité Sociale<sup>33</sup>, certaines préparations sont remboursables pour toute atopie de l'adulte et les atopies importantes de l'enfant. Nous pouvons citer trois produits remboursables : Glycérol/Vaseline/Paraffine ®, Cold Cream, Cérat de Galien.

## **2.4 Obstacles provenant des professionnels de santé**

### **2.4.1 Défaillance au niveau de la rédaction de l'ordonnance**

L'ordonnance est l'outil clef du patient qui marque la mise en place de son traitement. C'est aussi ce qui permet de faire le lien entre l'amont (le médecin, prescripteur) et l'aval (le pharmacien, qui délivre) et c'est finalement la seule transmission d'informations écrites que le pharmacien a du médecin.

Plusieurs obstacles liés à l'ordonnance peuvent avoir un impact négatif sur l'adhésion du patient à son traitement.

D'une part, une prescription de quantité de tubes inadéquat ou l'absence de mention de renouvellement peut entraver la bonne prise en charge. Ne pas délivrer la bonne quantité de tubes de dermocorticoïdes inciterait le patient à économiser son traitement et arrêter prématurément le protocole de soin. Dans une étude menée sur près de 30 000 ordonnances toutes pathologies confondues<sup>53</sup>, on compte près de 43% d'ordonnances où la posologie était incomplète. La notion de « pouvoir » se traiter par le patient peut être abordée par le pharmacien en cherchant à savoir s'il possède la quantité suffisante de crème à la cortisone à son domicile. Toute ordonnance qui limite l'accès à la cortisone dans le temps et en quantité est vouée à l'échec. Or, ce type d'ordonnance est le plus fréquent<sup>53</sup>.

D'autre part, une ordonnance illisible peut être source d'erreur pour le pharmacien dans sa délivrance, mais aussi pour le patient dans son protocole de soin. De nombreux patients comptent sur l'ordonnance pour relire ce que le médecin a dit à l'oral et que le patient aurait pu oublier par exemple. On compte près de 13% d'ordonnances illisibles dans l'étude citée plus haut<sup>53</sup>.

Ensuite, une ordonnance trop complexe, comportant plus de trois lignes de traitement ou encore inadaptée au patient par rapport à son niveau de compréhension et d'autonomie, peut être un frein à ses soins.

Enfin, un autre obstacle est l'ordonnance imprécise où il pourrait manquer la posologie, la durée, le site d'application. De même, une ordonnance non expliquée et/ou non comprise par le patient entrave la bonne adhésion thérapeutique et sera plus à risque d'un traitement mal conduit.

Si l'ordonnance manque de fiabilité, c'est toute la chaîne de communication qui s'écroule.

#### **2.4.2 Manque d'écoute et de cohérence de la part des professionnels de santé**

Certaines paroles formulées par le soignant telles que *“c'est rien”*, *“ça va passer”* peuvent entraîner chez le patient une sensation de manque d'écoute. De la même façon, l'incohérence dans les discours des soignants entraîne de la confusion chez le patient. Cela peut engendrer un nomadisme médical chez ce dernier qui se sent alors incompris et non écouté.

Les discordances entre professionnels de santé peuvent conduire à un sentiment d'insécurité chez le patient qui ne saura plus qui écouter. Un patient atteint de DA peut être amené à consulter un grand nombre de professionnels de santé : allergologue, dermatologue, médecin généraliste, auxquels on ajoute les homéopathes, acupuncteurs mais aussi les psychologues, naturopathes, ostéopathes, magnétiseurs etc. Or, chacun tiendra un discours différent ce qui mènera à de l'incompréhension chez le patient. Sa confiance est ainsi détruite,



et le patient se sentira de plus en plus seul face à sa maladie et finira par ne plus croire en rien.

De plus, comme nous l'avons évoqué auparavant, un patient qui sort de consultation avec des doutes, des questions, un manque de sécurité, aura tendance à se tourner vers des informations provenant d'Internet qui sont pour beaucoup d'entre-elles erronées.

Le soignant doit vérifier que les gestes de soins sont bien exécutés par le patient. Des mots simples émis par le soignant, peuvent être interprétés de façon très différente : par exemple, le mot « toilette » peut se limiter au lavabo quand le mot « douche » correspond à ce qui se passe sous la douche. On découvre à cette occasion que le patient utilise des produits d'hygiène différents qu'il n'évoquait pas jusque-là. Faire les gestes ensemble au cabinet est aussi très important. Très souvent, à cette occasion, le patient visualise qu'il ne met pas assez de cortisone par peur ou qu'il utilise trop peu d'émollient parce que ça coûte chère.

### 2.4.3 Corticophobie chez les professionnels de santé

Un travail de thèse réalisé en 2015<sup>54</sup> concernant l'usage des DC, révèle après enquête que 43% des médecins généralistes retardent la prescription des dermocorticoïdes et 70% donnent une durée d'application arbitraire pas forcément adaptée à la durée de la crise du patient.

La qualité de l'information dispensée sur les dermocorticoïdes a un impact direct sur l'adhésion médicamenteuse du patient atteint de dermatite atopique. La crainte vis-à-vis des dermocorticoïdes et la disparité des messages de la part des professionnels de santé contribuent à alimenter la corticophobie des patients et des parents d'enfants atteints d'eczéma atopique.

Il existe une corticophobie majeure chez les professionnels de santé, notamment chez les pharmaciens<sup>55</sup> et les médecins généralistes, qui met potentiellement en cause une connaissance insuffisante des corticoïdes topiques<sup>56</sup>.

Le pharmacien est le dernier professionnel de santé que le patient voit, avant de rentrer chez lui avec ses traitements et ses doutes. Il est fréquent de voir des pharmaciens hésitants face aux prescriptions de dermocorticoïdes, ou donnant des indications fausses comme *“surtout, n'allez pas au soleil avec la cortisone !”*. Les doutes que les patients pouvaient émettre sur l'innocuité du traitement avant d'entrer dans la pharmacie sont désormais renforcés par le professionnel de santé. Le patient rentre chez lui avec un traitement dont il a peur et n'a plus confiance. Il est fort probable qu'il n'appliquera pas son traitement.

#### **2.4.4 Autre**

Bon nombre de professionnels de santé pensent encore que la dermatite atopique n'est pas une maladie chronique à juste titre tout comme l'asthme ou encore l'hypertension artérielle. Pourtant, le patient doit apprendre à vivre avec cette maladie. Être malade, c'est aussi pouvoir se soigner, en cherchant les facteurs déclenchants et non pas une cause de la maladie.

Le manque de reconnaissance de la dermatite atopique par les professionnels de santé comme étant une maladie à proprement parler, peut réduire l'importance de se traiter chez le patient.

Le déni de la gravité de cette maladie est le reflet du manque d'attention portée sur la souffrance physique et morale éprouvée par les patients. Petit à petit, le patient finit par se sentir coupable et surtout incapable de s'en sortir.

Le temps d'attente extrêmement important pour le patient avant d'avoir un rendez-vous avec son dermatologue peut aussi être un frein dans la bonne prise en charge. Alors que le rendez-vous de contrôle est très important : un patient qui a été vu pour une crise doit avoir un rendez-vous de contrôle au maximum un mois après.

*C'est pourquoi, notre rôle envers le patient dans l'accompagnement de cette maladie est très important.*

## **PARTIE 3- RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS CE CONTEXTE**

---

### **3.1 La problématique actuelle**

Comment est-ce possible que le patient atopique soit face à tant d'obstacles dans son traitement ? Qu'est-ce qui fait que le patient ne veut pas utiliser son traitement ?

Il est fréquent de voir l'eczéma atopique très banalisé au comptoir, de la part du pharmacien.

Le patient peut émettre une crainte envers ses traitements. Cette crainte peut être influencée par l'entourage ou l'information numérique. Un patient surinformé saura-t-il discerner le vrai du faux ?

Tous ces facteurs peuvent entraîner une mauvaise adhésion aux traitements et finalement un échec de ceux-ci. Le patient se retrouve dans le cercle vicieux de sa maladie, pris au piège.

Il n'est pas rare au comptoir d'observer une aggravation ou une absence d'amélioration de la maladie chez le patient, malgré un traitement bien mené.

En effet, 9 patients sur 10 ont des démangeaisons quotidiennes et 2 patients sur 3 ont des démangeaisons pendant plus de 12h par jour<sup>57</sup>.

Deux hypothèses sont possibles. Soit le traitement est réellement bien conduit et cela peut traduire des complications qui pourraient être liées à la maladie ou au traitement. Soit le traitement est mal réalisé, le patient a peut-être rencontré des difficultés dans son traitement. C'est là que l'on voit toute la place du pharmacien dans l'accompagnement du patient.

On peut aussi expliquer les difficultés d'adhésion thérapeutique par plusieurs facteurs :

- Le recours quasiment constant à des soins locaux complexes ;
- L'obligation d'un traitement de fond quotidien ;
- La réticence irraisonnée à l'égard de certains traitements (dermocorticoïdes) ;
- La lassitude et l'abandon progressif des soins locaux face à la chronicité de la maladie et à son impact sur la qualité de vie du patient ;
- L'insuffisance d'information ou au contraire la surinformation faite de données contradictoires.

**Comment le pharmacien peut-il aider ces patients qui peuvent être à fleur de peau ?**

**Comment comprendre, repérer et accompagner une détresse psychologique ?**

**Comment trouver sa place en tant que pharmacien dans la prise en charge de l'atopie ?**

## **3.2 La place du pharmacien dans ce contexte**

**Comment le pharmacien peut-il aider le patient dans la prise en charge de cette maladie ?**

### **3.2.1 Le patient au cœur du parcours de soin**

La loi HPST « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » promulguée en juillet 2009, permet aux pharmaciens d'officines d'agir au plus près des patients grâce à la mise en place de nouvelles missions telles que les entretiens pharmaceutiques, les bilans de médicaments partagés etc...

Cela offre ainsi la possibilité de faire reconnaître et évoluer notre exercice professionnel tout en le valorisant. Mais la diffusion de l'éducation thérapeutique reste encore très restreinte. Pourtant, elle permet à tout patient porteur d'une maladie chronique d'accéder à une autre vision de sa pathologie et de sa propre place au sein de la prise en charge.

*« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».* Article 84 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme HPST.

Notre métier tend à une évolution clinique qui a pour principal objectif de remettre le patient au cœur du parcours de soin. Au sein de ce parcours, le pharmacien adopte une posture éducative et se positionne alors en relais. La pharmacie est la dernière étape avant que le patient ne se retrouve face à son traitement, ses crèmes, ses doutes.

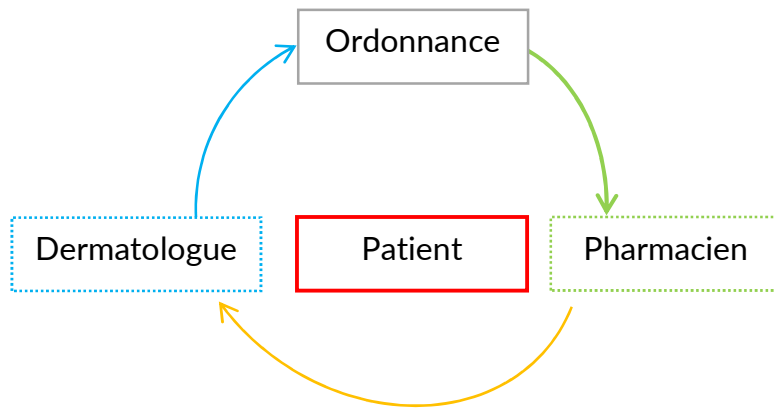


Figure 12 : Cercle du parcours de soin centré sur le patient

**Comment le patient et son(s) aidant(s) reçoit(vent)-il(s) les informations concernant la dermatite atopique et sa prise en charge ?**

**Comment le patient va-t-il s'approprier ces informations provenant de professionnels divers, qui détiennent chacun une part de l'information et qui ont une façon de la lui transmettre ?**

**Comment va-t-il intégrer ces informations dans le quotidien ?**

**Pour cela, il faut apprendre à le connaître dans sa dimension psychosociale.**

### **3.2.2 Le pharmacien, dernier maillon du parcours**

95% de pharmaciens prennent en charge des patients atteints d'eczéma atopique. Et pourtant, 65% de pharmaciens ne se trouvent pas suffisamment informés à propos de cette maladie<sup>1</sup>.

En effet, il n'est pas rare d'entendre au comptoir des paroles parasitaires qui pourraient faire croire que le pharmacien émet des réticences par rapport au traitement dermocorticoïde : *"un peu"*, *"pas trop longtemps"*. Ou encore, une

attitude perturbante telle qu'une réaction négative face à une quantité de tubes conséquente qu'il convient de délivrer au patient.

Le pharmacien est finalement le dernier acteur de santé que le patient rencontre avant de rentrer chez lui avec ses médicaments et ses doutes. On peut penser que notre parole est souvent la première dont il va se rappeler. En délivrant le traitement, le pharmacien doit donc s'appliquer à réexpliquer la manière d'utiliser le traitement.

Ce discours doit être en concordance avec celui du médecin, que le patient vient de rencontrer. Il convient de renforcer le discours du médecin afin d'optimiser et sécuriser les soins.

Il est essentiel que le pharmacien, dernier maillon de la chaîne, maîtrise les tenants et aboutissants de cette maladie chronique inflammatoire dans le but d'accompagner le patient.

L'enjeu majeur pour le pharmacien est d'endosser un rôle d'accompagnant thérapeutique en s'appuyant sur ce qui a été dit lors de la consultation.

### **3.2.3 Le pharmacien, soignant de proximité**

Beaucoup de patients attendent des mois avant de revoir leur dermatologue à la suite d'une crise d'eczéma. Le pharmacien d'officine peut par son accessibilité, proposer des petits entretiens de quelques minutes, chaque mois. Cela permet de rediscuter de l'évolution de la dermatite atopique et endosser son rôle d'accompagnant.

Le pharmacien d'officine représente également une assurance pour les patients en cas de doutes, d'interrogations, de sentiment d'insécurité.



### **3.3 Vers un accompagnement thérapeutique du patient**<sup>58-60</sup>

Selon une enquête réalisée par le docteur Anne-Marie ROGUEDAS-CONTIOS parue dans son édition en 2007<sup>61</sup>, deux patients sur cinq atteints d'eczéma atopique suivent les recommandations de leur médecin. 44% des patients atteints d'eczéma atopique sont dans l'attente d'une solution thérapeutique satisfaisante<sup>57</sup>.

Notre mission est d'optimiser l'adhésion du patient envers ses traitements en obtenant un compromis avec lui. Convaincre plutôt que contraindre. Mais aussi, l'aider à mieux comprendre sa maladie, l'extraire de sa solitude, qu'il se sente compris et écouté. L'éducation thérapeutique se définit selon l'OMS comme « un processus intégré aux soins qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients en les aidant à s'autonomiser, à acquérir et à conserver des compétences afin de les aider à vivre de manière optimale leur maladie ».

L'impact de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de la dermatite atopique a été démontré à travers l'effet favorable sur l'évolution de la gravité de la maladie et sur l'amélioration de la qualité de vie. En Allemagne, en Suède, au Danemark et plus récemment en France, des centres pilotes développent des prises en charges éducatives sur le mode de l'école de l'atopie. L'élément référent pour ce type d'événement est le GET (Groupe d'Education Thérapeutique de la Société Française de Dermatologie) qui vise à harmoniser la formation des équipes et faciliter les échanges. L'idée est de développer des accompagnements spécialisés transposables aux officines.

Une meilleure gestion de la maladie permettrait effectivement une meilleure qualité de vie. Dans le champ du savoir, cinq cases doivent être explorées ensemble, avec le patient :

- Les préjugés (“C’est allergique”) ;
- Les jugements de valeur (“De toute façon, ce n’est pas grave”) ;
- La souffrance physique (“Je ne dors plus tellement ça gratte”) ;
- La douleur émotionnelle (“Je me sens nul”) ;
- La physiopathologie (“Comment fonctionne votre peau ? ”).

Ces cinq points permettent au patient de se structurer pour bien gérer sa maladie.

Le fait de les mettre en évidence rassure le patient sur la capacité du soignant à le comprendre.

*« Traiter un patient qui a de l’eczéma c’est accompagner un être humain vers sa pleine et entière autonomie malgré un problème de peau ».*

Dr Magali Bourrel-Bouttaz

Les temps de soins doivent être inclus dans le quotidien du patient, c’est une priorité. En effet, le patient doit être convaincu que lorsque le traitement est bien fait, il est efficace, et permettra ainsi d’améliorer sa qualité de vie. Tout de même, il est nécessaire que le patient apprenne à être tolérant envers lui-même : il faut accepter que le traitement prenne un peu de temps et on peut parfois ne pas avoir envie de le faire. Enfin, il convient de réintroduire le sens du mot « soin » dans le vocabulaire du patient. Prendre soin de soi, c’est se faire du bien.

De par sa proximité, le pharmacien peut être un réel soutien psychologique auquel les patients ont tendance à se livrer. Cela les aidera à revaloriser leurs estimes d’eux-mêmes.

Une expérience menée en 2009 sur des enfants atteints de dermatite atopique, a démontré que des réunions hebdomadaires multidisciplinaires en présence des

parents pendant six semaines contribue à améliorer la qualité de vie des familles avec enfants atteints d'eczéma topique<sup>62</sup>.

Il est intéressant d'adopter une attitude éducationnelle en officine pour permettre d'amener de la pédagogie aux familles et pour permettre d'autonomiser l'enfant. Cela pourrait être mis en place dans le cadre d'un accompagnement personnalisé permettant ainsi une meilleure adhésion aux traitements, une meilleure gestion du prurit, une meilleure gestion de la maladie au quotidien, une meilleure qualité de vie. Et pour finir, cela leur permettra de rompre avec l'isolement dans lequel la maladie les a enfermés.

### **3.3.1 L'attitude éducationnelle**<sup>59,60,63,64</sup>

Qu'est-ce qui permet de créer une alliance entre le patient et le pharmacien ?

*« L'interface entre le patient et le soignant, ce n'est pas la peau, c'est la demande du patient »*

Dr Magali Bourrel-Bouttaz

Les trois maîtres mots du travail de pharmacien sont : accueillir, valoriser, sécuriser. Il semble fondamental d'adopter une posture éducative au comptoir face aux patients, en particulier auprès de ceux atteints d'eczéma atopique.

La prise en charge du patient atopique est malheureusement trop souvent négligée. Être dans une attitude éducationnelle, permettra au patient d'apprendre, comprendre et obtenir les clefs pour réussir son traitement et devenir autonome.

Cette alliance thérapeutique permettra de créer un lien entre le patient et le soignant, lui permettant ainsi d'identifier la source de ses difficultés.

Il existe différents modèles de communication<sup>58</sup> :

- Le modèle paternaliste : centré sur le soignant qui ordonne le patient à suivre ses conseils. L'adhésion est souvent faible.
- Le modèle informatif : la communication est à mi-chemin entre le soignant et le patient. Il délivre des supports papiers remplis d'informations, mais laisse potentiellement le patient seul face à cet afflux d'informations. L'adhésion n'est là non plus pas optimisée.
- Le modèle délibératif : le choix des soins se fait ensemble avec le soignant et le patient. Le patient est partenaire de soin dans sa propre prise en charge. Cette attitude rend l'adhésion au traitement optimum. C'est celle-là qui nous intéresse pour la prise en charge des patients atteints de DA.

L'échange entre le pharmacien et le patient sera basé sur des questions ouvertes ainsi que des reformulations. L'écoute active est primordiale. C'est ainsi que l'alliance thérapeutique va se créer avec le patient, autour d'une relation de confiance. Ces temps d'échanges vont permettre d'identifier les besoins et la motivation du patient. Ils permettront de s'accorder sur ce qui est important et possible de réaliser pour le patient. Respecter le rythme du patient, identifier les moments où le patient se sent prêt et où il a envie de se soigner.

Le comportement du patient est inscrit dans un continuum : ce qu'il sait, ce qu'il peut mettre en place pour se soigner et ce qu'il veut faire. Pour cela, il faudra tenir comptes de ses attentes, peurs, vécus et expériences. Les messages transmis doivent être clairs, rapides et efficaces.

Le bon moment c'est le moment du patient, quand il en a envie et qu'il s'en sent capable.

Mais alors comment s'y prendre ? Le diagnostic éducatif est la clef de la démarche éducative :

- **Ecouter, interroger, mise en place d'une relation de confiance partagée**

Pour savoir ce que le patient connaît de sa maladie, il s'agit de l'écouter et donc le faire parler. Cela pour identifier ce qu'il sait de sa maladie et de ses traitements. Il est aussi nécessaire d'interroger la vie quotidienne de notre patient.

On peut l'inciter à exprimer le déroulé de la consultation chez le dermatologue. On l'interrogera sur les différents produits qu'il utilise. Et on n'oubliera pas de le questionner sur la façon dont il les utilise. De même, il faudra laisser le patient s'exprimer sur ses craintes et ses angoisses.

Toutes ces évaluations permettront au pharmacien d'identifier ce qui a été compris par le patient mais aussi identifier ce qui a été dit par le médecin.

On s'attachera à éviter toutes discordances avec ce qui a déjà été dit par le médecin. A travers cette attitude, le patient se sentira compris et sera content que l'on s'intéresse à lui.

Le point clef est de savoir écouter ses patients. Le temps de parole du patient est très important, c'est ce qui va permettre d'adapter notre discours par la suite.

Autre point important, il convient de questionner le patient sur ses attentes. Qu'attend-t-il de son traitement ? Une guérison ? Retrouver le sommeil ? etc.

Il convient d'identifier les croyances telles que la corticophobie qui engendrent une réelle insécurité chez le patient. La croyance est un processus mental expérimenté par une personne qui va adhérer à une idée et la considérer comme

vérité. Il s'agit de déceler dans un premier temps cette croyance chez le patient en le laissant parler et exprimer son vécu et ses angoisses, sans le juger et toujours avec bienveillance. Puis, il faut accueillir cette croyance, l'accepter pour mieux lui expliquer, mieux le guider. Il convient de dessoucher pour réimplanter quelque chose. Effectivement, l'idée est de déconstruire les préjugés, les croyances et les idées fausses dans le but de réintroduire des données pertinentes et sécurisantes quant à son traitement.

- **Répondre en réajustant**

Certains patients souhaitent aller plus loin dans la connaissance de leur maladie et de leurs traitements. Auquel cas, on pourra compléter ce qu'ils savent déjà.

Il faudra donner des explications rationnelles - basées sur des faits scientifiques- et accessibles – aux patients. Tout ceci avec un langage adapté en fonction des patients.

Voici quelques exemples de fausses croyances exprimées par les patients à propos de la maladie ainsi que les réponses que l'on peut apporter<sup>58</sup> :

- **« *Les stress est à l'origine de l'eczéma* »**

On a d'une part des facteurs génétiques comme la mutation du gène de la filaggrine qui entraîne une perte de perméabilité de la peau ainsi que des facteurs immunologiques avec une dysrégulation immunitaire. Ce sont les origines de la maladie.

Et on a d'autre part, certains facteurs environnementaux et psychologiques qui qui sont des facteurs déclencheurs, et le stress en est bien un.

- **« Traiter l'eczéma atopique fait sortir l'asthme »**

L'asthme peut être associé à l'eczéma car les deux pathologies surviennent sur un même terrain atopique. La marche atopique éclaircit cela : le patient présentera en premier lieu une manifestation cutanée avec l'eczéma puis une symptomatologie respiratoire peut resurgir comme l'asthme ou la rhinite allergique. Soulignons tout de même que soigner l'eczéma permettra de diminuer les risques d'être asthmatique. En effet, traiter la peau inflammatoire diminue la pénétration des allergènes (alimentaires ou respiratoires), ce qui réduit la sensibilisation ultérieure et donc le risque de voir apparaître un asthme.

- **« C'est l'allergie alimentaire qui cause l'eczéma »**

L'allergie alimentaire peut être associée à l'eczéma. En effet, un eczéma précoce (chez un enfant de moins de trois mois) ou sévère et rebelle aux traitements peut mener sur la piste d'une allergie alimentaire (par le biais d'une perméabilité de la paroi intestinale).

- **« Il est préférable de retarder la diversification alimentaire en cas de dermatite atopique »**

La diversification alimentaire se fait entre quatre et six mois, fenêtre d'opportunité où le système immunitaire du nourrisson est capable de tolérer de façon optimale les allergènes auxquels il est soumis. Retarder la diversification alimentaire pourrait au contraire favoriser l'apparition d'allergie car la perméabilité digestive favorise la pénétration des allergènes.

- **« Il ne faut pas vacciner les enfants atopiques »**

Il n'y a aucune contre-indication entre la dermatite atopique et la vaccination. D'après des études de cohorte, il n'y a pas plus d'allergie aux vaccins chez le

sujet atopique que chez le sujet non atopique. Cependant, on ne vaccinera pas un patient en poussée d'eczéma. De même, il faut prévenir le patient qu'il peut y avoir dans les jours qui suivent la vaccination une petite poussée d'eczéma. Il suffira simplement de traiter cette poussée.

Il existe chez l'être humain trois voies de communication : visuelle (dessins, objets, films), auditive (métaphores), kinesthésique (gestes). Il faudra donc adapter la forme des explications en fonction du patient.

Les informations données au patient doivent être claires, compréhensibles, sans ambiguïté, avec des phrases courtes et simples. Dans un temps d'échange, peu d'informations sont conservées par le patient. On pourra donc recourir à la remise de fiches conseils.

- **Motiver en s'appuyant sur le principe de plaisir**

Comprendre ne suffit pas pour accepter de changer. Il est nécessaire de proposer au patient de tester des solutions. Il faut le motiver à partir de ce qui le gêne au quotidien. Ainsi, les bénéfices du traitement lui paraîtront évidents.

*“Pouvez-vous définir quelque chose que l'eczéma vous empêche de faire dans votre vie, que vous aimeriez récupérer et qui pourrait servir d'évaluation du traitement ?”<sup>65</sup>.*

Faire disparaître des plaques d'eczéma n'est pas forcément très motivant pour le patient. En revanche, récupérer la possibilité de revivre certaines choses interrompues à cause de l'eczéma peut être plus motivant. C'est au patient de définir ce qui sera le plus stimulant pour lui-même à se traiter.

Le professionnel de santé l'aide à chercher ses objectifs, dans un modèle



délibératif comme énoncé précédemment. On cherchera l'accord du patient, *“qu'est-ce que vous en pensez ? cela vous convient-il ?”*. Et enfin, on lui proposera un entretien de suivi à court terme pour l'accompagner au mieux. Le fait de proposer un suivi personnalisé, en respectant le rythme du patient, augmentera l'adhésion thérapeutique et permettra d'étendre le suivi au long cours.

- **Evaluer la compréhension et l'autonomie du patient**

Dans cet objectif, il est intéressant d'utiliser le PO-SCORAD<sup>70</sup> ainsi que le questionnaire ADCT [Annexe 3] à la fin de chaque entretien, afin de faire le point sur l'état du patient.

Quatre niveaux de fiabilité peuvent permettre d'évaluer le patient :

- Les symptômes ont disparu ;
- Le patient peut transmettre sur sa maladie à un autre patient en disant « je », il se reconnaît comme malade ;
- Il sait comprendre et anticiper ses crises ;
- Il se projette à nouveau dans l'avenir, les stigmates de la maladie ne sont plus un handicap.

Finalement, le but de cette démarche est d'accompagner le patient et de le remotiver dans les cas où il aurait baissé les bras. Laisser un patient dans l'échec thérapeutique c'est le laisser avec ses doutes dans l'efficacité du traitement. Il faut bien évidemment rester lucide sur le fait qu'il ne pourra pas supprimer l'eczéma de sa vie, mais il pourra apprendre à vivre avec.

Aujourd'hui avec l'essor du numérique, les patients ont tendance à remettre de plus en plus en question la crédibilité de la parole des soignants qui les entourent. C'est pour cela que finalement, la meilleure parole entendue est celle d'un autre patient qui vit plus ou moins les mêmes difficultés. Chez les adolescents par exemple, la transmission d'information horizontale reste la plus efficace. C'est pour cela que les messages clefs doivent être portés par des adolescents envers d'autres adolescents car ils ont les mêmes codes.

Pour ce qui est de l'adolescent, il peut être assez délicat d'avoir une approche avec lui : le dermatologue le voit peu en consultation ; il ne récupère potentiellement pas ses traitements à la pharmacie et laisse ses parents s'en charger. Finalement, comment établir une alliance thérapeutique avec l'adolescent pour diminuer sa souffrance avec son eczéma ?

Traverser l'adolescence avec une maladie chronique peut s'avérer délicat surtout en ces temps de pandémie du 21<sup>e</sup> siècle. Mais ce n'est pas une mission impossible. Il faut travailler l'autonomie avec l'adolescent mais aussi avec tous les autres patients : adultes et enfants.

Il peut être intéressant de poser la question au patient : « l'eczéma est-il une maladie, êtes-vous malade ? ». Beaucoup de patient ne définissent pas la DA comme une maladie. Pourtant, cela permet d'atténuer la culpabilité éprouvée par toute cette communauté de patients et facilite l'adhésion au traitement tout en le légitimant.

Il est nécessaire de présenter au patient que lorsque le traitement est bien fait, il est bénéfique.

En tant que soignant, il faut accepter que ce traitement soit contraignant. De même, il faudra apprendre au patient à être tolérant envers lui-même.

Il est nécessaire d'aider le patient à placer ses moments de soins dans sa routine.

### 3.3.2 Faire comprendre la maladie

A l'arrivée d'un nouveau patient atteint d'eczéma atopique, il est du rôle du pharmacien de reprendre avec le patient ce que le médecin lui a expliqué à propos de la maladie. Cela afin de compléter éventuellement les informations, ou bien de prendre le temps avec le patient de revoir ensemble la compréhension de la maladie.

Que ce soit la maladie en elle-même, les traitements ou encore le patient ; chacun souffre de nombreux préjugés. Comprendre les différentes phases de la maladie ainsi que les traitements est bénéfique au contrôle de la maladie.

C'est ce qui permet de donner du sens aux idées et aux gestes du patient.

Pour cela, on pourra s'appuyer sur l'Eczema Book<sup>71</sup>, un outil relativement complet, à utiliser dans un espace de confidentialité, qui permet de tisser une alliance thérapeutique avec le patient. Le pharmacien pourra remettre à la suite de cela, le CAP [Annexe 4], l'outil de Conduite Active Personnalisée.

Il permet d'observer l'évolution des lésions et de mieux comprendre les effets du traitement. Cet outil permet au patient d'examiner l'état de sa peau afin de juger du traitement à appliquer sur la base de « j'observe et j'agis ».

La base fondamentale est de comprendre **l'origine** du problème, la cause épigénétique. De même, la prise en charge nécessite d'imager la physiopathologie de la xérose cutanée, afin que le patient comprenne réellement ce qu'il se passe. Pour cela, on peut prendre l'exemple du verre avec de l'eau et celui avec de l'eau et de l'huile : si on les pose 24h sur un radiateur, le verre avec de l'eau sera complètement évaporé alors que le verre avec de l'eau et de l'huile sera intact. C'est ce qu'il se passe sur sa peau : la peau manque de gras, donc l'eau s'évapore et la peau est déshydratée. Également, la peau est poreuse :

nous pouvons prendre l'image de la passoire à travers laquelle beaucoup de molécules passent. C'est ce qu'il se passe à travers la peau poreuse d'un patient atopique.

Puis, vient la notion de **l'hygiène**. On demande au patient d'identifier les deux ennemis auxquels il est confronté lors de la toilette : le patient doit trouver qu'il s'agit de l'eau et du savon. La peau étant altérée, on conseille au patient de se laver au maximum une fois par jour et préférentiellement un jour sur deux. De même, il est conseillé de prendre des douches courtes (maximum cinq minutes) afin d'éviter l'évaporation cutanée de l'eau. Pour éviter de décaper d'avantage la peau, on conseillera également d'éviter les douches chaudes. Laver, sans décaper.

Enfin sur ce point, il est essentiel d'utiliser un produit adapté c'est-à-dire un pain dermatologique ou une huile, ou encore un produit sans savon afin de limiter la perte de gras. Lors du séchage, on conseille de s'essuyer en tamponnant la peau afin d'éviter de déclencher des démangeaisons en frottant.

Pour ce qui est des **traitements**, le patient doit comprendre l'intérêt et la différence entre l'émollient et le dermocorticoïde.

- Pour l'émollient, nous pouvons utiliser l'image du « ciment », qui va permettre de reconstruire la barrière cutanée poreuse. C'est le traitement quotidien, de la peau sèche. Il faut insister sur son importance : en reconstituant la barrière cutanée, la peau redeviendra étanche et donc l'inflammation sous-cutanée moins fréquente. Un petit pois d'émollient permet d'hydrater une surface grande comme le dos de la main. Les recommandations sont de masser légèrement pour éviter de détériorer d'avantage la barrière cutanée. Nous

l'avons dit précédemment, le bon émollient est celui que le patient choisit. Il serait intéressant dans ce sens, d'organiser des ateliers « bar à crème », permettant au patient de choisir sa crème en en testant plusieurs. Cela l'impliquera dans sa prise en charge en le rendant réellement acteur de sa propre santé.

Beaucoup de patients estiment que l'application quotidienne de l'émollient est contraignante, et n'arrivent pas à l'intégrer dans leur routine de soin. Il faut que cela devienne un réflexe, mais aussi un moment de détente et non pas une contrainte. Pour les enfants, on peut conseiller aux parents d'amener ce moment de façon ludique, par exemple dessiner une lettre avec l'émollient dans le dos de l'enfant, qu'il devra deviner puis on l'efface en profitant pour étaler l'émollient.

- En ce qui concerne le dermocorticoïde, nous pouvons utiliser l'image du pompier qui éteint le feu. C'est le traitement de première intention pour traiter l'inflammation cutanée. Il sera nécessaire d'apprendre au patient à identifier les plaques d'eczéma, là où l'application du dermocorticoïde sera nécessaire. Les trois signes significatifs de l'eczéma sont : rougeur, démangeaison, rugosité.

Même si la peau est à vif, suintante ou crouteuse, il est nécessaire d'appliquer le dermocorticoïde. Et pourtant, 30% des pharmaciens lors d'une conférence pensent qu'il ne faut pas l'appliquer à ces moments-là<sup>66</sup>.

On pourra également remettre au patient une carte d'unité phalange [Annexe 2] rappelant la quantité nécessaire de dermocorticoïde à appliquer sur une plaque d'eczéma et insister aussi sur l'application en débordant de la plaque.

Lors de la délivrance du dermocorticoïde, il serait intéressant de vérifier que le patient ait un tube d'avance, en réserve au cas où une crise surgirait.

On pourra remettre au patient une fiche conseil à propos de ses soins, réalisées dans le cadre de cette thèse ainsi que les étiquettes maçon/pompier [Annexe 5] pour les enfants pour les aider à mieux identifier les tubes de crème et ainsi les autonomiser dans les soins.

### **3.3.3 Rassurer le patient sur les dermocorticoïdes**

Comme nous l'avons évoqué précédemment, 68% des patients n'utilisent pas le dermocorticoïde qui leur est prescrit<sup>67</sup>. Cette crainte est répandue partout en Europe et dans le monde où près de 60% des patients sont corticophobes.

Il existe plusieurs hypothèses quant à l'origine de la corticophobie :

- Les vecteurs de transmission : internet/médias ; entourage ; soignants : médecin, pharmacien ...
- Les croyances : peur que le corps s'habitue ; effet rebond, Red Skyn Syndrome ...
- Le comportement : peur irrationnelle ; recours aux médecines alternatives (souvent très corticophobes) ; parcours de soins complexe (avec différents professionnels de santé qui peuvent tenir des propos discordants ce qui ne rassure pas le patient sur l'utilité du traitement) ...
- La méconnaissance : les effets secondaires du traitement sont trop souvent confondus avec ceux des corticoïdes par voie orale.

Les patients ont la grande conviction que les dermocorticoïdes sont mauvais pour leur santé, mais ne savent pas expliquer pourquoi et d'où viennent leur(s) crainte(s).

**Mais alors, quel est le rôle du pharmacien face à ces craintes ?**

**Comment peut-il déceler une corticophobie au comptoir ?**

**Comment peut-il finalement agir face à une corticophobie du patient ?**

Nous disposons de deux alternatives complémentaires pour déceler une corticophobie au comptoir.

Dans un premier temps, il convient d'écouter le patient, observer son langage non verbal. Ainsi, on pourra recueillir par exemple qu'une maman trouve trop jeune son enfant pour être traité par des dermocorticoïdes ; on pourra écouter la crainte d'effets secondaires qui correspond aux corticoïdes par voie orale ; on pourra noter une attitude fermée ; on pourra noter des croyances négatives et très ancrées ; on pourra noter une balance bénéfice-risque négative pour le patient.

Dans un second temps, il sera intéressant d'évaluer le degré de corticophobie du patient à l'aide de l'outil Topicop [Annexe 6] et faire émerger selon lui les points positifs et négatifs à se traiter avec un dermocorticoïde. Cet outil permet de savoir où se situe le patient dans sa prise en charge, pour ainsi orienter notre discours avec lui.

Il faut déconstruire les fausses idées que le patient se fait de ces traitements locaux. On pourra s'appuyer pour cela sur l'outil Info-intox<sup>72</sup>.



Voici un exemple de points positifs et négatifs, évoqués par les patients lors d'une séance d'éducation thérapeutique au CHU de Lyon, comportant une dizaine de patients atopiques :

Positif	Négatif
○ Soulage (x 2)	○ C'est un traitement risqué
○ Efficace	○ Conséquences sur l'état de santé général
○ Diminue la fréquence des poussées	○ Trouver la bonne crème
○ Apaise et cicatrise	○ Trop gras
○ Atténuation des plaques	○ Pas de points négatifs
○ Embellissement de la peau	○ On ne peut pas se mettre au soleil après l'application
○ Calme/ arrête les démangeaisons	○ Quotidien / discipline / rigueur
○ Soulage rapidement la douleur	○ Lassitude
○ Traite l'inflammation	○ Habitude du corps à la crème
○ Efficace sur le temps	○ Peur de ne plus pouvoir m'en passer
○ Diminution des stigmates	○ Dépendance
	○ Efficacité trop courte
	○ Ça rend la peau affinée / affaiblie

Tableau 2 : Verbatims des patients lors de la séance d'éducation thérapeutique, CHU de Lyon

La balance bénéfice-risque pour le patient à propos des dermocorticoïdes était ici assez mitigée. 48% des patients en tirent des points positifs alors que 52% font émerger des points négatifs.

Le pharmacien doit avoir toutes les informations nécessaires afin de rassurer le patient sur des idées finalement non fondées.

Reprenons une par une les affirmations négatives des patients ainsi que d'autres croyances à propos des dermocorticoïdes :

- « **C'est un traitement risqué** »

Les dermocorticoïdes sont des médicaments connus qui existent depuis plus de cinquante ans, donc les risques ont depuis été évalués et restent très limités. De plus, ils présentent un bon profil de tolérance.

C'est surtout la confusion avec les effets indésirables des corticoïdes oraux, qui met une étiquette « danger » sur les dermocorticoïdes. Le passage dans le sang des dermocorticoïdes reste extrêmement faible : un tube entier de dermocorticoïde représente  $\frac{3}{4}$  d'un comprimé de cortisone (Prednisolone® 20mg). Et il a été démontré que cet équivalent cortisone orale ne pénètre quasiment pas.

- « **Trouver la bonne crème** », « **c'est trop gras** »

Il existe un grand nombre de spécialités à base de cortisone, avec des formes différentes. Ainsi, le patient pourra trouver la forme galénique qu'il préférera utiliser sur ses lésions.

- « **On ne peut pas se mettre au soleil après application** »

41% des patients posent cette question au comptoir. Les dermocorticoïdes n'ont pas de caractère photosensibilisant. Une étude réalisée en 2019<sup>68</sup> montre que 87% du personnel officinal estimaient les dermocorticoïdes comme photosensibilisant, **c'est faux**. 28% suggéraient même d'arrêter le dermocorticoïde pendant la durée de l'exposition solaire, **c'est encore faux**.

- **« Quotidien, discipline, rigueur », « lassitude »**

Le dermocorticoïde n'est pas à appliquer quotidiennement. Il faut bien faire la différence chez le patient entre l'émollient, et le dermocorticoïde. Ce dernier est à appliquer au plus tôt de la crise. Le professionnel de santé s'assurera que le patient sache également reconnaître la crise. Pour ce qui est de la lassitude, notre rôle est d'être un accompagnant pour le patient.

- **« Habitude du corps à la crème », « peur de ne plus pouvoir m'en passer », « dépendance », « efficacité trop courte »**

Ce que les patients veulent dire avec ces remarques, c'est que le dermocorticoïde ne semble plus faire d'effet alors qu'il était efficace en début de traitement. Il y a alors deux possibilités :

Soit, le traitement a été appliqué correctement, dans ce cas l'avis du médecin sera nécessaire afin de savoir si c'est toujours une plaque d'eczéma et pas une autre affection cutanée par exemple. De même, la force du dermocorticoïde est peut-être trop faible (suivant la localisation ou le fait que l'enfant grandit) et donc il serait intéressant de soigner le patient avec un traitement plus fort.

Soit, le dermocorticoïde n'est pas utilisé correctement : applications irrégulières, pas assez ou trop de quantité, débute trop tard le traitement, interruption trop précoce du traitement etc. Tous ces facteurs peuvent aboutir à une perte d'effet du traitement. Dans ce cas, il sera intéressant de s'entretenir avec le patient dans l'espace de confidentialité pour revoir les points d'usage.

- **« Ça rend la peau affinée / affaiblie », « vergetures »,  
« dépigmentations »**

La peau d'un patient atopique qui se gratte constamment, a tendance à s'épaissir et à se lichénifier. Après application du dermocorticoïde qui diminue l'inflammation, la peau va s'affiner. En fait, elle redevient juste normale.

Pour ce qui est des autres effets secondaires évoqués, ils peuvent se manifester uniquement en cas d'utilisation à des doses non conformes ou de façon trop prolongée. L'utilisation du dermocorticoïde lors de la DA ne présente pas ces risques puisque l'effet anti-inflammatoire du dermocorticoïde est utilisé pour diminuer l'inflammation présente sur la peau.

- **« Les dermocorticoïdes favorisent les infections »**

Ce sont plutôt les démangeaisons et le fait de gratter qui engendrent des surinfections de l'eczéma, en faisant pénétrer les bactéries que l'on a sur la peau.

Pour autant, selon une étude menée au Royaume-Uni auprès de de 113 enfants atopiques<sup>69</sup>, les résultats montrent l'absence d'influence significative des antibiotiques oraux ou topiques dans le cas d'un eczéma surinfecté. De plus, cela augmente le risque de résistance bactérienne.

De même, des alternatives au grattage peuvent être proposées : application de froid, galet lisse, roulette de massage. Ou encore, détourner l'attention en manipulant un objet, protéger sa peau par des vêtements couvrants en coton. Ces alternatives peuvent être proposées, mais c'est au patient de trouver ce qui lui correspond.

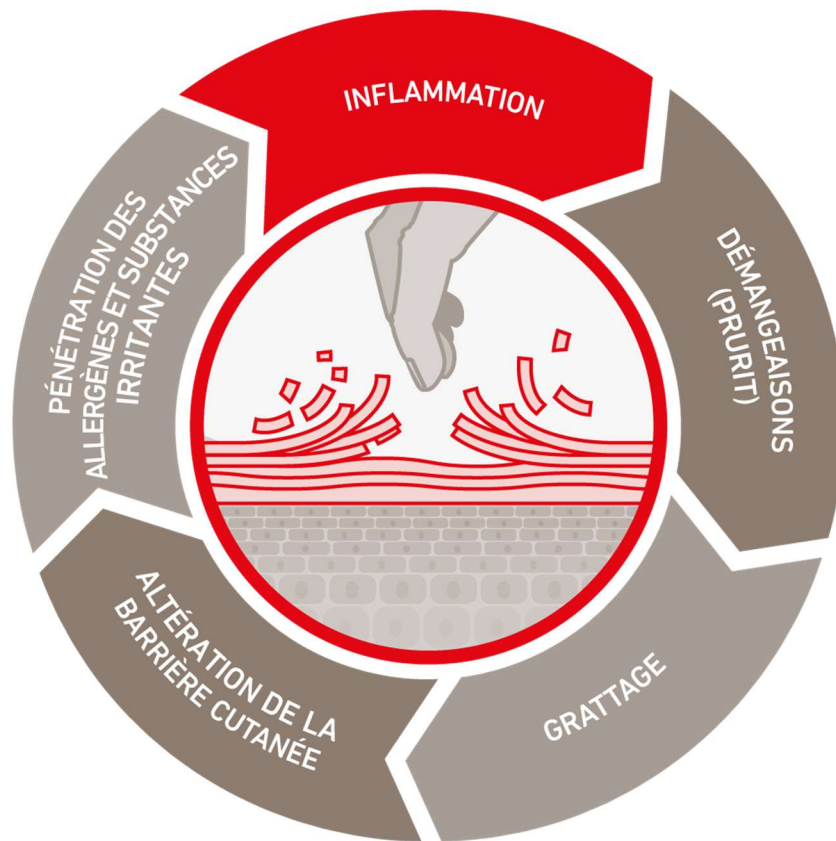


Figure 13 : Cercle vicieux - prurit, grattage, lésions

« La dermatite atopique, les symptômes ». [Internet]. *LILLY DERMATOLOGIE*. Disponible sur <https://lillydermatologie.fr>

Notre rôle dans la déconstruction de fausses croyances est essentiel. Le patient doit se sentir en sécurité pour accepter de se traiter et quitter ses préjugés qui le dirigent depuis tant d'années. La notion d'insécurité du patient atopique démarre alors qu'il est tout petit par le biais de la peau elle-même. Il n'est pas anodin de se poser la question de la place du toucher émotionnel quand la peau brûle ou gratte dès les premiers jours de la vie. Or, la peau participe à cette construction intérieure par l'intermédiaire du toucher émotionnel. De même, permettre au patient de donner du sens à la maladie revient à identifier et expliquer le facteur déclencheur de la crise, sans pour autant faire une psychanalyse.

## **PARTIE 4- MATÉRIEL ET MÉTHODES**

---

### **4.1 Questionnaire patient**

Nous n'avons recensé aucune enquête antérieure concernant la relation qu'entretiennent les patients atteints de dermatite atopique avec leurs pharmaciens d'officine. Nous souhaitons recueillir les besoins du patient en termes de prise en charge ainsi que leurs attentes envers leur pharmacien.

#### **4.1.1 Élaboration du questionnaire [Annexe 7]**

L'enquête destinée aux patients se présente sous forme d'un questionnaire comportant vingt-neuf questions. Elles ont été élaborées dans le but de cerner les attentes des patients concernant leur pathologie et dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. L'étude a été réalisée sur une population de patient dont le diagnostic de dermatite atopique a été posé.

Le questionnaire a été réalisé après identification des différentes problématiques. La première s'intéresse à l'état clinique du patient, à leur ressenti physique et psychologique. La seconde partie de l'enquête est consacrée à la mise en œuvre de leur traitement : hygiène, utilisation des émoullients et des DC. On s'intéressera aux obstacles rencontrés. Enfin, la troisième partie s'intéresse tout particulièrement à leurs attentes au sujet de leur maladie et aussi à leurs attentes vis à vis de leur pharmacien.

Le but du questionnaire était d'aller vers la mise en place d'un accompagnement personnalisé pour améliorer l'autonomie du patient vis à vis de sa maladie comme ce qui existe déjà en France avec les entretiens pharmaceutiques concernant l'asthme ou d'autres pathologies.

Le questionnaire destiné aux patients a été retravaillé plusieurs fois avant d'atteindre la version finale. Nous avons recruté deux patients-tests et avons fait quelques modifications à l'issue de leurs remarques.

Nous avons utilisé Microsoft Word et Google Forms pour créer le questionnaire.

#### **4.1.2 Recrutement des patients**

Le critère d'inclusion principal était d'avoir une dermatite atopique diagnostiquée. Les patients ou les parents d'enfants atteints de DA ont été invités à remplir anonymement une enquête.

Trois types de patients ont été ciblés, comme nous allons l'évoquer par la suite :

- Les patients en pharmacie lors de dispensation de l'ordonnance ;
- Les patients chez le dermatologue lors d'un rendez-vous de suivi ou d'urgence ;
- Le patient à son domicile, via les réseaux sociaux.

Chacun de ces trois groupes de recrutement patients aura un état d'esprit différent quant à la prise en charge de sa maladie. Le fait d'avoir un contexte différent joue potentiellement sur leurs envies et ressentis au moment où ils remplissent le questionnaire.

#### **4.1.3 Diffusion du questionnaire**

Le questionnaire en ligne était accessible du 14 mars 2021 au 31 mai 2021.

Nous avons opté pour trois canaux différents en utilisant le questionnaire sous forme papier ou en ligne.

Le premier a été le mailing, principalement aux maîtres de stage, dans lequel nous avons joint le lien du questionnaire ainsi que des flyers à disposer sur les comptoirs [Annexe 8]. Ce canal était destiné aux **patients en pharmacie**.

Le second a été la distribution de flyers [Annexe 8] ainsi que des questionnaires en format papier, dans les salles d'attentes des dermatologues implantés sur Grenoble et sa périphérie ainsi que dans quelques pharmacies. Le flyer contenait un QR CODE que le patient pouvait scanner pour accéder facilement au questionnaire en ligne. Ce canal était destiné aux **patients chez le dermatologue**.

Le troisième a été la diffusion sur les réseaux sociaux : Facebook personnel, Facebook professionnel du Dr Bourrel-Bouttaz, Facebook de patient expert (@holaeczema) ainsi que sur des groupes de patients atteints d'eczéma atopique. Le Dr Bourrel-Bouttaz a également diffusé le lien du questionnaire sur son site internet [www.mag-da.fr](http://www.mag-da.fr) ainsi que sur sa page LinkedIn. Ce canal était destiné aux **patients à leur domicile**.

#### **4.1.4 Recueil et traitement des données du questionnaire**

Le recueil des données et la soumission des questionnaires demeuraient totalement anonymes. Pour chaque réponse, uniquement la date et l'heure étaient renseignées.

Cette enquête ciblant les patients, a permis de récolter 251 questionnaires.

Dans les cas où certaines réponses étaient absentes, nos pourcentages ont été recalculés proportionnellement au prorata de patients ayant répondu à la question.



Les données ont été recueillies par génération d'une feuille de réponse Excel à partir du questionnaire Google Forms. Pour les réponses obtenues en format papier, elles ont été ajoutées dans cet Excel. Puis, l'exploitation des résultats et la réalisation des graphiques ont été réalisés au moyen d'Excel. Concernant les questions ouvertes, elles ont été traitées une par une et regroupées par classe, afin de faciliter leur lecture.

Les données obtenues ont essentiellement été quantitatives. Nous avons également classé les verbatims de patients qui semblaient intéressants pour notre travail.

#### **4.2 Questionnaire équipe officinale**

L'état de connaissance et l'intérêt des équipes officinales à propos de la dermatite atopique sont l'objet principal de ce questionnaire. Le but est d'évaluer leur implication dans le parcours de soin du patient ainsi que la possibilité de mettre en place un accompagnement personnalisé pour ces patients au sein de leurs officines.

##### **4.2.1 Élaboration du questionnaire [Annexe 9]**

L'enquête destinée aux équipes officinales, aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie, se présente sous forme d'un questionnaire comportant vingt-sept questions.

Dans un premier temps, il semblait intéressant de constituer le profil du professionnel ainsi que le type d'officine dans laquelle il pratique. Puis, dans un second temps, nous avons orienté notre questionnaire sur la connaissance des soins d'hygiène effectués par le patient, des émoullients, des dermocorticoïdes et des compléments alimentaires ainsi que les obstacles rencontrés lors de la

délivrance. Enfin, dans un troisième temps, nous avons cherché à cibler leurs attentes à propos du développement de l'accompagnement personnalisé.

Le questionnaire destiné à l'équipe officinale a été retravaillé plusieurs fois avant d'atteindre la version finale. L'objectif était de recueillir un maximum d'informations sans pour autant que le professionnel de santé ne trouve le questionnaire trop long. Nous avons recruté deux pharmaciens-tests et avons fait quelques modifications suite à leurs remarques.

Nous avons utilisé Microsoft Word et Google Forms pour créer le questionnaire.

#### **4.2.2 Recrutement des professionnels de santé**

Le critère d'inclusion principal était de travailler dans une officine française.

En revanche, ce questionnaire n'était destiné qu'aux pharmaciens et préparateurs. Nous avons estimé que les étudiants n'avaient pas assez d'expériences et de retours pour collecter les informations souhaitées.

#### **4.2.3 Diffusion du questionnaire**

Le questionnaire en ligne était accessible du 30 mars 2021 au 24 juillet 2021. Nous avons décidé de le laisser disponible un peu plus longtemps, car le recueil de réponses était assez difficile au vu du manque de temps dont les équipes disposaient pendant cette période de pandémie.

En ce qui concerne la diffusion, nous avons opté pour deux canaux différents en utilisant le questionnaire sous forme papier ou en ligne.

- Le premier a été le mailing aux maitres de stage ainsi qu'à un réseau de pharmaciens dans la France entière grâce au Docteur Cécile Tribouillard.

Nous leurs transférons les formats papiers ainsi que le lien du questionnaire en ligne.

- Le second a été la diffusion sur les réseaux sociaux : Facebook personnel, groupes Facebook composés de pharmaciens, préparateurs ou étudiants (qui transmettaient à leurs équipes officinales).

#### **4.2.4 Recueil et traitement des données du questionnaire**

La remise du questionnaire et le recueil des données demeuraient totalement anonymes. Pour chaque réponse, uniquement la date et l'heure étaient renseignés.

Cette enquête a permis de récolter 81 questionnaires. Dans les cas où les réponses ont été absentes, nos pourcentages ont été recalculés proportionnellement au prorata de professionnels ayant répondu à la question.

Les données ont été recueillies par génération d'une feuille de réponse Excel à partir du questionnaire Google Forms. Pour les réponses obtenues en format papier, elles ont été ajoutées dans cet Excel. Puis, l'exploitation des résultats et la réalisation des graphiques ont été réalisés au moyen d'Excel. Pour ce qui est des questions ouvertes, elles ont été traitées une par une et regroupées par classe, afin de faciliter leur lecture.

Les données obtenues ont essentiellement été quantitatives. Nous avons également classé les verbatims de professionnels de santé qui semblaient intéressants pour notre travail.

## **PARTIE 5- EXPOSITION DES RÉSULTATS**

### **5.1 Résultats du questionnaire patient**

La question concernant l'hygiène et le soin des mains ne sera pas abordée dans ce questionnaire. D'une part, les réponses étaient peu significatives et intéressantes à traiter car souvent confondues avec les produits utilisés pour le corps. D'autre part, au vu du contexte sanitaire et des règles d'hygiène adoptées, beaucoup de patients ont vu apparaître un eczéma de contact lié au gel hydroalcoolique au niveau de leurs mains.

#### **5.1.1 Population des patients**

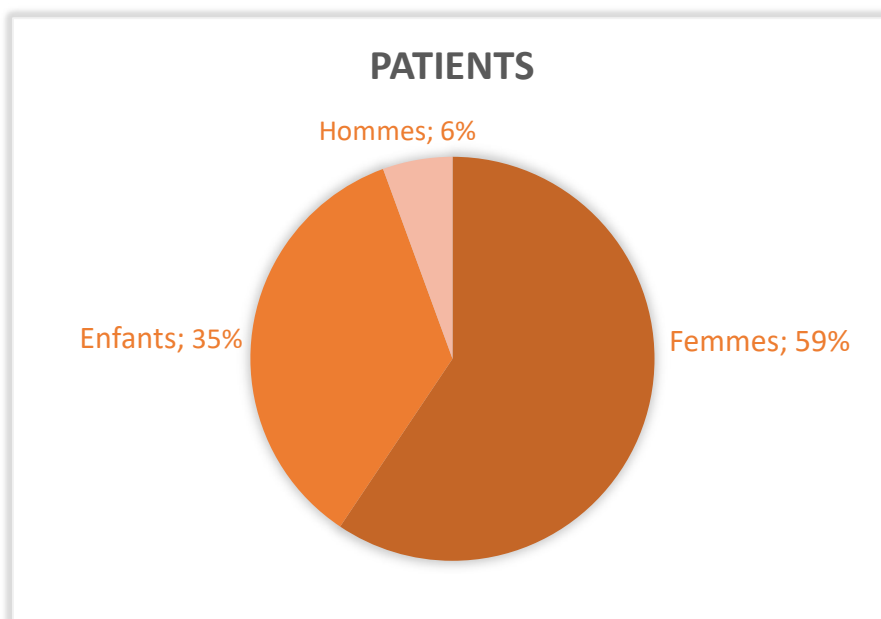


Figure 14 – Patients de l'enquête

251 patients atteints de dermatite atopique ont pris le temps de répondre au questionnaire. 65% sont des adultes, dont 59% de femmes et 6% d'hommes.

35% sont des parents d'enfants atteints de dermatite atopique.

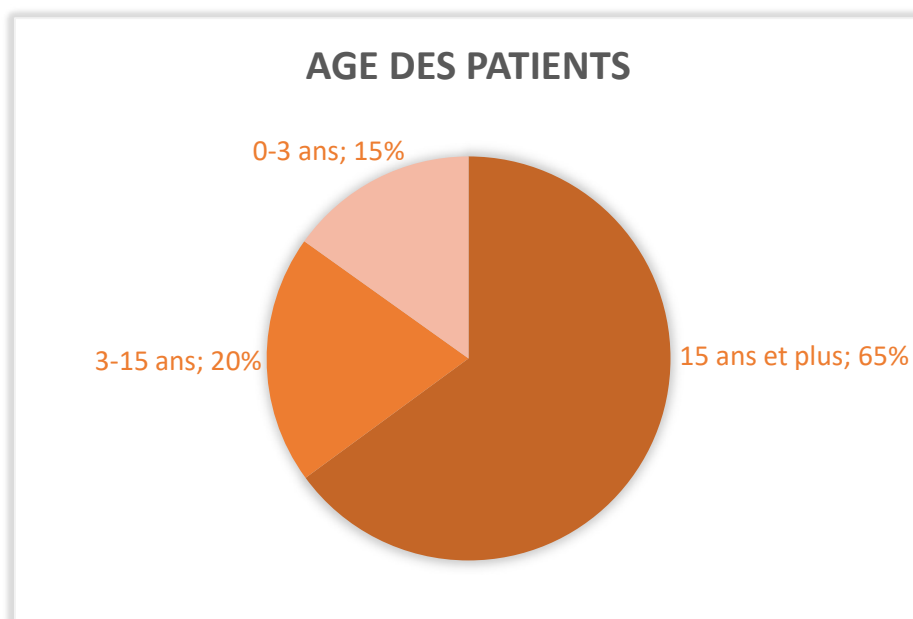


Figure 15 – Age des patients

15% sont des enfants de 0 à 3 ans. 20% sont âgés de 3 à 15 ans. Et 65% ont plus de 15 ans.

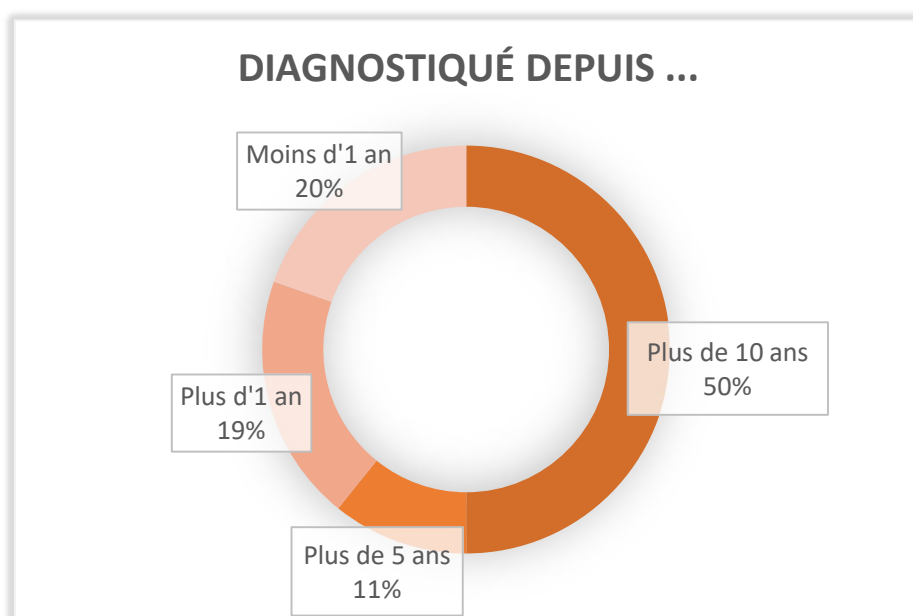


Figure 16 – Ancienneté du diagnostic de la dermatite atopique

50% ont été diagnostiqués il y a plus de 10 ans. 11% entre 5 et 10 ans.

19% entre 1 et 5 ans. 20% il y a moins d'un an.

Chaque catégorie de patient pourra nécessiter un accompagnement différent et ciblé.

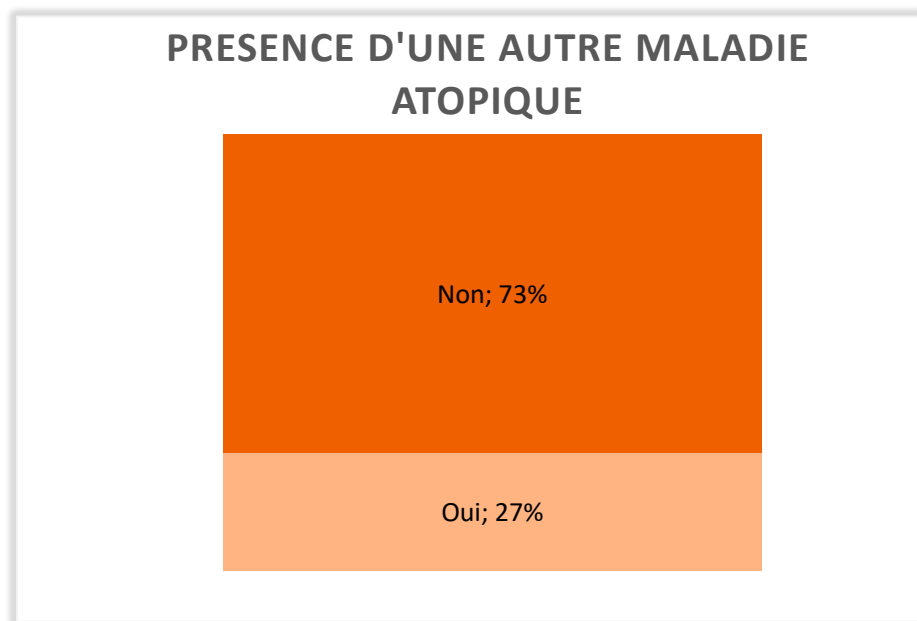


Figure 17 – Présence d'une autre maladie atopique

Environ un tiers des patients de l'échantillon (soit 27%) ont une autre maladie de la sphère atopique.

# Points importants

## Population des patients

**35%**

Enfants



**65%**

Adultes



**50%**

Diagnostiqués depuis  
plus de dix ans



**1/3**

A une autre maladie  
atopique

### 5.1.2 Impact physique de la maladie

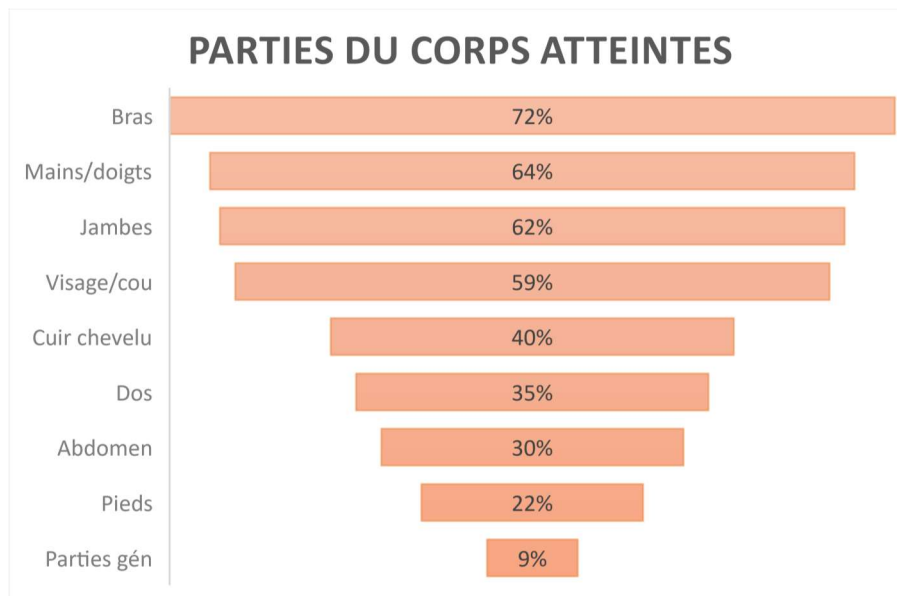


Figure 18 – Parties du corps atteintes

Les parties du corps les plus atteintes sont les membres supérieurs. En effet :

72% des patients de notre échantillon sont touchés au niveau des bras.

Une moyenne de 60% est touchée au niveau des mains/doigts, des jambes ainsi que du visage/cou.

40% de notre échantillon est touché au niveau du cuir chevelu.

35% au niveau du dos.

30% au niveau de l'abdomen / tronc antérieur.

22% au niveau des pieds.

8% au niveau des organes génitaux.



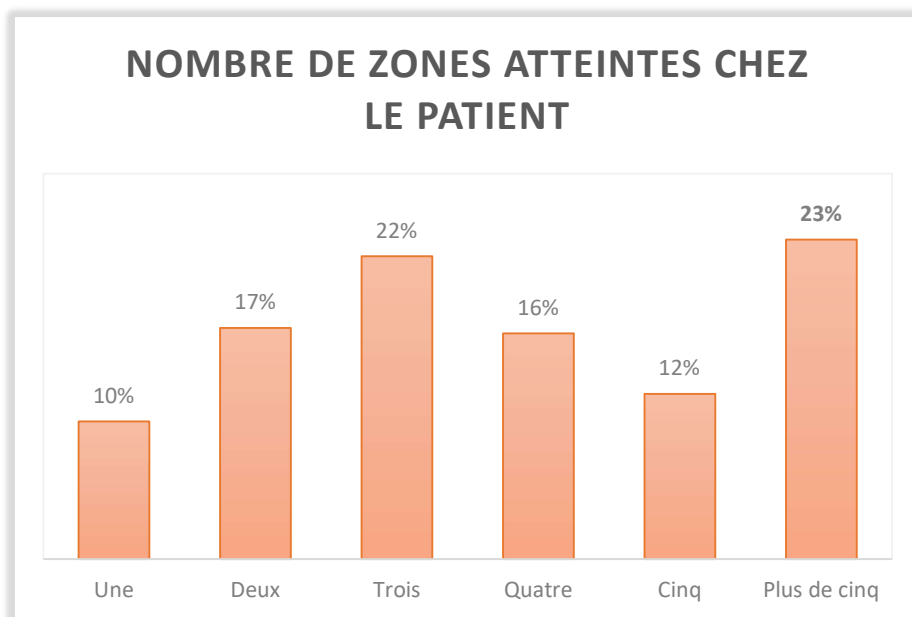


Figure 19 – Nombre de zones atteintes chez le patient

50% des patients ont plus de quatre zones du corps touchées par l'eczéma.

22% ont trois zones touchées.

17% ont deux zones touchées.

10% n'ont qu'une seule zone touchée par l'eczéma.

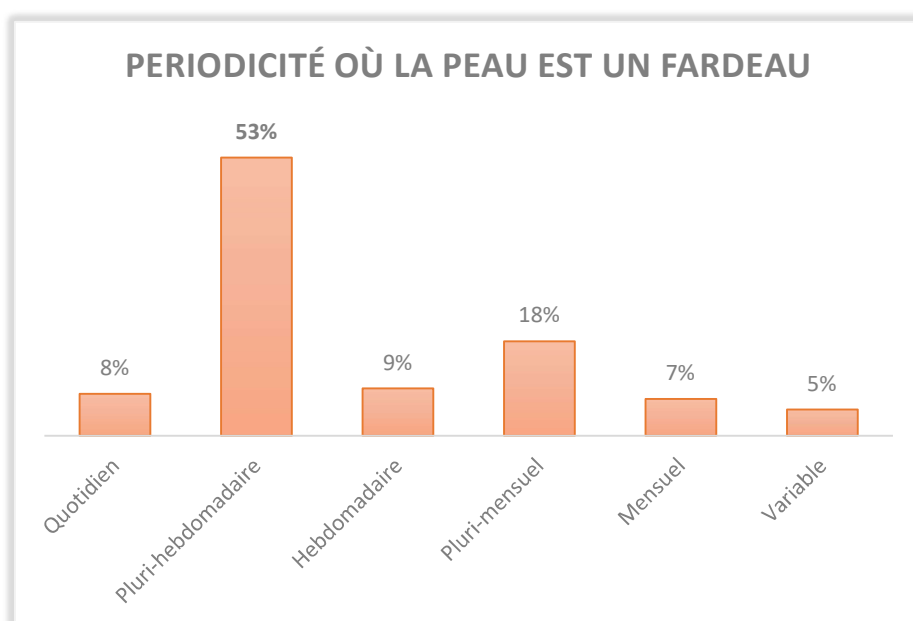


Figure 20 – Périodicité où la peau est un fardeau

- Fardeau quotidien : 8%
- Fardeau pluri hebdomadaire : 53%
- Fardeau hebdomadaire : 9%
- Fardeau pluri mensuel : 18%
- Fardeau mensuel : 7%
- Fardeau variable : 5%

On observe ainsi que 2/3 des patients en souffrent de façon quasi permanente.

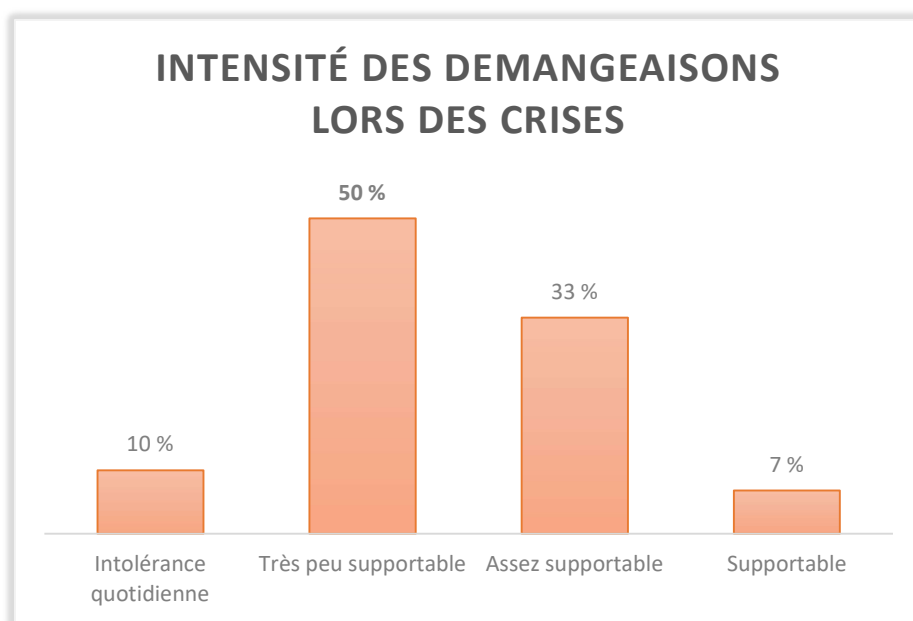


Figure 21 – Intensité des démangeaisons lors des crises

10% de l'échantillon trouve les démangeaisons lors des crises, insupportables au quotidien. 50% les trouvent très peu supportables. 33% assez supportables. 7% supportables.

2/3 ont des démangeaisons très violentes.

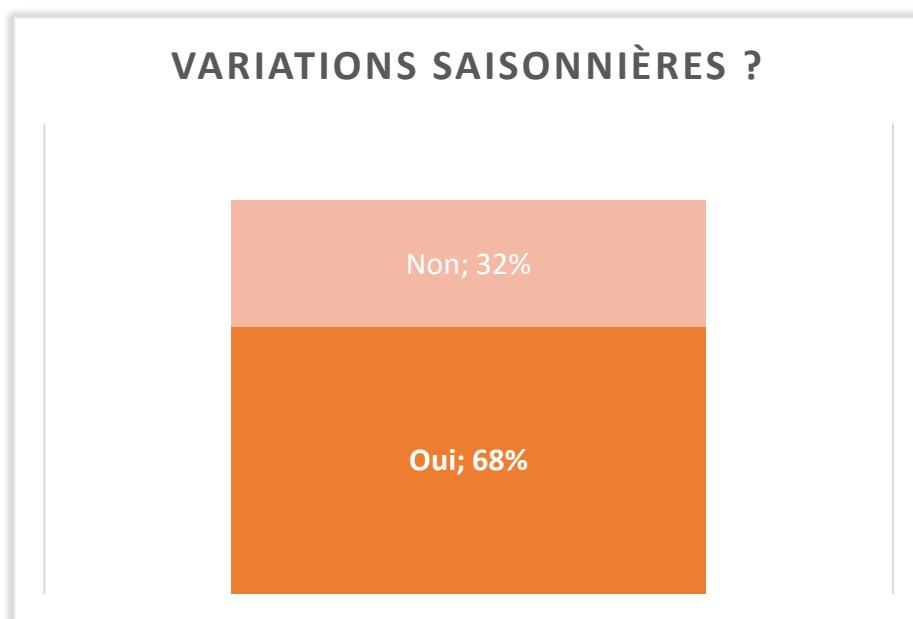


Figure 22 – Variations saisonnières

Plus des deux tiers de l'échantillon observent une variation saisonnière quant à la survenue de crises.

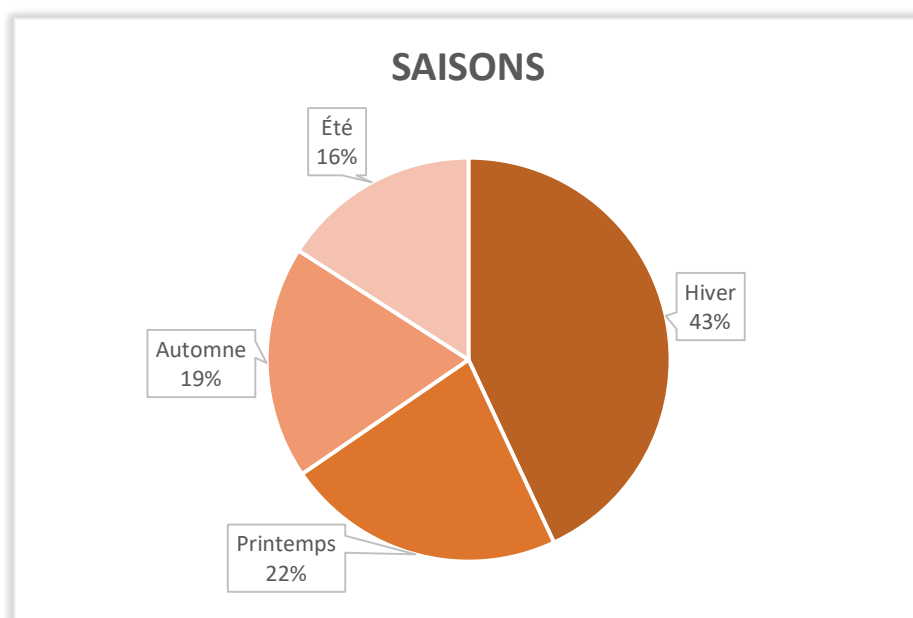


Figure 23 – Saisons concernées

43% des patients attestant d'une variation saisonnière la trouve prépondérante en hiver. Alors que 22% trouvent que l'eczéma est déclenché plutôt au printemps contre 19% en automne et 16% en été.

# Points importants

## Impact physique de l'eczéma

**+50%**

Ont plus de 4 zones touchées par l'eczéma



Considère que les démangeaisons lors des crises sont insupportables

**70%**

Pour qui l'eczéma est un fardeau 1 à plusieurs fois par semaine

**68%**

Note un impact saisonnier sur l'eczéma

**60%**

Hiver  
FROID



**43%**  
des patients

Printemps  
POLLEN



**22%**  
des patients

Été  
TRANSPIRATION



**16%**  
des patients

Automne  
ANXIÉTÉ RENTRÉE



**19%**  
des patients

### 5.1.3 Impact psychosocial de la maladie

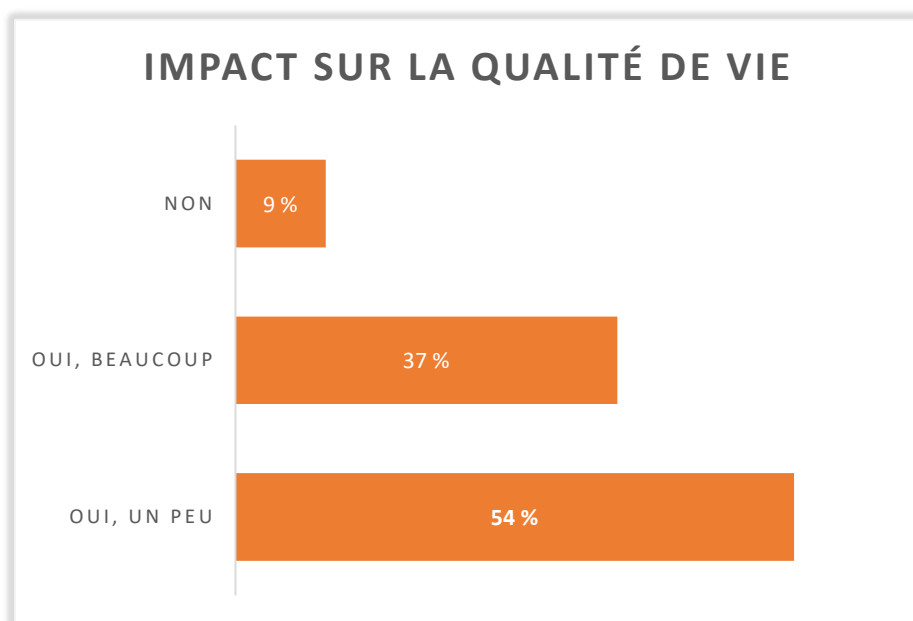


Figure 24 – Impact sur la qualité de vie

Seulement 9% ne ressent aucun impact sur leur qualité de vie.

Un tiers, soit 37%, estiment que la dermatite atopique a un impact important sur leur qualité de vie. Plus de la moitié des patients ayant répondu au questionnaire, soit 54%, admettent que leur maladie représente un impact plutôt léger sur leur qualité de vie.

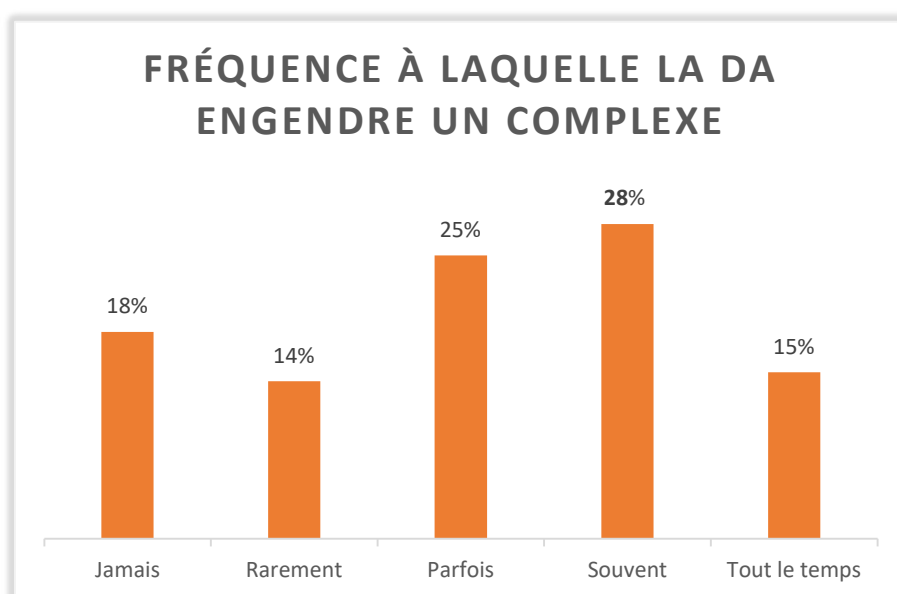


Figure 25 – Fréquence à laquelle la DA engendre un complexe

Globalement, la DA est à l'origine d'un complexe pour les patients qui ont répondu respectivement à 25 et 28% « parfois » et « souvent ». Une minorité de 15% se sent complexée « tout le temps ». Au final, 43% des patients considèrent que le complexe dû à la dermatite atopique est majeur.

En revanche, 18% ne se sentent jamais complexés et seulement 14% ne le sont que rarement.

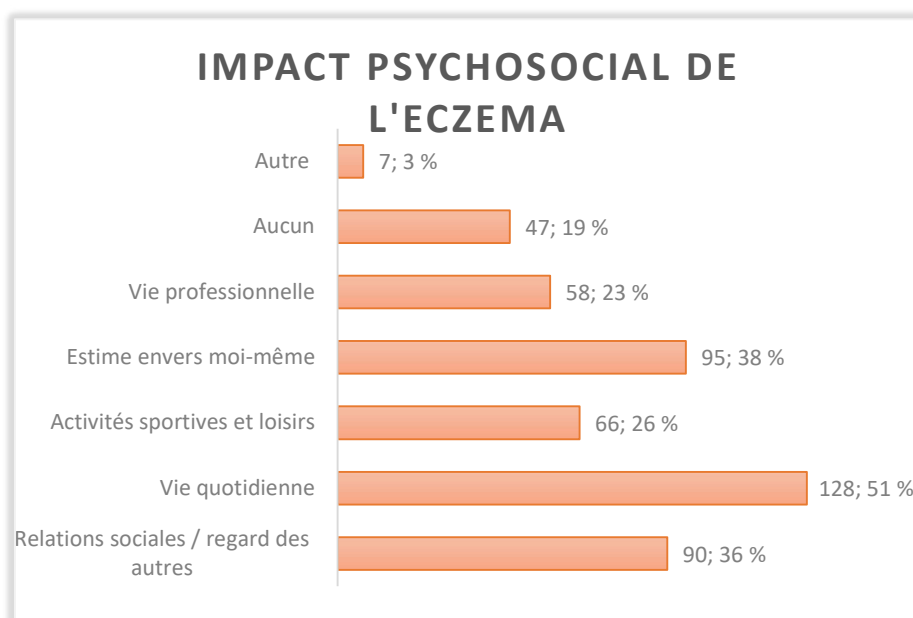


Figure 26 – Impact psychosocial de l'eczéma

On observe que l'eczéma a un impact dans la vie quotidienne pour 51% des patients de l'échantillon. L'estime envers soi-même, les relations sociales et le regard des autres semblent impacter environ 40% des patients. Les activités sportives sont impactées pour 26% des patients. La vie professionnelle semble elle aussi impactée pour 23% des patients.

Environ 19% de l'échantillon estime que l'eczéma n'a aucun impact dans leur quotidien.

Trois patients ont évoqué l'impact de l'eczéma sur le sommeil. Un patient a évoqué le coût considérable que les traitements annexes représentent. Et enfin, une autre patiente a évoqué le fait que l'eczéma la rendait irritable et nerveuse.

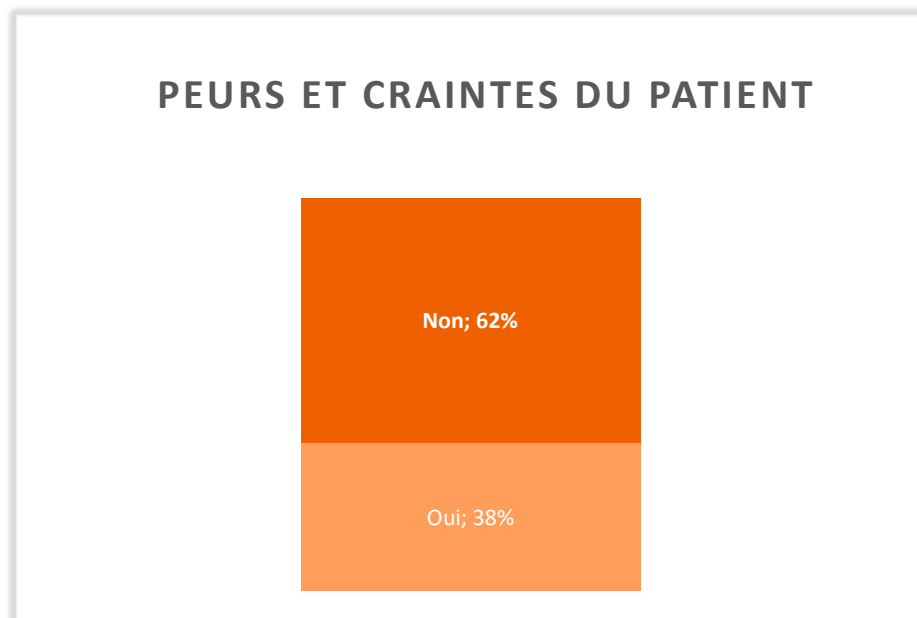


Figure 27 – Peurs et craintes du patient

Environ 2/3 des patients n'ont pas de peurs ni de craintes face à leur eczéma.

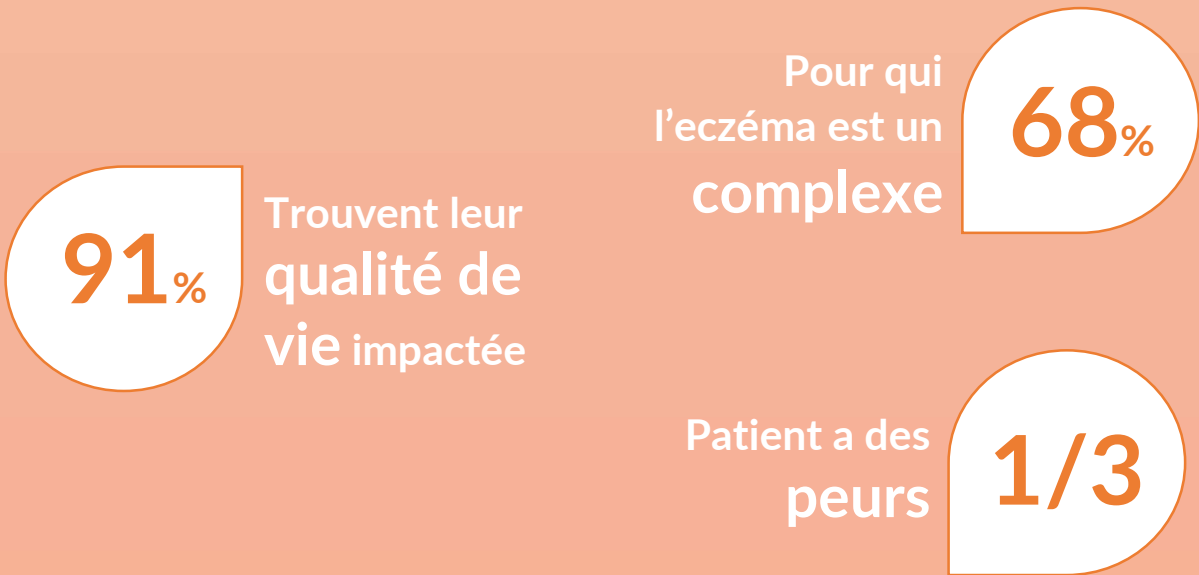
Mais presque 1 patient sur 3 émet quand même des peurs.

Voici les peurs exprimées par les patients lors de l'enquête à propos de leur maladie (95 patients/251) [Annexe 13] :

- Peur que la maladie reste toute la vie, peur de ne jamais s'en sortir, peur que ça s'aggrave : 48%
- Peur sociale (rejet, moquerie...) : 13%
- Peur de développer une autre pathologie liée à l'impact de l'eczéma : 12%
- Peur de transmission génétique : 8%
- Peur du traitement à base de cortisone : 8%
- Peur de l'altération de la qualité cutanée : 7%
- Peur d'être en contact avec les facteurs déclenchants de la crise : 3%
- Peur des infections : 2%

# Points importants

## Impact psychosocial de l'eczéma



### Impact psychosocial





#### 5.1.4 Hygiène et soins

L'enquête a cherché à savoir quels produits lavants, hydratants et de maquillage le patient utilise, et en quelle quantité.

- **La toilette**

Le produit lavant est-il adapté à la peau atopique ?

**Référentiel du produit lavant labellisé atopique : sans savon, sans parfum.**

Il s'agit des huiles lavantes, des syndets, des gels lavants, des pains dermatologiques labellisés peau atopique. Les laboratoires ont créé des gammes spécifiques pour l'atopie avec un nom bien précis ce qui permet de les reconnaître [Annexe 10].

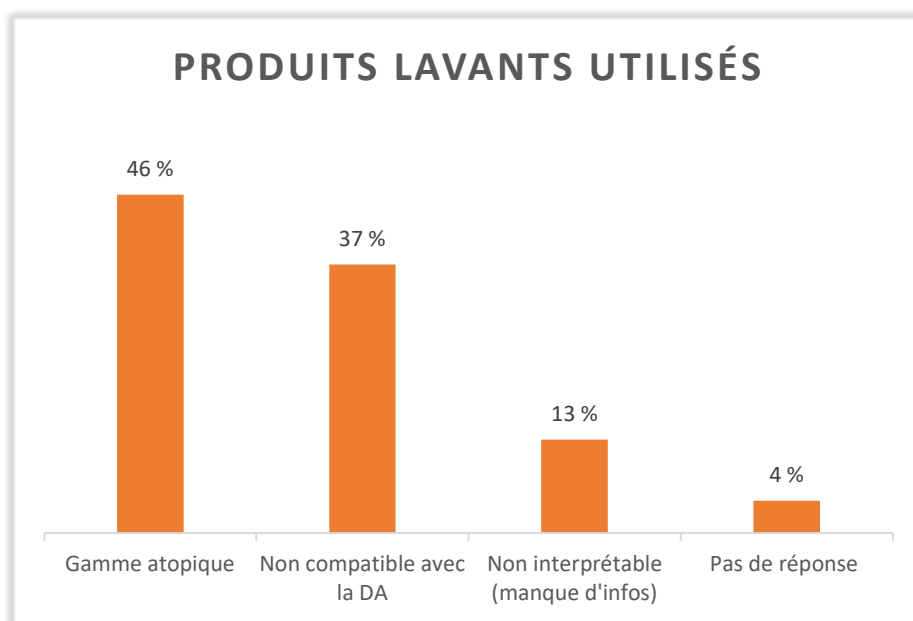


Figure 28 – Utilisation du produit lavant

Pour cela, nous avons étudié les produits utilisés par les patients un à un afin de vérifier leur compatibilité avec la peau atopique [Annexe 11].

On observe ainsi que 46% des patients utilisent un produit lavant adapté à leur peau. En revanche, 54% de patients utilisent un produit lavant non adapté à leur peau, soit près d'un patient atopique sur deux.

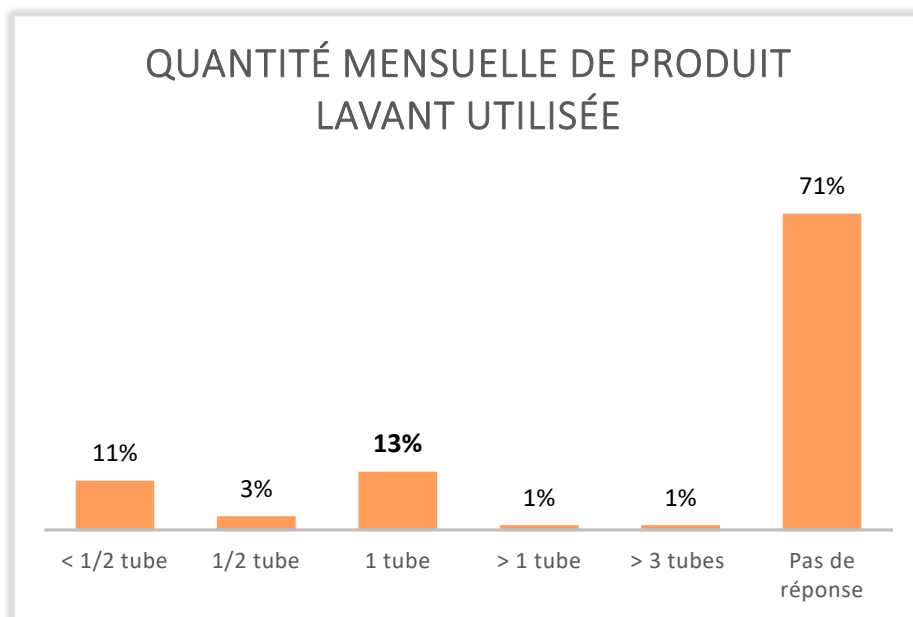


Figure 29 – Quantité mensuelle de produits lavants

13% des patients utilisent 1 tube de produit lavant par mois.

11% des patients utilisent moins d'1/2 tube par mois.

71% des patients n'ont pas apporté de réponse à cette question.

- **L'hydratation**

Le produit hydratant est-il adapté à la peau atopique ?

**Référentiel de l'émollient labellisé atopique : sans parfum**

Dans l'idéal, il faudrait également un émollient sans conservateurs et avec peu d'ingrédients, mais la mention « sans parfum » reste l'élément primordial.

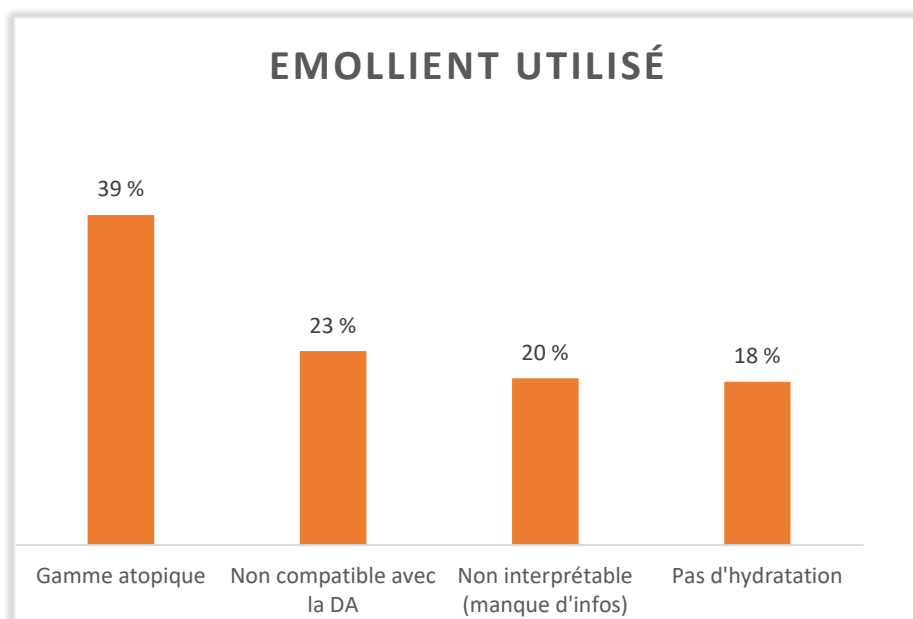


Figure 30 – Utilisation du produit hydratant

Pour cela, nous avons étudié les produits utilisés par les patients un à un afin de vérifier leur compatibilité avec la peau atopique ou non [Annexe 12].

39% des patients utilisent un émollient adapté à leur peau.

61% utilisent un émollient non adapté ou ne s'hydratent pas.

**Un patient sur cinq ne s'hydrate pas.**

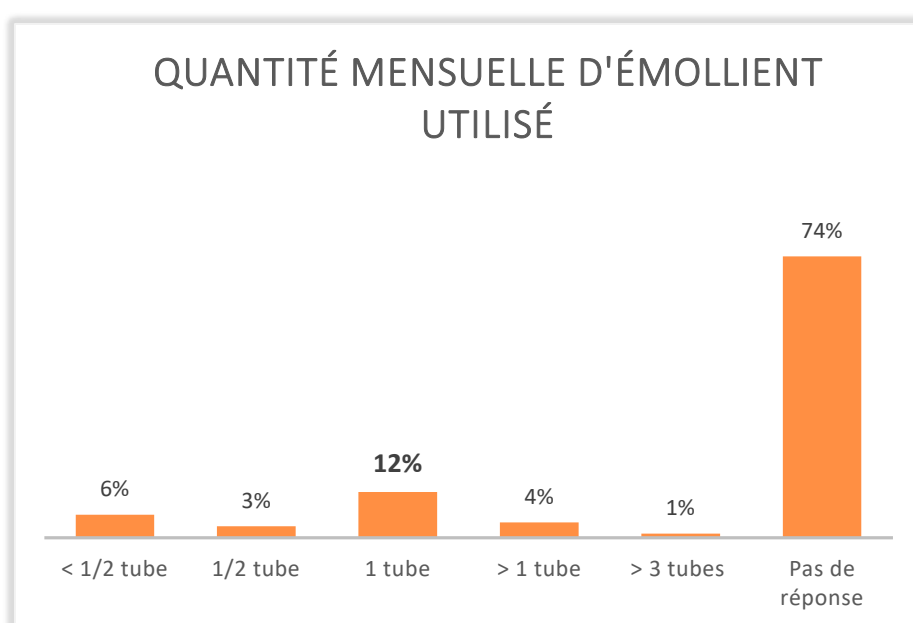


Figure 31 – Quantité mensuelle d'émollient

12% des patients de l'enquête utilisent un tube d'émollient par mois.

6% des patients utilisent moins d'un demi tube par mois.

74% des patients n'ont pas apporté de réponse à cette question.

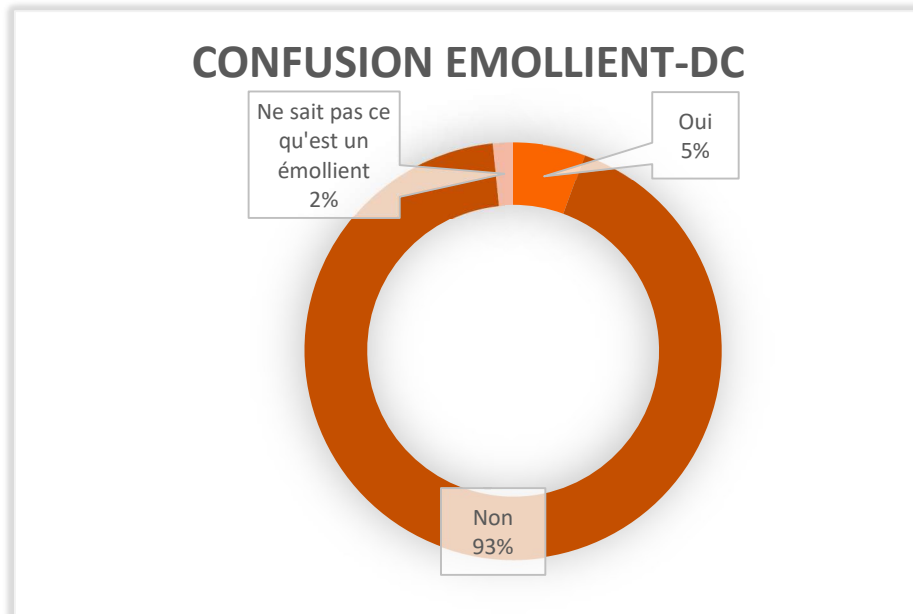


Figure 32 – Confusion entre émollient et dermocorticoïde

Lorsque nous avons demandé aux patients de citer l'émollient qu'ils utilisaient, 5% ont donné le nom de leur dermocorticoïde. De plus, 2% des patients de l'enquête ne connaissent pas le terme émollient, qu'il reste le traitement de fond de la dermatite atopique.

- **Lotion, déodorant, maquillage :**

En partant du principe que ces trois produits sont utilisés uniquement chez l'adulte, nous avons recalculé les pourcentages en fonction du nombre d'adulte ayant répondu. Également pour ce qui est du maquillage, nous l'avons calculé proportionnellement au nombre de femmes ayant répondu au questionnaire.

## UTILISATION D'UN DÉODORANT

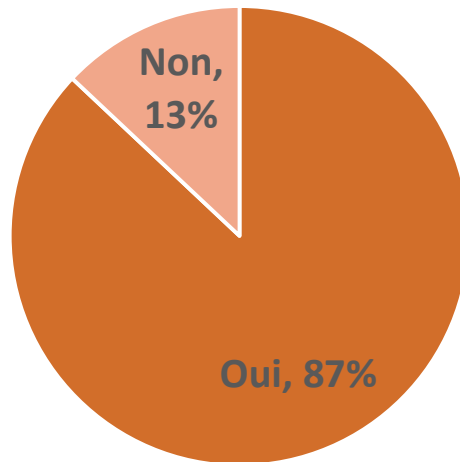


Figure 33 – Utilisation d'un déodorant

87% des adultes utilisent un déodorant, soit près de neuf patients sur dix.

## UTILISATION DE MAQUILLAGE

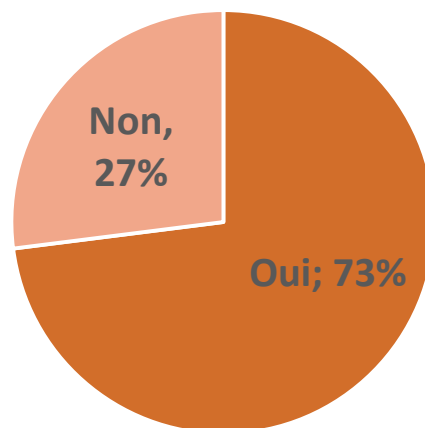


Figure 34 – Utilisation de maquillage

73% des femmes utilisent du maquillage.

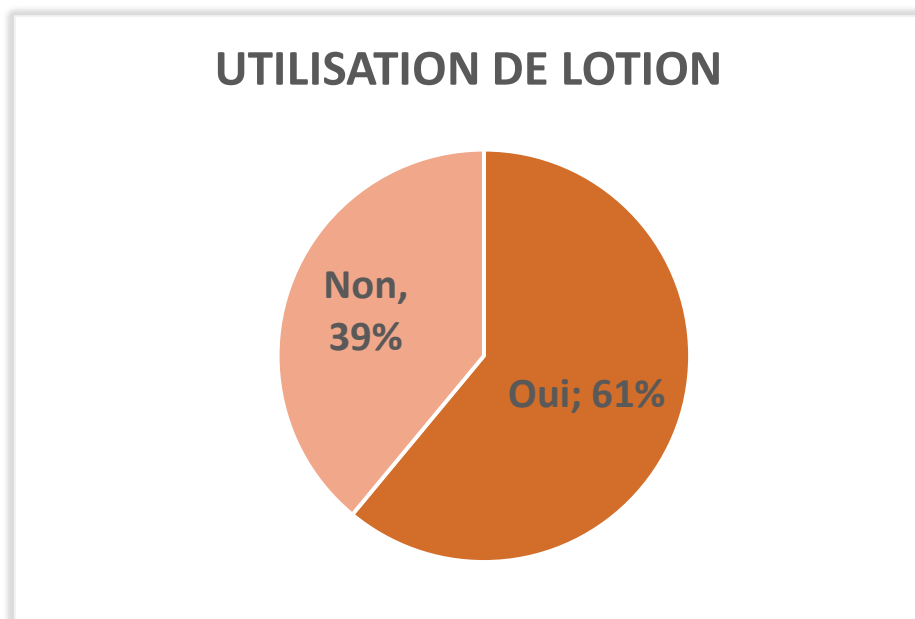


Figure 35 – Utilisation de lotion

61% des adultes utilisent une lotion.

- **Comment le patient a-t-il choisi ses produits ?**

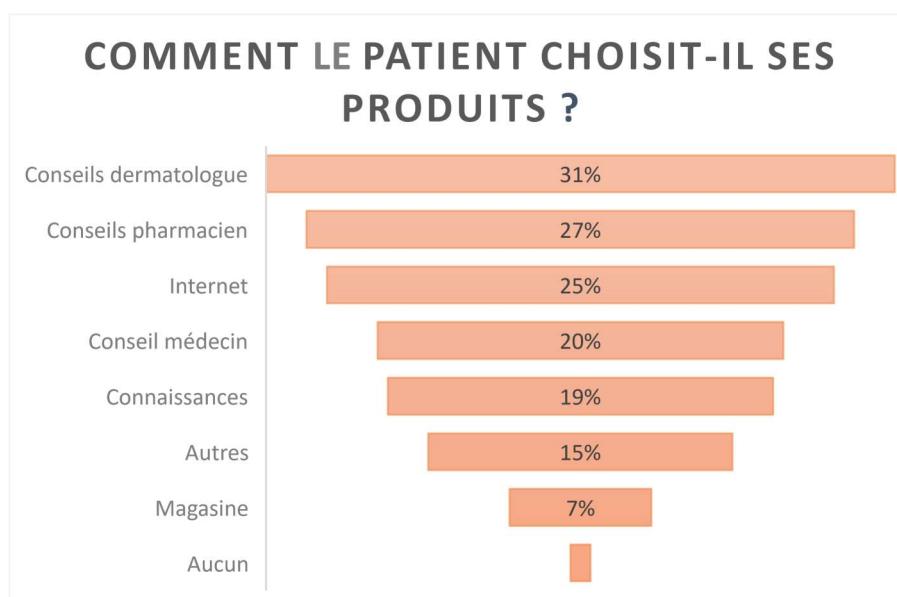


Figure 36 – Source de choix du produit

Le choix du patient pour ses produits de soin et d'hygiène provient naturellement des conseils de son dermatologue ou de son pharmacien. En 3<sup>e</sup> place viennent les conseils provenant d'internet. Il y a peu d'écart entre ces trois sources d'informations.

Toutefois, les patients comptent aussi sur les conseils de leur médecin ainsi que de leurs connaissances.

Pour ce qui est des patients qui s'informent via d'autres sources (37 patients/251), les voici [Annexe 14] :

- Après avoir testé plusieurs produits : 33%
- Après ses propres choix : 27%
- Conseils d'autres professionnels : 15%
- En se basant sur la liste INCI : 12%
- Patient qui a une connaissance travaillant en pharmacie ou dans l'esthétique : 9%
- Au hasard : 3%

# Points importants

## Hygiène & soins



54%

Ont un produit lavant non adapté

Ne s'hydratent pas

1/5

43%

Ont un produit hydratant non adapté

Ne connaissent pas le terme « émollient »

7%

87%

Utilisent un déodorant

Utilisent du maquillage

73%

Source de choix des produits par le patient

31%

Dermatologue

27%

Pharmacien

25%

Internet





### 5.1.5 Les dermocorticoïdes

- Le patient a-t-il une prescription de dermocorticoïde ?

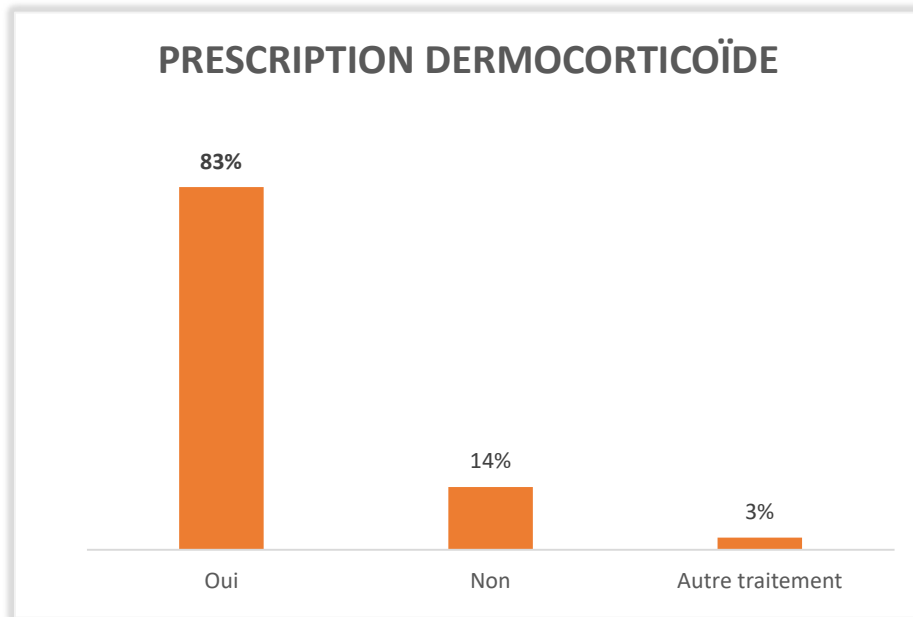


Figure 37 – Prescription de dermocorticoïde

Parmi tous les patients ayant répondu au questionnaire, 83% ont une prescription de dermocorticoïde, soit 208 patients sur les 251 totaux.

- Apport d'informations par le professionnel de santé (médecin et/ou pharmacien)

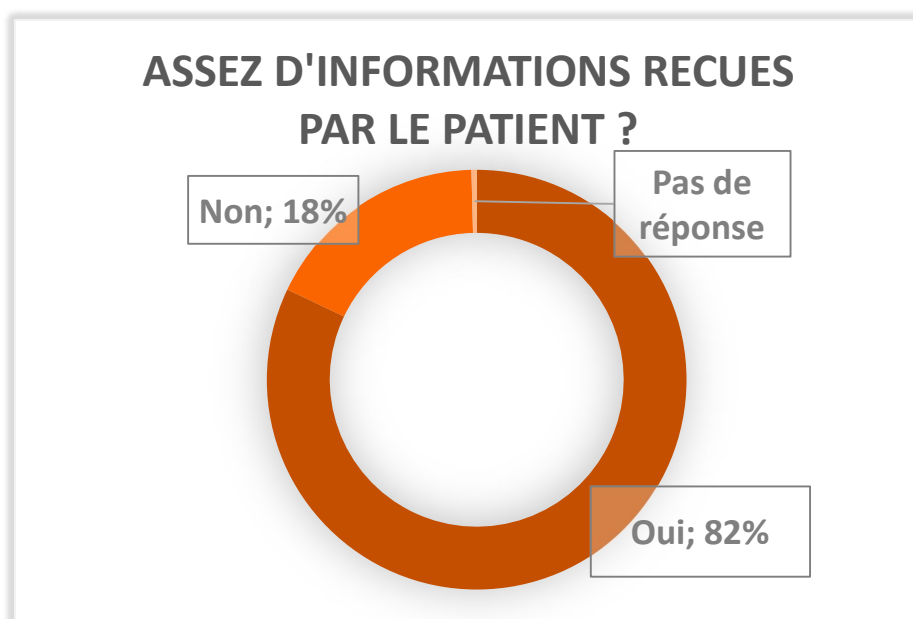


Figure 38 – Apport d'informations pour le patient

18% des patients estiment ne pas avoir assez d'informations à propos des DC de la part des professionnels de santé, contre 82% qui s'estiment satisfaits.

- Utilisation du dermocorticoïde

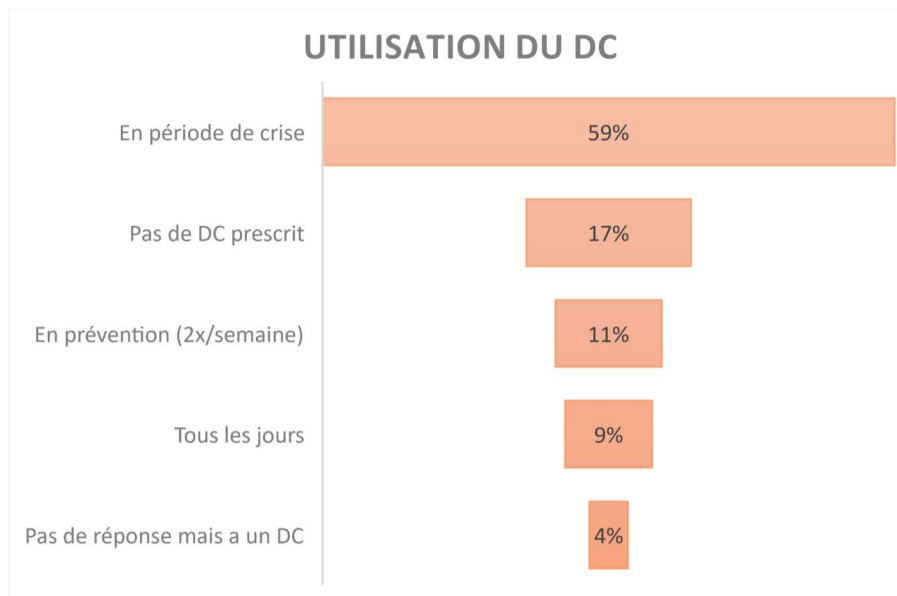


Figure 39 – Utilisation du DC

Sur les 208 patients ayant un DC prescrit :

- 59% l'utilisent uniquement en cas de crise
- 17% n'ont pas de dermocorticoïdes prescrits
- 11% l'utilisent en prévention deux fois par semaine
- 9% l'utilisent quotidiennement
- 4% ont un DC mais n'ont pas répondu sur l'utilisation qu'ils en font.

- Comment le patient prend-il en charge sa crise d'eczéma ?

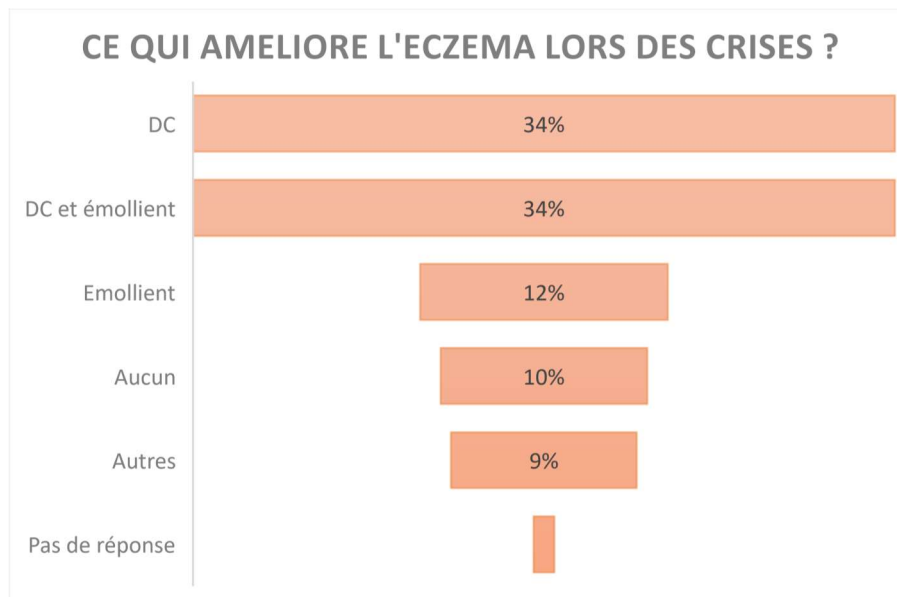


Figure 40 – Traitement de la crise d'eczéma

34% des patients ont acquis le fait que l'utilisation du dermocorticoïde seul permet de soigner une crise d'eczéma. 34% pensent que l'émollient permet d'améliorer la crise en plus de l'utilisation du dermocorticoïde.

12% pensent que l'émollient seul permet d'améliorer la crise d'eczéma.

Parmi ces patients, 10% pensent que rien ne permet d'améliorer la crise.

En ce qui concerne les patients ayant répondu qu'autre chose améliore la crise d'eczéma (25 patients / 251), voici leurs réponses [Annexe 15] :

- Un autre produit est responsable de l'amélioration : 38%
- La gestion psychologique : 32%
- Le soleil : 16%
- Le magnétisme : 8%
- Agir sur les facteurs déclenchants : 4%

- Le patient utilise-t-il en cas de crise le DC qui lui est prescrit ?

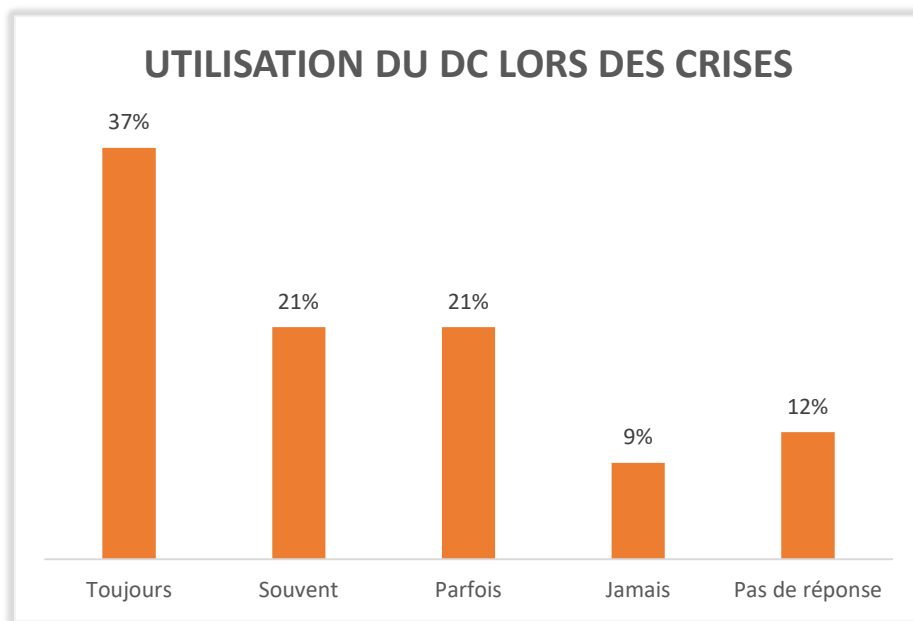


Figure 41 – Utilisation du dermocorticoïde lors des crises

Sur les **208 patients ayant un DC prescrit** :

- 37% utilisent toujours le DC lors des crises
- 42% l'utilisent souvent à parfois, mais pas systématiquement
- 12% des patients n'ont pas répondu à cette question
- **9% ne l'utilisent jamais.**

Parmi les 128 patients qui ne l'utilisent pas toujours, 48 ont donné les explications suivantes [Annexe 16] :

- Peur de la cortisone : effets secondaires, dépendance/accoutumance : 60%
- Ne constate pas d'amélioration avec les DC : 13%
- Trouve que la cortisone est un produit trop fort : 11%
- Estime que la cortisone est un produit « pas clean », pas naturel : 6%
- Recherche plutôt la cause : 6%
- Pas de crainte mais oubli de l'appliquer : 4%

- En cas de crise, le patient attend-t-il quelques jours avant d'utiliser le DC ?

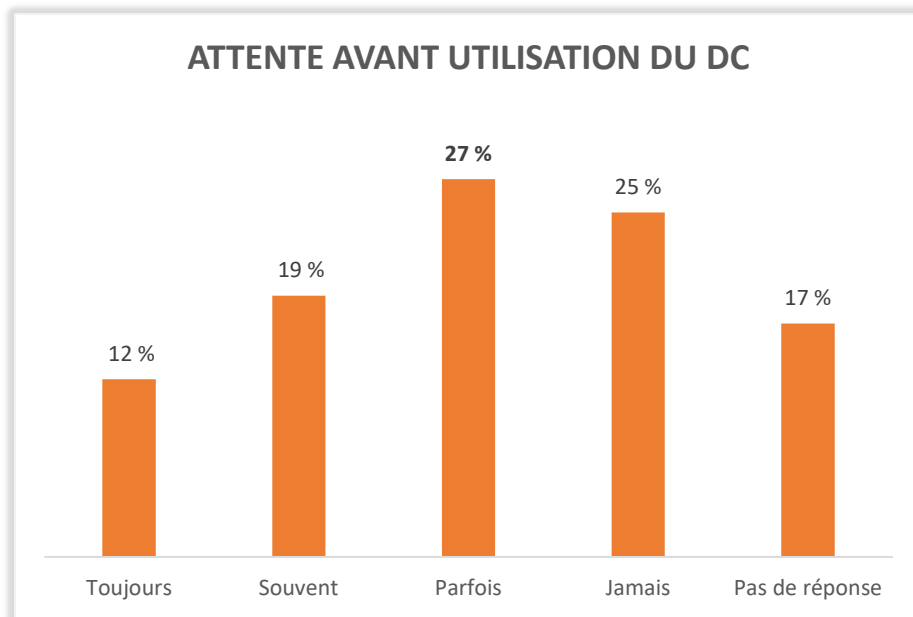


Figure 42 – Attente avant utilisation du DC

On peut observer que presque la moitié des patients, 46%, attendent souvent ou parfois quelques jours avant de l'utiliser. A cela s'ajoute 12% de patients qui attendent systématiquement quelques jours avant d'utiliser le DC.

Pour autant, 25% n'attendent jamais et l'utilisent dès le début de la crise d'eczéma.

Enfin, 17% des patients n'ont pas souhaité répondre.

Parmi les 147 patients qui attendent et ne l'utilisent pas dès le début de la crise, 89 ont donné les explications suivantes [Annexe 17] :

- Le patient attend avant de voir si la crise passe seule car il a atteint un certain seuil de douleur : 38%
- Peur de la cortisone : effets secondaires, dépendance/accoutumance : 36%
- Hydrate avant : 10%
- Essaie un autre produit que le dermocorticoïde : 8%
- Ne constate pas d'amélioration avec les DC, lassitude : 2%
- Recherche plutôt la cause : 2%
- Refus d'être « esclave » de son eczéma : 1%
- **Ne repère pas toujours le début des crises : 1%**

- Bonnes pratiques d'application du DC

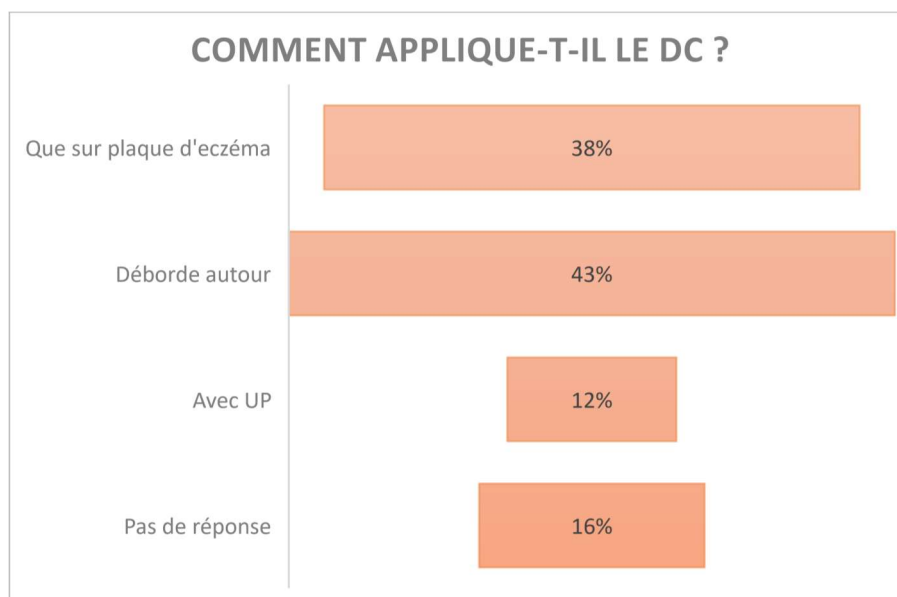


Figure 43 – Application du DC

38% de patients n'appliquent le DC que sur la plaque d'eczéma. 43% débordent autour de la plaque. 12% des patients utilisent l'unité phalangette.

Observons désormais le nombre de patient utilisant correctement son dermocorticoïde.

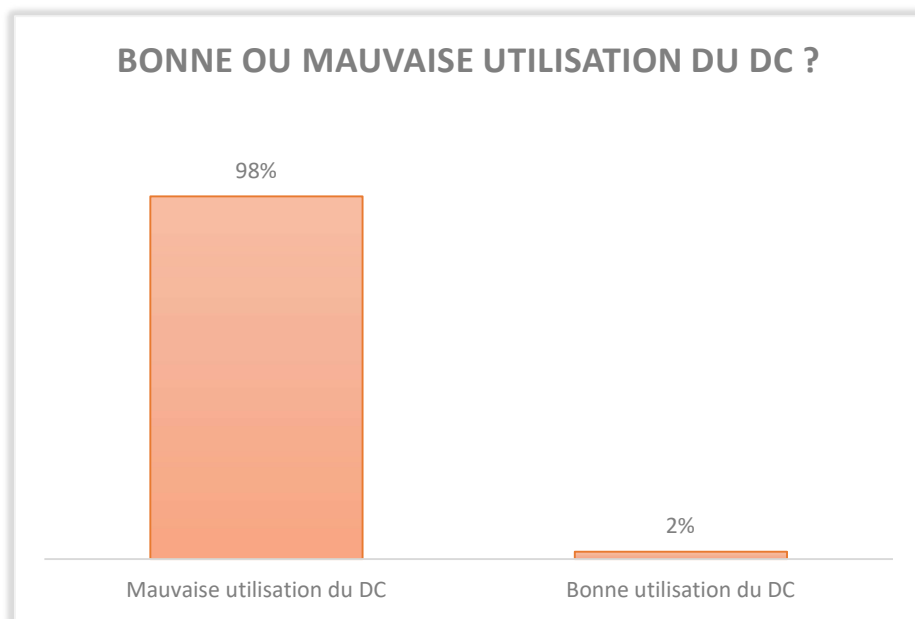


Figure 44 – Utilisation du DC

Seulement quatre patients sur les 208 ayant un dermocorticoïde utilisent correctement leur traitement selon les référentiels. En revanche, 98% des patients atopiques ayant une prescription de DC ne l'utilisent pas correctement.

# Points importants

## Les dermocorticoïdes

### Bonne utilisation du DC

Toujours utiliser le dermocorticoïde

**1 patient / 10**

Ne l'utilise jamais

Dès l'apparition de la crise  
(rouge ; gratte ; rugueux)

**58%**

Ne commencent pas le DC immédiatement

Déborder l'application autour de la plaque

**3 patients / 5**

Ne débordent pas autour de la plaque

Selon la règle de l'unité phalange

**88%**

N'utilisent pas l'unité phalange

**9%**

ne l'utilisent pas  
en cas de **crise**

**32%**

ignorent son  
**efficacité** en cas  
de **crise**

**82%**

S'estiment  
satisfait dans  
l'apport  
d'informations  
à propos de leur  
DC



Utilisent mal  
leur DC

**98%**



### 5.1.6 Les compléments alimentaires

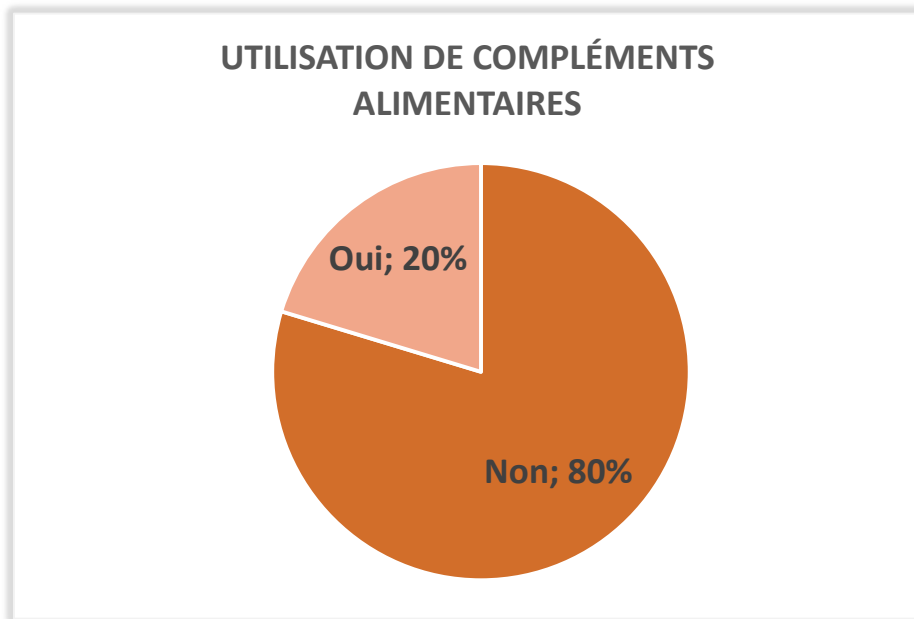


Figure 45 – Utilisation de CA

20% des patients atteints de dermatite atopique ont recours à des compléments alimentaires dans le cadre de leur maladie.

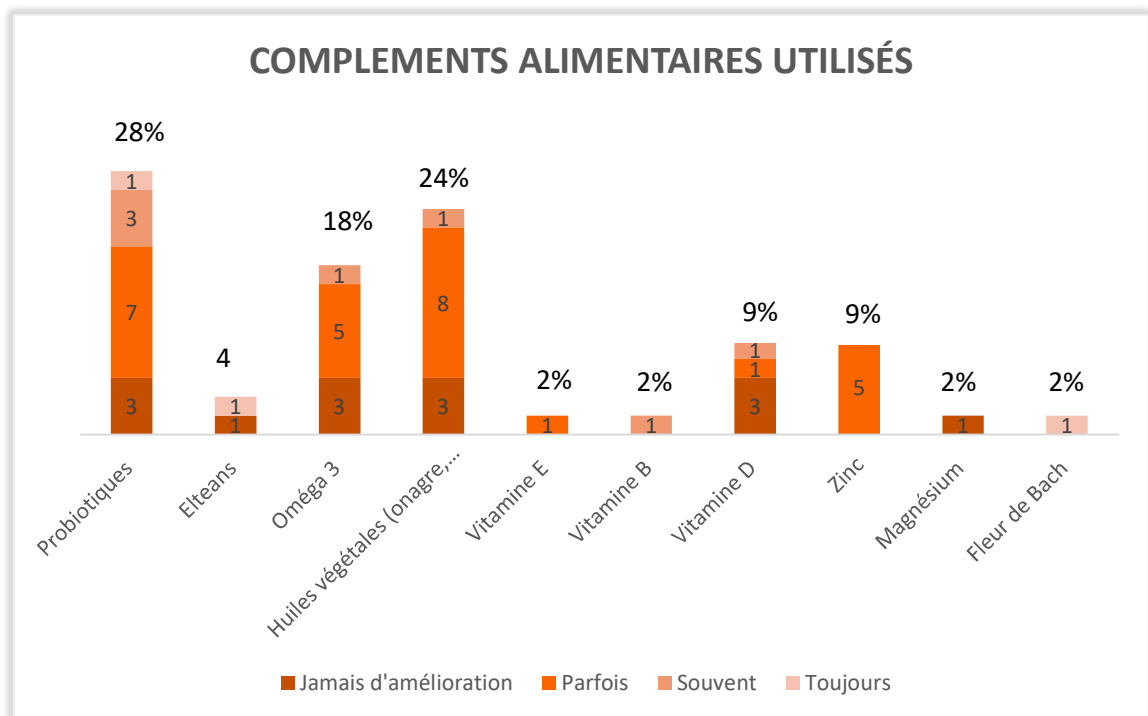


Figure 46 – Compléments alimentaires utilisés

On remarque que les probiotiques, les huiles végétales ainsi que les oméga 3 sont les compléments alimentaires les plus utilisés par les patients. Un tiers des patients utilisant des probiotiques estiment voir une amélioration souvent ou systématiquement.

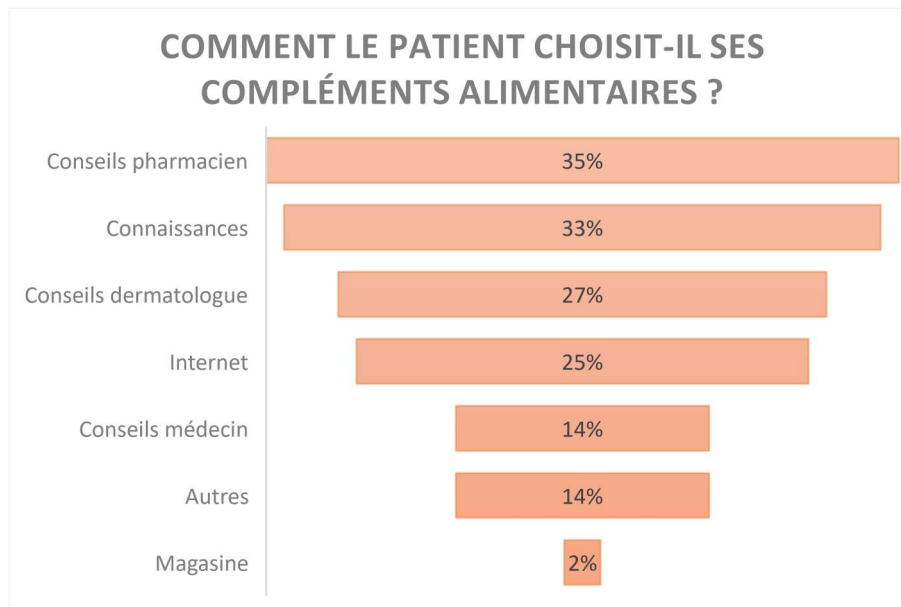


Figure 47 – Choix des compléments alimentaires

Près d'un tiers des patients atopique utilisent des compléments alimentaires suite aux conseils de leur pharmacien ou de leurs connaissances (pourcentage égal). Puis, viennent les compléments alimentaires conseillés par le dermatologue pour 27% d'entre eux, au même niveau que les conseils provenant d'internet.

Parmi les 35 patients qui utilisent une autre source d'information que celles proposées, 9 ont indiqué laquelle :

- Conseils d'un naturopathe : 17%
- Conseils d'un magnétiseur : 6%
- Recherches personnelles : 3%

# Points importants

## Les compléments alimentaires

20%

De patients atopiques  
ont recours aux  
compléments  
alimentaires

Probiotiques

Huiles  
végétales

Oméga 3

82%

Observent une  
amélioration

Vit D / Zinc

### 5.1.7 La dermatite atopique dans la situation actuelle

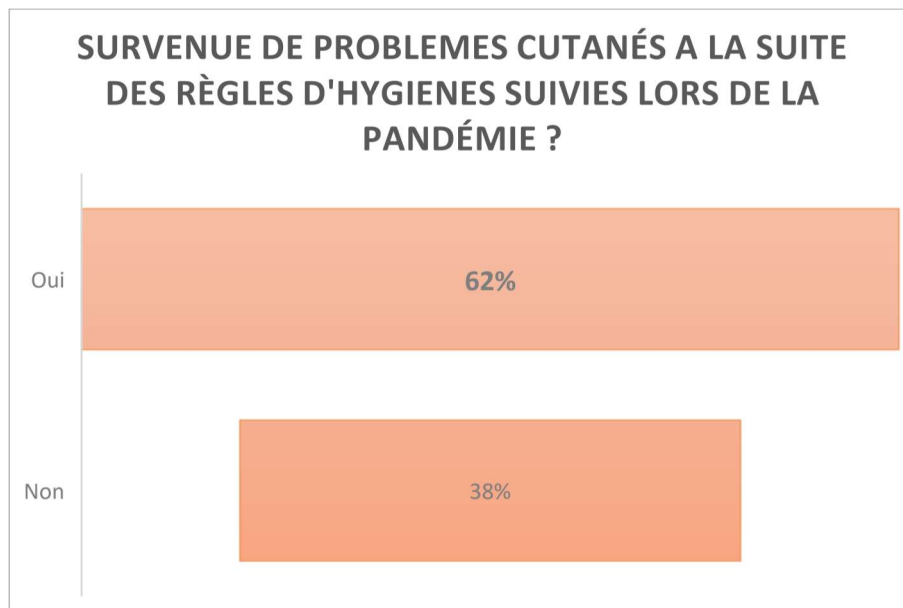


Figure 48 – Problèmes cutanés pendant la pandémie chez le patient atopique

Près de 62% des patients ont remarqué une altération de leur état cutané à la suite des règles d'hygiène suivies par la pandémie. En effet, la désinfection des mains au gel hydroalcoolique pluriquotidienne ainsi que le port du masque ont pu rajouter à l'eczéma atopique un eczéma irritatif.

### 5.1.8 Les attentes du patient atopique

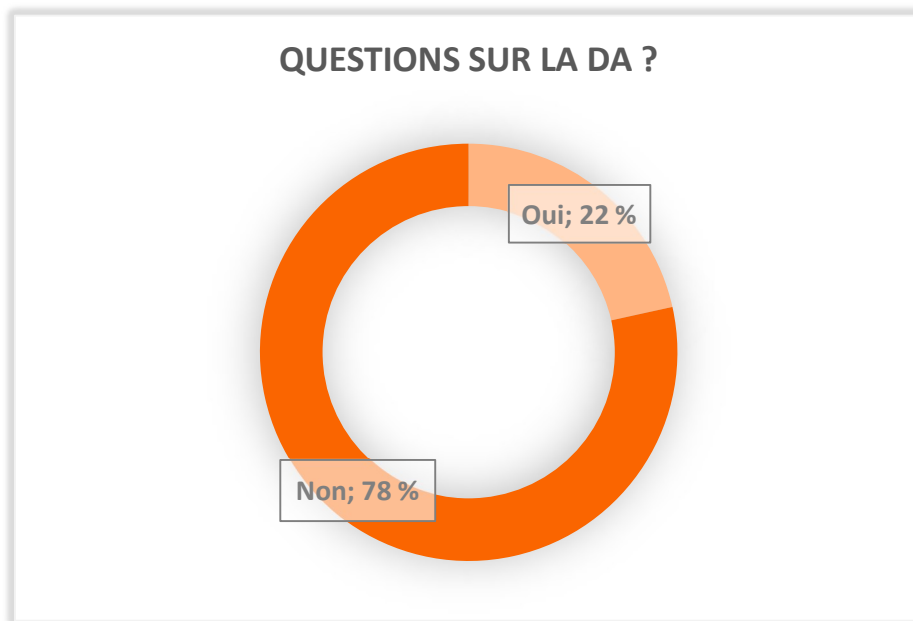


Figure 49 – Questions sur la DA

Seulement un patient sur cinq reconnaît avoir des questions sur sa maladie et son traitement.

Voici les questions des 55 patients ayant des demandes sur la maladie et ses traitements [Annexe 18] :

- Existe-t-il d'autres produits qui existent pour traiter l'eczéma atopique ? : 31%
- Comment la DA peut-elle disparaître ? Va-t-elle rester à vie ? : 31%
- Quelle est l'origine de l'eczéma ? : 26%
- Questions sur les DC : 7%
- « Beaucoup de questions » : 6%
- Comment gérer les crises ? : 4%

- Le patient souhaite-t-il la mise en place d'un accompagnement personnalisé au sein de son officine ?

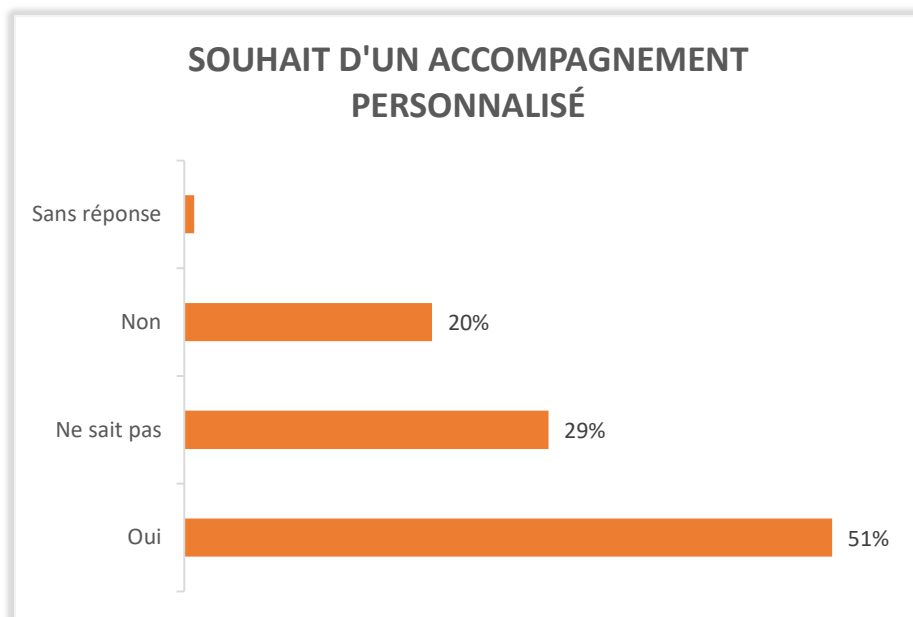


Figure 50 – Souhait d'un accompagnement personnalisé

51% des patients sont intéressés par le développement d'un accompagnement personnalisé au sein de leur officine. Pour autant, un peu moins de la moitié n'est pas intéressée ou n'a pas d'avis sur la question.

26 patients sur les 49 patients qui ne souhaitent pas d'accompagnement personnalisé en officine ont donné leurs arguments [Annexe 19] :

- Le patient n'en ressent pas l'utilité et le besoin car il estime connaître sa maladie : 22%
- Mauvaise composition des produits de pharmacie : 12%
- Le suivi avec le médecin est suffisant : 10%
- Contraintes horaires/personnelles pour y assister : 4%
- Le patient craint qu'on lui vende trop de produits : 2%

110 patients sur les 128 patients intéressés ont donné leurs arguments appuyant la volonté de participer aux séances d'accompagnement [Annexe 20] :

- Souhait d'un accompagnement global et continu : 25%
- Conseils sur les produits cosmétiques et dermatologiques : 16%
- Aide à la gestion au quotidien de cette maladie chronique : 14%
- Conseils sur les produits naturels : 9%
- Aide à la gestion des crises : 8%
- Volonté d'avoir des pharmaciens formés sur la DA : 8%
- Communiquer sur les nouveautés thérapeutiques et dermatologiques : 3%
- Conseils sur les compléments alimentaires : 2%
- Difficile d'avoir rendez-vous avec un dermatologue : 1%

# Points importants

## Les attentes du patient

78%

N'ont pas de questions concernant la maladie

51%

Souhaitent

**ACCOMPAGNEMENT  
PERSONNALISÉ**

« Aide  
gestion des  
crises & du  
quotidien »

« Conseils  
cosmétiques  
, produits  
naturels ... »

« Se sentir  
accompagné(e) »

« Communiquer  
sur les  
nouveau­tés »

Persona – Profil type de l'échantillon

Femme

+15 ans

Atteinte de DA depuis plus de 10 ans

S'aggrave l'hiver



Souffrance pluri-hebdomadaire

Peu d'impact quotidien

Peu de questions

Intensité très peu supportable

Beaucoup de craintes

Sans autre  
maladie atopique

Emollient & produit lavant de  
gamme atopique

Ne sait pas se servir de  
son DC

Souhait d'un accompagnement spécialisé en officine

« Souffre plusieurs fois par semaine, intensité très peu supportable » et « Peu d'impact quotidien »

**RÉSILIENCE DU PATIENT**



## 5.2 Résultats du questionnaire équipe officinale

### 5.2.1 Population des professionnels de santé

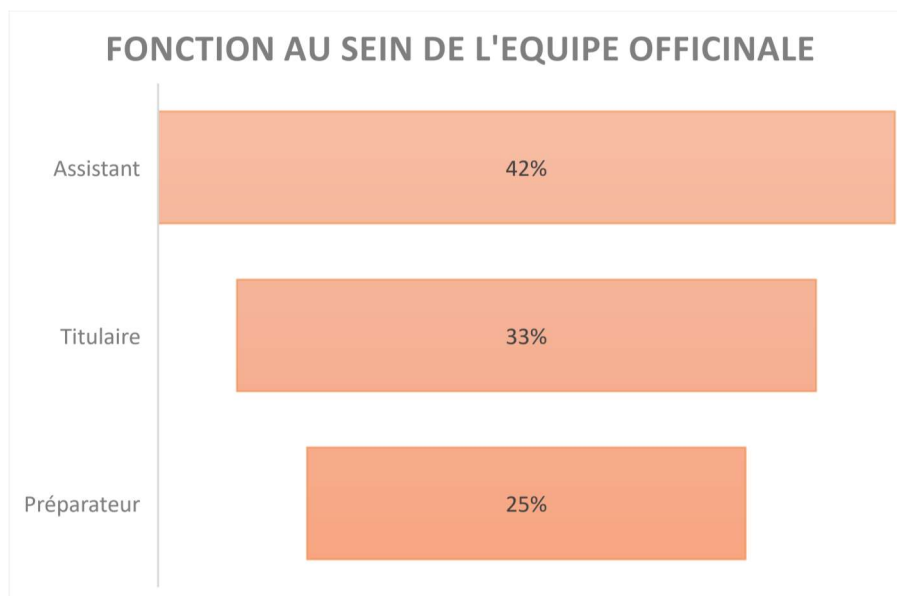


Figure 51 – Fonction au sein de l'équipe officinale

Trois quarts des répondants à cette enquête sont des pharmaciens, avec : 42% d'assistants ; 33% de titulaires ; 25% de préparateurs en pharmacie.

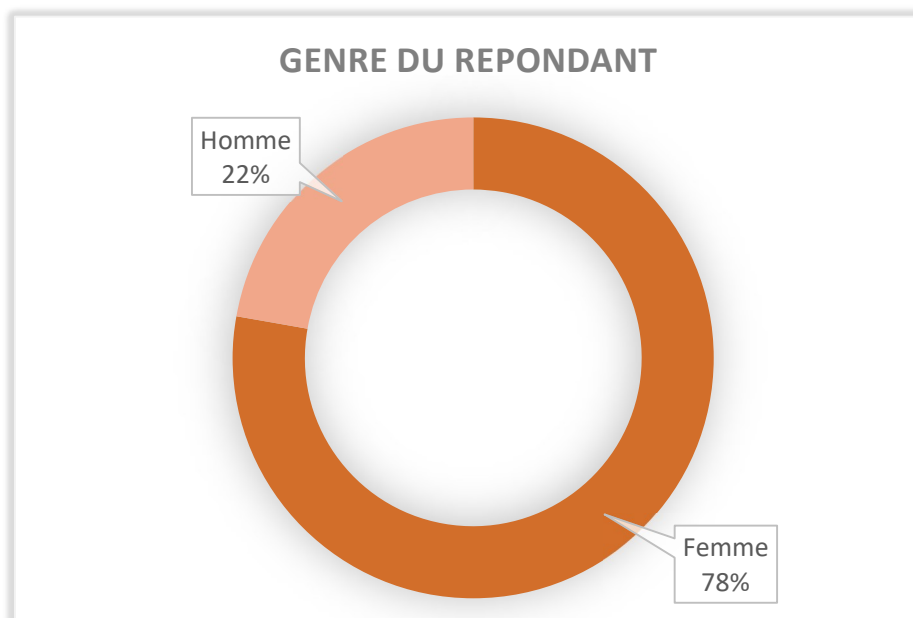


Figure 52 – Genre des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire

78% sont des femmes ; 22% sont des hommes.

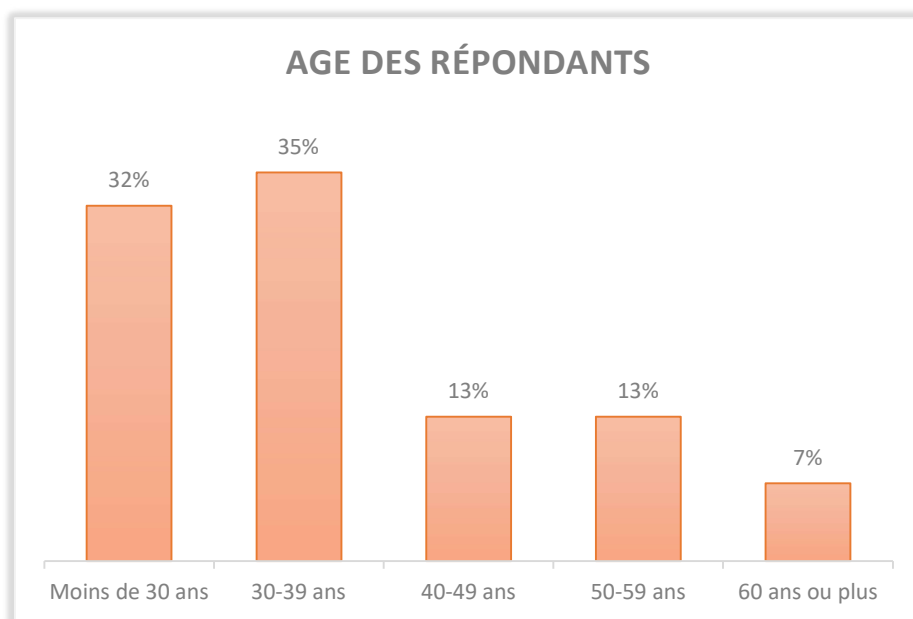


Figure 53 – Age des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire

Plus de 50% des répondants ont moins de 39 ans : 32% ont moins de 30 ans et 35% entre 30 et 39 ans. 13% ont entre 40 et 49 ans.

20% ont plus de 50 ans : 13% ont entre 50 et 59 ans et 7% ont 60 ans ou plus.

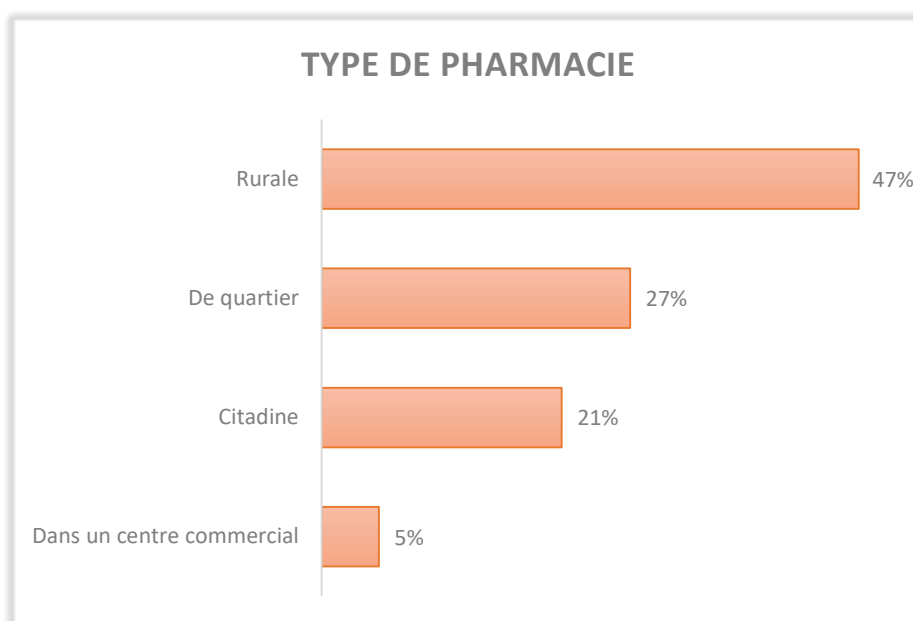


Figure 54 - Type de pharmacie dans lesquelles les professionnels de santé interrogés exercent

47% exercent dans une pharmacie rurale.

27% exercent dans une officine de quartier.

21% exercent dans une officine citadine.

5% exercent dans une officine de centre commercial.

### ORIGINE GÉOGRAPHIQUE DES RÉPONDANTS

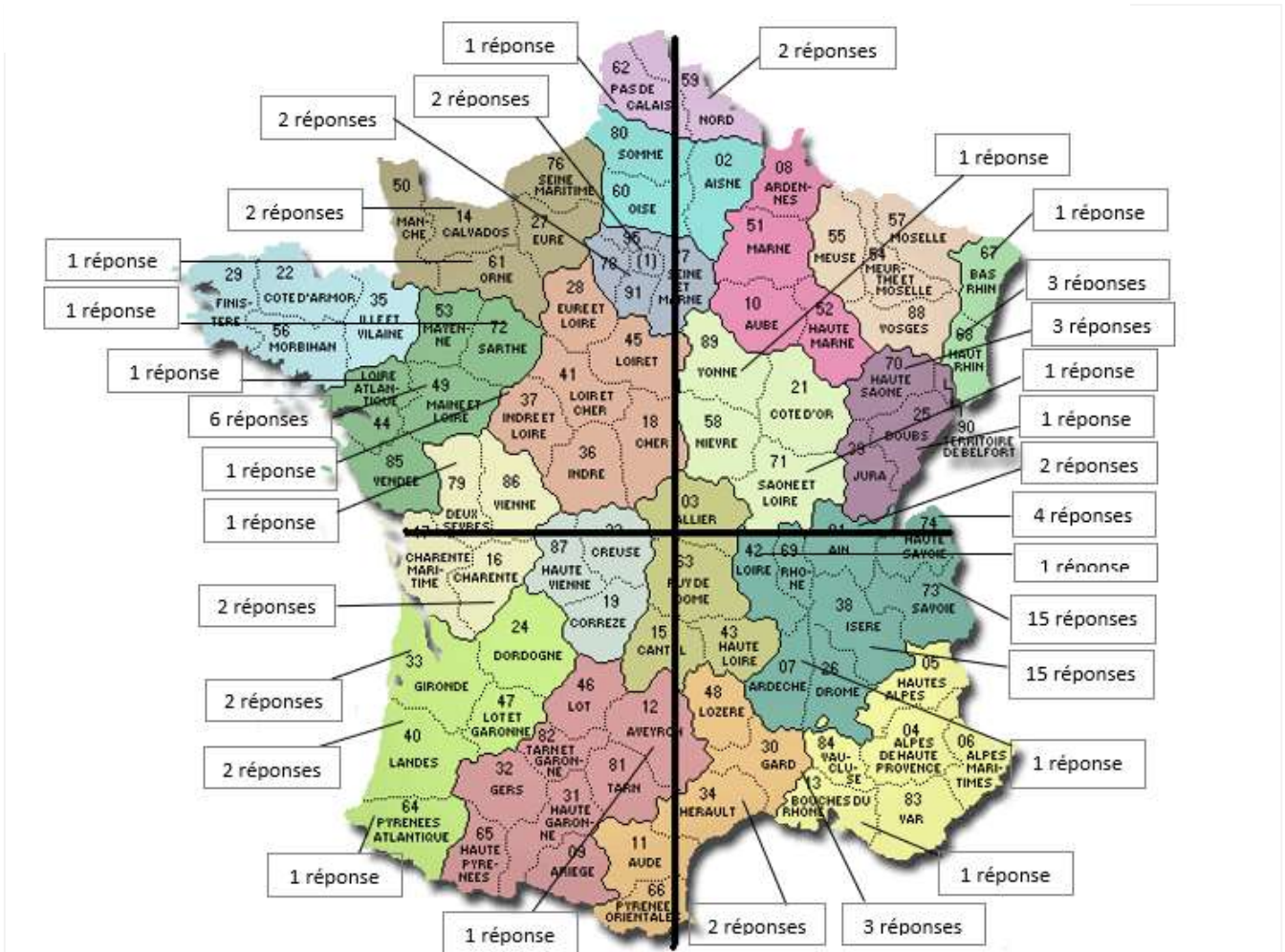


Figure 55 – Départements d'implantations de l'officine ayant participé à l'enquête

52% des répondants travaillent dans le Sud-Est.

10% dans le Sud-Ouest.

21% dans le Nord-Ouest.

17% dans le Nord-Est.

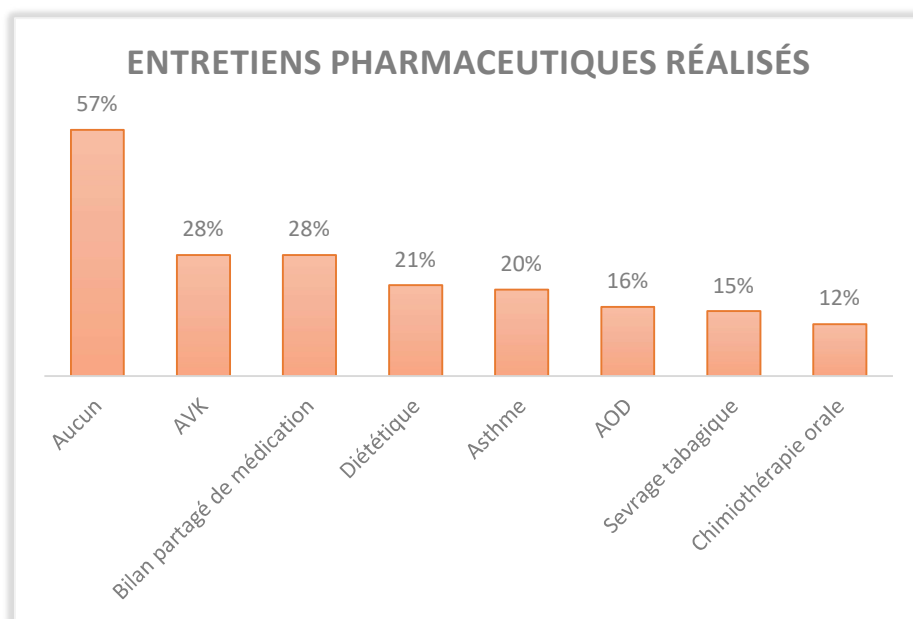


Figure 56 – Réalisation d'entretien pharmaceutique dans les officines des professionnels de santé ayant répondu à l'enquête

57% des professionnels de santé interrogés ont indiqué ne pas pratiquer d'entretiens pharmaceutiques au sein de leurs officines.

28% pratiquent des entretiens AVK et des bilans partagés de médication.

21% réalisent des entretiens diététiques, 20% des entretiens asthmes.

16% pratiquent des entretiens AOD (anticoagulants oraux directs), 15% des entretiens sur le sevrage tabagique.

Enfin, 12% réalisent des entretiens de chimiothérapie orale (mis en place officiellement en septembre 2020 d'après l'avenant n° 21 à la convention nationale pharmaceutique paru au Journal officiel).

Également, certaines pharmacies pratiquent des entretiens pharmaceutiques d'autres types :

- |                        |    |                  |    |
|------------------------|----|------------------|----|
| - Maternage proximale  | 1% | - Micronutrition | 4% |
| - Prothèses mammaires  | 1% | - Aromathérapie  | 1% |
| - Préparation sportive | 1% | - Florithérapie  | 1% |
| - Pré-opératoire       | 1% | - Homéopathie    | 1% |

# Présentation de l'enquête équipe officinale

**75%**

Pharmaciens

**25%**

Préparateurs (trices)



**~70%**

Moins de 39 ans

**~50%**

En zone rurale

Des réponses ...



... en provenance de  
toute la **France**

**43%**



Pratiquent  
des **entretiens  
pharmaceutiques**  
dans leurs officines

## 5.2.2 Connaissances des professionnels de santé

- A propos des dermocorticoïdes

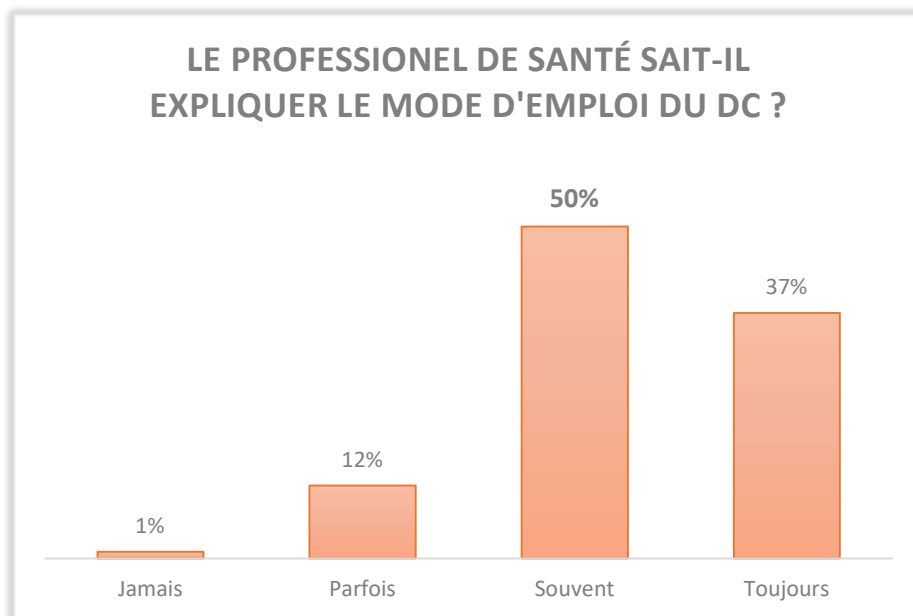


Figure 57 – Le professionnel de santé sait-il expliquer le mode d'emploi du DC ?

87% des professionnels de santé officinaux ayant répondu considèrent maîtriser l'explication du mode d'emploi du DC.

12% estiment savoir expliquer leur utilisation parfois.

1% estime ne jamais savoir expliquer l'utilisation du DC.

Voici les problématiques rencontrés par quelques professionnels de santé ayant des difficultés quant à l'explication de la bonne utilisation du DC (18 sur les 51) [Annexe 21] :

- Manque de formation à propos des dermocorticoïdes : 22%
- Incompréhension dans la posologie prescrite : 6%
- Réticence des patients face au DC : 4%
- Manque de temps pour l'explication du DC : 4%

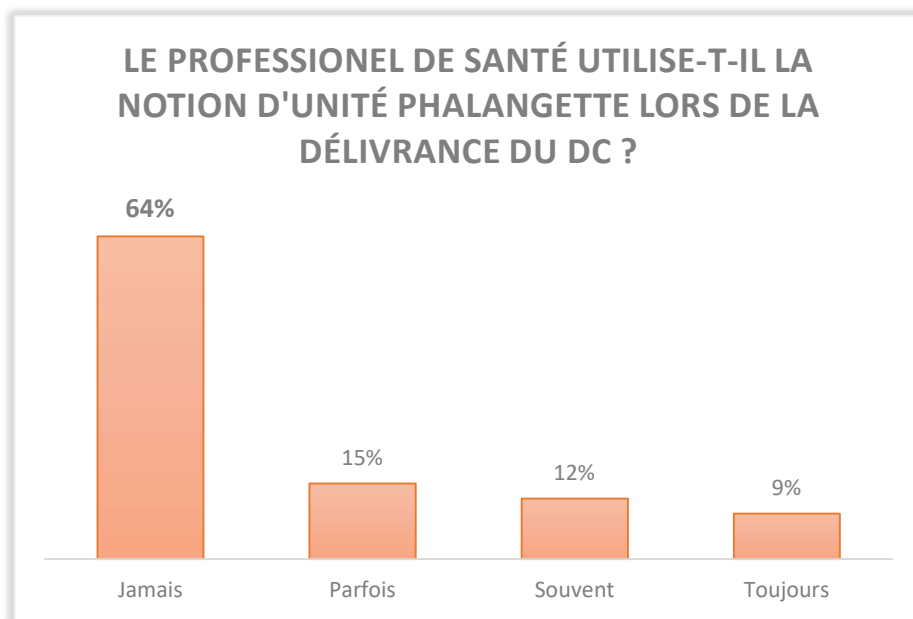


Figure 58 – Utilisation de la notion d'unité phalange lors de la délivrance du DC

64% des pharmaciens / préparateurs en pharmacie n'utilisent jamais le terme d'unité phalange auprès de leur patient lors de la délivrance d'un dermocorticoïde.

12 et 15% l'utilisent respectivement parfois et souvent au comptoir.

**Seulement 9%, soit environ 1 professionnel de santé officinale sur 10, utilise la notion d'unité phalange au comptoir.**

- A propos des règles d'hygiène et de soins

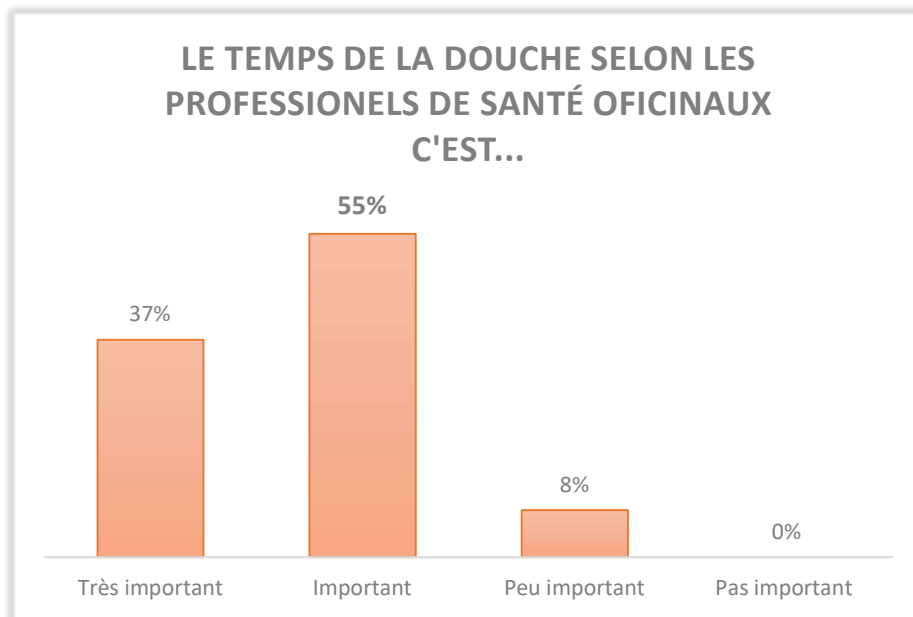


Figure 59 – Degré d'importance du temps de la douche selon les professionnels de santé officinaux

37% des professionnels de santé officinaux ayant répondu estiment que le temps de la douche représente une part très importante dans la prise en charge de l'eczéma atopique.

55% estiment que c'est important.

8% estiment que cette notion est peu importante.

Aucun n'a répondu que le temps de la douche était une notion pas importante.



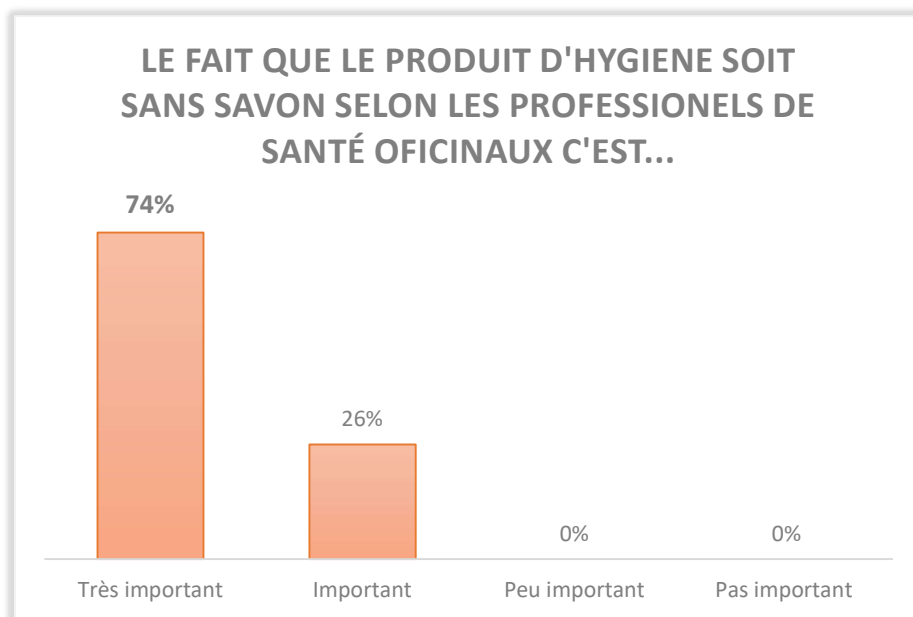


Figure 60 – Degré d'importance d'utiliser un produit d'hygiène sans savon selon les professionnels de santé officinaux

Tous les professionnels ayant répondu à notre enquête estiment le fait d'avoir un produit d'hygiène sans savon suffisamment important : 26% le considèrent important, 74% très important.

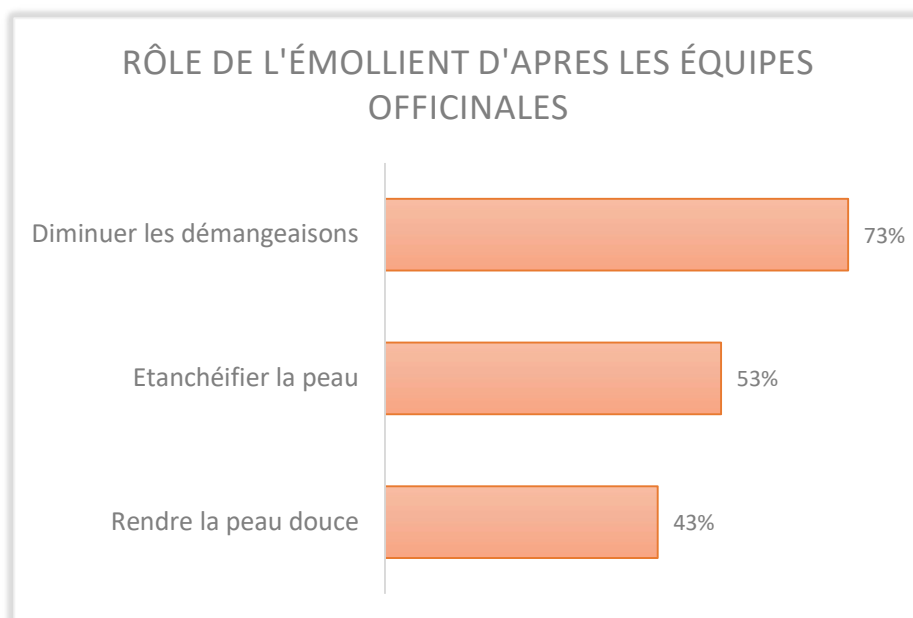


Figure 61 – Rôle de l'émollient selon les professionnels de santé officinaux

73% pensent que l'émollient permet de diminuer les démangeaisons. Un peu plus de la moitié de l'échantillon, soit 53%, estiment que l'émollient permet

d'étanchéifier la peau.

43% pensent que l'émollient permet de rendre la peau douce.

- A propos des compléments alimentaires

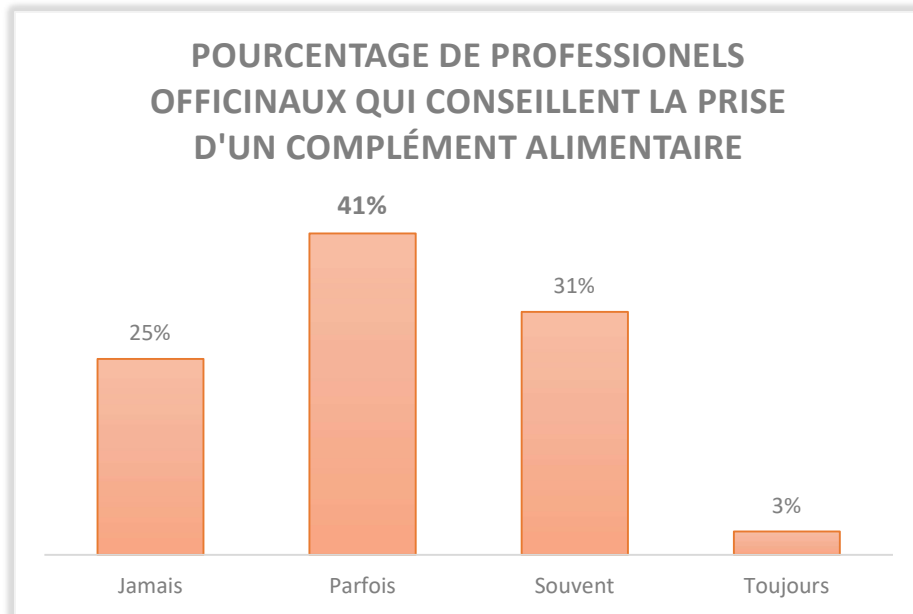


Figure 62 – Pourcentage de professionnels de santé officinaux qui conseillent la prise d'un complément alimentaire

25% ne conseillent jamais la prise d'un complément alimentaire dans le cas d'une dermatite atopique.

41% le conseillent parfois, 31% souvent.

3% conseillent toujours la prise d'un complément alimentaire.

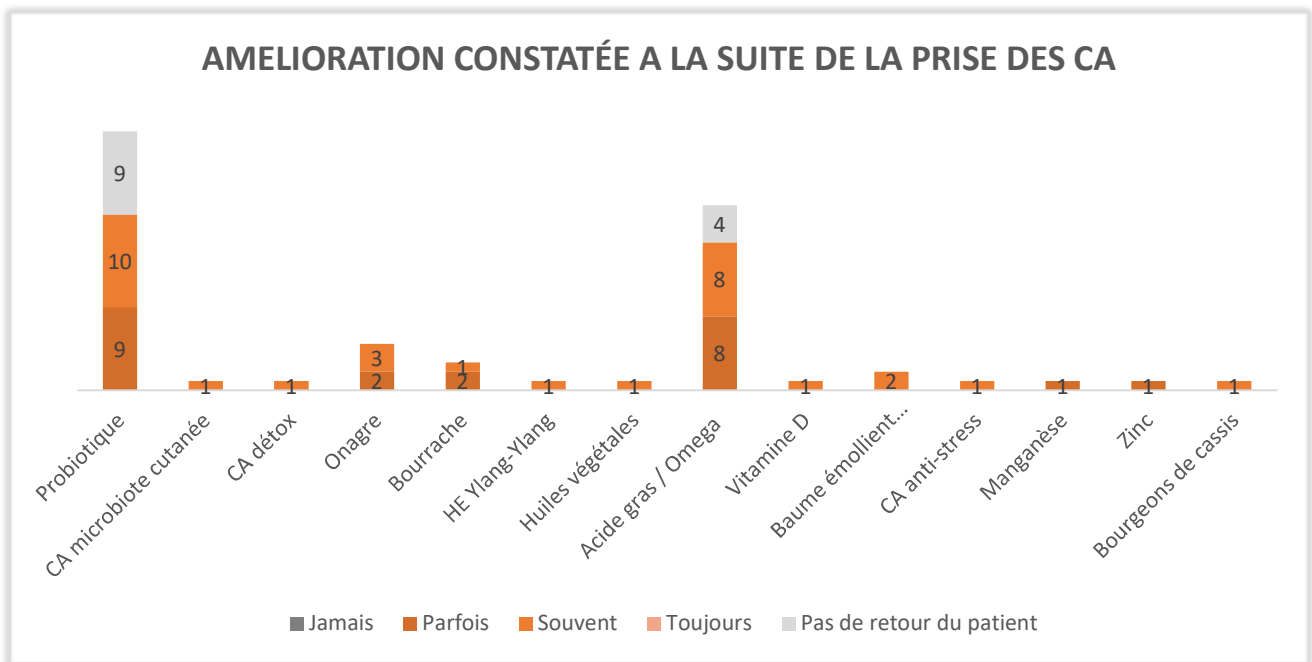


Figure 63 – Amélioration constatée à la suite de la prise de complément alimentaire

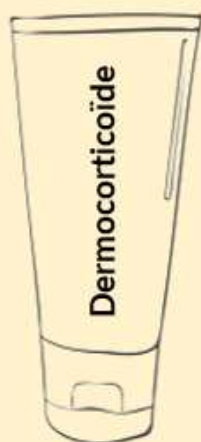
47% des équipes officinales qui conseillent des CA s'orientent vers les probiotiques.

33% conseillent des acides gras ou oméga 3-6.

13% conseillent des plantes tels qu'onagre et bourrache.

2% conseillent d'agir plutôt sur un potentiel facteur déclencheur, avec un CA anti-stress.

## Le savoir des équipes officinales



**37%** des professionnels de santé officinaux savent **toujours** expliquer le mode d'emploi des dermocorticoïdes

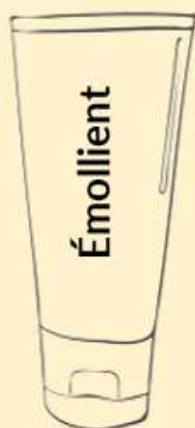
« Incompréhension des posologies prescrites »

« Les patients sont réticents face aux DC »

« Nous manquons de formations à propos des DC »

« Nous manquons de temps pour les explications »

**64%** n'utilisent **jamais** la notion d'**unité phalangette**



**✗ 73%** pensent qu'il diminue les démangeaisons

**✓ 53%** pensent qu'il étanchéfie la peau

**✗ 43%** pensent qu'il rend la peau plus douce



**37%** considèrent que le temps de la douche est **très important**

**74%** considèrent qu'utiliser un produit sans savon est **très important**



**75%** conseillent la prise de **complément alimentaire**

Probiotiques

Acide gras / Omégas

### 5.2.3 Les difficultés rencontrées au comptoir

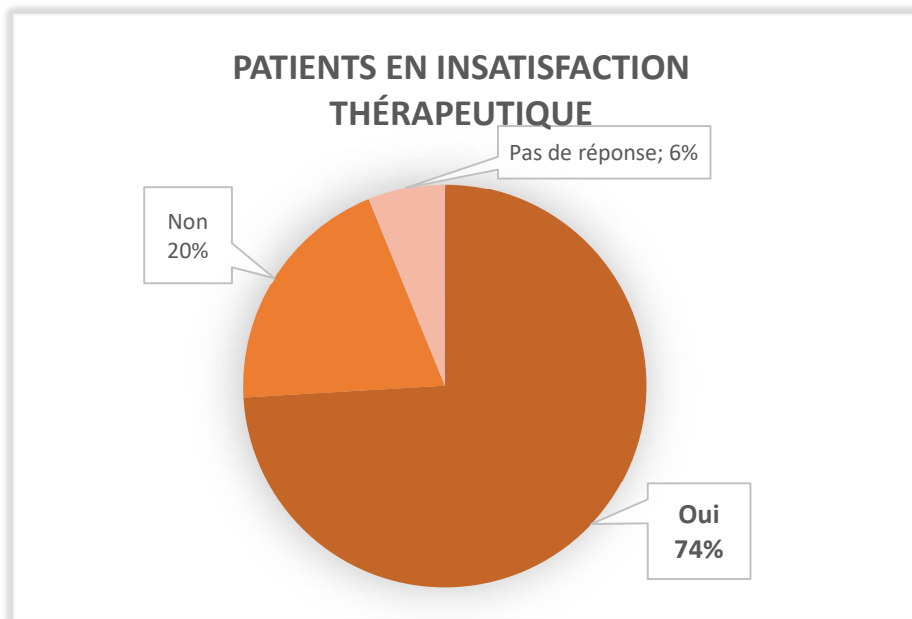


Figure 64 – Evaluation du pourcentage de patients atopiques en insatisfaction thérapeutique

74% des membres des équipes officinales estiment avoir des patients atteints de dermatite atopique en insatisfaction thérapeutique.

20% estiment que non.

6% n'ont pas répondu à cette question.

- Avec les dermocorticoïdes

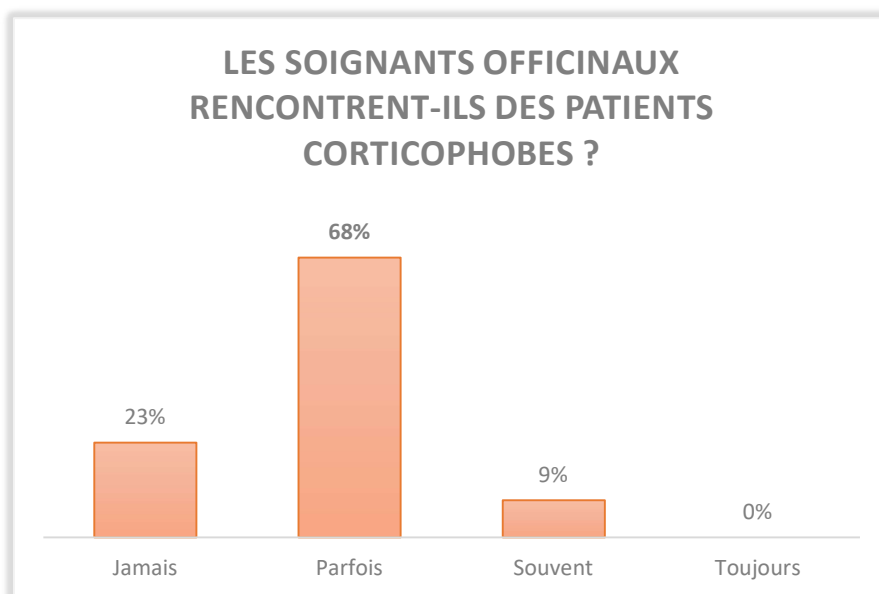


Figure 65 – Evaluation du pourcentage de patients atopiques corticophobes rencontrés au comptoir

23% n'en rencontrent jamais.

77% en rencontrent parfois à souvent.

Parmi l'échantillonnage de professionnels de santé, aucun déclare ne rencontrer que des patients corticophobes.

Voici quelques raisons identifiées par les équipes officielles concernant la corticophobie de leurs patients :

Voici quelques raisons identifiées par les équipes officielles concernant la corticophobie de leurs patients [Annexe 22] :

- Les patients manquent d'informations et ont des fausses croyances sur les DC : 47%
  - Dont 19% des informations proviennent d'un tiers autre que le prescripteur
  - Dont 8% des informations proviennent du prescripteur
- Les patients ont une perte de confiance vis-à-vis du traitement : 8%

### ATTITUDE ADOPTÉE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ FACE A UN PATIENT CORTICOPHOBE

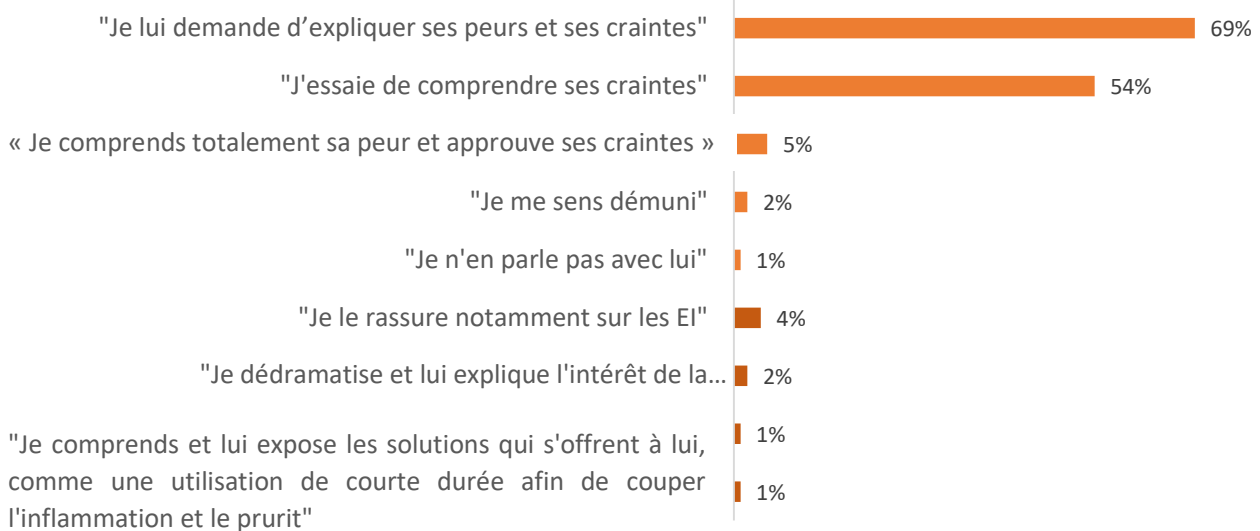


Figure 66 – Attitude adoptée par le professionnel de santé face à un patient corticophobe

La majorité des équipes officinales, 69%, demandent au patient d'expliquer ses peurs et ses craintes. 54% essaient également de comprendre ses craintes.

5% comprennent ses peurs et approuvent ses craintes.

2% se sentent démunis.

1% n'en parle pas.

Les barres en orange foncé représente une réponse libre de la part du soignant.

Parmi ces réponses, 4% cherchent à rassurer le patient sur les effets indésirables.

2% dédramatisent et lui expliquent l'intérêt de la cortisone.

1% réalise un entretien motivationnel.

1% également expose les solutions qui s'offrent à lui pour le traitement de sa maladie et une souffrance moindre.

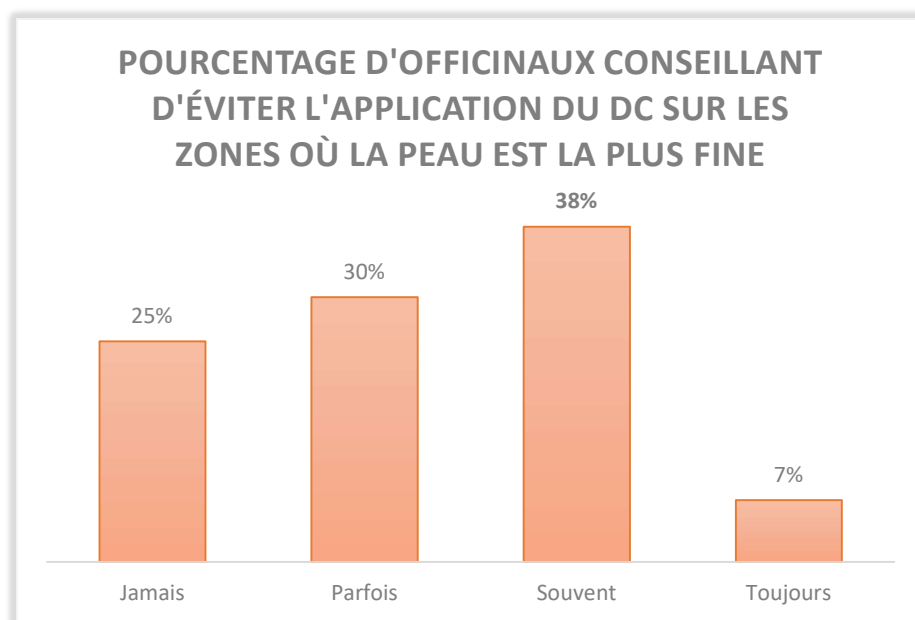


Figure 67 – Pourcentage de personnels officinaux conseillant d'éviter l'application du DC sur les zones où la peau est fine

25% des officinaux conseillent correctement l'application du dermocorticoïde y compris sur les zones où la peau est plus fine.

75% conseillent d'éviter l'application à ce niveau-là, réparti de cette façon :

- 30% parfois ;
- 38% souvent ;
- 7% toujours.

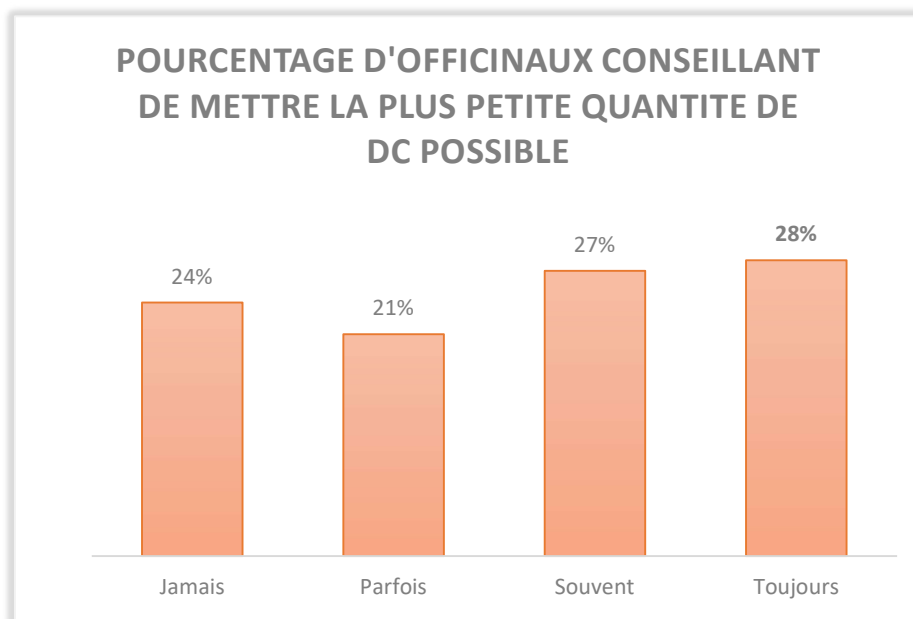


Figure 68 – Pourcentage de personnels officinaux conseillant de limiter la quantité de médicament

24% des officinaux ne conseillent pas de limiter la quantité de DC à appliquer.

76% conseillent de limiter la quantité de traitement, réparti de cette façon :

21% parfois ; 27% souvent ; 28% toujours.



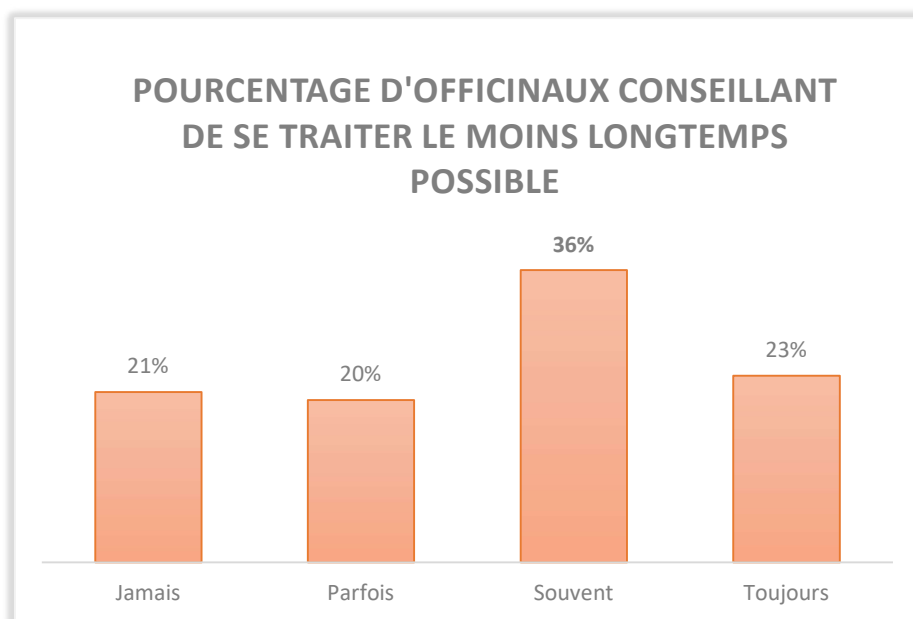


Figure 69 – Pourcentage de personnels officinaux conseillant de limiter le temps de traitement

Quasiment un quart des officinaux (21%), ne limitent pas la durée du traitement.

79% conseillent de se traiter le moins longtemps possible, réparti de cette façon :

- 20% parfois ;
- 36% souvent ;
- 23% toujours.

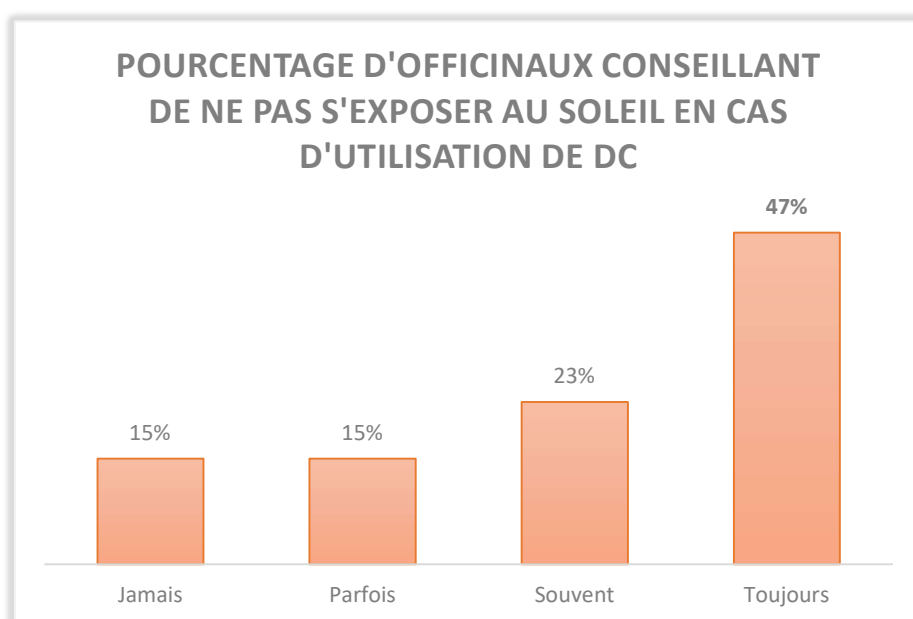


Figure 70 – Pourcentage de personnels officinaux conseillant de ne pas s'exposer au soleil lors du traitement

Seulement 15% ne limitent pas l'application du DC en cas d'exposition solaire.

85% conseillent de ne pas s'exposer au soleil après le traitement, réparti de cette

façon :

- 15% parfois ;
- 23% souvent ;
- 47% toujours.

- Avec la situation actuelle

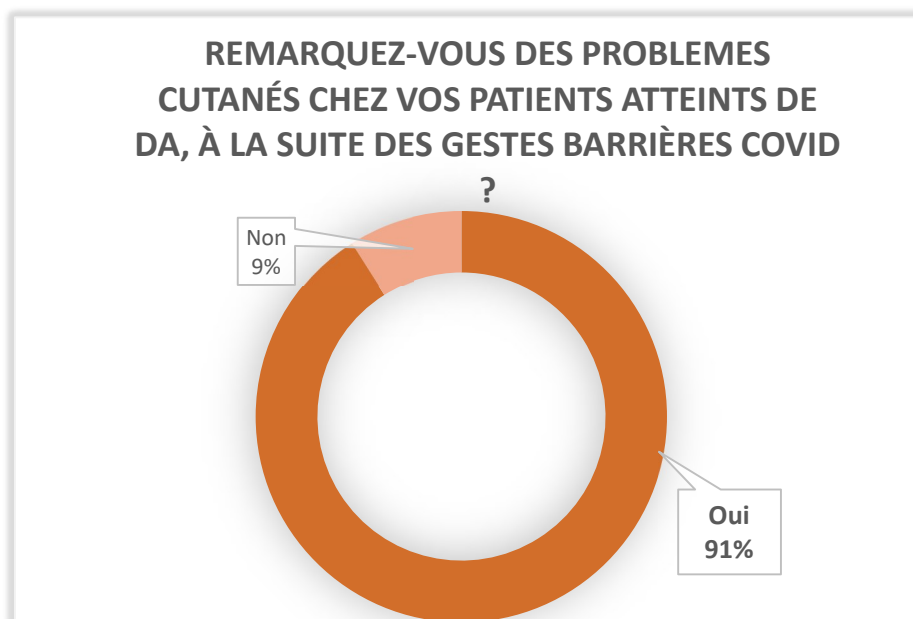


Figure 71 –Survenue de problèmes cutanés chez les patients atopiques lors de l'épidémie COVID (1)

91% du personnel officinal a remarqué des problèmes cutanés chez leurs patients atteints de dermatite atopique, à la suite des gestes barrières mis en place pendant la pandémie.

## PROBLÈMES CUTANÉS RENCONTRÉS PAR LES PATIENTS ATOPIQUES AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE

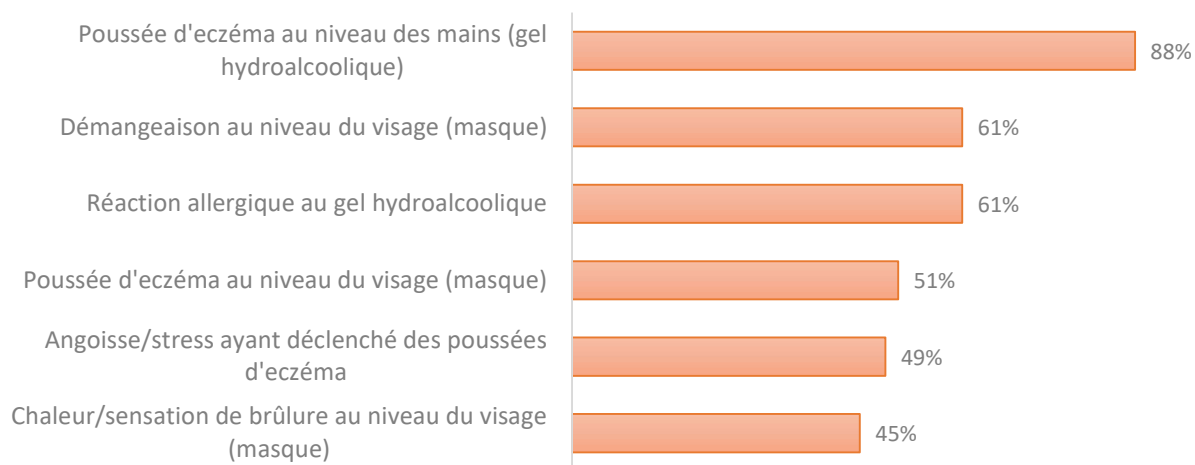


Figure 72 – Survenue de problèmes cutanés chez les patients atopiques lors de l'épidémie COVID (2)

88% des soignants officinaux, soit près de 9 sur 10, ont observé des poussées d'eczéma au niveau des mains de leurs patients.

61% ont observé des démangeaisons au niveau du visage ainsi que des réactions allergiques au gel hydroalcoolique.

La moitié de notre échantillon, 51%, a constaté des poussées d'eczéma au niveau visage.

49% pensent que l'angoisse due à cette période particulière a pu déclencher des poussées d'eczéma chez leurs patients.

45% ont observé chez leurs patients une sensation du brûlure au niveau du visage.

De plus, deux professionnels ont rapporté également une sécheresse au niveau des mains de leurs patients. Une autre réponse a été l'acné sous le masque.

Voici les conseils donnés par les professions de santé officinaux pour ces patients dont les problèmes cutanés se sont aggravés pendant la pandémie du COVID [Annexe 23] :

- Hydrater : 64%
  - Utiliser un produit lavant adapté plutôt que du GHA : 34%
- Cependant, nous remarquons beaucoup de soignants qui utilisent le terme « savon » ...*
- Prise d'un complément alimentaire ou utilisation de DC : 15%
  - Choix et changement régulier du matériel de protection : 6%
  - Orientation vers un médecin : 5%

# Les difficultés au comptoir



**74%** des patients atopiques au comptoir  
en insatisfaction thérapeutique

Perte de confiance vis-à-vis du traitement

« C'est du poison »  
« Ce n'est pas naturel »

Manque d'informations,  
fausses croyances

Patient influencé par un tiers : prescripteur, presse ....

**77%** des professionnels rencontrent des  
patients corticophobes au comptoir

**54%** des pharmaciens & préparateurs essaient de **comprendre** leurs craintes



**69%** des pharmaciens & préparateurs leur demandent d'**expliquer** leurs craintes



## L'UTILISATION DES DERMOCORTICOÏDES

Ne pas l'appliquer sur les zones où la peau est fine

conseillé par

**75%**

pharmaciens & préparateurs

Appliquer la plus petite quantité possible

conseillé par

**76%**

pharmaciens & préparateurs

Se traiter le moins longtemps possible

conseillé par

**79%**

pharmaciens & préparateurs

Ne pas s'exposer au soleil

conseillé par

**85%**

pharmaciens & préparateurs

#### 5.2.4 Les attentes des équipes officinales

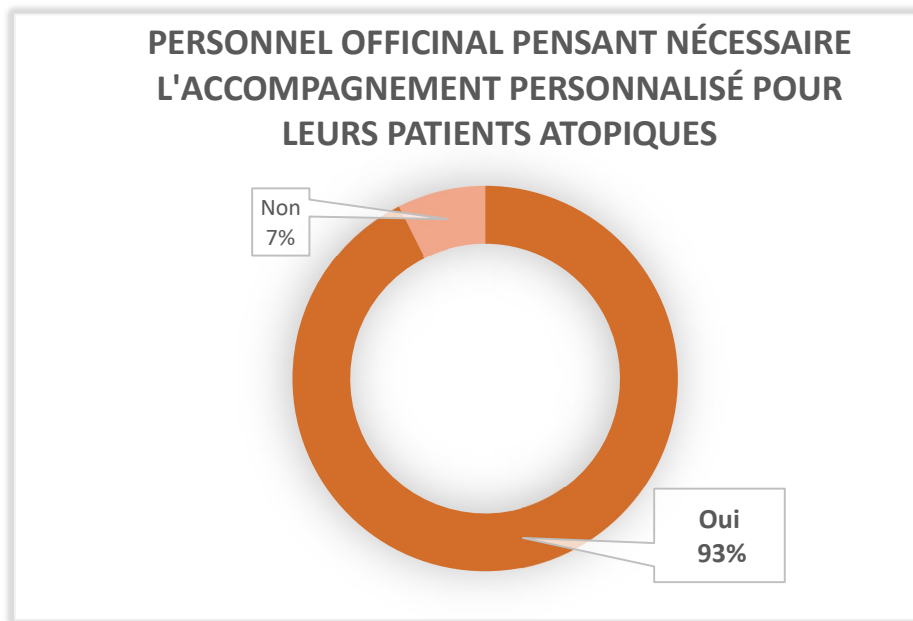


Figure 73 –Avis des professionnels de santé officinaux à propos d'un accompagnement personnalisé destiné à leurs patients atopiques

93% des officinaux de l'enquête pensent qu'un accompagnement personnalisé auprès des patients atteints de dermatite atopique serait nécessaire.

7% pensent que non.

Pour ces derniers, voici leurs arguments :

- « Médecin et dermatologue les ont déjà pris en charge ; Internet fait le reste » ;
- « Pris en charge par le médecin. En général, les patients sont bien informés si le traitement est long » ;
- « Nous réalisons l'accompagnement au comptoir ».

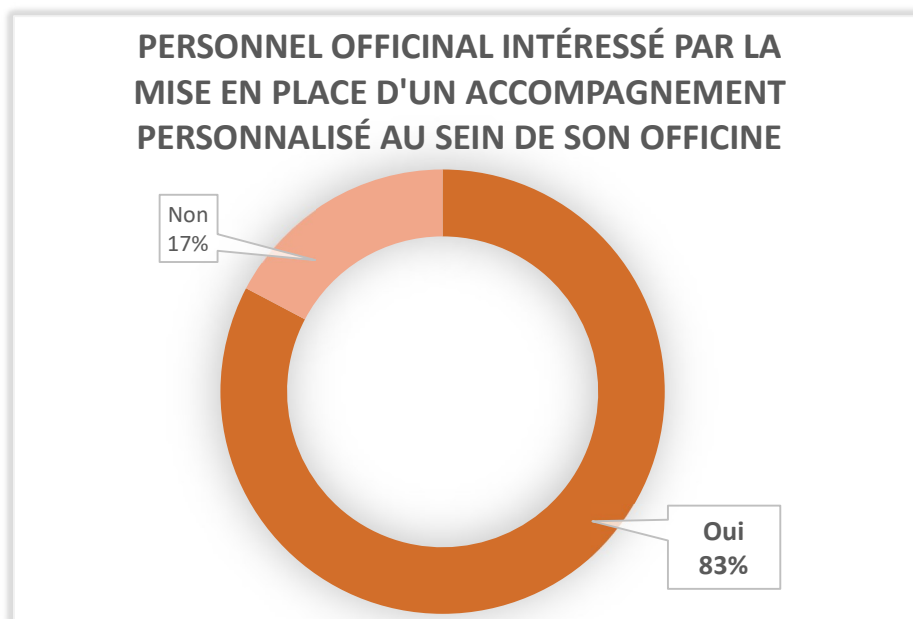


Figure 74 –Proportion de professionnels de santé officinaux intéressés par la mise en place d'un accompagnement personnalisé dans leur officine

83% du personnel officinal serait intéressé par la mise en place d'un accompagnement personnalisé au sein de leur officine.

En revanche, 17% ne semblent pas intéressés par cela.

Pour ces derniers, voici leurs arguments :

- Ils pensent manquer de temps surtout si l'accompagnement dure plus de 15 minutes : 29%
- Ils n'ont pas l'espace adapté : 22%
- Ils n'ont pas le personnel nécessaire : 14%
- Ils trouvent le résultat décevant par rapport à l'investissement réalisé : 7%

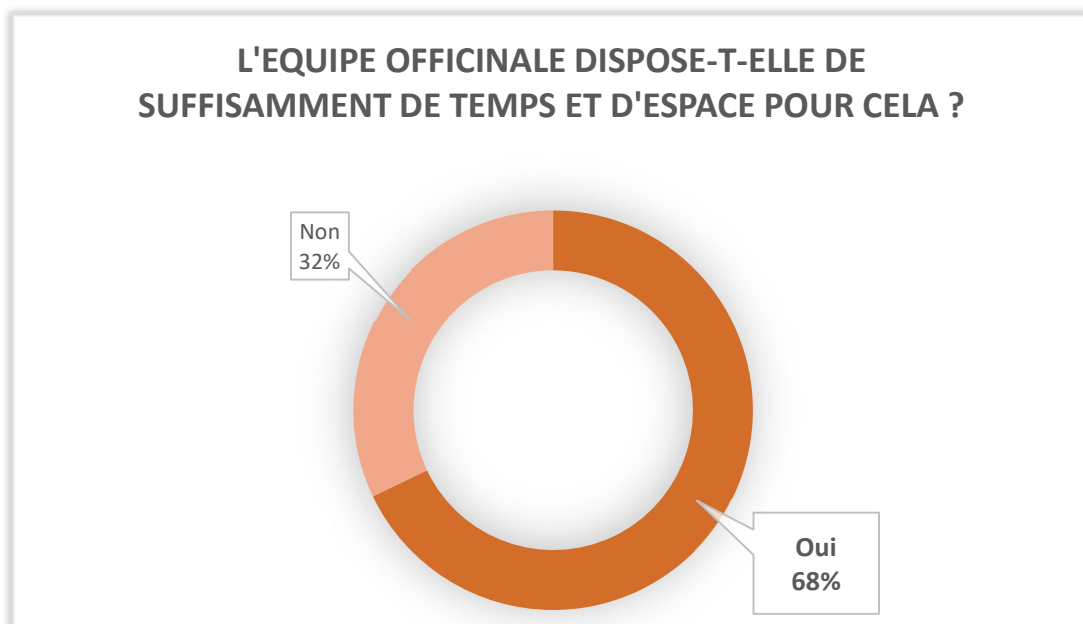


Figure 75 – Proportion de professionnels de santé officinaux ayant les conditions nécessaires à la mise en place d'un accompagnement personnalisé dans leurs officines

68% estiment avoir suffisamment de temps et d'espace pour réaliser des accompagnements spécialisés auprès des patients atteints de dermatite atopique.

32% considèrent en revanche ne pas avoir assez de temps et d'espace pour mener à bien ce projet.

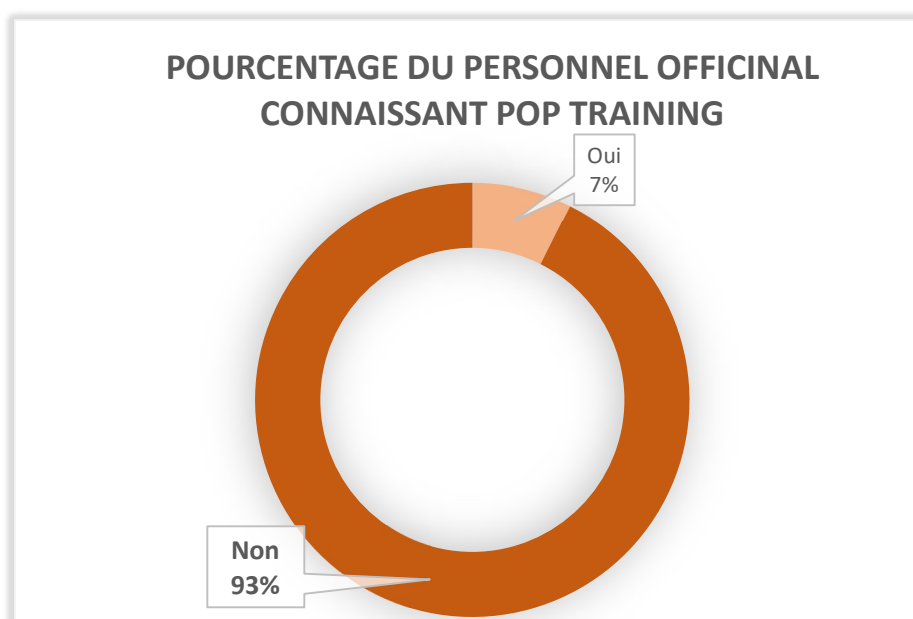


Figure 76 – Proportion de professionnels de santé officinaux connaissant POP Training



93% de notre échantillonnage ne connaît pas l'outil de formation en ligne POP Training.

Seulement 7% connaissent cet outil.

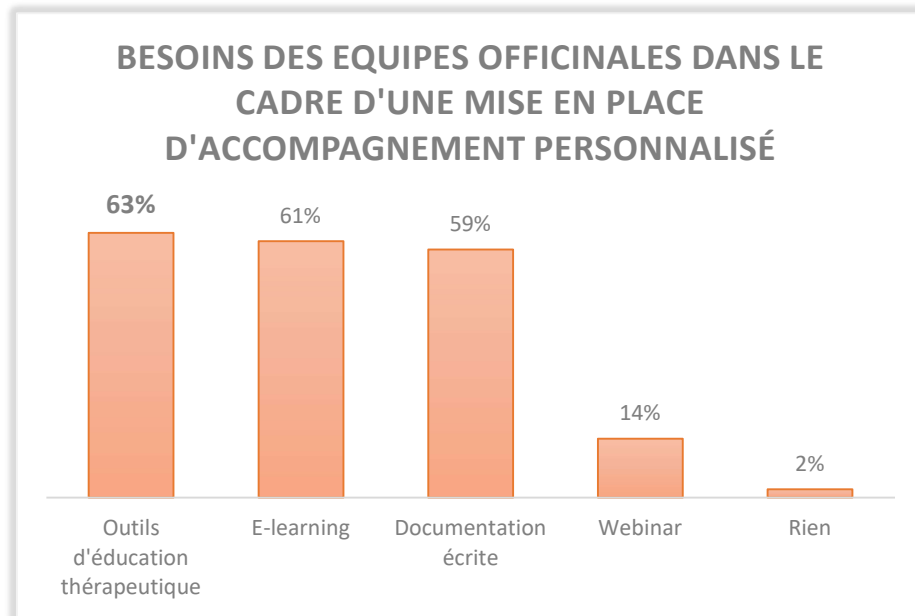


Figure 77 –Besoin des équipes officinales dans le cadre d'une mise en place d'un accompagnement personnalisé

63% aimeraient avoir des outils d'éducation thérapeutique.

61% des e-learning.

59% de la documentation écrite.

14% des webinar.

2% ne souhaite rien.

Deux professionnels de santé ont également l'idée de participer à des formations en présentiel.

# Bilan sur la mise en place d'un accompagnement personnalisé

93%

pensent que c'est **nécessaire** pour leurs patients atopiques



68%

auraient les **conditions nécessaires** pour sa mise en place

83% intéressés

par sa mise en place



93% ne connaissent pas POP TRAINING

BESOINS DES EQUIPES OFFICINALES

Outils d'éducation thérapeutique

E-learning

Documentation écrite

## Persona - Profil type de l'échantillon



Pharmacien assistant  
30-39 ans  
Femme

Exerce dans une pharmacie rurale  
Dans le Sud-Est  
Pas d'entretiens pharmaceutiques

Ses patients  
Déjà rencontrés en insatisfaction thérapeutique

Ses conseils ~DC  
Sait expliquer **souvent** le mode d'emploi  
Sans **jamais** parler d'UP  
Conseille **souvent** de limiter durée traitement

**Parfois**  
corticophobes

Ses conseils ~ Emollient  
Son rôle principal est de diminuer les démangeaisons

Ses conseils ~Hygiène  
Le temps de la douche c'est **important**  
Avoir un produit lavant sans savon c'est **très important**

L'accompagnement personnalisé  
Elle pense que c'est nécessaire  
Elle est intéressée  
Elle dispose d'assez de temps et d'espace



## **PARTIE 6- DISCUSSION**

---

### **6.1 Limite des enquêtes**

#### **6.1.1 Enquête patient**

Cette enquête comporte 35% d'enfants parmi les patients interrogés, il est fort probable que les réponses soient celles des parents. Nous ne savons pas quel est le degré d'implication des enfants dans les réponses.

Nous pouvons aussi identifier un biais concernant l'évaluation des quantités de produit lavant et d'émollient : nous avons demandé aux patients de quantifier l'utilisation mensuel de produits lavants et d'émollients en tube.

Or d'une part, ces produits existent en tube et en flacon. Notre recueil de réponse sera donc biaisé au niveau des quantités utilisées.

D'autre part, plusieurs personnes de la même famille peuvent se servir de ces produits.

De plus, notons que pour le produit lavant, ce n'est pas la quantité qui est importante mais la qualité. Alors que pour l'émollient, il faut tenir compte de la qualité et de la quantité.

Nous avons demandé au patient si le professionnel officinal lui a apporté des informations concernant le dermocorticoïde. Il aurait plutôt fallu demander si le patient était satisfait des informations reçues.

Les chiffres obtenus dans notre enquête peuvent être faussés par la pandémie Covid-19 et les règles d'hygiène associées. Le patient a pu voir son eczéma s'intensifier au contact de produits d'hygiène inadaptés/agressifs, ou bien à travers l'angoisse que la pandémie a pu causer.

Le questionnaire patient a été diffusé entre autres via des cabinets de dermatologie et des pharmacies, à des patients très probablement en crise. De ce fait, les patients avec une DA contrôlée ont été moins nombreux à répondre à cette enquête.

### **6.1.2 Enquête équipe officinale**

Nous avons obtenu peu de réponses de l'enquête équipe officinale (81 contre 251 pour l'enquête patient). La distribution du questionnaire a été réalisée pendant la pandémie de Covid 19, période durant laquelle les équipes officinales étaient bien souvent en sous-effectif et avaient donc peu de temps pour répondre à des enquêtes. Cela peut expliquer le faible taux de réponses.

Aussi, les trois types de professions concernées par le questionnaire étaient : pharmacien titulaire, pharmacien assistant et préparateur en pharmacie. En effet, nous ne souhaitions pas proposer le questionnaire aux étudiants en pharmacie car nous estimions qu'ils manquaient de recul sur la prise en charge au comptoir du patient atopique. Or, cela n'a pas été dit explicitement dans la présentation du questionnaire aux professionnels. Il est possible qu'un (ou des) étudiant(s) ait(aient) répondu au questionnaire. Cela a pu entraîner, par manque d'expérience et de patients atopiques rencontrés, un biais de recueil d'informations.

## **6.2 Interprétation des résultats**

L'objectif principal de notre enquête est d'évaluer les besoins, tant du côté des patients que des pharmaciens, à propos de l'eczéma atopique. Cela dans le but d'orienter la prise en charge vers une démarche éducationnelle.

Lorsque nous rencontrons un patient atopique, la première chose à laquelle nous devons nous intéresser est : est-ce que son eczéma est contrôlé ? Dans notre échantillon, 91% des patients voient leur qualité de vie impactée, 70% considèrent que leur peau est un fardeau une à plusieurs fois par semaine et environ deux patients sur trois ont des démangeaisons insupportables. Pour rappel, la dermatite atopique est contrôlée lorsqu'elle ne fait plus souffrir le patient et qu'il a récupéré une qualité de vie qui lui convient<sup>18</sup>.

On peut donc affirmer que 91% des patients de l'étude ont un eczéma non contrôlé. Le patient atopique souffre beaucoup en silence et cette réalité est peu mise en évidence au comptoir lors de nos délivrances<sup>22</sup>.

La deuxième notion importante dans la prise en charge d'un patient atopique est d'évaluer la sévérité de son eczéma via, entre autres, la surface corporelle atteinte. Dans cette étude, plus de 50% des patients ont plus de quatre zones touchées par la DA.

L'inflammation d'un eczéma non traité ou mal traité s'étend et se propage sur d'autres zones corporelles<sup>15</sup>. On peut supposer que ces patients rencontrent là aussi des difficultés d'adhésion entraînant une perte de confiance dans leurs traitements mais aussi envers les professionnels de santé qui les entourent.

58% des patients ne se traitent pas systématiquement dès le début de la crise. Le patient a finalement appris à s'adapter à sa maladie, et a au fil du temps,

acquis un seuil de douleur en dessous duquel il préfère attendre avant de se traiter : c'est la **résilience**<sup>73</sup>.

Le patient atopique voit sa qualité de vie altérée avec la sévérité de la maladie, caractérisée entre autres par l'étendue de l'eczéma atopique<sup>70</sup>.

Le rôle du professionnel est de cerner les patients pour qui la prise en charge est pour le moment inadaptée ou incomplète. Il doit explorer les savoirs et les savoirs-faires du patient sur sa maladie et ses traitements dans le but d'en extraire les obstacles qu'il rencontre. Il faut agir le plus tôt possible pour limiter l'impact local mais aussi l'impact psycho-social lourd de conséquences.

Au niveau des soins et de l'hygiène, un professionnel de santé sur trois estime que le temps de la douche est très important. Or, on sait qu'une douche trop prolongée et trop chaude est l'ennemi de la peau atopique, il est donc nécessaire de transmettre cette information au patient<sup>7</sup>.

Le fait que le produit lavant soit sans savon est très important pour 74% des professionnels de santé officinaux de l'enquête. Pour autant, seulement 46% des patients ont un produit lavant adapté. Les produits lavants à base de savon contiennent de la soude, endommageant le film hydrolipidique de la barrière cutanée.

L'hygiène fait partie du traitement de fond de l'eczéma atopique et pourtant, on note un défaut d'information auprès du patient concernant le soin lavant. Il existe donc un potentiel manque de connaissances de la part du professionnel de santé, provenant peut-être d'un manque de formation. De même, il est possible que l'information transmise auprès du patient en ce qui concerne l'hygiène et les soins lavants soit insuffisante.

Au niveau des conseils d'hygiène, 27% des patients suivent ceux de leur soignant officinal. Mais il y en a tout autant (25%) qui suivent des informations obtenues sur des sites internet. C'est donc aux professionnels de santé d'explorer les savoirs du patient et de leur redonner les informations justes.

Concernant l'explication de l'émollient, 53% des PS savent que l'émollient étanchéifie la peau, ce qui est juste. Mais 73% des PS pensent que l'émollient sert à diminuer les démangeaisons, ce qui est faux.

**Donc, sept officinaux sur dix transmettent une mauvaise information sur l'émollient alors qu'il fait partie du traitement de fond de l'eczéma.**

De plus, seulement un patient sur trois a un émollient adapté à sa peau atopique. Ici aussi, on relève le manque de connaissances de la part du professionnel ce qui entraîne une transmission d'information erronée auprès du patient. Cela participe à la réalité que 18% des patients ne s'hydratent jamais. On peut supposer que ces patients n'ont pas compris l'intérêt d'appliquer l'émollient quotidiennement.

Certains patients rapportent un coût mensuel important de l'émollient. Dans ce cas, il serait intéressant d'en parler au médecin et orienter la prescription sur le générique du Dexeryl® (Glycérol-Vaseline-Paraffine) ou sur une préparation magistrale d'émollient remboursée. D'autres mettent en cause le manque de temps pour appliquer l'émollient tous les jours. Dans ce cas, il serait intéressant de faire émerger chez le patient le fait que l'application quotidienne permet de limiter la fréquence et l'intensité des crises. Il est important de trouver les motivations intrinsèques du patient en lui présentant les bénéfices de l'application quotidienne de l'émollient.

L'émollient et le produit lavant adaptés sont les traitements de fond de l'eczéma atopique. Il serait intéressant de proposer une grande quantité de produits d'hygiène et de soins adaptés au patient atopique lors des séances d'accompagnement par exemple. Cela pourrait prendre la forme d'un « bar à crème » et permettre au patient de sélectionner et choisir ses produits.

A propos des compléments alimentaires, 20% des patients atopiques ont recours à des compléments alimentaires (CA) dans le cadre de leur maladie et ils sont souvent conseillés par un professionnel de santé officinale officinal sur trois.

Dans l'ordre d'utilisation, les patients utilisent les probiotiques, les huiles végétales, les oméga 3, la vitamine D et le zinc. Les équipes officinales quant à elles conseillent les probiotiques en première intention, puis les acides gras et oméga 3 et enfin les huiles végétales.

Grace à ces compléments alimentaires, 82% des patients rapportent une amélioration de la maladie.

Des études réalisées aux États-Unis, en Australie, en Allemagne et en France indiquent qu'entre 34 et 49 % des patients atteints d'affections cutanées inflammatoires ont recours à ces thérapeutiques<sup>79</sup>. La chronicité de la DA et/ou la corticophobie peut conduire le patient à avoir recours aux CA.

Dans notre enquête, les patients et les pharmaciens estiment que la micronutrition semble avoir un rôle important dans la prise en charge de la DA<sup>41,42</sup>.



Concernant l'utilisation des DC, la bonne pratique clinique comprend différents critères<sup>25</sup> :

- Utiliser à chaque crise ;
- Dès le début de la crise ;
- En débordant de la plaque ;
- A la bonne dose avec l'unité phalangette<sup>26</sup> [Annexe 2].

87% des professionnels de santé considèrent maîtriser l'explication du mode d'emploi selon les référentiels<sup>25</sup>. Cependant, seulement un professionnel officinal sur cinq utilise la notion d'unité phalangette et 76% des professionnels conseillent de limiter la quantité de traitement à appliquer.

On note donc des discordances dans les notions essentielles qu'il faut transmettre au patient. Les professionnels de santé officinaux manquent de savoir en termes de bonne pratique clinique du DC.

Côté patient, un sur trois attend de voir si ça passe tout seul et 9% ne l'utilisent jamais. Pour les patients qui ne l'utilisent pas toujours, 60% émettent des craintes face au DC.

On note cependant que 25% des patients n'attendent jamais et l'utilisent dès la crise.

On observe aussi que trois patients sur cinq ne débordent pas autour de la plaque. Or, il existe une inflammation sous-jacente autour de la plaque d'eczéma donc il est essentiel d'appliquer largement le DC autour de la plaque<sup>80</sup>.

90% des patients n'utilisent pas l'unité phalangette. Or, on sait que c'est la quantité adéquate au traitement de l'eczéma. Cette notion quantifiée a une vertu sécurisante.

Pour ce qui est du rôle majeur du DC dans l'eczéma, un patient sur trois ne sait

pas que le DC est le médicament qui permet de soigner l'eczéma lors des crises. Or, le DC est le traitement de crise permettant d'enrayer l'inflammation et ses souffrances associées. Beaucoup de patients ne se traitent pas immédiatement dès la crise ou n'utilisent même pas leur DC de par la peur qu'il génère.

Cette peur peut être amplifiée par la corticophobie qui règne au sein des officines et par le manque de formation et de connaissances des professionnels officinaux. Tous ces éléments peuvent être aggravés par la rédaction de l'ordonnance réalisée par un prescripteur qui lui-même manque de connaissances sur les DC (durée fixe de traitement, décroissance de DC...) <sup>53</sup>. Le manque de temps au comptoir est aussi un facteur de mauvaise compréhension de l'utilisation du DC par son patient.

Cette étude a mis en évidence une transmission de l'information inadéquate et incomplète de la part du PS envers son patient atopique.

Plusieurs besoins pour les PS émergent alors :

- Former les équipes officinales à la DA et ses traitements
- Adopter un discours cohérent et une attitude rassurante face à un patient réticent au DC
- Apporter de l'information claire et suffisante
- Prendre le temps pour chaque patient

- Former les équipes officinales à la DA et ses traitements

Dans notre enquête, 8% des patients souhaitent que les pharmaciens soient davantage compétents sur la DA et les DC. Il semble primordial que les pharmaciens et leur équipe soient formés afin de passer les bons messages aux patients<sup>74,81</sup>.

98% des répondants officinaux sont en demande de documentation et cherchent à être formés. Cependant, on constate que seulement 7% des professionnels interrogés connaissent l'outil POP Training<sup>82</sup>. C'est un e-learning gratuit pour les officines créé par le GET, groupe d'éducation thérapeutique en dermatologie, grâce au soutien de la Fondation Eczema. Cet outil permet de développer les connaissances des équipes officinales à propos des patients atteints de DA. Il permet aussi l'alignement des discours entre les différents acteurs de santé<sup>81</sup>. On en conclut qu'il serait intéressant de développer la connaissance de l'outil POP Training auprès des 63% de professionnels officinaux qui souhaitent des e-learning dans le cadre du développement de l'accompagnement personnalisé du patient à l'officine.

Une étude japonaise réalisée auprès de pharmaciens met en évidence un besoin d'être sécurisé par les bonnes pratiques cliniques : 86% des pharmaciens interrogés voulaient être formés sur « comment appliquer le DC, où et combien de fois par jour »<sup>75</sup>. Il serait de cette façon intéressant d'intégrer cet outil de formation au sein du cursus de formation, en privilégiant les modules 2 et 3 de POP Training : « Dépister et gérer les croyances et les corticophobies » et « Optimiser le traitement local ».

- Adopter un discours cohérent et une attitude rassurante face à un patient réticent au DC

Dans notre enquête, 77% des professionnels rencontrent des patients corticophobes. La corticophobie est la crainte ou la réticence à l'utilisation des DC. Les professionnels officinaux lors de l'enquête ont identifié deux éléments principaux souvent à l'origine de corticophobie.

D'une part, l'absence d'amélioration avec le DC entraîne la perte de confiance du traitement. Elle est ressentie par un patient de l'enquête sur dix et observée par presque autant de professionnels de l'enquête.

D'autre part, la peur des effets secondaires des DC chez le patient est fréquente. Dans l'enquête, elle est observée chez 60% des patients et 47% des professionnels au comptoir.

Dans une étude anglaise, sept patients sur dix rapportent des craintes vis-à-vis de l'utilisation des DC<sup>47</sup>. On sait que la complexité de ces traitements locaux entraîne une mauvaise adhésion et potentiellement une corticophobie<sup>59</sup>.

La corticophobie peut entraîner une faible adhésion aux traitements donc l'échec thérapeutique et finalement, une altération de la qualité de vie.

Face à ces patients, les professionnels de notre enquête adoptent différentes attitudes. Deux tiers demandent au patient d'expliquer leurs peurs et leurs craintes et 4% rassurent les patients sur les potentiels effets secondaires. Seulement 1% des répondants proposent un entretien motivationnel face à un patient corticophobe.

Il est important de laisser le patient expliquer les causes de ses craintes. Puis, il faut apporter des explications claires et suffisantes sur la maladie et les traitements en apportant des réponses par réajustement. Autrement dit, laisser le patient exprimer sa perception des bénéfices à être sans traitement, et les

risques de se traiter, puis individualiser l'information à transmettre. Cela permet d'instaurer une relation de confiance et entrer dans une attitude éducationnelle<sup>59,60,63,64</sup>.

On sait que l'entretien motivationnel aide à améliorer l'adhésion thérapeutique<sup>76</sup>. La motivation représente le levier le plus important du patient. Il est donc essentiel pour le professionnel officinal de se former sur les techniques d'accompagnement<sup>59</sup>.

En revanche, 5% des répondants ont une attitude qui augmente la peur du patient vis-à-vis des DC et qui crée un obstacle dans l'utilisation de ses traitements. Ils approuvent les craintes et les peurs du patient. Plusieurs études ont montré la corticophobie des soignants officinaux face aux DC, notamment pour la DA de l'enfant<sup>83</sup>. Les discours sont souvent parasités « *attention avec le soleil* », « *n'en mettez pas trop* », ce qui renforce le discours corticophobe du patient. Il est important pour le soignant officinal de se former en ce qui concerne les DC et d'avoir une attitude rassurante auprès des patients<sup>59</sup>.

- Apporter de l'information claire et suffisante

On s'aperçoit que seulement 2% des patients utilisent leur DC selon les bonnes pratiques<sup>25,80</sup>.

Ce chiffre reflète le manque de connaissances du patient lié en partie au manque d'informations transmis par le professionnel officinal et donc la nécessité d'orienter la prise en charge vers une attitude éducationnelle.

Pourtant, 82% des patients estiment avoir reçu assez d'informations à propos de leur DC. Donc 80% des patients pensent savoir alors qu'ils ne savent pas.

La majeure partie des patients n'ont pas de questions alors que l'enquête nous montre qu'ils ont beaucoup d'idées fausses en tête.

A travers ces deux enquêtes, on note le manque d'informations générales données sur la maladie. Un patient sur cinq a des questions sur sa maladie et un patient sur dix a des questions sur les DC. On observe que deux notions essentielles ne sont pas intégrées par les patients de l'enquête : le fait que la DA soit une maladie chronique (1/3 des patients) et le rôle essentiel du DC (1/3 des patients).

La qualité de l'information délivrée au patient est primordiale. Le manque de clarté et/ou une information insuffisante peut conduire à de la confusion chez le patient, et être à l'origine d'une perte d'adhésion aux traitements<sup>59,60</sup>.

Craignent-ils de nous poser des questions ? Ne veulent-ils pas aborder la maladie au comptoir de peur qu'on leur donne des injonctions ? Effectivement une patiente avait répondu « *Je vis avec cette maladie depuis 40 ans alors je crois pouvoir en parler sans qu'on me dise : non ce n'est pas comme ça, vous devriez faire ceci ou cela* ». On peut se demander si la relation d'écoute et de confiance est réellement installée au sein du couple patient-professionnel de santé<sup>63</sup>. En même temps, n'est-il pas intrusif de questionner nos patients pour savoir s'ils ont des doutes sur leur maladie et leur traitement ? On peut aussi se demander si le professionnel officinal parvient à identifier les doutes chez son patient<sup>59</sup>.

Cela peut aussi s'expliquer par le manque de formations des professionnels de santé officinaux. En effet, un professionnel sur cinq estime manquer d'informations concernant les DC, ce qui pourrait être un frein aux réponses apportées aux questions des patients.

Au final, le patient émet des incertitudes (« *Comment la DA va-t-elle disparaître ?* » « *Quelle crème utiliser ?* » etc.) auxquelles le professionnel de santé doit apporter des informations.

La communication pharmacien-patient favorise l'adhésion thérapeutique du patient en permettant la bonne compréhension de la maladie et du traitement<sup>77</sup>.

Le PS officinal doit savoir communiquer de manière appropriée en fonction du stade d'acceptation du patient envers sa pathologie<sup>60</sup>.

La mise en place d'un **accompagnement pharmaceutique** destiné aux patients atopiques, avec des professionnels de santé officinaux formés pourrait permettre d'améliorer la prise en charge globale des patients atopiques.

- Prendre le temps pour chaque patient : mise en place d'un accompagnement personnalisé ou comment aider le patient dans la durée ?

Cette proposition a été approuvée par 93% des répondants officinaux qui pensent nécessaire l'accompagnement pharmaceutique pour leurs patients atopiques. En effet, trois quarts des professionnels estiment avoir des patients atopiques en insatisfaction thérapeutique. Du côté des patients, 51% sont intéressés par cet accompagnement contre 20% qui ne le sont pas car ils n'en ressentent pas l'utilité et estiment connaître leur maladie.

La complexité du parcours de soin du patient atopique peut engendrer une insatisfaction au cours de sa prise en charge<sup>78</sup>. Il serait donc intéressant de suivre nos patients atopiques de façon plus régulière par des entretiens afin de simplifier leur parcours de soin.

Là est l'importance de mettre en place un accompagnement personnalisé et adapté à chacun.

Au niveau de la faisabilité, 43% des professionnels de santé officinaux font des EP dans leur pharmacie et seraient donc potentiellement aptes à réaliser les accompagnements des patients atopiques. 68% des répondants officinaux estiment avoir assez de temps et d'espace pour les réaliser.

Il existe une grande majorité d'officines pour qui la mise en place d'un suivi officinal personnalisé serait réalisable.

Les patients aimeraient être accompagnés sur différents points de leur maladie :

- Avoir des **conseils** sur les produits cosmétologiques, dermatologiques, naturels et les CA : 27%
- Avoir un **accompagnement** complet (écouter, rassurer, répondre aux questions ...) : 25%
- Aide à la gestion **quotidienne** de la maladie : 14%
- Aide à la gestion des **crises** : 8%

L'accompagnement prendrait alors la forme d'un entretien de suivi à court terme. Il serait réalisé dans une salle de confidentialité dans un temps imparti. La ligne directrice à suivre serait de recueillir les connaissances du patient ; déconstruire les idées fausses et accompagner la motivation du patient<sup>60</sup>.

Enfin, on observe que pour 68% des patients la saisonnalité a un impact sur leur eczéma. Il serait intéressant dans ce sens de proposer aux patients de réaliser des entretiens à chaque début de saison. Cela permettrait de faire le point sur l'évolution et le contrôle de leur maladie. Le professionnel pourrait en profiter pour redonner les règles hygiéno-diététiques de la saison concernée et également adapter l'émollient à la saison si nécessaire. Cela permettrait également de répondre au besoin du patient d'avoir un accompagnement continu, en permettant un suivi entre deux rendez-vous chez le dermatologue, souvent très espacés.



La dermatite atopique n'est pas une maladie anodine. Sa prise en charge est très importante au vu de tous les impacts qui en découlent. Le professionnel de santé doit comprendre la souffrance du patient à travers l'écoute.

C'est une maladie qui lui colle à la peau, pas une maladie dans la tête.

Afin d'aider les professionnels de santé, nous avons dans le cadre de ce travail créer des fiches conseils à destination des patients :

# DERMOCORTICOÏDES

## A FAIRE ✓

- L'utiliser dès le début de la crise : rouge / gratte / rugueux
- Dépasser autour de la plaque
- Utiliser l'unité phalange
- L'appliquer une fois par jour jusqu'à disparition de la plaque d'eczéma
- L'appliquer sur toutes les plaques d'eczéma
- Crème solaire si exposition solaire
- Rechercher aussi les facteurs déclencheurs

## A NE PAS FAIRE ✗

- Attendre avant de l'utiliser lors d'une crise
- Ne l'appliquer que sur la plaque
- Le substituer par un autre produit non prescrit par le médecin
- L'appliquer seulement quelques jours
- Penser que c'est photosensibilisant
- Ne pas l'appliquer à certains endroits
- Penser que tout ce que l'on lit/ entend est vrai

# L'EMOLLIENT

## A FAIRE ✓

- Utiliser un émollient sans parfum
- A une quantité de 30 grammes par jour
- Application quotidienne
- Adapter la texture en fonction de la saison (baume et cérat en hiver)
- L'utiliser en traitement de fond de la dermatite atopique
- Choisir son émollient

## A NE PAS FAIRE ✗

- Utiliser un hydratant pas adapté
- Ne pas utiliser assez d'émollient
- Ne pas s'hydrater quotidiennement
- L'utiliser pour soigner une plaque d'eczéma
- Se faire imposer un émollient qui ne nous convient pas

# LA TOILETTE

## A FAIRE ✓

- Eau tiède
- Bain ou douche maximum 5 minutes
- Produit lavant sans savon
- Tamponner pour sécher
- Se laver une fois par jour et une fois tous les deux jours en hiver

## A NE PAS FAIRE ✗

- Eau trop chaude
- Douche trop longue (+5 min)
- Prendre des bains prolongés
- Produit lavant non adapté
- Utiliser savon de Marseille (trop agressif)
- Sécher sans tamponner
- Se laver plusieurs fois par jour
- Utiliser gant de toilette (bactéries)

## Printemps

Eviter les lieux à pollen

Se rincer après une promenade en plein air

Ne pas faire sécher le linge en extérieur



## Été

Prendre douche après effort pour éliminer transpiration

Appliquer le DC même au soleil



## Automne

Prendre conscience de ses émotions pour la rentrée

Sophrologie

Loisirs



## Hiver

S'hydrater deux fois par jour

Changer puissance de l'émollient

Se laver un jour sur deux



## **CONCLUSION**

---

THESE SOUTENUE PAR : Clara Besson

**TITRE : Évaluation des besoins pour une prise en charge spécifique à l'officine des patients atteints de dermatite atopique**

### **CONCLUSION :**

La dermatite atopique est la deuxième maladie dermatologique chronique la plus fréquente en France. C'est un véritable enjeu de santé public. Elle est à l'origine d'une réelle souffrance physique et psychique et altère la qualité de vie des patients, mais aussi celle de leur entourage. Le patient atopique rencontre de nombreuses difficultés dans le contrôle de sa maladie. Le pharmacien d'officine et son équipe, de par leur proximité, peuvent être une ressource dans l'accompagnement et le suivi des patients.

Dans ce travail, nous avons souhaité évaluer les besoins des patients et des équipes officinales afin d'améliorer la prise en charge de cette pathologie cutanée chronique. Pour cela, nous avons réalisé deux enquêtes. La première, destinée aux patients atteints d'eczéma, a été diffusée du 14 mars 2021 au 31 mai 2021 sur un échantillon de 251 patients de tout âge. Nous avons tenté d'identifier les besoins des patients, en recueillant leurs habitudes de prise en charge mais aussi leurs ressentis physiques et psychologiques. La seconde enquête, destinée aux équipes officinales, a été diffusée du 30 mars 2021 au 24 juillet 2021. L'échantillon se compose de 81 professionnels de santé officinaux de toute la France. Le but était d'identifier au sein des officines, les points forts et ceux à améliorer dans l'accompagnement du patient atopique.

Notre enquête patients met en évidence une mauvaise connaissance de leur pathologie et une utilisation parfois inadaptée de leurs traitements. Environ un patient sur deux utilise un produit lavant et/ou un émollient non adapté. Mais aussi,

seulement 2% des patients de notre échantillon utilisent le dermocorticoïde selon les bonnes règles d'usage. De plus, une altération de la qualité de vie est ressentie chez 91% des patients de l'échantillon.

L'évaluation des besoins du côté des officinaux a permis d'identifier un manque de formation des équipes. Trois quarts des professionnels de santé sont à l'origine d'informations incomplètes voire erronées. On note aussi des réticences de leur part concernant l'utilisation du dermocorticoïde. Il leur est de même, souvent difficile de déceler des patients corticophobes et surtout d'en adapter le discours.

Dans le but d'améliorer l'accompagnement des patients atopiques par les équipes officinales, il semble nécessaire de former ces dernières afin de transmettre les notions essentielles et adopter une attitude rassurante face à un patient corticophobe. Afin d'aider les professionnels de santé, nous avons, dans le cadre de ce travail, créé des fiches conseils à destination des patients.

Le développement de l'accompagnement pharmaceutique lié à une attitude éducative semble être une bonne opportunité pour améliorer la prise en charge globale des patients atopiques. Il pourrait prendre la forme d'un entretien de suivi à court terme, porté par le modèle savoir-pouvoir-vouloir.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Grenoble, le : 30/05/2022**

**LE DOYEN DE L'UFR DE PHARMACIE**

**M. le Pr. Michel SÈVE**

  
Pour la Présidence  
et par délégation  
Le Doyen de Pharmacie  
Pr. Michel SEVE

**LE DIRECTEUR DE THESE**

**Magali BOURREL BOUTTAZ**



**LE TUTEUR UNIVERSITAIRE**

**Béatrice BELLET**



# ANNEXES

## Annexe 1 : Technique de l'habillage

**1** Se laver les mains

**2** Appliquer la crème émolliente en couche épaisse

**3** Recouvrir de film alimentaire ou avec une bande extensible, voire des gants

Crème émolliente

Film alimentaire

Bandes extensibles

Paire de ciseaux

**1** Appliquer le dermocorticoïde seul ou dilué dans un émollient

**2** Superposer les 2 bandages

**3** Laisser toute la nuit

Dermocorticoïde

Eau chaude

Bandages tubulaires

Bandes extensibles



## Annexe 2 : Unité phalangette

### QUAND COMMENCER LES DERMOCORTICOÏDES ?

Dès l'apparition des symptômes (rougeurs, démangeaisons, rugosités)

### QUAND ARRÊTER LES DERMOCORTICOÏDES ?

À la disparition des symptômes



[WWW.FONDATIONECZEMA.ORG](http://WWW.FONDATIONECZEMA.ORG)



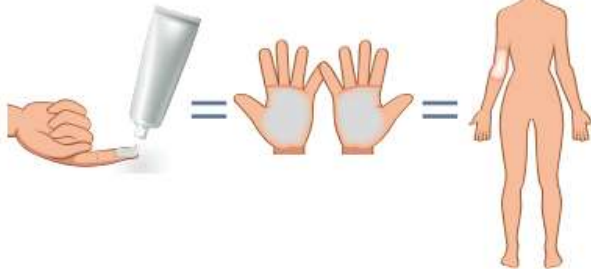
**\*Bibliographie :**

Marjushtha Kalavala, Carlène M. Mila, Colin C. Long & Andrew Y. Finlay - Journal of Dermatological Treatment 2007; 16: 219-220  
C.C.LONG, C.M.MILLS AND A.Y.FINLAY - British Journal of Dermatology 1998; 139: 293-298  
C.C.LONG AND A.Y.FINLAY - Clinical and Experimental Dermatology 1991; 16: 444-447



### Comment utiliser les dermocorticoïdes ?

Une unité phalangette d'un adulte permet de traiter une zone équivalente à la surface de deux paumes de main adulte\*



1 tube de 30 g = une application sur le corps entier d'un adulte

TÊTE & COU	MEMBRE SUPÉRIEUR & MAIN	MEMBRE INFÉRIEUR & PIED	TRONC (face antérieure)	TRONC (face postérieure) & FESSES

AGE	UNITÉS PHALANGETTES ADULTES NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT				
3 à 6 mois	1	1	1,5	1	1,5
1 à 2 ans	1,5	1,5	2	2	3
3 à 5 ans	1,5	2	3	3	3,5
6 à 10 ans	2	2,5	4,5	3,5	5
12 ans	2,5	4	7	5	7
Adultes	2,5	4	8	7	7

<https://fondationeczema.org>

## Annexe 3 : Questionnaire ADCT

**Pour calculer votre score ADCT, veuillez répondre aux six questions suivantes :**

Notez vos points pour chaque question dans les cases grises

Date du jour :

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

### Mon score est...

**Inférieur à 7**

**Votre dermatite atopique semble contrôlée.**

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

Accéder au score ADCT sur : [www.dermatite-atopique.fr](http://www.dermatite-atopique.fr)



**Au moins égal à 7**

**OU**

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

**OU**

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

**Votre dermatite atopique semble inadéquatement contrôlée.**

Discutez avec votre médecin (dermatologue, médecin généraliste..) des réponses apportées au questionnaire ADCT et de l'incidence de votre DA sur votre vie.

7000029521-09/2020

<https://dermatite-atopique.fr>

## Annexe 4 : Fiche CAP « Conduite Active Personnalisée »

### MES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Mon dermatologue : \_\_\_\_\_  
 Mon généraliste : \_\_\_\_\_


Dr : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_


Cachet :  Cachet :

Ma pharmacie : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_


Cachet :

  
 WWW.FONDATIONECZEMA.ORG

  
**Fondation Eczéma**  
 Fondation d'Entreprise  
 des Laboratoires Pierre Fabre

### CONDUITE ACTIVE PERSONNALISÉE

Mon pharmacien m'aide  
à garder le CAP!



J'ai compris les **explications** de mon médecin, je m'approprie l'**ordonnance** en rédigeant mon CAP.

**J'observe et j'agis** pour garder le CAP!


### LE TRAITEMENT DES POUSSÉES

#### J'OBSERVE


**Sur les plaques inflammatoires :**

- Ma peau est rouge.
- Ma peau me démange
- Ma peau suinte

SUR LE VISAGE




SUR LE CORPS




**En dehors des plaques inflammatoires :**

- Ma peau n'est pas rouge, ne me gratte pas
- Ma peau est sèche



#### J'AGIS

J'applique sur le visage la crème à la cortisone prescrite par mon médecin une fois par jour :




Collez l'étiquette ici

J'applique sur le corps la crème à la cortisone prescrite par mon médecin une fois par jour :

---

Je continue à appliquer mon soin émollient tous les jours :




Collez l'étiquette ici

### LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN

#### J'OBSERVE

VISAGE ET CORPS


- En cas de poussées très fréquentes



---

VISAGE ET CORPS

- Ma peau n'est plus rouge
- Ma peau ne me démange plus



#### J'AGIS

Je continue la crème à la cortisone prescrite par mon médecin deux fois par semaine pendant :

---

et mon soin émollient en continu ailleurs sur la peau sèche :

---

EN DEHORS DES POUSSÉES

Je ne mets pas de crème à la cortisone. Je continue mon soin émollient partout, tous les jours :

### ÇA NE RESSEMBLE PLUS À DE L'ECZÉMA ATOPIQUE

Ça ne gratte plus → C'est douloureux, avec de la fièvre → Je vais aux urgences

Ça gratte → C'est croûteux et purulent → Je consulte mon dermatologue/ médecin

Ça gratte → Mes proches se grattent → Je consulte mon dermatologue/ médecin

<https://fondationeczema.org>

Étiquettes du maçon à coller sur les tubes d'émollients



Étiquettes du pompier à coller sur les tubes de crème à la cortisone



<https://fondationeczema.org>

# TOPICOP\*

## simplifié

*Merci de cocher une seule réponse pour chaque proposition*

1. Les dermocorticoides passent dans le sang  
 pas du tout  pas vraiment  un peu  tout à fait  je ne comprends pas la question
2. Les dermocorticoides favorisent les infections  
 pas du tout  pas vraiment  un peu  tout à fait  je ne comprends pas la question
3. Les dermocorticoides font grossir  
 pas du tout  pas vraiment  un peu  tout à fait  je ne comprends pas la question
4. Les dermocorticoides abîment la peau  
 pas du tout  pas vraiment  un peu  tout à fait  je ne comprends pas la question
5. Les dermocorticoides ont des effets sur ma santé future  
 pas du tout  pas vraiment  un peu  tout à fait  je ne comprends pas la question
6. Les dermocorticoides favorisent l'asthme  
 pas du tout  pas vraiment  un peu  tout à fait  je ne comprends pas la question
7. J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine comme les paupières  
 pas du tout  pas vraiment  un peu  tout à fait  je ne comprends pas la question
8. Je n'en connais pas les effets secondaires mais j'ai peur des dermocorticoides  
 pas du tout  pas vraiment  un peu  tout à fait  je ne comprends pas la question
9. J'ai peur d'utiliser une dose trop importante  
 pas du tout  pas vraiment  un peu  tout à fait  je ne comprends pas la question
10. Je me traite le plus tard possible  
 jamais  parfois  souvent  toujours  je ne comprends pas la question
11. Je me traite le moins longtemps possible  
 jamais  parfois  souvent  toujours  je ne comprends pas la question
12. J'ai besoin d'être rassuré(e) vis-à-vis du traitement par dermocorticoides  
 pas du tout  pas vraiment  un peu  tout à fait  je ne comprends pas la question

\*Questionnaire inspiré de la publication : Muret L, Arthaud E, Aubert-Watiaux H, Le Blum A, Laux C, Macrezou-Hautier J, Shalier JF, Barbarot S. TOPICOP® : a new scale evaluating topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents. *PLoS One*. 2013 Oct 16;8(10):e76483. doi: 10.1371/journal.pone.0076483.



Fondation Eczéma

Fédération Française  
des Laboratoires Pharmaceutiques

## Annexe 7 : Questionnaire patient

# QUESTIONNAIRE ECZÉMA = DERMATITE ATOPIQUE

Ce questionnaire vous est remis afin de cibler vos attentes concernant votre pathologie, dans le but d'améliorer votre prise en charge. Vos réponses seront analysées anonymement dans le cadre d'une thèse. Nous vous remercions pour le temps et l'implication accordée.  
BESSON Clara - 6ème année de pharmacie - Université Grenoble Alpes  
DA = Dermatite atopique; Dermocorticoïdes= cortisone en crème ou en pommade

### Qui êtes vous

• **Je suis ...**

Parent d'un enfant atteint d'eczéma  Un homme atteint d'eczéma  Une femme atteinte d'eczéma

• **J'ai (ou mon enfant atteint d'eczéma a) ...**

0 - 3 ans  3 - 6 ans  6 - 15 ans  15 ans et plus

• **Depuis quand l'eczéma vous a-t-il été diagnostiqué ?**

Quelques mois  Environ 1 an  Plus d'un an  Plus de 5 ans  Plus de 10 ans

• **Avez-vous d'autres pathologies ?**

Non  Ne souhaite pas répondre  Oui **Si oui, la ou lesquelles ?** .....

### Ressentis au quotidien

#### Physique

• **Quelle(s) partie(s) de votre corps est (sont) atteinte(s) par l'eczéma ?**

Cuir chevelu  Visage/cou  Abdomen  Parties génitales  
 Dos  Bras  Mains / doigts  Jambes  Pieds

• **A quelle fréquence votre peau est-elle un fardeau ?**

1 fois par semaine  Plusieurs fois par semaine  1 fois par mois  Plusieurs fois par mois  
 Autre .....

• **A propos de l'intensité de vos démangeaisons lors des crises, elle est ...**

Facilement supportable  Assez supportable  Très peu supportable  Intolérable au quotidien

• **Notez-vous des variations saisonnières de votre eczéma ?**

Oui  Non

• **Si oui, à quelle(s) saison(s) est-ce prédominant ?**

Printemps  Été  Automne  Hiver

#### Psychologique

• **Votre eczéma a-t-il un impact sur votre qualité de vie ?**

Oui, beaucoup  Oui, un peu  Non

• **Vous êtes-vous déjà senti complexé(e) par rapport à vos problèmes de peau ?**

Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Tout le temps

• **Votre eczéma a-t-il un impact au quotidien:**

Dans mes relations sociales / le regard des autres  Dans ma vie quotidienne  Dans mes activités sportives/ loisirs  
 Sur l'estime envers moi-même  Dans ma vie professionnelle  Aucun  
 Autre(s) .....

• **Avez-vous des peurs, des craintes ?**

Non  Oui **Si oui, lesquelles ?** .....

A propos de votre prise en charge ...

L'hygiène et les soins

- Quel(s) produit(s) d'hygiène et de soins utilisez-vous sur votre peau (visage et corps) et combien de tubes chaque mois ?

Produit(s) lavant(s): .....  1/ mois  2/ mois  3/ mois  + de 3/ mois

Emollient(s): .....  1/ mois  2/ mois  3/ mois  + de 3/ mois

Hygiène des mains: .....  1/ mois  2/ mois  3/ mois  + de 3/ mois

Soins des mains: .....  1/ mois  2/ mois  3/ mois  + de 3/ mois

Déodorant:  Oui  Non - Maquillage:  Oui  Non - Lotion(s):  Oui  Non

- Comment les avez-vous choisis ?

Conseils de mon médecin  Conseils de mon dermatologue  Conseils de mon pharmacien

Internet  Magazine  Connaissances (amis, voisins...)  Autre(s).....

Les dermocorticoïdes (DC)

- Un dermocorticoïde vous a-t-il été prescrit ?

Non  Oui Si oui, lequel ? .....

- Votre médecin / pharmacien vous a-t-il apporté des informations sur ce médicament ?

Oui  Non

- A quel moment utilisez-vous ce traitement ?

Tous les jours (même hors crise)  Uniquement en période de crise  En prévention (2x/semaine sur les plaques récidivantes)

- A votre avis, qu'est-ce qui améliore votre eczéma lors des crises ?

Les émoullients  Les dermocorticoïdes  Les deux  Aucun  Autre(s).....

Les compléments alimentaires

- Utilisez-vous des compléments alimentaires oraux ?

Non  Oui Si oui, le ou lesquels ? .....

- Comment les avez-vous choisis ?

Conseils de mon médecin  Conseils de mon dermatologue  Conseils de mon pharmacien

Internet  Magazine  Connaissances (amis, voisins...)  Autre(s).....

- Remarquez-vous une amélioration après la prise de ce(s) complément(s) alimentaire(s) ?

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

Ce qui vous pose problème ...

Avec votre dermocorticoïde (DC)

- Utilisez-vous le dermocorticoïde qui vous est prescrit en cas de crise ?

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

Si vous ne l'utilisez pas, quelles sont vos craintes ? .....

- Lors des crises, attendez-vous quelques jours avant d'utiliser votre DC ?

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours Si oui, pourquoi ? .....

- Comment appliquez-vous votre DC ?

Uniquement sur la plaque d'eczéma  En débordant légèrement autour de la plaque  Avec l'unité phalange

Avec la situation actuelle

- Avez-vous remarqué la survenue de problèmes cutanés face aux gestes barrières qu'engendre la COVID ?

Non  Oui Si oui, lesquelles ? .....

Vos attentes ...

- Avez-vous des questions concernant votre pathologie et/ou vos traitements ?

Non  Oui Si oui, lesquelles ? .....

- Souhaiteriez-vous la mise en place d'un accompagnement personnalisé au sein de votre pharmacie ?

Oui  Non  Ne sait pas

- Si non, pourquoi ? .....

Si oui, quelles sont vos attentes à propos de cet accompagnement personnalisé ? .....

*Merci pour votre participation !*



**Vous êtes atteint  
de dermatite/  
eczéma atopique ?**

Dans le but d'optimiser votre prise en charge et  
de répondre à vos attentes, nous avons réalisé  
ce questionnaire anonymisé

**SCAN ME !**

<https://vu.fr/pharma>

*Cela ne vous prendra que quelques minutes*

*C. Besson - Travail de thèse  
Etudiante pharmacie*

**merci**

Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse



## ENQUÊTE OFFICINALE - DERMATITE ATOPIQUE

Dans le cadre de la réalisation de ma thèse, je souhaiterais avoir le ressenti de l'équipe officinale concernant les patients atteints de dermatite atopique (DA). A travers vos avis, cela permettra d'améliorer l'accompagnement personnalisé que nous leur proposons. Les patients rempliront un questionnaire permettant d'identifier ceux éligibles à un suivi personnalisé.  
BESSON Clara - 6eme année de pharmacie - Université Grenoble Alpes  
DC = dermocorticoïdes

### Qui êtes vous

• Je suis ...

Pharmacien assistant     Pharmacien titulaire     Préparateur/trice en pharmacie

• Je suis ...

Une femme     Un homme

• J'ai ...

Moins de 30 ans     30 - 39 ans     40 - 49 ans     50 - 59 ans     60 ans ou plus

• J'exerce dans une pharmacie ...

Rurale     Citadine     Dans un centre commercial     De quartier

• Dans quel département exercez-vous ? .....

• Réalisez-vous des entretiens pharmaceutiques / accompagnements personnalisés au sein de votre officine ?

Asthme     AVK     AOD     Chimiothérapie orale     Bilan partagé de médication  
 Sevrage tabagique     Diététique     Aucun     Autre(s) .....

### Ce que vous savez ...

#### A propos des dermocorticoïdes (DC)

• Savez-vous expliquer le mode d'emploi des DC ?

Jamais     Parfois     Souvent     Toujours

• Pouvez-vous identifier ce qui vous pose problème ? .....

• Utilisez-vous l'unité phalangelette lors de la délivrance des DC ?

Jamais     Parfois     Souvent     Toujours

#### A propos des règles d'hygiène et de soins

• Le temps de la douche c'est ...

Très important     Important     Peu important     Pas important

• Le fait que le produit d'hygiène soit sans savon c'est ...

Très important     Important     Peu important     Pas important

• L'émollient permet de :

Rendre la peau douce     Etanchéifier la peau     Diminuer les démangeaisons

#### A propos des compléments alimentaires (CA): probiotiques, plantes, complexes oligo-éléments etc ...

• Conseillez-vous des CA dans certains cas de dermatite atopique (DA) ?

Jamais     Parfois     Souvent     Toujours

Si oui, lesquels ? .....

• Remarquez-vous une amélioration chez vos patients atteints de DA grâce à ce(s) complément(s) alimentaire(s) ?

Jamais     Parfois     Souvent     Toujours     Je n'ai pas eu de retours des patients

**Ce qui vous pose problème ...**

- **Avez-vous des patients en insatisfaction thérapeutique ?**

Oui  Non

**Avec les dermocorticoïdes (DC)**

- **Rencontrez-vous des patients corticophobes?**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**Si oui, avez-vous identifié les raisons (liste) ?** .....

- **Quelle attitude adoptez / adopteriez-vous face à un patient corticophobe ?**

Je comprend totalement sa peur et approuve ses craintes  Je n'en parle pas avec lui  Je me sens démuni

J'essaie de comprendre ses craintes  Je lui demande d'expliquer ses peurs et ses craintes

Autre(s).....

- **Je conseille au patient d'éviter l'application des DC sur les zones où la peau est plus fine**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- **Je conseille au patient de mettre le moins de quantité de DC possible**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- **Je conseille au patient de se traiter le moins longtemps possible**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- **Je conseille au patient de ne pas s'exposer au soleil en cas d'utilisation des DC**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**Avec la situation actuelle**

- **Vos patients atteints de DA ont-ils remarqué la survenue de problèmes cutanés face aux gestes barrières qu'engendre la COVID ?**

Oui  Non

- **Si oui, lesquels ?**

Chaleur/sensation de brûlure au niveau du visage (masque)

Pousse d'eczéma au niveau du visage (masque)

Démangeaison au niveau du visage (masque)

Réaction allergique au gel hydroalcoolique

Pousse d'eczéma au niveau des mains (gel hydroalcoolique)

Angoisse/ stress ayant déclenché des poussées d'eczéma

Autre(s).....

- **Que pouvez-vous leur conseiller ?** .....

**Vos attentes ...**

- **Pensez-vous que certains de vos patients auraient besoin d'un accompagnement personnalisé à propos de cette pathologie ?**

Oui  Non

**Si non, pourquoi ?** .....

- **Seriez-vous intéressé par la mise en place d'accompagnements personnalisés au sein de votre officine afin d'améliorer la prise en charge de vos patients ?**

Oui  Non

**Si non, pourquoi ?** .....

- **Auriez-vous le temps et l'espace pour les réaliser ? (en s'imaginant hors pandémie, sans la réalisation des tests COVID)**

Oui  Non

- **Connaissez-vous la formation en ligne et gratuite "pop training" à propos de la DA ?**

Oui  Non

- **Quels sont vos besoins dans le cadre de la mise en place d'accompagnements personnalisés de patients atteints de DA ?**

E-learning  Webinar  Documentation écrite  Outils d'éducation thérapeutique  Rien

Autre(s).....

**Votre e-mail :**

(si vous souhaitez être informé lors de l'élaboration du projet)

*Merci pour votre participation !*

Annexe 10 : Référencement de quelques gammes destinées à la peau atopique

**URIAGE® avec la gamme Xémose**



**LA ROCHE POSAY® avec la gamme Lipikar**



**A-DERMA® avec la gamme Exomega**



**SVR® avec la gamme Topialyse**



**EUCERIN® avec la gamme AtopiControl**



**BIODERMA® avec la gamme Atoderm**



**DUCRAY ® avec la gamme DEXYANE**



**AVÈNE ® avec la gamme XeraCalm AD**



**NOREVA ® avec la gamme Xerodiane**



**DEXERYL ®**



*Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse*

Annexe 11 : Soins lavants utilisés par les patients de l'enquête

Produit	SANS Savon	SANS Parfum
Gel lavant URIAGE	OK	-
Huile lavante URIAGE	OK	-
Crème lavante URIAGE	OK	-
Huile lavante URIAGE XEMOSE	OK	OK
Pain surgras LAROCHE POSAY	OK	-
Savon liquide surgras LAROCHE POSAY	OK	-
Lipikar surgras crème lavante LAROCHE POSAY	OK	-
Lipikar syndet crème lavante LAROCHE POSAY	OK	OK
Lipikar gel lavant LAROCHE POSAY	OK	-
Huile lavante LAROCHE POSAY	Ok	-
SANEX 0%	OK	-
Crème lavante DEXERYL	Ok	OK
Huile lavante SVR TOPIALYSE	OK	-
Huile de douche ADERMA EXOMEGA	OK	-
Gel ADERMA EXOMEGA	OK	OK
Pain peaux intolérantes AVENE	OK	OK
Gel lavant XERODIANE	OK	-
Huile lavante XERODIANE	OK	-
Huile lavante XERACALM	OK	OK
Gel douche BIODERMA ATODERM	OK	-
Huile douche BIODERMA ATODERM	OK	-
Gel surgras ROGE CAVAILLES	OK	-
Huile lavante ATODERM	OK	-
Gel nettoyant DERMATHERM	OK	OK
Gel crème douche CICABIAFINE	OK	OK
Gel LAROCHE POSAY TOLERIANE	OK	OK
Gel douche Bébé CATTIER	OK	-
Shampooing douche surgras neutre MKL	OK	OK
Crème de douche TRIXERA AVENE	OK	-
Crème lavante bébé WELEDA	OK	-
Weleda KIDS	OK	
Pain surgras XERACALM AVENE	OK	OK
Cicaplast gel lavant LAROCHE POSAY	-	OK
Huile lavante EUCERIN	-	OK
Gel nettoyant DEXIANE DUCRAY	OK	OK
SANEX Surgras	OK	

*Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse*

Annexe 12 : Soins hydratants utilisés par les patients de l'enquête

Produit	SANS parfum	SANS conservateur
Xeraconfort A-DERMA	-	
Beurre de karité		
Dexeryl	OK	Sans parabén
Xeracalm AD AVENE	OK	OK
Baume Xeracalm AVENE	OK	OK
Cerat Xemose URIAGE	OK	Sans parabén
Topialyse barrière SVR	OK	Sans parabén
Topialyse baume SVR	Ok	OK
Crème exomega control ADERMA	OK	OK
Baume exomega ADERMA	OK	OK
Crème tolérance AVENE	OK	OK
Baume Dexyane DUCRAY	OK	OK ? (« sans conservateur à risque »)
Crème DexyaneMed DUCRAY	OK	Sans parabén
Xerolys 10	-	-
Dermalibour ADERMA	OK	-
Xerodiane baume nutritif NOREVA	OK	-
Xerodiane crème NOREVA	OK	OK
Baume Atopiance intensif MIXA	OK	-
Baume Lipikar LAROCHE POSAY	OK	-
Lait Lipikar LAROCHE POSAY	-	Sans parabén
Baume Xemose URIAGE	OK	Sans parabén
Crème Xemose URIAGE	OK	OK
Cicabifine Crème	OK	-
Baume Atoderm BIODERMA	OK	Sans parabén
Baume Hydratant CERAVE	OK	-
Crème neutre AVRIL	OK	-
Baume atoderm pp BIODERMA	OK	Sans parabén
Baume moisturising CERAVE	OK	-
Gel crème Atoderm BIODERMA	OK	-
Urea repair plus EUCERIN	OK	-
Cold cream AVENE	-	-
Baume oléo-apaisant Uriage	OK	OK
Bionike triderm AD BAUME	OK	OK
Aquaphor baume	OK	OK
Cicabiocrème BIODERMA	OK	-
Lactibiane topic AD	-	-
Dexyane med DUCRAY	OK	
<b>Préparations magistrales</b>		
Préparation Cold Cream + codexial		
Cerat de galien		
Préparation glycérolé d'amidon + codexial		

Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse

Annexe 13 : Verbatims patients de l'enquête à propos des peurs envers la maladie

<p><b>Peur de l'altération de la qualité cutanée</b></p> <p>« J'ai peur que les marques causées à cause des grattements restent »</p> <p>« J'ai peur que ma peau ne cicatrise pas correctement »</p> <p>« J'ai peur que cela lui fasse des marques pour plus tard (sur les joues) »</p> <p>« Quand l'eczéma du visage est sévère, j'ai peur de ne jamais retrouver les traits normaux de mon visage... »</p> <p>« J'ai peur que mes démangeaisons deviennent des cicatrices »</p> <p>« J'ai peur des marques laissées sur mon corps »</p> <p>« J'ai peur que ma peau ne se rétablisse jamais »</p>	<p><b>Peur que ça reste toute la vie, ne jamais s'en sortir</b></p> <p>« J'ai peur que ma DA revienne (essai clinique après 10ans de traitement inutile et depuis 3 ans plus de crise mais aucune idée de la durée de stabilité du traitement) »</p> <p>« J'ai peur que ça revienne sur les pliures comme à l'adolescence »</p> <p><b>« J'ai peur que ça reste à vie » (x5)</b></p> <p>« J'ai peur de ne jamais m'en sortir » (x2)</p> <p>« J'ai peur que ça devienne un cercle infernal »</p> <p>« J'ai peur d'avoir mal comme aujourd'hui, toute ma vie... »</p> <p>« J'ai peur que ça ne guérisse jamais » (x2)</p> <p>« J'ai peur que ça ne s'arrête jamais » (x3)</p> <p>« J'ai peur que ça dure » / « J'ai peur que ça se voit et que ça perdure »</p> <p>« J'ai peur de ne jamais m'en sortir » (x3)</p> <p>« J'ai peur de ne pas sortir d'une crise »</p> <p>« J'ai peur que ça ne se calme jamais, de ne pas arriver à le contrôler »</p> <p>« J'ai peur de ne pas réussir à me débarrasser de l'eczéma »</p> <p>« J'ai peur que cet eczéma me gâche la vie pour toujours »</p> <p>« J'ai peur de toujours en avoir »</p> <p>« J'ai peur que ça le gêne au quotidien »</p> <p>« Les crises ne diminuent en rien malgré toutes les précautions. Souvent les médecins me disent toi, ta peau est très compliquée »</p> <p>« J'ai peur de l'évolution des crises » (x2)</p> <p>« J'ai peur que son eczéma ne parte jamais et s'aggrave en grandissant »</p> <p><b>« J'ai peur que ça s'étende, s'amplifie » (x5)</b></p> <p><b>« J'ai peur que ça s'empire » (x7)</b></p> <p><b>« J'ai peur que cela s'aggrave » (x5)</b></p>
<p><b>Peur de transmission génétique</b></p> <p>« Pour moi, pas vraiment mais plutôt si j'avais des enfants et qu'ils vivaient le même cauchemar que moi étant enfant »</p> <p>« J'ai peur de ne pas gérer la maladie et de la transmettre à mes enfants »</p> <p>« La transmission à mes enfants, que cela s'aggrave car j'ai eu à plusieurs reprises un staphylocoque »</p> <p>« Transmettre à mes enfants »</p> <p>« J'ai peur que cela ne parte jamais et que mon enfant en ait également »</p> <p>« J'ai peur que mon enfant en ait un jour » (x2)</p> <p>« Je suis enceinte j'ai peur que mon bébé en ait et de mon côté j'ai peur que ça ne parte jamais »</p>	<p><b>Peur des infections</b></p> <p>« Infections »</p> <p>« La non guérison, les infections à répétition »</p>

<p><b>Peur d'être en contact avec facteurs déclenchants de crise</b></p> <p>« Toujours dans l'attente de la prochaine crise. Peur de crise dans des moments stressants ou importants »</p> <p>« Faire la vaisselle, mettre des vêtements qui peuvent me provoquer de l'eczéma, le soleil, ce que je mange... »</p> <p>« Quand je vais me coucher, peur de me réveiller en me grattant à sang, cela m'angoisse. Les démangeaisons sont plus fréquentes la nuit »</p>	<p><b>Peur de développer une autre pathologie liée à l'impact de l'eczéma</b></p> <p>« Que ça me cause de l'anxiété/dépression/stress » (x6)</p> <p>« D'être fatiguée, que ça empire, que si je mange "sans réfléchir" cela « abime » mon corps »</p> <p>« D'avoir un cancer de la peau entre autres »</p> <p>« D'avoir une maladie grave, mort prématurée »</p> <p>« J'ai peur de développer des allergies, de l'asthme »</p> <p>« Que mon fils ait de l'asthme » (x2)</p>
<p><b>Peurs sociales (rejet, moqueries ...)</b></p> <p>« J'ai peur d'échouer, de décevoir... »</p> <p>« J'ai peur de dégouter les autres »</p> <p>« Peur du rejet car disgracieux »</p> <p>« Les moqueries à l'école. Ne pas pouvoir participer aux sorties piscine, ne pas pouvoir apprendre à nager »</p> <p>« Comme c'est pour mon fils, j'ai surtout peur qu'il soit rejeté du fait de son eczéma »</p> <p>« Le jugement »</p> <p>« De perdre des gens que j'aime à cause de ça »</p> <p>« De ne jamais être aimée »</p> <p>« Peur de ne pas trouver quelqu'un qui saura m'accepter avec l'eczéma »</p> <p>« Peur de l'abandon »</p> <p>« De ne plus pouvoir faire mon métier (professionnel de santé avec eczéma sur les mains) »</p> <p>« De devoir changer de métier... »</p> <p>« De ne pas pouvoir aller travailler »</p>	<p><b>Peur de traitements à base de cortisone</b></p> <p>« L'impact des produits contenant de la cortisone »</p> <p>« Conséquences éventuelles des traitements »</p> <p>« Traitement à long terme que cela va donner plus tard »</p> <p>« Peau vieillissante avec la cortisone »</p> <p>« De mettre trop de traitements forts et abimer la peau »</p> <p>« Traitement intense aux corticoïdes »</p> <p>« Que la cortisone ne fasse plus effet un jour »</p> <p>« Ne pas avoir d'autre alternative que la cortisone »</p>

*Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse*



Annexe 14 : Verbatims patients de l'enquête à propos de leurs sources d'informations

<p><b>Après en avoir testé plusieurs</b></p> <p>« J'ai testé plusieurs marques » (x11)</p>	<p><b>Au hasard</b></p> <p>« Au hasard »</p>	<p><b>Patient qui a une connaissance travaillant dans le monde de la pharmacie ou de l'esthétique</b></p> <p>« Une amie travaille en parapharmacie »</p>
<p><b>Choix personnels</b></p> <p>x9</p>	<p><b>En se basant sur la liste INCI</b></p> <p>« Avec Yuka » (x2) « Recherche des composants » « En regardant la liste INCI »</p>	<p><b>Autres professionnels</b></p> <p>« Naturopathe » « Magnétiseur » (x2) « Esthéticienne » « Cours de maquillage »</p>

*Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse*

Annexe 15 : Verbatims patients de l'enquête à propos de ce qui améliore leurs crises d'eczéma

<b>Le soleil / saison (4)</b>	<b>Gestion psychologique (8)</b>	<b>Autre produit (9)</b>
<p>« Le soleil » (x3) « La saison »</p>	<p>« Me changer les idées, m'occuper l'esprit » « Le yoga, la méditation, le sport »</p> <p>« Gestion du stress, émotion, respiration calme... » (x5)</p> <p>« L'alimentation »</p> <p>« Le fait de ne pas me juger sévèrement comme j'ai tendance à faire lors des crises »</p>	<p>« J'utilise une huile de douche »</p> <p>« Selon les zones, de l'homéoplasmine car les corticoïdes sont douloureux et les émoullients pas assez gras »</p> <p>« Cataplasme d'argile verte »</p> <p>« Huile de bourrache et onagre »</p> <p>« Changement de produit parfois »</p> <p>« Huile de nigelle »</p> <p>« Hydrolat eau de rose »</p>
<p><b>Le magnétisme</b> x2</p>	<p><b>Agir sur facteur déclenchant</b> x1</p>	<p>« Weleda crème pour le change riche en zinc »</p> <p>« Crème de change weleda mauve ou calendula »</p>

*Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse*

Annexe 16 : Verbatims patients de l'enquête qui n'utilisent pas toujours le DC

Dépendance/ accoutumance	« Produit fort, c'est de la cortisone »	Effets secondaires (RSS, peau fragilisée ...)
<p>« J'ai peur de la dépendance »</p> <p>« J'ai essayé pendant 6 mois - empire dès l'arrêt - dépendance constatée-sevrage difficile mais réalisé en 1 mois »</p> <p>« Mon fils avait développé une accoutumance, depuis l'arrêt ça va bien mieux »</p> <p>« Plus envie d'être dépendante alors que je suis sevrée »</p>	<p>« Je limite au maximum l'utilisation de la cortisone... ce n'est pas ce qu'il y a de mieux. Il ne soigne pas vraiment, il cache un peu le mal être en quelques sortes »</p> <p>« Parce que c'est de la cortisone »</p> <p>« Trop de cortisone »</p> <p>« Trop fort. Crème utilisée uniquement pour des personnes en phase de cancer avancée, je cherche des produits plus clean »</p> <p>« Je n'ai pas envie de trop abuser de produits forts pour ma peau »</p>	<p>« Syndrome peaux rouge, RSS » (x4)</p> <p>« Effet secondaire » (x2)</p> <p>« Peur que ma peau se fragilise »</p> <p>« J'ai eu peur un temps de fragiliser ma peau et d'attraper le cancer. Depuis je suis bien mieux entourée et informée pour faire face à ce genre de réactions de ma part »</p>
<p>« Peur du sevrage d'après. Les corticoïdes retardent la crise et l'empirent après »</p>	<p><b>Pas de crainte mais des oublis</b> x2</p>	<p>« Hyperpilosités, retard de cicatrisation, affinement de la peau »</p>
<p>« Peur de devenir accro De ne plus réussir à faire sans... »</p>	<p><b>Pas d'amélioration avec les DC</b> x6</p>	<p>« Que la cortisone affine la peau »</p> <p>« J'ai des poils qui ont poussé et j'ai peur que la peau s'affine »</p>
<p>« Les dermocorticoïdes ne marchent que lorsqu'ils sont utilisés pendant la cure, puis dès que j'arrête ça revient en pire »</p>	<p><b>Composition pas clean/ pas naturel</b> x3</p>	<p>« Photosensibilisation »</p>
<p>« Peur de l'addiction aux corticoïdes »</p> <p>« Accoutumance de la peau »</p> <p>« Que le corps s'habitue et qu'il faille augmenter les dosages »</p> <p>« Que ma peau s'habitue et que ça ne fonctionne plus jamais »</p> <p>« Cela se propage depuis que j'en ai utilisé »</p> <p>« Je suis presque toujours en crise et je sais qu'il n'est pas bon d'en mettre tout le temps. De plus si j'en mets trop longtemps ça fini par ne plus faire d'effets »</p>	<p><b>Plutôt en recherche de cause</b></p> <p>« Je ne veux pas me tartiner systématiquement. J'ai fait un gros travail pour identifier ce à quoi je suis allergique et pu obtenir des tests : allergie notamment à la « coca bêtaïne » »</p> <p>« Pendant de nombreuses années j'en mettais presque quotidiennement, c'était la seule solution pour calmer mes crises très violentes. Petit à petit j'ai réussi à m'en passer. Donc je l'utilise que quand je n'ai pas le choix et que la crise est trop forte »</p> <p>« Pas de craintes mais si j'arrive à m'en passer avec d'autres produits je le fais »</p>	<p>« Effets sur le long terme »</p> <p>« Très peu, je sais que ce n'est pas terrible pour l'organisme »</p> <p>« Je sais que ce n'est pas très bon pour le corps à long terme »</p> <p>« J'ai déjà fait des réactions cutanées sur le visage après avoir appliqué la cortisone sur les mains »</p>

**Annexe 17 : Verbatims patients de l'enquête qui attendent avant d'utiliser le DC et ne l'utilisent pas dès le début de la crise d'eczéma**

<p><b>Pour ne pas tomber dans la dépendance (10)</b></p> <p>« Éviter l'accoutumance/dépendance » (x7)</p> <p>« Peur d'en utiliser trop souvent et de m'habituer, de devoir en utiliser encore plus la fois suivante »</p> <p>« Mon corps a l'habitude il y a donc peu d'effet et l'après est pire »</p> <p>« Aussitôt le traitement arrêté, l'eczéma revient »</p>	<p><b>Essaie autre produit (6)</b></p> <p>« Je tente d'autres solutions »</p> <p>« J'essaie avec du naturel si ça ne marche pas alors j'utilise le traitement d'attaque »</p> <p>« J'essaie des solutions naturelles avant »</p> <p>« J'essaie de calmer ma crise autrement : respiration, alimentation, émoullient, argile, sel de la mer morte ect... »</p> <p>« J'essaye de voir si je peux trouver d'autres remèdes avant de craquer pour la cortisone »</p> <p>« Afin d'être sûr que les crèmes habituelles ne font pas leur effet et limiter l'utilisation de DC »</p>	<p><b>Attend un certain seuil de douleur (10)</b></p> <p>« J'ai l'habitude de mon inconfort »</p> <p>« J'attends que ça me gratte »</p> <p>« J'attends que la douleur soit insupportable »</p> <p>« Des fois ça ne monte pas en intensité donc je ne trouve pas utile »</p> <p>« Début de crise qui ne dérange pas »</p> <p>« Si la crise est faible je ne mets pas de cortisone »</p> <p>« Dernier recours en cas de grosse plaque »</p> <p>« Selon la gravité de celle-ci, j'essaye de privilégier des produits plus "propres" »</p> <p>« On attend de voir l'ampleur »</p> <p>« Oubli d'utilisation » (x2)</p>
<p><b>Peur de mettre de la cortisone (22)</b></p> <p>« Peur de la cortisone » (x3)</p> <p>« Pour ne pas utiliser le DC » (x2)</p> <p>« Moins j'en mets mieux c'est »</p> <p>« Éviter les corticoïdes pour mon bébé »</p> <p>« Pour éviter d'en mettre trop car c'est de la cortisone »</p> <p>« Pour éviter de trop l'utiliser » (x5)</p> <p>« Car je l'utilise déjà trop souvent »</p> <p>« Pour éviter la prise de médicaments »</p> <p>« Ça reste un médicament »</p> <p>« Les crises étant très régulières, je serai continuellement sous corticoïdes »</p> <p>« Peur d'avoir des réactions »</p> <p>« Parce que je sais, je vois les effets secondaires de ce poison autant aimé que détesté »</p> <p>« Peur de déclencher le syndrome de la peau rouge... »</p> <p>« Parce que cela m'assèche trop la peau »</p> <p>« Souvent j'en mets directement mais parfois je me dis que la crise va passer donc j'essaye de ne pas en mettre car cette crème n'est pas forcément idéale au soleil »</p>	<p><b>Autre</b></p> <p>« Refus inconscient de laisser l'eczéma décider pour moi »</p> <p>« Lassitude » (x2)</p> <p>« Je n'ai pas toujours conscience du début des crises »</p> <p>« Pas naturel »</p> <p>« Par souci pratique, mettre de la crème sur les mains empêchant toute activité »</p>	<p><b>Hydrate avant</b></p> <p>x9</p> <p><b>Attend de voir si ça passe seul</b></p> <p>x24</p> <p><b>Ne veut pas utiliser les DC pour juste soigner les symptômes (2)</b></p> <p>« Car les DC ne soignent qu'un symptôme et n'aident pas le problème de fond »</p> <p>« Je veux éviter au maximum d'utiliser de la cortisone qui traite les symptômes mais pas le problème de fond »</p>

*Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse*

<p><b>Autres produits qui existent ? (8)</b></p> <p>« Est-ce qu'il y a d'autres crèmes ou autres soins plus efficaces et qui durent plus longtemps ? »</p> <p>« Existe-t-il d'autres traitements ? »</p> <p>« Est ce qu'on peut <u>remplacer</u> la cortisone par un autre traitement ? »</p> <p>« Quels produits utiliser pour réduire les crises ? Les corticoïdes sont-ils la seule solution ? »</p> <p>« Quelle crème utiliser ? »</p> <p>« Quels types de <u>soins complémentaires</u> utiliser, par ex. crème pour les mains, maquillage, compléments alimentaires, crème solaire, crème contour des yeux »</p> <p>« J'aimerais trouver un traitement qui me soulage car rien ne fonctionne ! »</p> <p>« Quels produits utiliser ? Quels aliments ? Huile essentielle ? »</p>	<p><b>Comment peut disparaître/ va rester à vie ? (14)</b></p> <p>« Comment s'en débarrasser » (x4)</p> <p>« Est-ce que un jour ça va disparaître ? » (x3)</p> <p>« Vais-je avoir plus de soucis cutanés ou pathologie en vieillissant »</p> <p>« A quand une solution définitive ? »</p> <p>« Avez-vous une solution ? »</p> <p>« Jusqu'où le corps peut être touché (est ce qu'il y a des parties qui ne seront pas concernées ... Même si je pense que non) et est-ce que ça pourra s'arrêter un jour »</p> <p>« Est-ce que la maladie peut se mettre en pause ? »</p> <p>« Que faire de plus ? »</p> <p>« Il faudrait que je revoie la dermatologue pour voir ce que je peux faire de mieux pour essayer d'améliorer la situation »</p> <p>« Est-ce que je peux faire autre chose pour éviter les crises ? »</p> <p>« Comment guérir ? Pourquoi les crises sont toujours quand j'ai mes règles et quand j'ovule ? »</p>	<p><b>Quelle est l'origine de l'eczéma (13)</b></p> <p>« Origine, causes de l'eczéma » (x9)</p> <p>« Quelle est la cause, pour travailler dessus plutôt qu'uniquement en local en cas de crises »</p> <p>« Comment ma pathologie a-t-elle pu apparaître si brutalement du jour au lendemain et affecter autant mon quotidien ? »</p> <p>« Je cherche des solutions. Quelle est l'origine mon eczéma avait disparu pendant mes 2 grossesses et depuis il est revenu encore plus puissant »</p> <p>« L'eczéma peut-il être associé aux allergies ? »</p> <p>« Si c'est psychologique ou pas »</p>
<p><b>Quelles alternatives ? (9)</b></p> <p>« Je veux bien une alternative »</p> <p>« Quelles sont les alternatives naturelles pour soigner l'eczéma ? » (x4)</p> <p>« Je souhaiterais des produits sains pour ma peau » (x1)</p> <p>« Comment traiter efficacement sans cortisone » (x2)</p>	<p><b>Questions sur les DC (4)</b></p> <p>« Concernant les dermo-corticoïdes, les risques et leur utilisation »</p> <p>« Effets secondaires à long terme de la diprosone chez l'enfant ? »</p> <p>« Comment faire sans dermocorticoïdes, quels sont leurs effets à long termes ? »</p> <p>« Les dermocorticoïdes sont-ils réellement traitants à long terme ? »</p>	
<p><b>Autre</b></p> <p>« Beaucoup de questions » (x3)</p> <p>« Peut-on réellement m'aider » ; « Durée, crises, grossesse ... » ; « Gérer les crises » (x2)</p> <p>« La prise en compte du biotope intestinal dans la maladie - cause, influence »</p> <p>« Quand le RR sera-t-il reconnu et pris au sérieux ? »</p> <p>« Pourquoi n'insiste-t-on pas plus sur une politique d'éviction aux allergènes ? » ; « Je souhaiterais une application qui permette de trouver des produits quand on veut faire une éviction d'un composant »</p>		

Annexe 19 : Verbatims patients de l'enquête qui ne souhaitent pas d'accompagnement personnalisé en officine

<p><b>Suivi avec le médecin suffisant</b></p> <p>« J'aurais peur que le pharmacien ne soit pas aussi qualifiés que le dermato pour diagnostiquer »</p> <p>« Je préfère me référer à mon dermatologue »</p> <p>« Mon dermatologue m'a assez renseigné »</p> <p>« Suivi dermato - allergeo suffisant. Je ne vais jamais à la même pharmacie »</p> <p>« Le médecin m'apporte déjà les réponses »</p>	<p><b>Ne pourra pas y assister (2)</b></p> <p>« J'ai peur de ne pas l'utiliser mais j'aime l'idée. Lors de ma dernière crise j'ai été démunie et ne savait plus quoi faire alors je me suis tournée vers internet »</p> <p>« Je me déplace avec mes études et je ne suis pas encore installée »</p>	<p><b>N'en ressent pas l'utilité (6)</b></p> <p>« Ça ne sert à rien car déjà fait »</p> <p>« Je ne pense pas que ça m'apporterait quelque chose de plus personnellement »</p> <p>« Il faut apprendre à gérer son stress »</p> <p>« J'ai ce qu'il faut »</p> <p>« Pas besoin »</p> <p>« L'eczéma de ma fille est bien contrôlé »</p> <p>« Déjà bcp eu d'information et d'une personne à une autre ça change d'avis et produits très chers »</p>	
<p align="center"><b>Autres</b></p> <p>« Je n'ai pas envie qu'on me vende plein de produits »</p> <p>« J'ai l'impression que rien ne fonctionne chez moi je ne pense pas que ça va changer qlq chose mais après pourquoi pas »</p>	<p><b>Pas besoin de suivi, connaît sa maladie</b></p> <p align="center">x4</p>	<p><b>Mauvaise composition des produits de pharmacie</b></p> <p align="center">x6</p>	

*Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse*

Annexe 20 : Verbatims patients de l'enquête qui souhaitent un accompagnement personnalisé en officine

<p align="center"><b>Conseils CA (1)</b></p> <p>« Conseiller aussi d'autres approches : méditation, alimentaire et que l'on nous explique comment ça fonctionne sur notre corps »</p> <p>« Le pourquoi du comment »</p>	<p align="center"><b>Aide à la gestion au quotidien de cette maladie chronique</b></p> <p>« Habitudes quotidiennes qui améliorent la qualité de vie, conseils, aide » (x6)</p> <p>« Alternatives aux DC :CA, autres crèmes ... » (x6)</p> <p>« Orienter vers produits adaptés à notre forme d'eczéma » (x1)</p> <p>« Nous orienter vers des produits adaptés à notre propre forme d'eczéma, lorsqu'on est en crise et lorsqu'on ne l'est pas, et pas uniquement une orientation vers des émoullients »</p> <p>« Conseils plus approfondis sur différents types de traitements »</p> <p>« Une solution pérenne et efficace »</p> <p>« Trouver un remède »</p> <p>« S'adapter au type de patient (enfants ...) » (x1)</p>	
<p align="center"><b>Communiquer sur les nouveautés</b></p> <p>Nouveaux produits, technologies, solutions etc. (x2)</p> <p>Nouveautés (x2)</p>		
<p align="center"><b>Aide à la gestion des crises (10)</b></p> <p>« Produits, astuces, gestes et apprendre à gérer les crises » (x5)</p> <p>« Savoir quel produit appliquer à quelle "étape" de la plaque (rouge vif, rouge sec...). Je ne sais jamais »</p> <p>« Qu'on me propose un traitement pour soulager mes plaques » (x2)</p> <p>« M'aider dans la compréhension des causes de mes crises »</p> <p>« Comprendre comment fonctionne les "cycles" et les crises. Quoi faire quand c'est sec et quoi faire quand c'est humide ? »</p>	<p align="center"><b>Conseils produits cosmétiques et dermatologiques (20)</b></p> <p>« Je pourrais être orientée dans mes choix lors de l'achat des produits de beauté ou des produits similaires »</p> <p>« Conseil de produits plus adaptés » (x8)</p> <p>« Conseils de produits autres que DC »</p> <p>« Suggérer des crèmes »</p> <p>« Que le pharmacien puisse conseiller sur d'autres émoullients que ceux utilisés habituellement »</p> <p>« Proposer de nouvelles crèmes quand plus aucune ne fonctionne, pouvoir faire confiance dans les produits qu'elle conseille, que le personnel d'officine soit vraiment touché/concerné par ce problème »</p> <p>« Ne plus avoir de mauvaises surprises comme les produits la roche Posay qui contiennent de l'alcool ce qui les rend incompatibles avec les peaux irritées »</p> <p>« Que les produits vendus soient de bonne qualité et de bonne composition car la plupart des produits émoullients etc vendus en pharmacie sont de très mauvaise composition »</p> <p>« Des précisions sur les produits prescrits et une proposition de produits alternatifs moins nocifs »</p>	
<p align="center"><b>Donner infos complémentaires du médecin</b></p> <p>« Car cela peut me rassurer lors de traitements donnés par mon médecin »</p>		
<p align="center"><b>Conseils produits naturels</b></p> <p>X 12</p>		

<p style="text-align: center;"><b>Autre</b></p> <p>« Toujours de bons conseils » (x2)</p> <p>« Difficile d'avoir un rdv avec dermatologue »</p>	<p>« Quelle crème utiliser selon les crises ? Y a t-il des crèmes où la peau s'habitue ? Différence entre baume/ crème ? Eau chaude ou pas ? Douche tout les jours? Quoi faire contre les démangeaisons la nuit? Prise de plante pour bien dormir ? »</p> <p>« J'utilise beaucoup les corticoïdes mais c'est possible qu'il y ait d'autres crèmes moins agressives pour la peau qui puissent être aussi mises en préventives »</p> <p>« Pouvoir avoir des conseils avisés sur les produits à utiliser, les choses à faire pour avoir une très belle peau en fonction de l'état de la mienne »</p>
<p style="text-align: center;"><b>Une meilleure connaissance de l'eczéma de la part des pharmaciens</b></p> <p>« Que le pharmacien connaisse bien la DA »</p> <p>« Une réelle connaissance de ce qu'est l'eczéma en mettant le patient au cœur de l'étude »</p> <p>« Méconnaissance générale de l'eczéma »</p> <p>« Qu'on renseigne mieux ses patients sur cette pathologie chronique »</p> <p>« Il y a une méconnaissance des dermocorticoïdes, on fait peur aux pharmaciens »</p> <p>« Conséquence de la DC »</p> <p>« Meilleure connaissance des produits »</p> <p>« Bonne relation pharmacien/patient (meilleure connaissance des problématiques du patient) pour éviter les mésusages les mauvais conseils et moins se sentir "malade" quand on va chez le pharmacien »</p> <p>→ <b>Avoir des pharmaciens compétents</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Accompagnement (32)</b></p> <p>« Accompagnement global et continu » (x5)</p> <p>« Une vraie aide psychologique et autre non pas seulement prescription de cortisone uniquement »</p> <p>« Offrir un regard à 360 degrés sur la maladie, mais aussi réexpliquer les gestes d'ETP »</p> <p>« Avoir un suivi pour que ça disparaisse » (x6)</p> <p>« Répondre aux questions » (x2) ; « Ecoute » (x5) ; « Être rassurée » (x2)</p> <p>« De la bienveillance, de l'écoute parce que même si je ne suis pas une professionnelle de la santé, je vis avec cette maladie depuis 40 ans alors je crois pouvoir en parler sans qu'on me dise : non ce n'est pas comme ça, vous devriez faire ceci ou cela »</p> <p>« Je souhaiterais une écoute un temps de partage sans chercher à toujours nous placer la cortisone »</p> <p>« Non jugement »</p> <p>« Proximité avec le pharmacien (=Un visage connu est aidant. Il peut apporter un soutien non négligeable) » (x2)</p> <p>« Tout... je me sens totalement seule face à mon eczéma »</p> <p>« Que l'on puisse discuter des pistes à tester afin de traiter l'eczéma » ; « Avoir de vraies solutions et être bien guidé » ; « Une amélioration »</p> <p>« Que ce soit personnalisé !! Il y a tellement d'eczéma différent que je ne sais jamais si ça me correspond »</p>	

*Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse*



Annexe 21 : Verbatims professionnels de l'enquête à propos des difficultés concernant l'explication de la bonne utilisation du DC

Incompréhension dans la posologie prescrite	Réticence des patients face aux DC	Problèmes organisationnels au sein de l'officine
<p>« Les doses sont très variables selon si le médecin est un généraliste ou un spécialiste »</p> <p>« Les erreurs de prescription dans la posologie »</p> <p>« La prescription médicale ne respecte pas toujours la diminution progressive de la posologie »</p>	<p>« La crainte des corticoïdes chez les patients »</p> <p>« La réticence des patients (mamans) lorsqu'elles entendent « corticoïdes » »</p>	<p>« <b>Manque de temps</b> » x2</p>
<p align="center"><b>Le manque de <u>formation</u> à propos des <u>dermocorticoïdes</u></b></p> <p>« Manque de formation » / « Manque d'information de certaines molécules »</p> <p>« Couche mince ? En massant ou pas ? Crémer combien de temps ? Est-ce que le DC est OK avec les paupières ? »</p> <p>« <b>La force du DC</b> » x4</p> <p>« Quelle dose à appliquer en fonction de la surface à traiter »</p> <p>« A partir de combien de temps de traitement faut-il une décroissance ? »</p> <p>« Les nouveaux produits, les différentes formes galéniques »</p> <p>« Identifier pour quelle dermatite le DC est prescrit »</p>		

*Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse*

<p style="text-align: center;"><b>Manque d'information, fausses croyances</b></p> <p>« Accoutumance »          « Peur de ne plus pouvoir s'en passer »          « Peur du rebond à l'arrêt du traitement »</p> <p>« <b>Peur des effets indésirables</b> » x12          « Peur irraisonnée du corticoïde »          « <b>Peur de baisse des défenses immunitaires, peur de grossir, sans raison parfois</b> » x2          « Peur de grossir »</p> <p>« <b>Mauvaise information</b> » x3          « Manque d'information concernant les soins et le suivi »          « <b>Croit que ça fait la même chose que les corticoïdes per os</b> » x3          « Peur des effets systémiques des corticoïdes »          « C'est fort les corticoïdes »</p>	<p style="text-align: center;"><b>Influencé par un tiers</b></p> <p>« Légende urbaine »          « Croyances »          « <b>Mauvaise presse</b> » x3          « Image négative des corticoïdes souvent victime des effets rebonds »</p> <p>« Dires des réseaux sociaux et désinformations du net »</p>
<p style="text-align: center;"><b>Perte de confiance vis-à-vis du traitement</b></p> <p>« Car soulage les symptômes mais ne règle pas le problème »          « Echecs multiples »</p>	<p style="text-align: center;"><b>Influencé par le prescripteur</b></p> <p>« Dires du médecin »          « Corticophobie des médecins prescripteurs »          « Méfiance du prescripteur lui-même »</p> <p style="text-align: center;"><b>Autres</b></p> <p>« Poison »          « Pas naturel »          « Dérivés d'hormones »</p>

*Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse*

Annexe 23 : Verbatims professionnels de l'enquête à propos des conseils pour les patients dont la DA s'est aggravée pendant la pandémie COVID

<p style="text-align: center;"><b>Hydrater</b></p> <p>« Renforcer l'utilisation des crèmes hydratantes / émoullients » x32          « Crème isolante et réparatrice » x13          « Capsule d'huile riches en oméga 6 »          « Brumisateur eau thermale »</p>	<p style="text-align: center;"><b>Utiliser un produit lavant adapté</b></p> <p>« Limiter l'usage du gel hydroalcoolique » x5          « Préférer un lavage des mains avec un soin lavant adapté » x16          « Utiliser gel désinfectant sans alcool » x2          « GHA à l'aloé »          « Bien sécher les mains après les avoir lavées à l'eau »</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Masque / gants</b></p> <p>« Choix du masque »          « Changer de masques souvent » x2          « Port de gants si contact avec des détergents »          « Eviter latex pour ne pas se sensibiliser »</p>	<p style="text-align: center;"><b>Utilisation de CA / médicaments</b></p> <p>« Thérapie / compléments alimentaires pour le stress » x4          « Probiotiques »          « Prise d'un antihistaminique »          « Traiter l'eczéma avec un DC » x4          « Soins purifiant / traitants pour le visage » x2</p>	<p style="text-align: center;"><b>Autre</b></p> <p>« Consulter un médecin » x4          « Rassurer »</p>

Besson Clara, Thèse filière officine ~ Magali Bourrel Bouttaz, Directrice de thèse

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. « Comprendre l'eczéma atopique ». [Internet]. *FORMATION POP TRAINING*. Disponible sur <https://poptraining.fondationeczema.org>  
Consulté le 03/08/2021
2. Maurer C, Douali N, Nozick M, Viste S, Bensalem M, Honiat S, Piquet J. « 395 patients asthmatiques revus à 1 an après éducation thérapeutique : effets positifs surtout en cas de profils sociodémographiques à risque ». *Revue des maladies respiratoires* 35, n° S (janv.2018): A42.  
Consulté le 03/08/2021
3. Waton J. « Atopic dermatitis physiopathology ». *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, dec.2017.  
Consulté le 03/08/2021
4. Bussmann C, Weidinger S, Novak N. « Genetics of atopic dermatitis ». *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 9, n° 9 (avr.2011): 670-76.  
Consulté le 02/12/2021
5. Lang C, Kypriotou M, Christen-Zaech S. « Pathogénèse de la dermatite atopique ». *Revue Médicale Suisse*, no 246 (avr.2010): 860-65.  
Consulté le 03/08/2021
6. Taïeb A. « Dermatite Atopique ». *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*, juill.2020.  
Consulté le 23/02/2022
7. Bourrel Bouttaz M. « Facteurs déclenchant les crises de dermatite atopique ». *Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*, no 274 (sept.2018): 1-5.  
Consulté le 04/09/2021
8. Hacard F. « Plus il y a de bactéries différentes, moins il y a d'inflammation : la révolution microbiotique ». *Annales de dermatologie*, 2015;142 (suppl 1): 13-17.  
Consulté le 12/11/2021
9. Braun C, Vocanson M, Lina G, Nicolas J-F, Nosbaum A. « Rôle de la dysbiose cutanée dans la dermatite atopique ». *Revue Française d'Allergologie* 60, no 2 (mars.2020): 78-82.  
Consulté le 12/11/2021
10. Campbell K. « À la recherche du lien entre l'inflammation, le microbiote intestinal et l'obésité ». *Gut Microbiota for Health*, avr.2017.  
Consulté le 12/11/2021
11. Plantamura E, Dzutsev A, Chamailard M, Djebali S, Moudombi L, Boucinha L, et Al. « Décryptage du lien entre microbiote intestinal et allergie cutanée ». [Internet]. *INSERM*, sept.2018. Disponible sur <https://inserm.fr>  
Consulté le 15/11/2021
12. Bourrel Bouttaz M. « Le microbiome intestinal et eczema : intérêt des probiotiques ? ». [Internet]. *Fondation eczema*. Disponible sur <https://fondationeczema.org>  
Consulté le 15/11/2021
13. Lin TK, Zhong L, Santiago JL. « Association between Stress and the HPA axis in the Atopic Dermatitis ». *International Journal of Molecular Sciences*. 2017;18(10):2131  
Consulté le 15/03/2022
14. Jacque C, Thurin J-M. « Stress, immunité et physiologie du système nerveux ». *Médecine/sciences* 18, n° 11 (nov.2002): 1160-66.  
Consulté le 10/01/2022

15. « Les différentes évolutions possibles de l'eczéma atopique ». [Internet]. *Fondation eczema*. Disponible sur <https://fondationeczema.org>  
Consulté le 05/08/2021
16. « Dermatite atopique (eczéma atopique) Une maladie chronique inflammatoire de la peau fréquente ». [Internet]. *INSERM*, juill.2017. Disponible sur <https://inserm.fr>  
Consulté le 03/08/2021
17. « Les Français face à l'eczéma ... de l'exclusion à la dépression ». [Internet]. *SANOFI*, janvier 2020. Disponible sur <https://www.sanofi.fr>  
Consulté le 15/09/2021
18. Ezzedine K, Reguiai Z, Taieb C, Misery L, Seneschal J. « Qualité de vie et fardeau de la dermatite atopique : une étude française ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 65, n° S3 (juin.2017): S136-S136.  
Consulté le 07/02/2022.
19. Aboudar S, Akhdari N, Amal S, Hocar O. « Qualité de vie de 110 enfants atteints de dermatite atopique ». *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 145:S222, 2018.  
Consulté le 07/02/2022.
20. J-Yang E, Beck K, Sekhon S, Bhutani T, Koo J. « L'impact de la dermatite atopique pédiatrique sur les familles : une revue ». *Pediatric Dermatology* 36, n° 1 (janv.2019).  
Consulté le 10/02/2022
21. Bourrel Bouttaz M. « L'eczéma de l'enfant ». [Internet]. *MAG-DA*. Disponible sur <https://mag-da.fr>  
Consulté le 24/11/2021
22. Bourrel Bouttaz M. « Sensibiliser à l'aspect émotionnel, voir au-delà de la peau ». [Internet]. *MAG-DA*. Disponible sur <https://mag-da.fr>  
Consulté le 24/11/2021
23. Bourrel Bouttaz M. « Les dessins d'enfants atopiques ». [Internet]. *MAG-DA*, août 2021. Disponible sur <https://mag-da.fr>  
Consulté le 24/11/2021
24. « Dermatite atopique : Technique de l'habillage pour l'adulte – HCL » et « Dermatite atopique : Technique de l'habillage pour l'enfant – HCL ». [Internet]. *HCL - HOSPICES CIVILS DE LYON*, Mars.2017. Disponible sur <https://youtube.com>  
Consulté le 20/04/2022
25. « Le traitement local : les anti-inflammatoires topiques ». [Internet]. *FORMATION POP TRAINING*. Disponible sur <https://poptraining.fondationeczema.org>  
Consulté le 10/10/2021
26. Long C-C, Finlay A-Y. « The finger-tip unit, a new practical measure ». *Clinical and experimental dermatology* 16, n° 6 (nov.1991): 444 à 447  
Consulté le 13/10/2021
27. Chi C-C, Wang S-H, Wojnarowska F, Kirtschig G, Davies E, Bennett C. « Safety of topical corticosteroids in pregnancy ». *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, oct.2015  
Consulté le 22/10/2021
28. « Dermatite atopique de l'adulte ». [Internet]. *VIDAL*, déc.2021. Disponible sur <https://vidal.fr>  
Consulté le 02/08/2021
29. Darrigade A-S. « Topical treatments and phototherapy in atopic dermatitis ». *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 146:12S85-95, 2019.  
Consulté le 10/10/2021

30. Rossetti G, Laffitte E, Eigenmann P-A, Lübke J, Hohl D, Hofer M-F. « Traitement de la dermatite atopique : approche pratique ». *Revue Médicale Suisse*, n° 7 (fév.2005).  
Consulté le 10/10/2021
31. « Hydrater sa peau pour espacer les crises d'eczéma ». [Internet]. *FONDATION ECZEMA*. Disponible sur <https://fondationeczema.org>  
Consulté le 11/10/2021
32. « Les crèmes et les traitements locaux pour l'eczéma ». [Internet]. *FONDATION ECZEMA*. Disponible sur <https://fondationeczema.org>  
Consulté le 11/10/2021
33. « Circulaire CIR 58-2008 ». [Internet]. *ASSURANCE MALADIE*. Disponible sur <https://circulaires.ameli.fr>  
Consulté le 03/03/2022
34. Prost Y. « Place des nouveaux immunosuppresseurs topiques au cours du traitement de la dermatite atopique de l'enfant ». *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique* 45 (2005): 58-60.  
Consulté le 02/11/2021
35. « 8 questions posées au Dr Stéphanie Mallet (Dermatologue) et Florence L. (Pharmacienne) du Chu de Marseille sur le traitement par voie orale pour soigner l'Eczéma – Décembre 2014 ». [Internet]. *ASSOCIATION ECZEMA*, déc.2015. Disponible sur <https://associationeczema.fr>  
Consulté le 02/11/2021
36. « Neoral® 10mg capsule molle ». [Internet]. *VIDAL*. Disponible sur <https:// Vidal.fr>  
Consulté le 02/11/2021
37. « Dupixent 200 mg sol inj en seringue préremplie ». [Internet]. *VIDAL*. Disponible sur <https:// Vidal.fr>  
Consulté le 02/11/2021
38. Hering M. « Traitement de l'eczéma par biothérapie : le dupilumab ». [Internet]. *ASSOCIATION ECZEMA*, déc.2021. Disponible sur <https://associationeczema.fr>  
Consulté le 03/03/2022
39. « Photothérapie : UVA, UVB ». [Internet]. *SNDV – SYNDICAT NATIONAL DES DERMATOLOGUES VÉNÉRÉOLOGUES*. Disponible sur <https://dermatos.fr>  
Consulté le 02/04/2022
40. « 4 questions posées par les patients au Dr Chiaverini du Chu de Nice sur la photothérapie pour soulager l'eczéma – Mars 2015 ». [Internet]. *ASSOCIATION ECZEMA*, déc.2015. Disponible sur <https://associationeczema.fr>  
Consulté le 02/11/2021
41. Iemoli E, Trabattoni D, Parisotto *et Al.* « Probiotics Reduce Gut Microbial Translocation and Improve Adult Atopic Dermatitis ». *Journal of Clinical Gastroenterology*, oct.2012.  
Consulté le 12/01/2022
42. Derbé S, Launay F. « Place des thérapeutiques complémentaires et alternatives dans les dermatites atopiques ». *Actualités Pharmaceutiques* 53, n° 534 (mars.2014): 12-14.  
Consulté le 15/11/2021
43. Schaubert J, Gallo R-L. « Antimicrobial peptides and the skin immune defense system ». *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, février 2009.  
Consulté le 15/11/2021
44. Schröder J-M, Harder J. « Innate antimicrobial peptides in the skin ». *Médecine/Sciences* 22, n° 2 (fév 2006): 153-57.  
Consulté le 20/12/2021

45. Szajewska H, Horvath A. « *Lactobacillus rhamnosus* GG in the Primary Prevention of Eczema in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Nutrients*, sept 2018.  
Consulté le 15/11/2021
46. Bourrel Bouttaz M. « Les obstacles aux traitements dans la dermatite atopique ». *Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*, no 273 (juin 2018): 1-6.  
Consulté le 05/08/2021
47. Charman C-R, Morris A-D, Williams H-C. « Topical corticosteroid phobia in patents with atopic eczema ». *British Journal of Dermatology*, mai 2000.  
Consulté le 05/09/2021
48. « Qu'est-ce que le syndrome de la peau rouge ou la peau « brûlante ? ». [Internet]. ASSOCIATION ECZEMA. Disponible sur <https://associationeczema.fr>  
Consulté le 20/04/2022
49. Revol O, Bourrel Bouttaz M. « Adolescence et Eczéma ». [Internet]. FONDATION ECZEMA, 2022. Disponible sur <https://youtube.com>  
Consulté le 28/01/2022
50. « Comment reconnaître l'eczéma ? ». [Internet]. ASSOCIATION ECZEMA, avr 2021. Disponible sur <https://associationeczema.fr>  
Consulté le 06/08/2021
51. Bourrel Bouttaz M. « Tout ce qui gratte n'est pas forcément de l'eczéma ». [Internet]. MAG-DA, déc 2019. Disponible sur <https://mag-da.fr>  
Consulté le 16/02/2022
52. « Est-ce bien de l'eczéma ou une autre maladie ? ». [Internet]. FONDATION ECZEMA. Disponible sur <https://fondationeczema.org>  
Consulté le 16/02/2022
53. Massé E, Roux J, Lefebvre J. « Problèmes et erreurs liés à la prescription détectés par les pharmaciens de l'Hôpital Laval : description, interventions et impact ». *Pharmactuel* 39, n° 3 (juill 2006): 126-34.  
Consulté le 05/09/2021
54. Demarest G. « La dermatite atopique chez le nourrisson et le jeune enfant (de 2 à 6 ans): descriptif de l'usage des dermocorticoïdes en médecine générale. » *Travail de thèse* ; [Lille]; 2015  
Consulté le 12/10/2021
55. Raffin D, Giraudeau B, Samimi M, et Al. « Corticophobie des pharmaciens dans la dermatite atopique de l'enfant : une étude française nationale ». *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, déc 2015.  
Consulté le 03/02/2022
56. Lambrechts L, Giglissen L, Morren M-A. « Topical Corticosteroid Phobia Among Healthcare Professionals Using the TOPICOP Score ». *Acta Dermato-Venereologica*, 2019.  
Consulté le 03/02/2022
57. Simpson E-L, Bieber T, Eckert L. « Patient burden of moderate to severe atopic dermatitis (AD): Insights from a phase 2b clinical trial of dupilumab in adults ». *Journal of the American Academy of Dermatology*, janv 2016.  
Consulté le 15/11/2021
58. Diaporama retranscrits aux patients lors du programme « TPA CAP » de la dermatite atopique. HCL – HOSPICES CIVILES DE LYON.  
Consulté le 15/09/2021
59. Aubert H, Barbarot S. « Non-adhésion et corticothérapie ». *Annales de dermatologie*, 139:S7-12, 2012.  
Consulté le 23/04/2022

60. Allenet B, Lehmann A, Baudrant M, Gauchet A. « Il nous faut arrêter de parler du patient « non observant » à ses traitements mais plutôt d'un patient présentant des difficultés d'adhésion médicamenteuse ». *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 2018.  
Consulté le 20/04/2022
61. Roguedas-Contios A-M, Lorette G. « Dermatite atopique », 2007.  
Consulté le 23/04/2022
62. Ricci G, Bendandi B, Aiazzi R, Patrizi A, Masi M *et al.* « Trois ans d'expérience italienne d'un programme éducatif pour les parents de jeunes enfants atteints de dermatite atopique : l'amélioration des connaissances produit des niveaux d'anxiété plus faibles chez les parents d'enfants atteints de dermatite atopique ». *Pediatric Dermatology*, 2009.  
Consulté le 10/08/2021
63. Gupta G, Mallefet P, Kress DW *et Al.* « Adherence to topical dermatological therapy: lessons from oral drug treatment ». *British Journal of Dermatology.*; août 2009 ;161(2):221-7  
Consulté le 20/04/2022
64. Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, *et al.* « Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency ». *British Journal of Dermatology* 165, n° 4 (oct 2011): 808-14.  
Consulté le 03/02/2022
65. Bourrel Bouttaz M. « L'éducation thérapeutique du patient ». [Internet]. MAG-DA. Disponible sur <https://mag-da.fr>  
Consulté le 20/02/2022
66. « La place du pharmacien dans le parcours de soin du patient ». [Internet]. FORMATION POP TRAINING. Disponible sur <https://poptraining.fondationeczema.org>  
Consulté le 21/02/2022
67. « Reconnaître les causes de l'échec thérapeutique ». [Internet]. FORMATION POP TRAINING. Disponible sur <https://poptraining.fondationeczema.org>  
Consulté le 07/02/2022
68. Sacko A, Prot-Labarthe S, Bourdon O, Bourrat E. « Dermocorticoïdes et soleil: un malentendu chez les pharmaciens ». *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 146, n° 12 (déc 2009): A107.  
Consulté le 10/10/2021
69. Francis N, Ridd M, Thomas-Jones E *et al.* « Oral and Topical Antibiotics for Clinically Infected Eczema in Children: A Pragmatic Randomized Controlled Trial in Ambulatory Care ». *Annals of Family Medicine* 2017;15:124-130  
Consulté le 18/02/2021
70. « L'appli qui calcule la sévérité de votre eczéma : PO-SCORAD ». [Internet]. FONDATION ECZEMA. Disponible sur <https://fondationeczema.org>  
Consulté le 25/05/2022
71. « Eczema book ». [Internet]. FONDATION ECZEMA. Disponible sur <https://fondationeczema.org>  
Consulté le 25/05/2022
72. « Info-Intox ». [Internet]. FONDATION ECZEMA. Disponible sur <https://fondationeczema.org>  
Consulté le 25/05/2022
73. De Ridder D, Geenen R, Kuijter R, Van Middendorp H. « Psychological adjustment to chronic disease ». *The Lancet* 372 ; juill 2008 ; 246-55.  
Consulté le 23/05/2022



74. D Smith S, Lee A, Blaszczyński A, Fisher G. « Pharmacist's knowledge about use of topical corticosteroids in atopic dermatitis: Pre and post continuing professional development education ». *Australasian Journal of Dermatology* ; août 2016(3) ; 199-204  
Consulté le 23/05/2022
75. Kaneko S, Kakamu T, Matsuo H *et al.* « Questionnaire-based study on the key to the guidance to the patients with atopic dermatitis by pharmacist ». *Japanese Journal of Allergology* ; 2014; 63:1250-57  
Consulté le 23/05/2022
76. Beauvais C. « L'entretien motivationnel : une aide pour améliorer l'adhésion thérapeutique ». *Revue du Rhumatisme* ; Juin 2019 ; 86 :319-21  
Consulté le 23/05/2022
77. Vandesrasier A, Thoër T, Lussier M-T. « Vers une communication efficace en pharmacie : une approche par contextualisation de l'interaction pharmacien-patient ». *Varia* ; 2016, 17 :25-40  
Consulté le 23/05/2022
78. Nicogossian J, Héas S, Noël M, Barbarot S, Misery L, Martin Juchat F. « La complexité du parcours de soin du patient atteint de dermatite atopique modérée à sévère en quête d'un nouveau traitement : données d'une étude anthropologique qualitative ». *Annales de dermatologie et de vénéréologie* ; déc 2021, 8S1 :A358  
Consulté le 23/05/2022
79. Fisher P, Ward A. « Complementary medicine in Europe ». *British medical journal* ; 1994, Vol.309 (6947), p.107-11  
Consulté le 25/05/2022
80. « Comment mettre sa crème à la cortisone pour l'eczéma ». [Internet]. *FONDATION ECZEMA*. Disponible sur <https://fondationeczema.org>  
Consulté le 11/10/2021
81. Stalder J.-F, Avenel Audran M, Barbarot S, Bellon N, Bodemer C, Bourrel Bouttaz M *et al.* « Impact d'une formation e-learning sur les compétences des pharmaciens dans la prise en charge de l'eczéma atopique : l'expérience POP Training ». *Annales de dermatologie et de vénéréologie* ; déc 2020, Vol.147 (12), p.A243-A243
82. « Formation POP Training ». [Internet]. *FONDATION ECZEMA*. Disponible sur <https://fondationeczema.org>  
Consulté le 01/08/2021
83. Raffin D, Giraudeau B, Samimi M, Machet L, Pourrat X, Maruani A. « Corticophobie des pharmaciens dans la dermatite atopique de l'enfant : une étude française nationale ». *Annales de dermatologie et de vénéréologie* ; déc 2015, Vol.142 (12), p.S488-89
84. « Les soins au quotidien : l'hygiène et les émoullients ». [Internet]. *FORMATION POP TRAINING*. Disponible sur <https://poptraining.fondationeczema.org>  
Consulté le 10/10/2021
85. Belin N. « L'eczéma de Capucine ». *Le moniteur des pharmacies* ; mai 2018, n°3224  
Consulté le 12/12/2021

*Faculté de Pharmacie,  
Université Grenoble Alpes*



## **Serment de Galien**



« En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

## RESUMÉ

---

Clara BESSON

### ÉVALUATION DES BESOINS POUR UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE À L'OFFICINE DES PATIENTS ATTEINTS DE DERMATITE ATOPIQUE

#### RÉSUMÉ

La dermatite atopique est la deuxième maladie dermatologique chronique la plus fréquente en France. C'est un véritable enjeu de santé public. Elle est à l'origine d'une réelle souffrance physique et psychique et altère la qualité de vie des patients, mais aussi celle de leur entourage. Le patient atopique rencontre de nombreuses difficultés dans le contrôle de sa maladie. Le pharmacien d'officine et son équipe, de par leur proximité, peuvent être une ressource dans l'accompagnement et le suivi des patients. Dans ce travail, nous avons souhaité évaluer les besoins des patients et des équipes officinales afin d'améliorer la prise en charge de cette pathologie cutanée chronique. Pour cela, nous avons réalisé deux enquêtes. La première, destinée aux patients atteints d'eczéma, a été diffusée du 14 mars 2021 au 31 mai 2021 sur un échantillon de 251 patients de tout âge. Nous avons tenté d'identifier les besoins des patients, en recueillant leurs habitudes de prise en charge mais aussi leurs ressentis physiques et psychologiques. La seconde enquête, destinée aux équipes officinales, a été diffusée du 30 mars 2021 au 24 juillet 2021. L'échantillon se compose de 81 professionnels de santé officinaux de toute la France. Le but était d'identifier au sein des officines, les points forts et ceux à améliorer dans l'accompagnement du patient atopique. Notre enquête patient met en évidence une mauvaise connaissance de leur pathologie et une utilisation parfois inadaptée de leurs traitements. Environ un patient sur deux utilise un produit lavant et/ou un émollient non adapté. Mais aussi, seulement 2% des patients de notre échantillon utilisent le dermocorticoïde selon les bonnes règles d'usage. De plus, une altération de la qualité de vie est ressentie chez 91% des patients de l'échantillon. L'évaluation des besoins du côté des officinaux a permis d'identifier un manque de formation des équipes. Trois quarts des professionnels de santé sont à l'origine d'informations incomplètes voire erronées. On note aussi des réticences de leur part concernant l'utilisation du dermocorticoïde. Il leur est de même, souvent difficile de déceler des patients corticophobes et surtout d'en adapter le discours. Dans le but d'améliorer l'accompagnement des patients atopiques par les équipes officinales, il semble nécessaire de former ces dernières afin de transmettre les notions essentielles et adopter une attitude rassurante face à un patient corticophobe. Afin d'aider les professionnels de santé, nous avons, dans le cadre de ce travail, créé des fiches conseils à destination des patients. Le développement de l'accompagnement pharmaceutique lié à une attitude éducative semble être une bonne opportunité pour améliorer la prise en charge globale des patients atopiques. Il pourrait prendre la forme d'un entretien de suivi à court terme, porté par le modèle savoir-pouvoir-vouloir.

**MOTS-CLÉS :** Dermatite atopique, eczéma, officine, attitude éducative, accompagnement pharmaceutique, enquête

**SPÉCIALITÉ :** Officine