

**THÈSE**  
**pour le**  
**DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
**par**  
**Karine Reverdy**

-----

**Présentée et soutenue publiquement le vendredi 28 novembre 2014**

**Pharmacien d'officine, acteur de soin dans la  
dermatite atopique**

**Président : Mr Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie**

**Membres du jury : Mr Jean-François Stalder PU-PH de Dermatologie  
Mme Sophie Letourneux, Docteur en pharmacie  
Mr Charles-Eric Letourneux, Docteur en pharmacie**

# SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
Partie I- La dermatite atopique	7
1.1- Définition	7
1.2- Epidémiologie	7
1.3- Physiopathologie	7
1.3.1- Composante génétique	7
1.3.2- Composante immunologique	8
1.3.2.1- Une dysrégulation du système immunitaire	8
1.3.2.2- Deux types d'eczéma coexistent	9
1.3.3- Une anomalie de la barrière cutanée	10
1.3.3.1- Constitutionnelle	10
1.3.3.2- Acquise	11
1.3.4- Composante environnementale	11
1.3.4.1- Alimentaire	11
1.3.4.2- Les pneumallergènes	12
1.3.4.3- Biodiversité environnementale	12
1.3.4.4- Autres	13
1.4- Aspect clinique et diagnostic de la DA	13
1.4.1- Les signes cliniques	13
1.4.2- Topographie des lésions	14
1.4.2.1- Chez le nourrisson avant 2 ans	14
1.4.2.2- Chez l'enfant après deux ans	15
1.4.2.3- Chez l'adolescent et l'adulte	16
1.4.2- Le diagnostic	18
1.4.3- Evaluation de l'atteinte	19
1.4.3.1- Evaluation de la gravité	19
1.4.3.2- Evaluation de la qualité de vie	24
1.5- La prise en charge	25
1.5.1- Le Traitement d'entretien : L'émollient	25
1.5.2- Le traitement de crise : les dermocorticoïdes	26
1.5.2.1- Classification	26
1.5.2.2- Mécanisme d'action	26
1.5.2.3- Mode d'emploi	27
1.5.2.4- Effets secondaires	29
1.5.2.5- Les contre-indications	29

1.5.3- Autres traitements	30
1.5.3.1- Les inhibiteurs de la calcineurine	30
1.5.3.1.1- La ciclosporine : un inhibiteur de la calcineurine par voie orale	30
1.5.3.1.2- Le tacrolimus : un inhibiteur de la calcineurine topique	30
1.5.3.2- Les antihistaminiques H1 par voie orale	31
1.5.3.3- La photothérapie	31
1.5.4- La prévention	32
Partie II- Comment améliorer l'adhésion thérapeutique dans la dermatite atopique ?	34
2.1- Qu'est-ce que l'adhésion thérapeutique?	34
2.2- Facteurs mis en cause dans la non-observance dans la DA	34
2.2.1- Le traitement	34
2.2.1.1- Traitement complexe et ordonnance non explicite : la simplicité avant tout !	34
2.2.1.2- Efficacité du traitement	35
2.2.1.3- La durée du traitement	35
2.2.1.4- Le choix de la galénique	35
2.2.1.5- Les effets secondaires	35
2.2.1.6- Le prix	36
2.2.2- Le facteur humain : le patient et les professionnels de santé	36
2.2.2.1- Typologie du patient non observant	36
2.2.2.2- Les croyances / connaissances	36
2.2.2.3- Un parcours de soin compliqué	38
2.2.2.4- Importance de La relation médecin/malade	38
2.3- Des solutions centrées sur le patient	39
2.3.1- Replacer le patient au centre du projet : le design thinking	39
2.3.2- L'éducation thérapeutique	39
2.3.2.1- Définition	39
2.3.2.2- Les objectifs	39
2.3.2.3- Les étapes	40
Partie III- Comment le pharmacien d'officine peut il agir en pratique pour le patient atopique?	43
3.1- Le pharmacien d'officine dans le parcours de soin du patient atopique	43
3.1.1- Place du pharmacien dans le réseau de soin	43
3.1.2- Un interlocuteur privilégié auprès des patients atopiques	43
3.2- Les missions du pharmacien d'officine en pratique pour le patient atopique	44
3.2.1- La prévention primaire	44
3.2.1.1- L'émollient	44
3.2.1.2- les probiotiques	45
3.2.1.3- L'allaitement et les laits maternisés	46

3.2.1.4- La diversification alimentaire	46
3.2.1.5- Eviction des allergènes	47
3.2.2- La prévention secondaire	49
3.2.2.1- Les conseils d'hygiène	49
3.2.2.2- Habillement	50
3.2.2.3- Environnement	50
3.2.2.4- L'alimentation	51
3.2.2.6- Les loisirs	51
3.2.3- La posture éducative du pharmacien d'officine	53
3.2.3.1- le diagnostic éducatif	53
3.2.3.2- L'apprentissage	54
3.2.3.2.1- Expliquer et informer sur la pathologie et le traitement	54
3.2.3.2.2- Promouvoir le bon usage du médicament	57
3.2.3.3- L'évaluation	63
3.2.3.4- Le suivi	66
Partie IV- Est-il possible d'entreprendre un diagnostic éducatif à l'officine ?	68
4.1- La préparation	68
4.1.1- Réalisation du diagnostic éducatif	68
4.1.2- Sélection des patients	71
4.1.3- Implication de l'équipe	71
4.2- La mise en pratique	71
4.3- Bilan de l'expérience	72
4.3.1- Les points positifs	72
4.3.1.1- Pour le patient	72
4.3.1.2- Pour le pharmacien	73
4.3.2- Analyses des limites constatées	73
4.3.2.1- La disponibilité du pharmacien et des patients	73
4.3.2.2- L'espace de l'officine	74
4.3.2.3- Un entretien plus long que prévu	74
4.3.2.4- La formation du pharmacien	75
4.3.2.5- Impact économique	75
4.4- Comment améliorer la mise en place du DE à l'officine ?	76
4.4.1- Informer correctement le patient sur la démarche et impliquer l'équipe officinale et les médecins	76
4.4.2- Adapter le diagnostic éducatif aux familles des patients	76
4.4.3- Se donner des plages horaires, prévoir un nombre suffisant de pharmaciens dans l'équipe officinale	76
4.4.4- Utiliser un microphone durant l'entretien	77

4.4.5- Savoir mettre des limites à l'entretien	77
4.4.6- Transmettre une synthèse écrite du DE aux médecins	77
4.5- Conclusion de l'expérience	78
CONCLUSION	79
ANNEXE 1	81
ANNEXE 2	82
LES ABREVIATIONS	83
TABLE DES FIGURES	84
TABLE DES TABLEAUX	85
TABLE DES ENCADRES	85
BIBLIOGRAPHIE	86

# INTRODUCTION

La dermatite atopique ou « eczéma atopique » est une maladie chronique de la peau très fréquente touchant entre 15 à 25 % des enfants en France.

Comme de nombreuses maladies chroniques dont le diabète, l'asthme ou les maladies cardiovasculaires, les conséquences de cette affection en matière de morbidité et de qualité de vie sur les patients touchés et leur entourage, sont souvent sévères. Dans de nombreux cas, elle a d'importantes conséquences au niveau social, psychologique et financier.(1) De plus, la dermatite atopique est une des pathologies chroniques pour laquelle l'adhésion thérapeutique est la plus faible. Or, le pharmacien accueille très régulièrement à l'officine ces patients lors d'une demande spontanée de conseils ou lors d'une première délivrance ou d'un renouvellement d'ordonnance. De part sa disponibilité et sa proximité, il est un acteur incontournable du parcours de soin des patients atteints de DA. Il peut intervenir à tous les stades de la maladie. Le pharmacien a donc un rôle à jouer pour optimiser et améliorer le taux d'adhésion thérapeutique et *in fine* la qualité de vie des patients. Or, une démarche éducative centrée vers le patient a déjà démontré son efficacité à cette fin. Le pharmacien a donc tout intérêt à s'approprier cette posture d'écoute et d'empathie au quotidien.

Nous nous attacherons donc à présenter tout au long de notre étude, la place et le rôle du pharmacien dans le parcours de soin du patient atopique. Après avoir défini le contexte de la maladie, son étiologie et ses caractéristiques, nous explorerons la prise en charge globale de l'eczéma atopique. Puis nous aborderons les objectifs de ce travail en deux points : nous expliquerons d'abord les causes de la non-adhésion thérapeutique pour être en mesure de dégager les techniques permettant d'y remédier, avant de nous demander dans quelle mesure le pharmacien d'officine peut-il intégrer une démarche éducative dans son quotidien officinal afin de mieux accompagner le patient atopique tout au long de sa prise en charge. Enfin, nous avons souhaité mettre en pratique à l'officine la première étape de la démarche éducative auprès des patients atteints de DA: le diagnostic éducatif.

**PARTIE I-**  
**LA DERMATITE**  
**ATOPIQUE**

# **Partie I- La dermatite atopique**

## **1.1- Définition**

La dermatite atopique également appelée eczéma est une maladie multifactorielle inflammatoire de la peau. C'est une dermatose chronique qui évolue par poussées récidivantes. Cette pathologie est souvent associée à l'atopie qui se définit aujourd'hui comme une prédisposition héréditaire du système immunitaire à développer des réactions d'hypersensibilité parfois médiées par les immunoglobulines E (IgE). L'atopie peut donc se manifester par d'autres maladies telles que la rhinite allergique et l'asthme. La prévalence de cette pathologie a augmenté depuis plusieurs années, c'est aujourd'hui un problème de santé publique dans les pays développés. Elle atteint principalement les nourrissons et les enfants mais elle peut également toucher des personnes plus âgées.

## **1.2- Epidémiologie**

La DA est la dermatose la plus fréquente de l'enfant. La prévalence de cette pathologie chez les enfants entre six et sept ans est très importante depuis ces dernières années, spécialement dans les pays développés tels que les pays européens, Asie et les Etats-Unis. Elle se situe entre 15 et 25% chez les enfants de moins de sept ans et autour de 18% chez les enfants de sept à seize ans. Elle atteint 2 à 10% pour les adultes. Il y a trente ans moins de 5% des nourrissons présentaient une dermatite atopique ; on approche actuellement les 20%.(2) En revanche, dans les pays en voie de développement les taux sont beaucoup plus bas : en Ethiopie la prévalence est de 1.2%.(3) Chez les enfants iraniens de six à sept ans la prévalence de la DA est de 0.8% à Téhéran. Enfin en Tunisie selon une étude multicentrique menée entre 1996 et 2000, l'incidence annuelle de la DA était estimée à 0.52%.(4)

Dans le chapitre génétique, nous verrons que le risque augmente en présence d'antécédents familiaux.

Toutes les données de la littérature ont prouvé que la prévalence de la dermatite atopique varie selon l'origine géographique, l'ethnie et le niveau d'urbanisation. C'est bien le mode de vie qui influence la survenue de la DA. Ainsi, des études ont démontré une prévalence supérieure chez les enfants habitants en ville par rapport à ceux habitants en campagne. De plus le risque qu'un enfant déclare une DA est doublé s'il y a une migration dans une zone urbanisée.

## **1.3- Physiopathologie**

### **1.3.1- Composante génétique**

Il a été démontré que 50 % à 70 % des patients atteints de DA ont un parent au premier degré atteint d'une DA, d'un asthme ou d'une rhinite allergique. La DA est probablement polygénique, mais des anomalies génétiques de la barrière cutanée sont des composantes majeures favorisant la prédisposition. 25 à 50% des patients ont des mutations

hétérozygotes « perte de fonction » du gène de la filaggrine, identiques à celles qui causent l'ichtyose vulgaire à l'état homozygote. Le fait que tous les patients atteints d'ichtyose vulgaire n'aient pas de DA montre qu'il s'agit d'un facteur nécessaire mais non suffisant pour développer la maladie. Cette même prédisposition génétique existe chez les patients atteints d'asthme allergique qui ont eu de l'eczéma, ce qui souligne le rôle de la peau dans la sensibilisation aux allergènes.

La génétique est également à l'origine du système immunitaire déséquilibré chez les enfants atopiques.

### **1.3.2- Composante immunologique**

#### **1.3.2.1- Une dysrégulation du système immunitaire**

Une importante dysrégulation immunitaire est associée à l'eczéma. La DA se caractérise comme une réaction d'hypersensibilité retardée de contact aux allergènes de l'environnement. Elle met en jeu plusieurs acteurs de l'immunité tels que les antigènes de surface, les cellules dendritiques ou cellules de Langerhans et les lymphocytes T.

Elle se décompose en plusieurs étapes. Il y a tout d'abord une phase de sensibilisation avec passage des antigènes de l'environnement à travers l'épiderme, puis présentation de cet antigène aux cellules dendritiques, lesquelles migreront alors jusqu'aux ganglions lymphatiques où les peptides sont présentés à des cellules T qui vont entrer en phase d'expansion clonale. Ces cellules T spécifiques migreront par la suite dans les muqueuses et le derme. Cette phase ne peut exister que chez les enfants génétiquement prédisposés.

Vient ensuite la phase d'expression ou de révélation, celle-ci survient à chaque fois que l'enfant est en contact avec l'allergène pour lequel il est sensibilisé. La protéine entre en contact avec la cellule T spécifique dans le derme. Celle-ci va produire des cytokines de type Th2. Ces cytokines vont à leur tour produire des IL-4 pro-inflammatoires qui seraient responsables de l'excès de production d'IgE caractéristique de l'état atopique. En revanche l'apparition des lésions d'eczéma n'est pas due aux IgE mais à l'activité cytotoxique des lymphocytes T aboutissant à l'apoptose des kératinocytes. (5) L'IL4 diminue également l'expression des gènes qui participent à la fonction de barrière et de défense immunitaire innée. Les cytokines Th2 sont de la même façon responsables de la production d'IL-13 (cytokine inflammatoire) qui est up-régulée dans les lésions eczémateuses. Le développement d'une réponse immunitaire inflammatoire de type Th2, spécifiques d'antigènes protéiques est donc à l'origine des lésions d'eczéma mais ce mécanisme n'est pas univoque. D'après plusieurs études, il existerait un déséquilibre entre les lymphocytes T spécifiques de type Th1/Th2. Ce déséquilibre serait en faveur des cytokines de type Th2.

Il y a également un déficit de l'immunorégulation avec les lymphocytes T régulateurs locaux, qui favorise la pérennité des lésions.(6)

Un déficit de l'immunité innée par la diminution de la production des peptides anti-microbiens par les kératinocytes a été mis en évidence. Cela explique la sensibilité accrue aux infections bactériennes (staphylocoque dorée) des patients atopiques.

### **1.3.2.2- Deux types d'eczéma coexistent**

Il existe deux types de dermatites atopiques, l'extrinsèque médiée par des IgE spécifiques à des allergènes de l'environnement et l'intrinsèque qui n'a pas d'IgE spécifiques mais des autoanticorps.

La DA extrinsèque ou allergique se caractérise par l'augmentation d'IgE spécifiques. Elle est très souvent associée à des rhinites allergiques ou de l'asthme. Cette forme correspond à une immunisation vis-à-vis des allergènes de l'environnement comme les pneumoallergènes ou même des allergènes alimentaires.

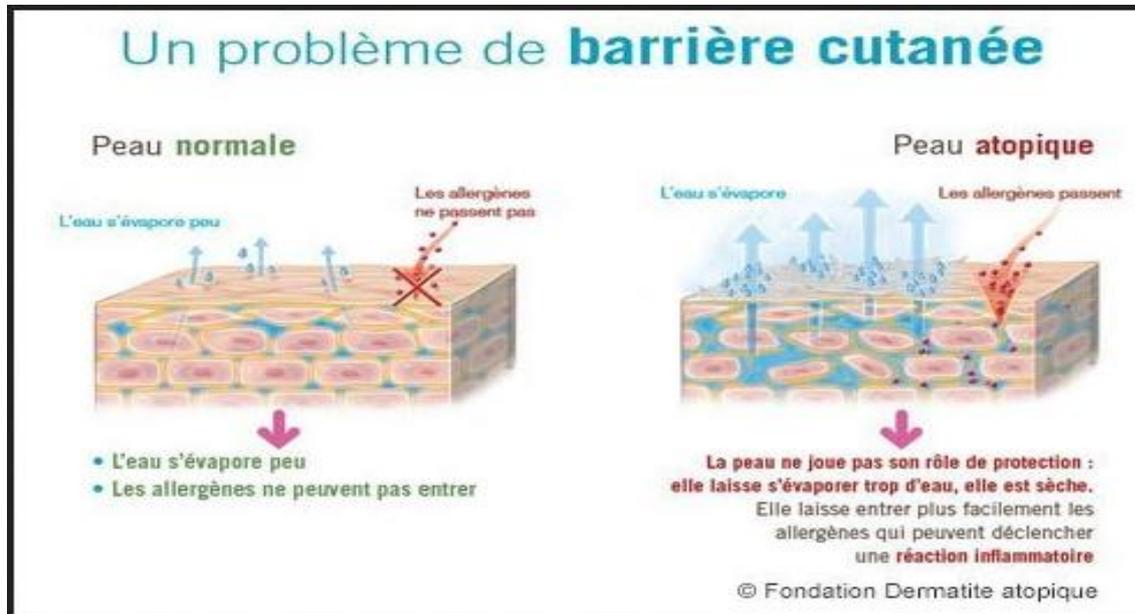
La DA intrinsèque est différente : elle ne comporte pas d'hyperIgE et n'est pas forcément associée à d'autres manifestations atopiques (asthme, rhinite). Elle aurait une prédominance féminine et un début plus tardif.(7) Elle s'expliquerait par une immunisation vis-à-vis des composants cutanés ou sudoraux et des protéines épidermiques secondaires à une dégradation par une protéase des microbes, triptase, kallikréine qui se transforment en autoantigènes reconnus par les IgE.(6)

Néanmoins, plusieurs études portant sur des enfants non sensibles aux allergènes de l'environnement montrent que ces derniers le sont devenus en grandissant, démontrant ainsi l'existence d'une continuité entre les deux formes. En effet le patient aurait d'abord une DA intrinsèque, puis se sensibiliserait sous l'effet de la pression génétique et environnementale pour ensuite développer une DA extrinsèque. C'est le début de la marche atopique.

### 1.3.3- Une anomalie de la barrière cutanée

#### 1.3.3.1- Constitutionnelle

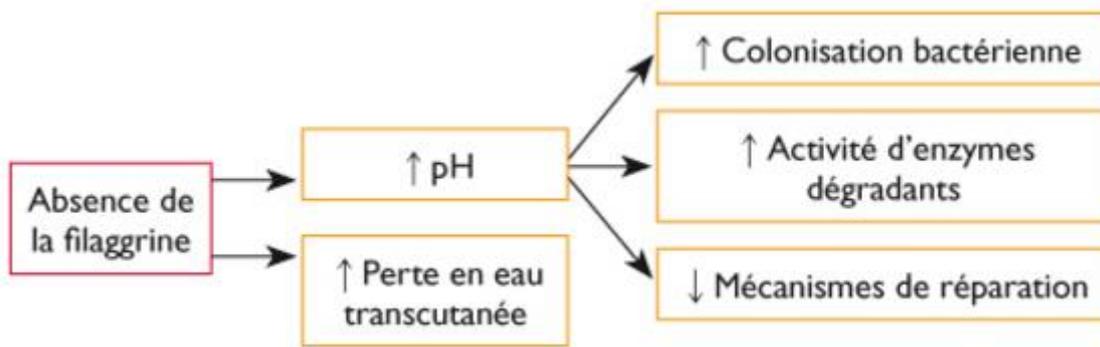
Les patients atopiques ont des défauts acquis ou innés de la barrière cutanée ce qui rend possible la pénétration des allergènes environnementaux.



**Figure 1: Cause de l'eczéma atopique (8)**

Cette augmentation de la perméabilité de l'épiderme est évaluée par la mesure de la perte insensible en eau. Elle caractérise la peau des patients atopiques et l'augmentation de celle-ci est proportionnelle à la sévérité de l'eczéma.

Il existe deux raisons principales à cette altération de la couche cornée. La première correspond à la mutation de plusieurs gènes dont celui de la filaggrine. C'est un composant protéique des cornéodesmosomes qui a un rôle essentiel dans l'hydratation de la couche cornée c'est donc une molécule clé pour la fonction de barrière épidermique. Elle joue un rôle dans le maintien du pH acide de la couche cornée qui a un effet antimicrobien, c'est une des raisons pour laquelle les patients atopiques sont plus sensibles aux infections bactériennes (*Staphylococcus aureus*) et virales (virus de l'Herpès). La filaggrine est également riche en histidine. Cet acide aminé est métabolisé en acide trans-urocanique qui adsorbe l'énergie des rayons ultra-violets et protège donc l'épiderme. Cette mutation a pour conséquence une perte partielle ou complète de l'expression de la filaggrine. La présence d'une mutation du gène de la filaggrine augmente le risque de développer une DA par un facteur compris entre 3 et 5.(9) Cependant la mutation du gène de la filaggrine est retrouvée chez 40% des patients atteints de la DA et seulement 10% dans la population générale. Elle explique donc qu'une partie minime des DA. Indépendamment de cette mutation la deuxième cause de la fragilité des cornéocytes est un défaut d'expression de la filaggrine. Elle est down-régulée par les cytokines pro-inflammatoires Th2 (IL-4, IL-13) exprimées en excès chez les patients atopiques et sa protéolyse est accélérée.(10)



**Figure 2: Une anomalie de la barrière cutanée (11)**

Il existe des variants génétiques associés à la DA qui touchent d'autres protéines impliquées dans la cornéification, notamment des polymorphismes du gène SPINK5 qui sont à l'origine d'une diminution de la dégradation des cornéodesmosomes et de la desquamation. Mais aussi une mutation de la claudine-1, elle est beaucoup moins exprimée chez les patients atopiques. Elle a un rôle dans la jonction serrée des cornéocytes, ce qui en fait un facteur de porosité épidermique.

Enfin, il existe un déficit des lipides intracellulaire du stratum chez les patients atteints de dermatite atopique.

### **1.3.3.2- Acquise**

Par ailleurs, il existe d'autres causes de l'altération de la barrière cutanée. Notamment une hygiène trop fréquente de la peau, mais également une utilisation de produits inadaptés, trop asséchants et agressifs. Ceci aboutit à une fragilisation de l'épithélium de revêtement qui favorise la pénétration des allergènes.

Les causes de la DA sont principalement génétiques et ceci influence une réponse inappropriée du système immunitaire et une altération de la barrière cutanée.

## **1.3.4- Composante environnementale**

### **1.3.4.1- Alimentaire**

Depuis peu les recommandations pour la diversification des nourrissons ont évolué. En effet, plusieurs études récentes ont démontré qu'il n'y avait pas d'intérêt à diversifier le plus tard possible la nourriture des nourrissons et à écarter les aliments réputés allergisants. En revanche une diversification précoce (avant l'âge de quatre mois) permettrait de diminuer les sensibilisations à l'œuf ou à l'arachide chez les nourrissons à risque atopique. Il a également été démontré dans une récente étude européenne que plus les aliments introduits dans la première année de vie étaient nombreux, plus le risques de DA diminuaient.(12) Les acides gras essentiels oméga 3 ont un rôle dans la régulation du système immunitaire et sont anti-inflammatoires. Dans une étude prospective de cohorte de

naissance en Norvège, 3086 enfants ont été suivis dans leur première année de vie et ceux qui mangeaient au moins une fois par semaine ou plus du poisson gras ou maigre avaient un risque diminué de développer un eczéma.(13) Les recherches sur le lait et les œufs ne permettent pas de conclure sur un possible intérêt à écarter (ou non) ces produits de l'alimentation jusqu'à un certain âge. Mais la tolérance aux protéines alimentaires semble être induite par une exposition précoce aux protéines durant une « fenêtre immunitaire ». Les données actuelles suggèrent qu'elle se situerait entre le 4<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> mois de vie.(14) Il en résulte que la prévention primaire de l'allergie passerait plus par l'acquisition de la tolérance à un allergène que par son éviction. Il ne faut pas débiter un régime d'éviction alimentaire sauf si l'allergie a été diagnostiquée par un médecin.

#### **1.3.4.2- Les pneumallergènes**

La prévalence de la DA est plus forte dans les zones urbanisées que dans les campagnes ainsi que dans les régions fortement polluées. De même, l'exposition à la fumée du tabac durant l'enfance a également un impact sur le développement de l'eczéma.(13) Pourtant, selon des études effectuées sur des adultes déjà sensibilisés aux acariens, l'éviction de ces derniers ne génèrent pas de diminution du score de gravité de DA mais plutôt une régression du prurit. Cela laisse supposer que les allergènes domestiques ont d'avantage un effet irritant que sensibilisant.(15) De plus selon une grande étude menée sur des enfants suivis jusqu'à l'âge de huit ans la réduction de ces mêmes allergènes au domicile des familles en anténatal n'a pas eu d'impact sur la prévalence de la dermatite atopique.(7)

En revanche, l'exposition aux pneumallergènes peut être responsable d'exacerbation de la DA. Dans une étude multicentrique, cette exacerbation a été retrouvée chez 10 à 39% des patients.(16)

#### **1.3.4.3- Biodiversité environnementale**

Après la théorie hygiéniste basée sur des publications montrant le rôle des agents infectieux dans la protection du risque de DA, la biodiversité environnementale apparaît comme un facteur important de variation de prévalence de la DA.

La biodiversité microbienne (intestinale, bronchique et cutanée) est diminuée chez les patients atopiques or celle-ci protège du risque de déclarer une dermatite atopique. Cette interférence sur le microbiote bactérien du nouveau-né peut provenir du mode d'accouchement et de la taille de la fratrie. Des études ont démontré une diminution du risque de DA chez des enfants ayant un nombre plus élevé de frère et sœur et ayant fait un séjour précoce en crèche et cela dans les familles peu nombreuses.(17) De plus, il a été observé une relation entre l'absence de diversité bactérienne et une réponse inflammatoire cutanée au cours de la DA.(18) Par ailleurs, une étude datant de 2011 a montré qu'un enfant durant sa première année de vie, né dans une famille à risque, sans chien au domicile mais ayant des prick-tests positifs aux allergènes canins voit son risque de développer une DA

multiplié par quatre à l'âge de quatre ans. D'autre part, chez des patients sensibilisés aux allergènes de chat et vivant avec cet animal, le risque de DA est multiplié par 13.(19) Une étude plus récente a confirmé celle de 2011 en démontrant que la présence d'un chien au domicile de l'enfant atopique diminue le risque d'avoir une DA de 25%. (20)

L'impact de l'environnement est donc important dans la prévalence de la DA, nous avons pu également le constater avec les données épidémiologiques. Il est par conséquent primordial de développer des stratégies de prévention adaptées c'est-à-dire, ne pas diminuer à tout prix les allergènes et laisser l'enfant dans un environnement normal et non aseptisé pour qu'il puisse développer une tolérance aux allergènes et ne pas déclarer de DA.

#### **1.3.4.4- Autres**

Un stress extérieur peut aggraver un eczéma, plusieurs études ont conclu en ce sens. Notamment une étude japonaise effectuée après le tremblement de terre de Hianchi. Plus de 37 à 38% des patients atopiques ont vu une aggravation de leur eczéma après ce tremblement de terre contre 7% dans une population témoin non soumise à ce stress.(21)

La sudation excessive a également un impact sur l'augmentation des poussées.(22) Le patient atopique devra donc s'adapter en cas de pratique sportive ou en cas de forte chaleur.

### **1.4- Aspect clinique et diagnostic de la DA**

#### **1.4.1- Les signes cliniques**

Les lésions sont variées, les principales retrouvées sont définies ci-après :

- Erythème : rougeur de la peau s'effaçant à la pression
- Œdème : accumulation anormale de liquide provenant du sang dans les espaces intercellulaires d'un tissu
- Papule : lésion cutanée élémentaire ayant l'aspect d'une petite saillie ferme de couleur variable
- Excoriation : écorchure superficielle
- Suintement : lésion caractérisée par l'écoulement d'un liquide
- Lichénification : hypertrophie épidermique
- Le prurit qui se définit comme une sensation de démangeaison de la peau fait partie des critères majeurs de diagnostics de Hanifin et Rajka , 1979.(6) Celui-ci se révèle très tôt chez le nourrisson, souvent vers trois mois, mais parfois dès le premier mois de vie. La qualité de vie du nourrisson et de l'entourage peut être très diminuée, il est responsable de trouble du sommeil. Chez les adolescents et les adultes, le prurit peut même empêcher de pratiquer certains sports.(23) Il se manifeste par des mouvements évocateurs (le frottement

des joues contre le drap et les vêtements et le trémoussement du tronc et des membres) puis par le grattage.

- La xérose se caractérise par une sécheresse de la peau avec un état squameux. Elle est directement liée à la mutation du gène de la filaggrine qui a un rôle clé dans l'hydratation de la couche cornée. La xérose est un élément de diagnostic de la DA. Elle évolue et s'intensifie avec la chronicité de la pathologie. Elle est donc peu présente au début de la vie des patients atopiques mais dès l'âge de deux voire un an, elle s'accroît.

Cliniquement lorsque les lésions sont aiguës, l'eczéma correspond d'abord à un érythème lié à la vasodilatation, à un œdème de l'épiderme puis à la formation de vésicules suintantes qui se recouvrent de croûtes. Plus tard survient une sécheresse cutanée, et, souvent, en cas de chronicité, une lichénification.

### **1.4.2- Topographie des lésions**

La topographie lésionnelle évolue au cours de la vie des patients atopiques.

#### **1.4.2.1- Chez le nourrisson avant 2 ans**

Chez les enfants de moins de deux ans, ces lésions sont principalement retrouvées aux convexités du visage et des membres. Elles se localisent le plus souvent, au niveau du cuir chevelu, front, joues et menton. Elles peuvent être également localisées au niveau des plis du cou, aux plis des poignets et au dos de la main. Une zone très souvent touchée est le pouce sucé qui prend un aspect érythémateux et squameux.



**Figure 3:** dermatite atopique du nourrisson (24)



**Figure 4: plaque inflammatoire du pouce (25)**

#### **1.4.2.2- Chez l'enfant après deux ans**

A partir de l'âge de deux ans, la xérose est plus marquée, notamment au niveau des convexités des membres. Les lésions se situent principalement aux zones des plis de flexion des membres : coudes, poignets, régions poplitées et cheville.

La lichénification commence également à survenir chez le grand enfant, cela constitue un critère de chronicité.



**Figure 5: plaques inflammatoires localisées aux plis**



**Figure 6: plaques inflammatoires localisées aux plis**

#### **1.4.2.3- Chez l'adolescent et l'adulte**

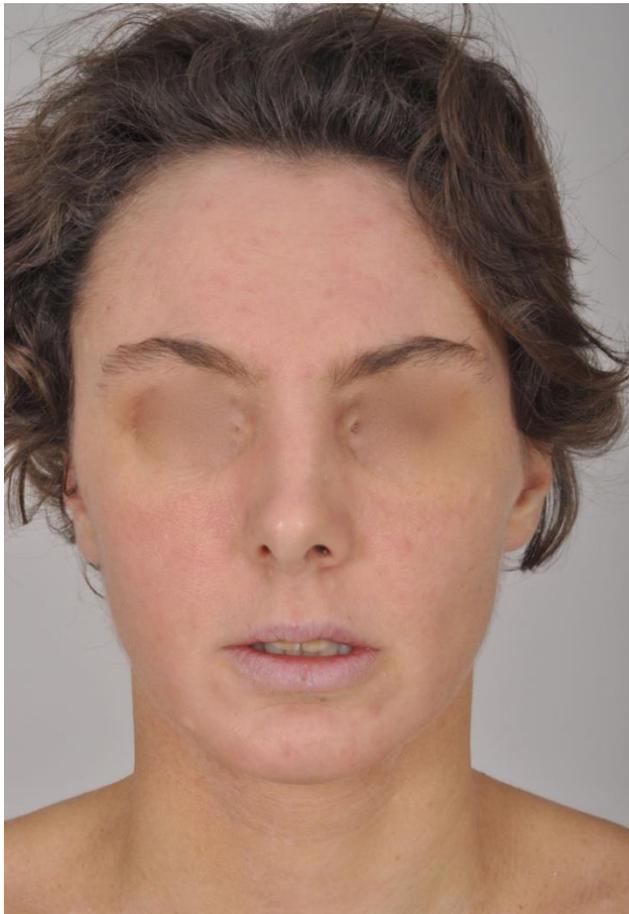
La DA persiste rarement chez le grand enfant, et s'aggrave à l'adolescence. En effet, la dermatite atopique peut s'amplifier à l'adolescence à l'occasion d'un conflit psychoaffectif ou de périodes particulièrement anxiogènes.

La lichénification s'accroît, et les principales zones touchées sont le visage, le cou et les membres.

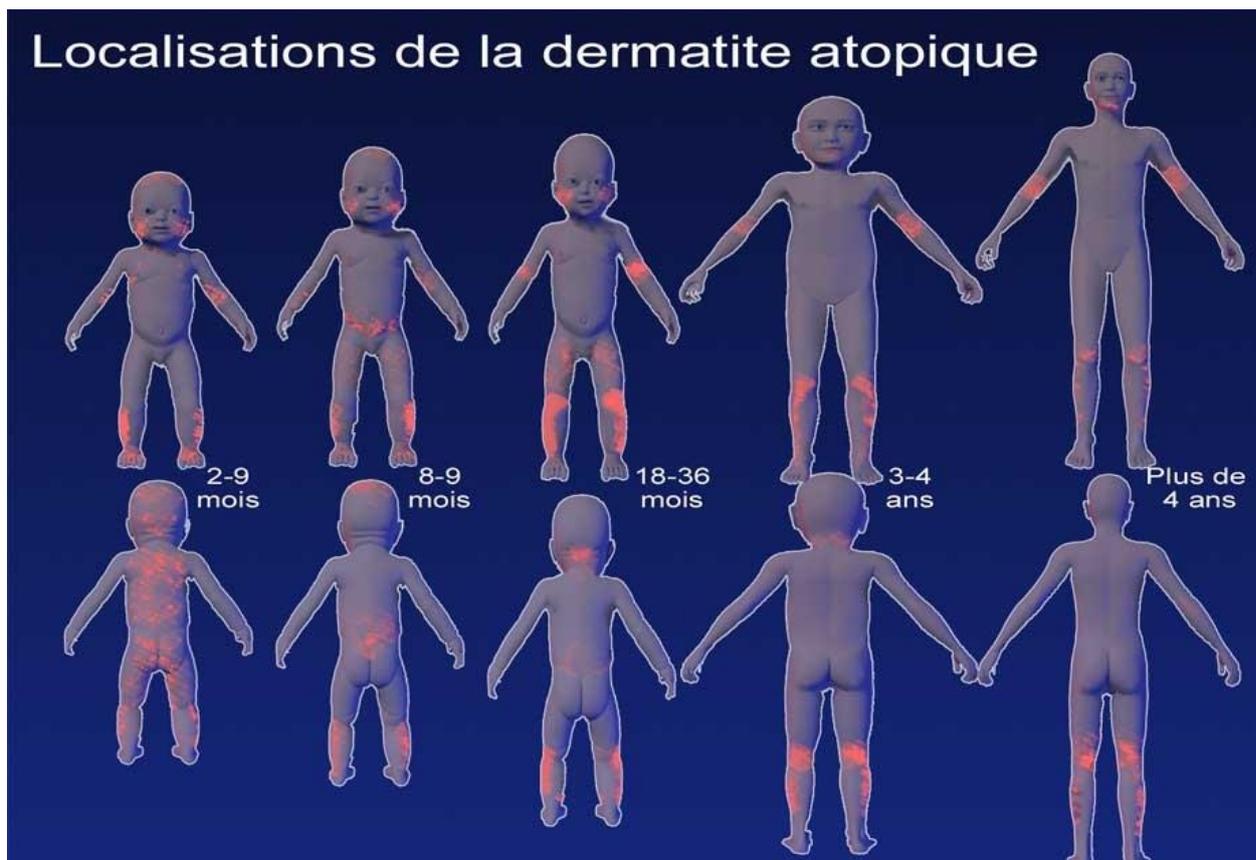
On peut observer un érythème et une xérose plus marqués au visage.



**Figure 7:** Dermatite atopique de l'adulte



**Figure 8:** dermatite atopique de l'adulte



**Figure 9:** évolution des parties atteintes en fonction de l'âge des patients (26)

### 1.4.2- Le diagnostic

Le diagnostic de la DA est clinique et anamnestique. Il n'y a pas besoin d'effectuer des examens complémentaires. Ils ne sont nécessaires que dans les cas de DA sévères ou rebelles aux traitements dermocorticoïdes et de pathologies atopiques associées telles que l'asthme ou la rhinite allergique.

Les premiers critères de diagnostics ont été introduits par Hanifin et Rajka en 1979. Depuis ils ont été simplifiés par le groupe *UK WorkingParty's for diagnostic criteria for atopic dermatitis*. (5) La présence d'une dermatose prurigineuse est obligatoire, associée à trois ou plus des critères suivants du tableau 1 :

Critère obligatoire	Au moins 3 des critères ci-dessous :
Dermatose prurigineuse ou parent rapportant que l'enfant se gratte ou se frotte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédent personnel d'eczéma des plis de flexion et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans.</li> <li>- Antécédent personnel d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédent de maladie atopique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans)</li> <li>- Antécédent de peau sèche généralisée au cours de la dernière année.</li> <li>- Eczéma des grands plis visibles ou des joues, du front et des convexités des membres chez les enfants au dessous de 4 ans</li> <li>- Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans seulement)</li> </ul>

**Tableau 1: Critères de diagnostics de la DA de l'United Kingdom WorkingParty, 1994 (6)**

Tous ces critères ont été validés par plusieurs études. Toutes ont trouvé une spécificité de 90% ou plus.(6)

### 1.4.3- Evaluation de l'atteinte

#### 1.4.3.1- Evaluation de la gravité

Plusieurs scores évaluent la gravité de la maladie. Le plus utilisé aujourd'hui par les médecins est le SCORAD ou *SCoring of Atopic Dermatitis*. Il a été mis au point en 1990 par un groupe d'experts européens : *EuropeanTask Force of Atopic Dermatitis*.

**SCORAD**  
**EUROPEAN TASK FORCE**  
**ON ATOPIC DERMATITIS**

MEDECIN traitant:  


---

 Dermatologue

NOM:       PRENOM:   
 Date de naissance:  /  /  j/m/a  
 Date d'examen  /  /

Dermocorticoïde utilisé:  
 Marque:   
 Quantité utilisée par mois  (G)  
 Nombre de poussées par mois

les chiffres entre parenthèse concernent les enfants de moins de deux ans

**A: EXTENSION** Indiquer la surface atteinte

**B: INTENSITE**

**C: SYMPTOMES SUBJECTIFS:**  
**PRURIT+INSOMNIE**

CRITERES	INTENSITE
Erythème	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Oedème	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Suintement/croûtes	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Excoriations	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Lichénification	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Xérose *	<input style="width: 40px;" type="text"/>

**MODE DE CALCUL**  
 Critères d'intensité (moyenne des zones représentatives)  
 0= absent  
 1= faible  
 2= modéré  
 3= sévère  
\*la xérose est évaluée hors des lésions inflammatoires

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

Echelle visuelle analogique (appréciation des 3 dernières nuits)

PRURIT (0 à 10)

0 10

**TRAITEMENT:**

**REMARQUES:**  
 ANTECEDENTS FAMILIAUX: père  mère  fratrie  oncles ou tantes  pas d'antécédents

Figure 10: Feuille SCORAD (27)

Cet outil prend en compte :

- l'extension de la dermatose désignée par **A** qui correspond au pourcentage de la surface atteinte
- l'intensité des signes cliniques désignée par **B** à travers six lésions élémentaires cotées de 0 à 3 : érythème (rougeur), œdèmes/papules (épaisseur), excoriation, suintements/croûtes, lichénifications (quadrillage) et la sécheresse de la peau en dehors des zones inflammatoires.
- la sévérité des signes fonctionnels désignée par **C** : prurit et perte de sommeil. Ils sont cotés tous les deux sur une échelle analogique visuelle de 0 et 10.

Lorsque l'enfant est âgé de moins de sept ans, la cotation est réalisée par les parents.

Le SCORAD est calculé selon la règle suivante :  $A/5 + 7B/2 + C$

Dans le score global l'extension de la maladie et les signes subjectifs comptent chacun pour 20% et l'intensité des six paramètres pour 60%.

On distingue alors selon les résultats obtenus, trois degrés de sévérité :

- SCORAD < 20 : Dermatite atopique légère, peu de poussées inflammatoires
- 20 < SCORAD < 40 : dermatite atopique modérée, inflammation et prurit intense
- SCORAD > 40 : dermatite atopique sévère

Ainsi, l'état cutané du patient est chiffré à un moment donné et ceci permet de définir un objectif de traitement précis et donc la meilleure prise en charge pour ce patient. Cet outil offre également une comparaison possible d'une consultation à l'autre.(28)

Aujourd'hui, le patient peut évaluer lui-même l'état de sa pathologie durant les trois derniers jours grâce au PO SCORAD (*Patient-Oriented SCoring Atopic Dermatitis*).(29) C'est un outil développé également par l'*European Task Force*. L'objectif est d'impliquer directement le patient dans le suivi de sa maladie. Pour ce faire, le patient évalue parallèlement au médecin l'état de son eczéma par ces différentes étapes :

Etape 1 : évaluer l'extension de l'eczéma en dessinant ou hachurant les zones atteintes sur le dessin fourni.

Etape 2 : évaluer la xérose au niveau de la peau non lésée à l'aide de dessins standardisés.

Etape 3 : évaluer la sévérité de l'eczéma par les cinq critères cités dans le SCORAD à l'aide de dessins standardisés comme ci-dessous :

## ● ŒDÈME

*Les zones d'eczéma sont-elles enflées ?*



## ● SUINTEMENTS

*Existe-t-il des croûtes ou des zones suintantes sur les plaques d'eczéma ?*



## ● EXCORIATIONS

*Existe-t-il des lésions de grattage dans les zones d'eczéma ?*



## ● ÉPAISSISSEMENT DE LA PEAU (LICHENIFICATION)

*Avez-vous observé un épaississement de la peau sur les zones d'eczéma ?*



**Figure 11:** Exemples de dessins standardisés issus du PO-SCORAD (29)

Etape 4 : évaluer les troubles du sommeil et le prurit sur une échelle visuelle analogique.

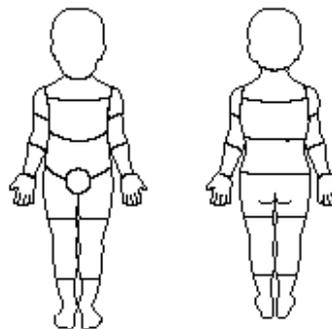
Le PO-SCORAD peut-être réalisé sur deux supports. Par l'intermédiaire d'un multimédia grâce à l'application PO-SCORAD ou par l'intermédiaire d'un support papier comme ci-dessous :

## PO-SCORAD à J \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date du jour : \_\_\_\_\_  
 Qui complète ce questionnaire :  
 Le patient tout seul  Le patient avec l'aide d'un parent  
 La mère du patient  Le père du patient  
 Un frère/une sœur du patient  Autre (merci de préciser) \_\_\_\_\_

### ● Surface atteinte

- patient de - de 2 ans
- patient de + de 2 ans



Sur le dessin, hachurez les zones d'eczéma.

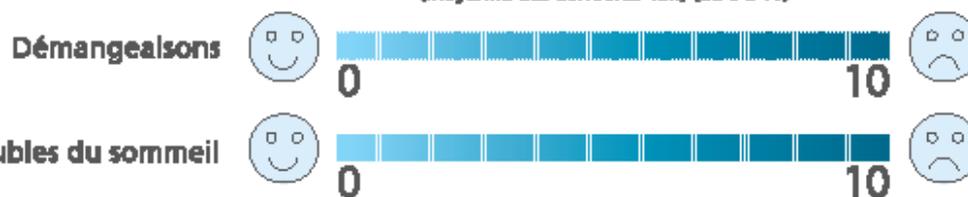
### ● Intensité des symptômes

Critères	Intensité (de 0 à 3)
Sécheresse *	
Rougeur	
Gonflement	
Suintement / Croûtes	
Lésions de grattage	
Épaississement	

\* La sécheresse est évaluée sur la peau sans eczéma.

### ● Symptômes subjectifs : démangeaisons + troubles du sommeil

échelle visuelle analogique  
(moyenne des dernières 48h) (de 0 à 10)



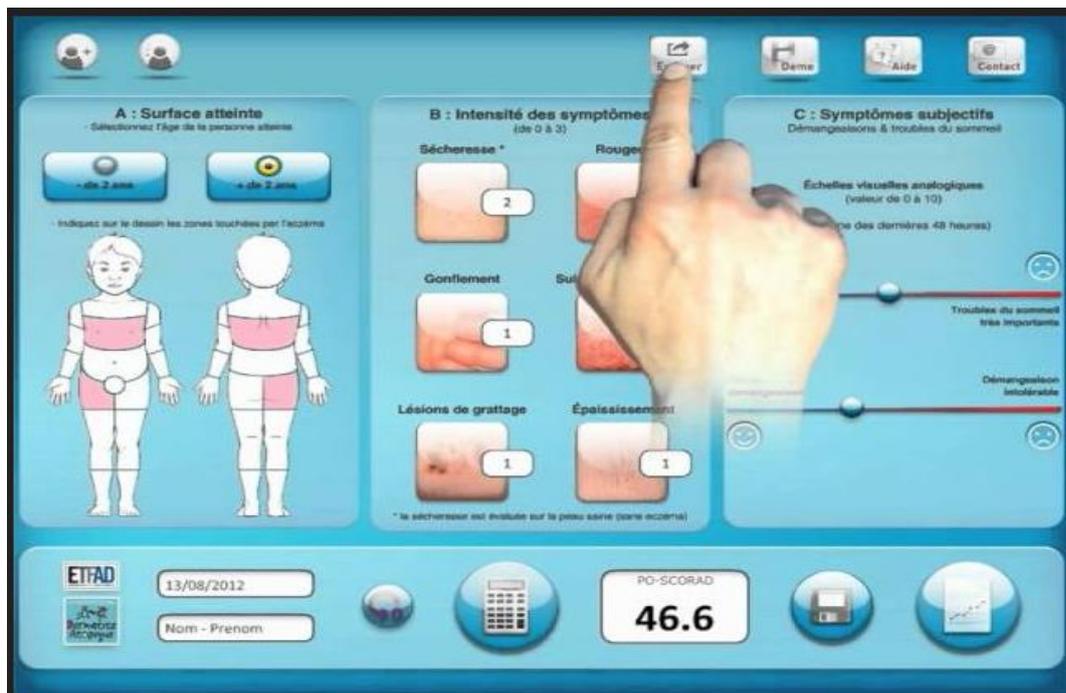
Le calcul de votre POSCORAD sera fait automatiquement sur votre ordinateur ou votre smartphone à l'aide d'une application que vous pouvez télécharger : votre ordinateur créera une courbe selon l'évolution de votre eczéma, vous pourrez l'imprimer et la transmettre à votre médecin.

PO SCORAD du jour :

Rendez vous sur : PoScorad sur Google Play et Apple store  
<http://www.opened-dermatology.com>  
 ou [www.fondation-dermatite-atopique.org](http://www.fondation-dermatite-atopique.org)

Figure 12: Le PO-SCORAD en support papier (29)

Le score est alors calculé automatiquement par l'application PO-SCORAD que le patient a préalablement téléchargé ou calculé par le médecin si le patient a utilisé une version papier. L'application est gratuite et disponible en dix-huit langues dans les versions Mac, Pc, Tablette et smartphone. Cette application très simple d'utilisation, permet un enregistrement du score de gravité du jour pour créer un historique de la maladie. Les résultats peuvent être envoyés en temps réel au médecin entre deux consultations et permettre ainsi un suivi optimal.(29)



**Figure 13:** Grille du logiciel PO-SCORAD disponible sur le site de la fondation de la DA (29)

#### 1.4.3.2- Evaluation de la qualité de vie

Une échelle est principalement utilisée en France c'est le DLQI ou Dermatology Life Quality Index. Elle évalue l'atteinte de la dermatite atopique sur la qualité de vie du patient au cours des sept derniers jours. C'est une échelle importante à effectuer avec le patient car la qualité de vie n'est pas systématiquement corrélée à la sévérité clinique. Elle se compose de dix questions auxquelles le patient peut répondre par « Enormément », « Beaucoup », « Un peu », « Pas du tout » ou « Non concerné(e) ».

Chaque réponse est ensuite cotée afin d'obtenir un score : le DLQI.

Ces deux types d'évaluation sont complémentaires et aident le patient à être acteur de sa maladie. Ce sont des outils qui doivent être intégrés systématiquement pour une meilleure prise en charge.

## **1.5- La prise en charge**

### **1.5.1- Le Traitement d'entretien : L'émollient**

La xérose cutanée témoigne de l'altération de la fonction de barrière de l'épiderme. Ceci facilite la pénétration des allergènes chez l'enfant atopique. Il est donc primordial de traiter cette sécheresse cutanée. Celle-ci ne peut être améliorée qu'avec l'application des émoullients. Leur utilisation doit être quotidienne comme l'altération de la barrière chez ces patients est continue. Ils doivent être appliqués au minimum une fois par jour sur toutes les parties du corps. Ils peuvent être utilisés pendant des périodes de poussées mais pas directement sur les plaques inflammatoires. Sur une peau lésée, des réactions d'intolérances locales sont possibles.

Ils sont généralement constitués de glycerol, d'acides gras essentiels et de céramide. Le glycerol s'oppose à l'évaporation de l'eau. Les acides gras et les céramides compensent l'altération du stratum corneum en lipide. L'application des émoullients diminue l'inconfort vis-à-vis des tiraillements de la peau et donc le prurit. Ils s'opposent à la perte en eau et permettent de diminuer la colonisation bactérienne et la perméabilité aux allergènes(15). Enfin leur utilisation permet de diminuer la quantité de dermocorticoïdes utilisée pour le traitement et d'espacer les périodes de poussées.(30)

Le choix de l'émoullient est important, de nombreuses galéniques existent sur le marché. Il est préférable de prendre une émulsion eau dans huile, celle-ci a un effet plus durable. L'absence de parfum et de conservateur est fortement recommandée pour éviter une allergie. Les différentes textures de la plus grasse à la plus fluide sont le cérat, les baumes, les pommades, les crèmes, les émulsions et les laits.

## 1.5.2- Le traitement de crise : les dermocorticoïdes

### 1.5.2.1- Classification

Les DC sont classés en quatre groupes d'activité (tableau 2) : très forte (classe IV), forte (classe III), modérée (classe II) et faible (classe I non utilisée dans la DA).

	DCI	Nom commercial
Classe (ou niveau) 4 Très fort	Clobétasol propionate	<i>Dermoval</i>
	Bétaméthasone dipropionate	<i>Diprolène</i>
Classe (ou niveau) 3 Forte	Bétaméthasone valérate	<i>Betneval</i>
	Bétaméthasone dipropionate	<i>Diprosone</i>
	Désonide	<i>Locatop</i>
	Difflocortolone valérianate	<i>Nérisonne</i>
	Difluprednate	<i>Epitopic 0,05</i>
	Fluticasone	<i>Flixovate</i>
	Hydrocortisone acétonate	<i>Efficort</i>
	Hydrocortisone butyrate	<i>Locoïd</i>
Classe (ou niveau) 2 Modéré	Bétaméthasone valérate	<i>Célestoderme relais</i>
	Désonide	<i>Locapred, Tridésonit</i>
	Difluprednate	<i>Epitopic 0,02</i>
	Fluocinolone acétonide	<i>Synalar</i>
	Fluocortolone	<i>Ultralan</i>
	Triamcinolone acétonide	<i>Kenalcol<sup>a</sup>, Localone<sup>a</sup></i>
	Hydrocortisone	<i>Aphilan, Dermaspraid Démangeaison Hydracort, Mitocortyl</i>

<sup>a</sup> Présence d'un ou plusieurs additifs.

**Tableau 2: Classification internationale des dermocorticoïdes (liste non exhaustive) (31)**

### 1.5.2.2- Mécanisme d'action

Les dermocorticoïdes agissent au niveau des cellules et des médiateurs en stabilisant les membranes lysosomiales, en inhibant la formation de protéines et de cytokines pro inflammatoires. De plus ils agissent sur les cellules impliquées dans l'inflammation : lymphocyte, polynucléaire et cellule de Langerhans.

Les DC possèdent également une action antimitotique. Ils inhibent la multiplication cellulaire et la synthèse de l'ADN de tous les composants cellulaires de la peau. Cet effet s'exerce notamment sur les cellules de Langerhans et les mastocytes. Ceci gêne considérablement la prise en charge des allergènes pénétrant l'épiderme pendant la phase d'expression de l'eczéma. Cette propriété est également à l'origine d'effets indésirables locaux tels que les vergetures, la dépigmentation ou l'atrophie cutanée.

Ils exercent aussi une activité immunosuppressive. La principale activité immunosuppressive est due à l'inhibition de la libération de cytokines inflammatoires (IL-2 et IL-1) ceci diminuant la prolifération et l'activité cytotoxique des lymphocytes T.

L'efficacité clinique des DC repose donc sur trois propriétés : ils sont anti-inflammatoires, antimitotiques et immunosuppresseurs localement.(32)

### 1.5.2.3- Mode d'emploi

Le choix du dermocorticoïde repose sur plusieurs critères. Le prescripteur va faire un choix de classe et de galénique.

La puissance utilisée dépend de l'âge du patient, de la localisation de la lésion, de son caractère suintant et de l'étendue de celle-ci :

- La classe IV peut être utilisée en cure courte, sur les zones résistantes, en particulier celles des extrémités. Elle est contre-indiquée chez le nourrisson et le jeune enfant au niveau du visage, des plis et du siège.
- Les DC de classe III (forts) sont utilisés en cures courtes pour les formes très lichénifiées et inflammatoires des extrémités et en cas de résistance aux DC de classe II. Ils ne sont pas recommandés chez les nourrissons de moins de trois mois sauf exception.
- Les DC modérés (classe II) sont utilisés en première intention chez le nourrisson sur toutes les zones à traiter (visage et corps).
- Les DC de classe I ont peu de place en thérapeutique.

La forme galénique va dépendre de la nature et du siège des lésions :

- Les crèmes, les plus fréquemment prescrites, sont préférées sur les zones suintantes et les plis. Elles sont plus agréables à appliquer pour le patient si la surface à traiter est très étendue.
- Les pommades sont adaptées aux lésions sèches, hyperkératosiques et lichénifiées, et présentent un effet occlusif (humectant et hydratant) intéressant dans ces cas précis. Les pommades doivent être évitées dans les plis et les zones pileuses à cause de la macération.
- Les lotions sont utilisées au niveau des zones pileuses et des plis.
- Les gels ou mousses sont adaptés au cuir chevelu.

La stratégie thérapeutique comporte en général une phase d'attaque et une phase d'entretien :

- La phase d'attaque permet l'obtention d'un résultat significatif en très peu de temps. En pratique une seule application par jour suffit.(33) Le traitement doit être appliqué jusqu'à ce que la lésion érythémateuse ou le prurit n'ait complètement disparu (en général huit à quinze jours de traitement) et ceci, sans décroissance progressive. Les schémas de décroissance sur un jour, sur deux ou trois très utilisés pour la corticothérapie générale n'ont pas d'utilité pour les DC ; ainsi, l'arrêt d'une cure de DC peut se faire brutalement. Il n'y a pas de consensus sur une dose maximale à appliquer selon le poids du patient. L'appréciation de l'efficacité clinique est plus importante qu'une dose théorique.

- La phase d'entretien a pour objectif de maintenir la rémission obtenue sur le long terme. Elle consiste à appliquer le DC dès l'apparition d'une lésion jusqu'à sa disparition complète. Certains patients ont un traitement proactif c'est-à-dire une application de DC modérés en systématique deux fois par semaine. Ceci permet de diminuer significativement la fréquence et la sévérité des poussées sans effet indésirable.(15)(6)(32)

Phase	But	Posologie	Durée	Clinique de rémission
Phase d'attaque	Rémission clinique rapide	DC 1x/jr tous les jours. Pas de quantité maximale recommandée	Jusqu'à rémission complète (1 à 2 semaines) puis arrêt brutal	Absence d'érythème, de prurit, meilleure qualité du sommeil
Phase d'entretien	Traitement réactif	DC dès les premières lésions tous les jours	Jusqu'à rémission complète	
	Traitement proactif	DC 2x/semaine sur les lésions	Jusqu'à rémission complète	

**Tableau 3: Stratégie thérapeutique avec les DC pour la DA**

Il existe une autre façon d'utiliser les DC dans la DA. C'est la technique du wetwrapping. Celle-ci consiste à appliquer un DC ou une PMR (Préparation Magistrale Remboursée) sur la zone à traiter et de le recouvrir d'une bande humide de type tubifast durant au minimum six heures. Le wetwrapping a pour objectif de diminuer le prurit et l'inflammation très rapidement. Cette technique est utilisée à l'hôpital en deuxième intention dans les DA sévères lorsque les DC locaux n'ont pas montré une efficacité suffisante. De plus en plus de patients sont formés sur la mise en place du wetwrapping pour qu'ils puissent le reproduire chez eux en fonction de leur besoin. De la même façon que le tacrolimus topique ou que les DC locaux, le wetwrapping peuvent être utilisés en traitement proactif. L'effet secondaire principale est l'inconfort suite à l'application de la couche de crème, il est donc important de veiller à la température de l'eau dans laquelle le tubifast est baignée.(34) Une vidéo explicative de la technique est disponible sur le site internet du CHU de Nantes et sur le site internet du GET edudermatologie.(35)(34)

#### **1.5.2.4- Effets secondaires**

Il y a les effets secondaires locaux et systémiques. Ces effets vont dépendre de plusieurs paramètres : la puissance de la molécule utilisée, la durée du traitement, l'occlusion de la peau, la surface traitée, l'intégrité de la peau du patient atopique et son âge.

Les effets secondaires locaux sont pour la plupart cutanés. On peut retrouver :

- L'atrophie cutanée réversible particulièrement marquée dans les plis en raison d'une absorption accrue du principe actif. Sur les parties du corps où la peau est très fine comme les paupières, l'utilisation chez l'enfant doit donc être prudente.
- Les vergetures peuvent apparaître lors d'une utilisation prolongée d'un dermocorticoïde de puissance IV ou III.
- Les troubles pigmentaires que ce soit une hyper ou une hypopigmentation sont également possibles mais ce phénomène est réversible et n'arrive qu'après un traitement quotidien très long. En revanche, il faut retenir que des plaques d'eczéma peuvent dépigmenter spontanément après une poussée inflammatoire.
- Enfin la corticothérapie locale peut entraîner une hyperpilosité avec pousse anormale de duvet au niveau de la zone d'application.

Ces effets secondaires locaux sont rares et témoignent le plus souvent d'une mauvaise utilisation des DC. Néanmoins, l'allergie aux corticoïdes est de plus en plus fréquente et de diagnostic souvent difficile. Sa prévalence est évaluée entre 0.2 et 6%. C'est l'aggravation ou la persistance des lésions eczématiformes au cours du traitement d'une dermatose corticosensible qui doit attirer l'attention du professionnel de santé. Le diagnostic repose sur la réalisation de tests épicutanés.(36)

Des effets systémiques ont été décrits comme un retard de croissance ou un syndrome de cushing. Aux doses recommandées, ces effets n'ont jamais été observés pour les corticoïdes par voie topique. Plusieurs auteurs ont démontré que le retard de croissance n'était pas lié aux DC mais à la sévérité de la maladie ou aux allergies alimentaires constatées.(6) Il faut être vigilant à ne pas confondre les effets secondaires des corticoïdes systémiques ou inhalés à ceux des corticoïdes par voie topique. Les recommandations actuelles plaident pour une grande sécurité d'utilisation des DC locaux aux doses prescrites chez l'enfant atopique.

#### **1.5.2.5- Les contre-indications**

Le DC ne doit pas être appliqué sur une infection virale, fongique, bactérienne ou parasitaire en raison de son action immunosuppressive qui pourrait favoriser alors la dissémination des agents infectieux.

Il faut également éviter d'en appliquer sur les lésions d'acnés, le topique ne fera que pérenniser les lésions et peut à lui seul créer une acné.

La rosacée est également une contre-indication absolue des DC. En effet, si cette médication peut améliorer au début de la maladie grâce à son action anti-inflammatoire, elle

entraîne ensuite une aggravation nette avec accentuation des pustules, de l'érythrose, de la couperose et l'apparition d'une atrophie.

### **1.5.3- Autres traitements**

#### **1.5.3.1- Les inhibiteurs de la calcineurine**

##### **1.5.3.1.1- La ciclosporine : un inhibiteur de la calcineurine par voie orale**

C'est une molécule d'origine fongique qui a une action immunosuppressive. Deux spécialités ont obtenu une AMM dans le traitement de deuxième intention des DA sévères de l'adulte, en cas d'échec, contre-indication ou intolérance aux traitements classiques. Il s'agit du Néoral<sup>®</sup> et de Sandimmun<sup>®</sup> en capsule molle ou flacon buvable. Il n'y a donc pas d'AMM chez l'enfant. Son utilisation est réservée à une prescription initiale hospitalière tous les six mois.

Les effets secondaires ne permettent pas une utilisation prolongée de la molécule. Il y a de graves effets indésirables : néphrotoxicité, hépatotoxicité, hyperuricémie et hypertension artérielle. Ces traitements restent donc aujourd'hui exceptionnels.

##### **1.5.3.1.2- Le tacrolimus : un inhibiteur de la calcineurine topique**

Les immunomodulateurs locaux sont des médicaments ayant une action spécifique sur le système immunitaire. Il existe, dans cette nouvelle classe, deux médicaments, le pimécrolimus et le tacrolimus, mais un seul est actuellement commercialisé en France sous forme de pommade : le tacrolimus.

Il a deux dosages, le protopic<sup>®</sup> à 0.03% utilisé chez les enfants de plus de 2 ans et le 0.1% chez les adolescents de plus de seize ans et les adultes.

Le tacrolimus est un immunosuppresseur qui forme un complexe avec le FkBP inhibant la calcineurine. Cette inhibition empêche alors l'activation d'un facteur de transcription nécessaire pour la transcription du gène de l'interleukine 2, une cytokine inflammatoire. Cette dernière est impliquée dans la prolifération des lymphocytes..(37)

Ce traitement est utilisé en deuxième intention dans les DA modérées à sévères, en cas d'échec ou de contre-indication aux DC. Mais également en traitement d'entretien de la maladie, en prévention des poussées chez les patients atteints au moins de quatre poussées par an. Il ne peut être prescrit que par un dermatologue ou un pédiatre sur des ordonnances de médicaments d'exceptions. Il n'est plus remboursé chez l'enfant depuis la parution du journal officiel de juillet 2014 et seulement remboursé à 15% chez l'adulte et l'adolescent de plus de 16 ans en cas de DA sévère.(38) En pratique, il est prescrit au dosage adapté à l'âge du patient deux fois par jour jusqu'à disparition complète de la lésion. S'il n'y a pas d'amélioration durant la deuxième semaine le traitement doit être réévalué. Il peut être utilisé en cure courte ou en traitement long intermittent à raison de deux applications par semaine.

Les effets secondaires sont différents de ceux des dermocorticoïdes. Il n'y a pas de risque d'atrophie cutanée d'où son utilisation possible sur le visage, les paupières et les plis des patients. Il y a néanmoins des effets indésirables immédiats comme une exacerbation du prurit ou une sensation de brûlure sur la zone traitée. Ces effets sont fréquents mais ne durent que quelques jours en début de traitement. Il existe des effets systémiques qui ont fait l'objet d'une recommandation en 2012 et d'une alerte de la FDA (Food And Drug Administration). Il y aurait une augmentation du risque de lymphomes cutanés chez les patients traités. Ceci n'a toujours pas été confirmé à ce jour. Par précaution les patients doivent éviter au maximum une exposition solaire et se protéger des rayons. L'utilisation du topique ne devra jamais être continue.

En cas de surinfection cutanée, un traitement antibiotique est nécessaire avant d'instaurer le traitement. Enfin la présence d'une infection herpétique est une contre-indication transitoire à l'utilisation de ce médicament.

### **1.5.3.2- Les antihistaminiques H1 par voie orale**

Les médicaments antihistaminiques, indiqués dans certaines maladies allergiques, n'ont qu'un intérêt très limité dans la dermatite atopique. Aucune étude n'a démontré leur efficacité dans les poussées ou en prévention de la DA. Ils sont majoritairement utilisés lorsque le prurit entraîne une diminution de la qualité de vie du patient. Par exemple, les antihistaminiques H1 sédatifs sont parfois prescrits chez des enfants dont les poussées d'eczéma provoquent des troubles du sommeil. Ils peuvent être pris le soir pendant quelques jours et permettent ainsi de calmer les démangeaisons en attendant que le traitement local soit efficace.

### **1.5.3.3- La photothérapie**

Cette thérapie n'est utilisée que dans les formes sévères de la DA chez les patients résistants aux traitements de première intention. Le mécanisme d'action des UVA/UVB est complexe. Ils vont agir en réduisant le nombre et la capacité fonctionnelle des cellules de langerhans et induire une apoptose des lymphocytes T ; d'où leur rôle anti-inflammatoire. Par ailleurs ils augmentent l'épaisseur de la peau et ont une action anti-microbienne sur le staphylocoque.(28)

Plusieurs types sont utilisés : UVA-UVB, UVA1, UVB à spectre étroit TL01 (peu mutagène). (15) Ce traitement de courte durée est efficace dans les DA sévères de l'adulte, il permet de réduire significativement le nombre de récurrences, la dose de DC appliquée et les symptômes de la maladie. (39) En pratique, la photothérapie est prescrite au rythme de deux ou trois séances par semaine.

A cause du potentiel carcinogène des UV et des effets secondaires à type de xérose et de prurit photo-induits la photothérapie n'est pas utilisée chez les enfants de moins de douze ans et reste une thérapeutique de deuxième ligne.

#### **1.5.4- La prévention**

La prévention concerne les enfants à risque et les nourrissons ayant de symptômes de DA. Elle repose sur des conseils hygienodiététiques adaptés. Le patient atopique doit également être sensibilisé à son environnement en contrôlant les facteurs d'aggravation pour vivre au mieux sa maladie. La correction de la xérose par application d'un émollient fait également partie de la prévention. Une étude américaine récente semble démontrer qu'une application journalière d'émollients, associée à une hygiène adaptée, diminue considérablement le risque de développement de DA durant les vingt-quatre premiers mois de vie.(40) Même si ce n'est qu'une étude pilote, elle ne peut qu'interpeller et encourager à l'application de ces traitements émollients.

Une prise en charge psychologique peut parfois être utile chez certains patients ou encore la participation à des séances de sophrologie. Le stress est incriminé comme élément déclenchant des poussées mais de manière imprécise. Il s'agit en effet d'un facteur important chez certain patient et négligeable chez d'autre.(6)

L'éducation et la prévention doivent faire partie intégrante de la prise en charge globale de la DA où l'échec thérapeutique est si important. Il y a plusieurs raisons à cela, la première est une très faible adhésion thérapeutique, elle ne dépasse pas les 30%. Ensuite, il y a les formes intrinsèques compliquées et les surinfections. Enfin, les prescriptions non adéquates ne font également qu'amplifier ce phénomène. La non-adhésion thérapeutique, principale cause d'échec du traitement, est un facteur qu'il est possible de diminuer en commençant par en étudier ses causes.

**PARTIE II- Comment  
améliorer l'adhésion  
thérapeutique dans la  
dermatite atopique?**

## **Partie II- Comment améliorer l'adhésion thérapeutique dans la dermatite atopique ?**

### **2.1- Qu'est-ce que l'adhésion thérapeutique?**

L'adhésion thérapeutique se définit par l'implication active et réfléchie du patient dans la prise en charge de sa pathologie. Elle dépend donc des ressources que le patient pourra développer et mobiliser pour s'adapter à sa situation de malade et aux exigences médicales. La définition est complexe et met en jeu la relation du patient avec les professionnels de santé.(41)

Malheureusement, aujourd'hui l'adhésion thérapeutique est très faible notamment pour les maladies chroniques comme la dermatite atopique.(42) L'échec thérapeutique est fréquent et majoritairement lié à une faible observance : 95% des patients sont sous-traités.(43) Au mieux on estime que 50% des patients adhèrent au traitement prescrit par leurs médecins.(44) La non-observance constitue un problème de santé publique en raison de l'augmentation de la morbi-mortalité qu'elle entraîne, liée à l'accroissement du risque d'échappement thérapeutique, de rechute, l'apparition de résistances et de la survenue de complications. L'OMS a d'ailleurs déclaré qu' *« optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en termes de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments »*(45)

### **2.2- Facteurs mis en cause dans la non-observance dans la DA**

#### **2.2.1- Le traitement**

Six facteurs liés aux traitements topiques interviennent dans l'adhésion thérapeutique : la perception de l'efficacité, le sentiment d'innocuité, la simplicité et la durée du traitement, la formulation galénique et le coût.

##### **2.2.1.1- Traitement complexe et ordonnance non explicite : la simplicité avant tout !**

Les ordonnances ne sont pas assez explicites pour le patient, très souvent elles contiennent plusieurs topiques à appliquer à différents endroits et à différents moments. Dans la DA en fonction des poussées le patient applique un dermocorticoïde, quand les plaques sont guéris il doit mettre un émollient sur tout le corps et parfois entretenir la rémission par une application deux fois par semaine d'un DC. Le DC peut également changer en fonction de la zone où il sera appliqué. Pour le visage par exemple on privilégiera un DC de classe I ou II alors que pour le torse il sera de classe III. Une ambiguïté sur les modalités et surtout sur la dose de crème ou de pommade à appliquer semble également être un facteur de mauvaise réalisation des soins. Toutes ces spécificités du traitement fait que le patient sort de chez son médecin avec des incompréhensions ; plusieurs études ont démontré que la simplicité du traitement est le garant d'une bonne observance thérapeutique.(42)

Le pharmacien doit également veiller à simplifier l'ordonnance et l'application pratique du traitement. Il doit s'employer à transmettre des informations de qualités pour

augmenter l'adhésion thérapeutique. En plus de donner des informations orales il est tout aussi intéressant de faire une démonstration de l'application des différents topiques, ceci est aujourd'hui encore très peu fait que ce soit par le médecin ou par le pharmacien.

#### **2.2.1.2- Efficacité du traitement**

La perception par le patient du caractère rapidement efficace du traitement contribue nettement à en améliorer l'adhésion. Il est donc très important d'informer le patient sur le délai d'action du médicament et sur les résultats possibles attendus.

#### **2.2.1.3- La durée du traitement**

Le traitement de la DA est un traitement au long cours car la dermatite atopique est une affection chronique. Les DC peuvent s'appliquer en traitement proactif et les émoullients doivent s'appliquer tous les jours pendant plusieurs années. Il a été établi que l'observance d'un traitement topique diminuait en cas de traitement prolongé. L'application des traitements se fait généralement par les parents des enfants atopiques, mais ceux-ci étant très occupés ne peuvent pas toujours être réguliers dans l'application. Il faut donc tenir compte lors de la prescription, du mode de vie des patients et de l'entourage de celui-ci.

#### **2.2.1.4- Le choix de la galénique**

Les inconvénients rapportés par les patients en rapport avec la formulation galénique sont multiples. On va retrouver : la mauvaise pénétration du topique, un nombre d'applications quotidien trop important, des tâches sur les vêtements et sur les draps.

Les patients atopiques se plaignent également d'émoullients ou de DC trop gras, difficiles à appliquer. Les traitements topiques sèchent trop lentement. Il est possible aujourd'hui d'avoir des préparations magistrales remboursées avec des textures différentes de la crème ou de la pommade. Pour les émoullients il existe la texture cérat, baume, pommade, crème, émulsion et le lait.

#### **2.2.1.5- Les effets secondaires**

C'est un frein majeur à l'observance des traitements topiques dans la dermatite atopique. Notamment avec les DC qui représentent le traitement de première intention dans cette pathologie. Depuis peu la corticophobie est étudiée et il a été révélé que 80.7% des patients souffrant de DA éprouvaient des craintes vis-à-vis des DC. Il s'avère que 36% d'entre eux admettaient une inobservance thérapeutique.(46)

L'utilisation des émoullients peut également être rapidement suspendue par les patients s'ils ne sont pas prévenus qu'il est possible qu'à l'application il y ait quelques brûlures ou picotements. Les professionnels de santé doivent prévenir de la survenue des principaux effets indésirables. Un suivi plus régulier à l'initiation du traitement est également fortement recommandé.

### **2.2.1.6- Le prix**

La non-prise en charge par la sécurité sociale des traitements topiques et notamment des émoullients peut expliquer qu'un certain nombre d'ordonnances ne soit pas honoré. Il existe qu'un seul émoullient remboursé, il s'agit du Dexeryl®. Mais celui-ci a peu de rémanence et de nombreux cas d'allergie ont été rapportés. Il est donc peu prescrit par les médecins. Dans la plupart des cas de dermatite atopique il est recommandé d'appliquer l'émoullient tous les jours et sur toutes les parties du corps. Les tubes d'émoullients sont donc très vite terminés. Par exemple la quantité à appliquer est de l'ordre de deux cent cinquante millilitres par semaine pour un enfant de deux ans. En moyenne un émoullient de bonne qualité coûte entre huit et quinze euros soit trente-deux à soixante euros par mois. C'est un budget conséquent que toutes les familles ne peuvent pas se permettre. Il est également recommandé aux patients d'utiliser pour leur toilette des gels ou des pains surgras sans savon mais, ceci ajoute un coût au traitement. Plusieurs professionnels de santé sont pour une mise à disposition d'émoullients remboursés ou moins chers sur le marché.(47)

## **2.2.2- Le facteur humain : le patient et les professionnels de santé**

### **2.2.2.1- Typologie du patient non observant**

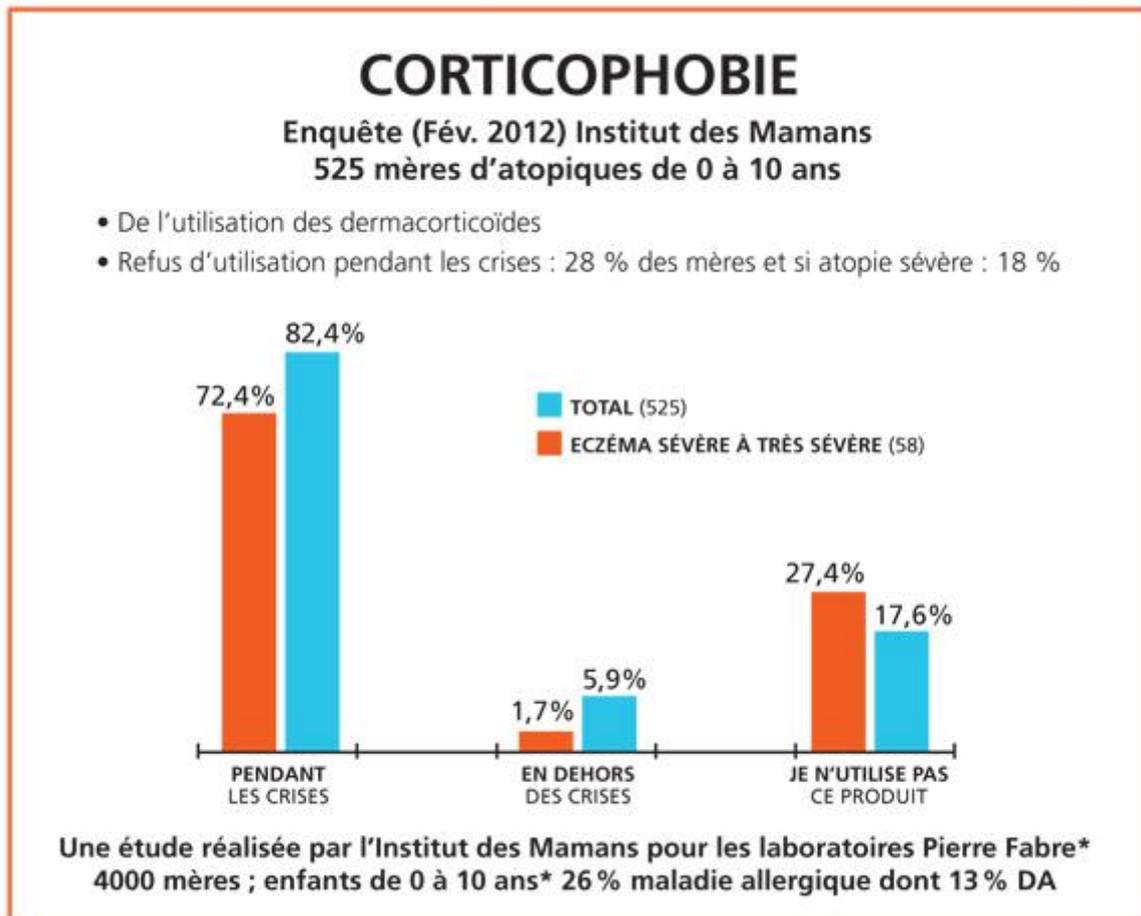
Il a été remarqué que l'observance était souvent moins bonne chez les hommes, chez les personnes de niveau socio-culturel moins élevé et chez les patients isolés (veufs, célibataires, divorcés). Certains événements de vie influencent également l'acceptation et la bonne observance du traitement. Notamment une perte d'emploi, une mutation, des problèmes financiers peuvent être déterminants. Une étude a démontré que l'observance des traitements topiques dans le psoriasis était 1.8 fois meilleure quand on ne boit pas et 1.9 fois meilleure quand on ne fume pas.(48) La dépendance à des substances est donc un frein à l'observance thérapeutique. En revanche, le contexte culturel peut avoir un impact positif : la valorisation esthétique qui caractérise notre civilisation occidentale est un élément facilitant.(49)

### **2.2.2.2- Les croyances / connaissances**

Elles sont nombreuses et complexes. Elles portent majoritairement sur le traitement et la maladie.

Les traitements topiques sont souvent considérés comme étant des traitements mineurs, non sérieux par rapport à la voie orale. De ce fait ils sont appliqués de façon peu régulière. La crainte des effets secondaires par les dermocorticoïdes est non négligeable et est aujourd'hui une des causes principales de la mauvaise adhésion thérapeutique. Cette corticophobie touche les patients comme les professionnels de santé. Malgré le nom que l'on donne à ce phénomène, il n'implique pas une phobie mais plutôt une réticence envers les DC. Selon la littérature les patients redoutent principalement les effets indésirables. Notamment l'atrophie cutanée avec le risque de vergeture, une diminution de la croissance de l'enfant, une hyperpigmentation, une immunodépression, des coups de soleil, ou encore une dépendance au traitement.(46) Ils ont une crainte du traitement car il pense que celui-ci

peut faire « sortir l'asthme » par exemple. (50) D'après l'enquête réalisée par la fondation dermatite atopique la corticophobie a été estimée à 28% sur 525 mères d'enfants porteurs d'un eczéma. (51)



**Figure 14: enquête fondation dermatite atopique (22)**

Dans une étude américaine, sur 101 parents d'enfants atteints de DA, la question de la peur de l'utilisation des DC à cause de leurs effets secondaires a été abordée. Pour 22.3% d'entre eux ils limitent leur utilisation à cause de cette appréhension.(44) Dr Wastiaux-Aubert propose même de rendre systématique l'exploration de cette corticophobie chez tous les patients atteints de DA et leur entourage pour en limiter au maximum l'impact sur l'adhésion thérapeutique.(46) Ces croyances et ces craintes proviennent à la fois de l'histoire personnelle des patients, de leur propre expérience mais aussi des soignants.(52)

De nombreuses croyances entourent la maladie. Les patients atopiques ont l'idée selon laquelle la maladie est incurable et sont donc facilement résignés ou au contraire certains pensent qu'une guérison spontanée est possible. Certains parents d'enfants atteints de DA pensent également que leur enfant sera forcément asthmatique par la suite.

Les connaissances erronées des patients sur les médicaments et la pathologie sont un obstacle à l'adhésion thérapeutique. Une étude américaine datée de 2011 faite sur 101 patients de 1 à 21 mois, la majorité des parents d'enfants atteints de DA ont indiqué qu'ils

savaient comment traiter leur enfant, mais ils ont fait preuve d'un manque de compréhension dans l'importance de l'utilisation des émoullients en traitement de fond.(44) Ceci résulte d'un manque d'informations concrètes de la part des professionnels de santé sur la pathologie et les traitements.

### **2.2.2.3- Un parcours de soin compliqué**

Les patients consultent plusieurs médecins généralistes et dermatologues avant de trouver un traitement qui leur convient. Les représentations du médecin et du pharmacien vis-à-vis de la maladie et du traitement vont influencer largement celles de leur patient. Le corps médical n'a pas d'unité dans son discours sur les DC envers le patient. Des médecins et pharmaciens corticophobes donnent une image négative des DC avec beaucoup de précautions et de craintes vis-à-vis du traitement. La thérapeutique devient alors non crédible et cet état de fait augmente l'inobservance. De plus, ce type de comportement diminue la confiance envers le corps médical et amène les patients à se tourner vers des médecines alternatives qui peuvent parfois empirer les symptômes de la maladie.

### **2.2.2.4- Importance de La relation médecin/malade**

Un point essentiel de l'adhésion thérapeutique est la relation qui peut se tisser entre le médecin et son patient. Selon une étude faite avec des patients atteints de psoriasis, il a été établi que l'adhésion à un traitement topique augmente durant les périodes qui précèdent et qui suivent les consultations et qu'elle diminue considérablement au bout de 30 jours.(53) On appelle cela l'effet blouse blanche.

La bonne observance va dépendre de l'alliance construite avec le malade. La relation de confiance repose essentiellement sur l'intérêt que porte le médecin à son patient et à son affection dermatologique. Le temps passé avec le médecin n'est pas le seul facteur de satisfaction. La qualité et la clarté des informations perçues, l'empathie et la perception des compétences personnelles sont des facteurs importants aux yeux du malade.(50) Dans le cas de la dermatite atopique de l'enfant, le médecin doit également reconnaître l'enfant atteint comme un interlocuteur central de sa maladie dès l'âge de trois ans. La présence des parents, nécessaire, ne doit pas parasiter le dialogue avec l'enfant.(54) D'où l'importance de l'établissement d'un contrat de soin élaboré en échange constant avec le patient. Le médecin doit passer d'une consultation prescriptive à une consultation qui repose sur le concept d'alliance thérapeutique. C'est une évolution qui doit évoluer vers un partenariat avec le patient tendant à l'égalité, et non plus à la domination. Ceci n'est possible que par l'utilisation de techniques telles que le design thinking ou l'éducation thérapeutique.

## **2.3- Des solutions centrées sur le patient**

### **2.3.1- Replacer le patient au centre du projet : le design thinking**

Le design thinking est une technique innovante pour trouver des solutions à partir des besoins réels du patient ou autre. Il s'agit de développer des connaissances au service de l'action. Il se décompose en plusieurs étapes avec :

- L'inspiration : elle se définit par se mettre en empathie avec la personne pour qui on souhaite trouver une solution. Il faut réussir par cette immersion à établir ce que font (Do), pensent (Think), ressentent (Feel) et disent (Say) les utilisateurs/patients. Ceci commence par une observation.
- L'idéation : c'est le processus où *le designer/soignant* va générer, développer et tester des idées. Ils vont produire des idées par rapport à ce qu'ils ont entendu, vu et appris à la suite de l'immersion dans la vie et le quotidien des utilisateurs/patients.
- L'implémentation : c'est le chemin qui mène de l'état de projet à l'état du concret sur le terrain. Le cœur de l'implémentation est le prototypage, c'est-à-dire le fait de transformer les idées en produits et services réels qui sont ensuite testés, répétés et affinés.(55)

Le design thinking appliqué à la santé permettrait de trouver des solutions centrées sur le patient. Celui-ci serait au centre du projet afin d'améliorer son adhésion thérapeutique et donc le vécu de sa maladie et l'efficacité du traitement. C'est chercher la solution à partir du patient. Cette technique permettrait d'améliorer la prise de décision dans les services de soins de santé.(56)

### **2.3.2- L'éducation thérapeutique**

#### **2.3.2.1- Définition**

Selon l'OMS l'éducation thérapeutique est « 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 ».(57) C'est une démarche qui doit faire partie intégrante d'une prise en charge globale des patients atteints de maladie chronique. Elle centre le patient au cœur du projet éducatif ; le patient devient un partenaire actif de sa prise en charge.

#### **2.3.2.2- Les objectifs**

Ils sont multiples mais l'éducation thérapeutique a pour finalité principale d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage. L'ETP vise à améliorer les connaissances du patient ou de son entourage sur la maladie et les traitements, de comprendre et de faire évoluer les croyances si elles sont non productives pour le patient et d'augmenter ses compétences. L'ETP est une démarche continue qu'il faut personnaliser. Chaque patient a ses propres contraintes, ses propres compétences, ses besoins et objectifs.

Ceci doit être réalisé dans un cadre d'écoute et d'empathie mutuels entre le professionnel de santé et le patient.

### **2.3.2.3- Les étapes**

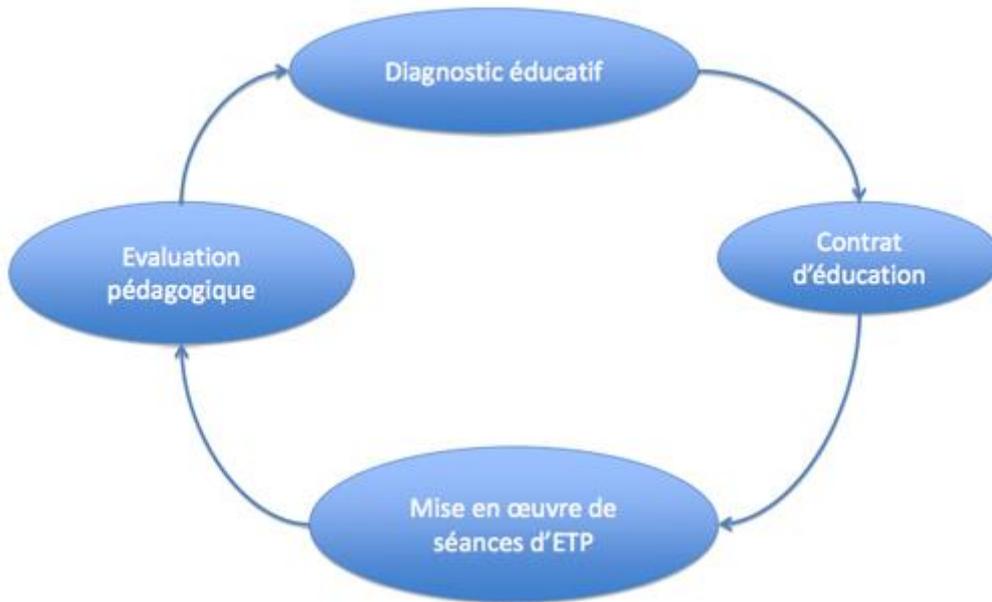
Un programme éducatif est géré en réseau avec une multitude de professionnels de santé. Ce programme se décompose en quatre étapes :

-Le diagnostic éducatif : c'est une évaluation des besoins et de l'environnement du patient. Il se déroule généralement durant un premier entretien entre le patient et son thérapeute (ou l'équipe). Il permet de mettre en lumière par l'intermédiaire d'un questionnaire les croyances et les compétences du patient et/ou de son entourage sur la maladie et les traitements. Le thérapeute tente également d'évaluer la gravité de la maladie et les conséquences qu'elle peut avoir dans sa vie de tous les jours. Ce premier entretien permet d'instaurer une relation de confiance et de poser le cadre dans lequel un programme éducatif va être construit.

- Définir un contrat de soin : sur la base du diagnostic éducatif, le patient et son thérapeute vont convenir ensemble des objectifs d'apprentissage (ou compétences) qui vont intégrer le contrat de soin. Le projet du patient et la stratégie thérapeutique sont pris en compte dans ce contrat. Par exemple, pour la DA chez un enfant, ces objectifs peuvent être d'appliquer sans l'aide de ses parents sa crème ou d'apprendre à détecter des plaques naissantes ou encore apprendre à expliquer sa maladie... Ce programme vise à rendre le patient autonome sur un ou plusieurs points précis.

- Les séances d'ETP : c'est planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique. C'est un transfert de connaissances entre le patient et son thérapeute (équipe). Il existe différentes méthodes et techniques participatives d'apprentissage. Ces séances peuvent être individuelles ou collectives et font appel à différents moyens pédagogiques (mise en situation, démonstration pratique...). Les compétences à transmettre couvrent des champs de savoirs différents : il y a les connaissances sur la maladie, les facteurs déclencheurs mais également la pratique pour la réalisation optimale des soins et enfin les attitudes (savoir expliquer ses soins, savoir qui contacter et quand...).

- L'évaluation : dans un délai convenu avec le patient se déroule un nouvel entretien durant lequel sera évaluée par le thérapeute l'évolution de ses connaissances et de ses compétences. Ils regardent ensemble le chemin qu'il reste à parcourir et les améliorations à apporter. Le contrat éducatif peut être réévalué à la fin de cet entretien.(58)



**Figure 15:** Mise en œuvre d'une démarche éducative (59)

L'impact positif de l'éducation thérapeutique notamment dans la DA a été démontré. Des résultats validés ont été obtenus en termes d'évolution de la gravité, de la qualité de vie et de la consommation des DC.(60) En effet une utilisation adaptée des traitements permet l'utilisation de moins de DC pour un meilleur résultat thérapeutique.(61) C'est un outil majeur pour accéder à une meilleure adhésion thérapeutique dans la DA. L'ETP s'exerce beaucoup dans les centres hospitaliers et de plus en plus en ville avec des réseaux de soignants. Ce réseau pluridisciplinaire comprend généralement un ou plusieurs médecins spécialistes, des infirmières, des psychologues et de plus en plus de pharmaciens d'officines. Elle n'est pas réservée à des centres spécialisés mais doit s'intégrer aux pratiques professionnelles et notamment à celles du pharmacien d'officine.

**PARTIE III- Comment le  
pharmacien d'officine  
peut-il agir en  
pratique pour le  
patient atopique ?**

## **Partie III- Comment le pharmacien d'officine peut il agir en pratique pour le patient atopique?**

### **3.1- Le pharmacien d'officine dans le parcours de soin du patient atopique**

#### **3.1.1- Place du pharmacien dans le réseau de soin**

Le pharmacien fait partie intégrante du réseau de soin. Il se situe à la fin de la chaîne de soin, c'est le dernier professionnel de santé en contact avec le patient avant que celui-ci ne se retrouve seul chez lui face à son médicament. Il doit donc s'assurer de la bonne compréhension du traitement et de la bonne maîtrise du savoir technique pour la prise de ce médicament. Il a également un rôle clé dans la coordination des soins. Par exemple le pharmacien d'officine collabore très souvent et principalement en milieu rural, avec des infirmières libérales. Ou encore, comme spécialiste du médicament, il est souvent le référent dans les maisons de retraite ou EPHAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Il fait également de plus en plus le lien entre l'hôpital et la ville en coordonnant les hospitalisations à domicile.

Depuis la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009, le pharmacien a un rôle officiel dans ce processus interdisciplinaire qu'est l'ETP. L'article trente-huit intègre l'ETP parmi les missions du pharmacien d'officine et l'article quatre-vingt-quatre inscrit officiellement l'ETP au parcours de soin des patients atteints de pathologies chroniques comme la dermatite atopique.(62) Ainsi, Il peut œuvrer pour une meilleure coordination des soins et un système de santé plus efficient. Il a notamment vu ses missions évoluer en pouvant devenir un correspondant au sein de l'équipe de soins pour la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques. Il peut dorénavant pratiquer l'éducation thérapeutique en ayant auparavant effectué une solide formation dans ce domaine.

#### **3.1.2- Un interlocuteur privilégié auprès des patients atopiques**

D'après l'étude IPSOS « le français et son pharmacien » datant de 2008, la proximité des officines est un facteur important pour le patient que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain.(63) L'amplitude horaire des officines permet également aux pharmaciens d'être facilement accessibles. Le patient peut se rendre dans une officine pour demander un conseil ou pour les soins de premiers secours sans rendez-vous et sans achat postérieur.

Ainsi, le pharmacien d'officine est un interlocuteur privilégié auprès des familles d'enfants souffrant de dermatite atopique. Il peut rapidement dépister les enfants à tendance atopique et transmettre des conseils de prévention. Il intervient également à plusieurs niveaux pour les patients chez qui la dermatite atopique a été diagnostiquée : explication de l'ordonnance, du mode d'application des crèmes, dépistage des effets indésirables et évaluation de la compréhension du malade vis-à-vis de son traitement. Il peut de la même façon répondre à des questions que les familles et/ou l'enfant auraient oubliées ou n'auraient pas osées demander au dermatologue. Par cette demande du patient, le pharmacien peut mettre en place une posture éducative et déceler des réticences sur le

médicament ou la maladie. Ce qui est très souvent le cas avec les dermocorticoïdes par exemple. Comme expliqué précédemment au chapitre de l'adhésion thérapeutique, la corticophobie est un phénomène préoccupant, responsable d'échec thérapeutique et de mauvaise observance. Le pharmacien a donc un rôle clé pour donner au patient des informations valides et cohérentes. Toutes ces possibilités d'intervention pour le pharmacien d'officine seront développées dans le chapitre suivant.

### **3.2- Les missions du pharmacien d'officine en pratique pour le patient atopique**

#### **3.2.1- La prévention primaire**

La prévention primaire concerne les enfants à risque, c'est-à-dire ceux pour qui la DA n'est pas encore déclarée mais qui ont un proche atteint comme le père ou la mère. Elle concerne également la femme enceinte et allaitante atteinte de DA. La prévention primaire a pour but d'éviter ou de retarder au maximum le développement de la maladie.

##### **3.2.1.1- L'émollient**

Pour les enfants génétiquement disposés à déclarer la DA, il est primordial que le pharmacien intervienne pour expliquer l'importance d'appliquer un émollient. En effet, très souvent des mères viennent à la pharmacie, avant d'aller voir un médecin généraliste ou un dermatologue pour trouver des conseils à propos de la peau sèche de leur enfant. Le pharmacien est donc ici en première ligne.

Comme vu précédemment dans le chapitre « prévention », une étude américaine a conforté l'idée que l'utilisation d'un émollient en prévention était susceptible de diminuer chez l'enfant le risque de survenue de DA. Nous sommes les premiers à donner une information sur le sujet il faut donc être pertinents, clairs et pratiques. On peut intervenir auprès des parents des patients sur l'intérêt de mettre cet émollient en leur expliquant que la barrière cutanée de leur enfant n'est pas intacte, leur épiderme est poreux et par conséquent les allergènes de l'environnement, les chimiques, les polluants et les microorganismes peuvent pénétrer à travers l'épiderme de la peau de leur nourrisson. Par la suite cela peut provoquer une inflammation cutanée et donc l'eczéma. L'émollient vient restaurer cette fonction de barrière et diminuer les sensations de démangeaisons. L'explication du traitement va agir pour 50% dans l'efficacité de celui-ci, il ne faut donc pas la négliger.

Il faut ensuite choisir la galénique la plus adaptée. Le type d'émollient dépend du niveau de sécheresse cutanée qui est plus important l'hiver que l'été. On constate en effet que durant, l'hiver, les cérats, les *cold-cream* et les baumes sont plus efficaces que les crèmes et les laits qui sont plus simples d'utilisation mais plus indiqués l'été.(6) Mais ceci n'est pas une règle universelle : chacun choisit par son ressenti ce qui lui convient le mieux. Il est préférable de conseiller des grands flacons pompes plus simples d'utilisation et de faire tester les différents produits grâce aux doses d'essai avant l'achat.

**L'application d'un émollient sur peau légèrement humide (plus simple d'application et plus rapide) sans parfum ni conservateur doit être quotidienne.**(22) Tout d'abord la personne

qui applique le soin (l'enfant lui-même ou le parent) se lave les mains. Puis elle va chauffer la crème entre ses mains, ceci permettra une application plus aisée. L'émollient doit s'appliquer sur tout le corps et pas seulement sur les parties en apparence sèches.

### 3.2.1.2- les probiotiques

Les probiotiques sont des micro-organismes vivants d'origine humaine capables de coloniser le tube digestif et dont l'ingestion peut avoir un effet bénéfique sur la santé. Les qualités qu'on leur prête sur leur implication dans la prévention primaire de l'enfant sont basées sur la théorie hygiéniste et sur les anomalies de la flore intestinale des enfants atteints de DA. Plusieurs études ont confirmé le rôle de prévention primaire dans le risque de développer une DA. Il semble que la meilleure façon de diminuer la symptomatologie serait de compléter la mère en probiotique deux mois avant et après l'accouchement associé à un allaitement exclusif même durant une période courte (deux voire trois mois). Plusieurs souches de *Lactobacillus rhamnosus GG* ont obtenu des résultats significatifs dans des études datées de 2011 et 2008, même à dose assez faible (deux milliards de CFU (*Colony Forming Unit*) quotidiennement pour l'étude de Rautava *et al*).<sup>(64)(65)</sup> Quelques compléments alimentaires proposés en pharmacie renferment cette souche à des doses similaires, ils sont répertoriés de façon non exhaustive dans le tableau suivant :

Complément alimentaire	Composition	Posologie
Ergyphilus® enfant sachets	<i>L rhamnosus GG</i> à 1 Mrd <i>L fermentum</i> <i>Bifidobacterium infantis</i> Vit D3	1 sachet/ jour
Ergyphilus® plus	<i>L rhamnosus GG</i> à 3 Mrd <i>L paracasei</i> <i>L acidophilus</i> <i>Bifidobacterium bifidum</i> Fructo-oligosaccharides	2 à 4 gélules/jr en dehors du repas, de préférence le matin A conserver au réfrigérateur
Florinov® Immuno	<i>L rhamnosus</i> à 10 Mrd <i>L acidophilus</i> <i>B bifidum</i> <i>B lactis</i> Vitamine D et C	1 à 4 gélules/jr, le matin à jeun A conserver au réfrigérateur

**Tableau 4: Compléments alimentaires à base de probiotiques pouvant être proposés en prévention de la DA. (Liste non exhaustive)**

Le pharmacien peut donc conseiller, dans une famille à risque, l'utilisation des probiotiques en fin de grossesse pour obtenir un effet préventif sur la DA. En revanche, aucune étude n'a encore démontré l'intérêt des probiotiques dans le traitement d'une DA diagnostiquée.<sup>(66)</sup>

### **3.2.1.3- L'allaitement et les laits maternisés**

L'allaitement maternel a longtemps été considéré comme étant un moyen de prévention dans l'apparition de la DA. Mais les dernières études à ce sujet ont démontré au contraire, l'absence d'influence de l'allaitement sur la survenue de la DA.(67) Une étude publiée en 2009 par Yang et al n'établissait pas d'effet protecteur de l'allaitement maternel réalisé pendant 3 mois sur des enfants ayant une histoire familiale d'atopie.(68) Cependant, même si l'allaitement ne protège pas de l'apparition de la DA, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et l'HAS (la Haute Autorité de Santé) en France préconisent l'allaitement maternel prolongé au moins jusqu'à six mois. Cela s'appuie sur son rôle préventif sur l'apparition des maladies infectieuses et son rôle bénéfique sur le développement de l'enfant.(69)(70)

En ce qui concerne les laits maternisés, une étude princeps a montré l'intérêt des formules HA (Hypoallergéniques) dans la prévention de l'eczéma à un an et trois ans par rapport à une formule standard. Cet effet préventif, uniquement sur la dermatite atopique persiste à six ans.(71) Les hydrolysats complets de caséine, comme Pregestimil ou Nutramigen, même partiellement remboursés sont coûteux, souvent peu appréciés des nourrissons, et ont montré des effets très modestes sur la diminution de la prévalence de la DA, quand ils ont fait l'objet d'une comparaison avec les laits maternisés. Par conséquent, en absence d'allaitement, un lait HA est conseillé chez les enfants les plus à risques pendant les trois à quatre premiers mois de vie et un lait d'hydrolysat poussé sera recommandé en cas d'allergie au lait de vache diagnostiquée.

### **3.2.1.4- La diversification alimentaire**

La question du lien entre l'alimentation du nourrisson à risque et l'apparition de la DA est constamment évoqué par les familles. Autrefois il était recommandé de proscrire les œufs, le lait de vache, le poisson ou les viandes jusqu'à un âge tardif et de commencer la diversification alimentaire vers l'âge de six à sept mois. Au contraire, aujourd'hui les recommandations préconisent une diversification précoce pour prévenir la survenue de la DA. En effet, retarder l'introduction d'un potentiel allergène n'a jamais apporté la preuve d'une efficacité préventive. Depuis cette recommandation de diversification tardive, basée sur le principe de précaution, l'allergie alimentaire a doublé en dix ans en Europe.(71)

Ainsi, actuellement il est préconisé aux parents d'enfants atopiques d'introduire des aliments solides dans leur alimentation dès le quatrième mois, entre la dix-septième et la vingt-quatrième semaine de vie (âge qui correspond à la fenêtre de tolérance immunitaire ou période propice). Et ceci, sans effet sur la santé. Bien au contraire, cela pourrait diminuer le risque d'allergie ou de DA en favorisant la tolérance aux aliments.(72)(73) Il est préférable d'introduire un aliment nouveau à la fois. Les aliments à introduire durant cette période sont les aliments riches en fer (viandes, œufs) et en acide gras polyinsaturés à longue chaîne (poissons gras).(16) Il ne faut donc pas proscrire d'aliments particuliers avant un an sauf ceux recommandés pour tous les nourrissons comme le kiwi, les fruits à coques, l'arachide et les crustacés.(14) Il est recommandé d'introduire le lait de vache dès que possible en absence d'allergie diagnostiquée.

Au vu des nombreuses demandes des patients à propos du lien entre l'allergie alimentaire et la DA, il est nécessaire de faire un point à ce sujet. Il faut rappeler que la DA n'est pas une allergie alimentaire mais elle peut être associée à celle-ci chez une minorité de patients. L'alimentation peut influencer la durée et l'intensité des symptômes de la DA comme pour toutes les maladies inflammatoires chroniques.(22) Un enfant atteint de DA peut se sensibiliser à de nombreuses molécules de son environnement dont les trophallergènes et ces molécules deviennent alors un facteur aggravant et non la cause de la DA. En cas d'allergie alimentaire liée à la DA il y a une symptomatologie particulière avec des diarrhées, des reflux gastro-œsophagiens résistants, des douleurs abdominales et une prise de poids faible. On ne commence jamais une recherche d'allergie alimentaire sans avoir débuté un traitement topique. L'exploration allergologique est seulement indiquée pour les DA chroniques sévères ou rebelles aux dermocorticoïdes.(6) Le pharmacien doit également être vigilant face à certains comportements des parents. Parfois, lorsque la DA se déclare chez le nourrisson, les parents décident de changer de lait en pensant que cela va diminuer ou supprimer les symptômes de la DA. Ce changement peut être dangereux pour l'enfant atopique, car il peut provoquer des réactions allergiques importantes. Le changement de lait tout comme d'autres régimes ne peut être préconisé qu'après une exploration allergologique adaptée confirmant l'allergie alimentaire associée.(74)

### **3.2.1.5- Eviction des allergènes**

Autrefois, on recommandait d'éviter au maximum l'exposition de l'enfant atopique aux allergènes pour diminuer le risque de DA. Mais à l'heure actuelle, il n'a pas été trouvé d'association entre une exposition précoce aux pneumoallergènes et une majoration du risque de DA.(75)(7) De même la réduction ou l'éviction en anténatal des allergènes au domicile des familles atopiques n'a pas eu d'impact sur la prévalence de la DA.(16) Par conséquent il n'y a pas de règles particulières à appliquer en prévention primaire dans ce domaine. D'autant plus que les études épidémiologiques démontrent que plus le mode de vie de l'enfant est contrôlé (pas de chien/chat à la maison, pas de crèche, une hygiène trop fréquente de l'enfant, suppression de certains aliments, suppression des moquettes...) et plus il a de risques de déclarer une DA.

### **LA PREVENTION PRIMAIRE DU PATIENT ATOPIQUE**

- Appliquer un émollient une fois par jour sur tout le corps.
- En cas d'antécédent personnel de DA, un conseil pour compléter la femme enceinte en probiotique deux mois avant et deux mois après l'accouchement en associant l'allaitement même durant une courte période peut s'avérer judicieux.
- L'allaitement maternel reste recommandé sans action préventive sur la DA. Si une intolérance au lait de vache est diagnostiquée, utiliser les laits d'hydrolysats poussés.
- La diversification alimentaire peut débuter dès l'âge de quatre mois. Il est préférable d'introduire un seul aliment nouveau à chaque fois.
- Ne pas laver l'enfant plus d'une fois par jour. Les mesures d'asepsies systématiques sont à éviter.

### **Encadré 1: Objectifs de la prévention primaire chez les nourrissons à risque de DA**

### 3.2.2- La prévention secondaire

La prévention secondaire concerne les enfants et les adultes atteints de DA. Elle consiste à utiliser toutes les méthodes qui vont permettre de diminuer ou de supprimer les exacerbations d'une DA, c'est-à-dire moins de poussées et donc le maintien dans le temps des périodes de rémission.

#### 3.2.2.1- Les conseils d'hygiène

Les conseils d'hygiène constituent le traitement de fond de la DA. C'est pourquoi, il est nécessaire que le pharmacien les rappelle régulièrement au patient. Ils seront prodigués à l'enfant et aux parents qui ont souvent un rôle central et bénéfique dans la prise en charge. L'équipe officinale peut s'aider d'un site internet adapté aux jeunes enfants ainsi qu'aux adultes pour transmettre ces conseils : « l'eczéma de votre enfant ». Il ne peut qu'encourager les patients à aller sur ce site et améliorer leurs connaissances sur l'eczéma de façon interactive.

Les principaux conseils sont :

- De laver l'enfant avec des bases adaptées, non agressives pour la peau, hypoallergéniques et au pH adapté de la peau de l'enfant.

Il s'agit par exemple de Xeracalm AD<sup>®</sup> par Avene, Exomega<sup>®</sup> de chez Aderma ou encore Lipikar<sup>®</sup> de chez la Roche-Posay. Il existe aujourd'hui des bases lavantes douces sous forme de pain surgras sans savon, de syndets, des gels moussants sans savon mais également d'huiles lavantes sans savon et non glissantes. Les doses d'essais doivent être proposées aux patients pour leur permettre de choisir la base lavante la plus adaptée à leurs besoins.

- L'utilisation des antiseptiques durant la toilette n'est pas recommandée car cela majore la xérose.

- De ne faire qu'une douche courte (cinq à dix minutes) quotidienne car le chlore irrite la peau et le calcaire la dessèche, avec une température de l'eau tiède (entre 32 et 34°). Pour le bain, s'il dure plus de cinq minutes, il est utile d'y ajouter un émollient liquide pour neutraliser la dureté de l'eau. Dans l'idéal le bain devrait durer maximum quinze minutes pour ne pas être en contact trop longtemps avec l'eau de ville.

- Il est nécessaire de couper les ongles courts pour éviter de créer ou d'entretenir des lésions de grattage et pour diminuer les risques de surinfection.

- Pour éviter une irritation il est préférable de sécher délicatement la peau avec une serviette éponge douce en tamponnant et non en frottant.

- Comme expliqué dans la prévention primaire il est primordial d'appliquer une crème émolliente. Elles sont au mieux à utiliser deux fois par jour après la douche ou le bain sur peau encore humide. Il faut l'appliquer en quantité suffisante, en la chauffant entre des mains bien propres, afin d'effectuer de larges mouvements circulaires. Une technique intéressante développée par les laboratoires Pierre Fabre rend l'application de l'émollient ludique pour les enfants, il s'agit de la technique de la coccinelle. L'enfant peut s'appliquer

lui-même l'émollient en faisant des points sur tout le corps et ensuite masser partie par partie.



**Figure 16:** technique d'application ludique de l'émollient pour les enfants (76)

L'application de l'émollient peut devenir un moment privilégié de détente avec son enfant. Le massage généré par l'application aide à diminuer le stress qui est un facteur favorisant les poussées de DA chez certains patients.

Attention à ne pas appliquer l'émollient sur des plaques inflammatoires en cas de poussées car cela pourrait être désagréable pour le patient. Comme pour les bases lavantes il existe différentes galéniques à tester.

Les conseils d'hygiène sont résumés dans un tableau qui décrit les gestes à adopter et à éviter en annexe 1.

### 3.2.2.2- Habillement

Il est préférable pour l'enfant de porter des vêtements en coton ou d'autres tissus bien tolérés comme la soie ou les polyesters à fibres fines. Il faut donc éviter les vêtements en matière synthétique car ils favorisent la transpiration ou la laine qui est une source de démangeaisons. Pour ne pas exposer les zones irritées, il faut plutôt choisir des chemises à manches longues et des pantalons. Comme la chaleur favorise le prurit et les excoriations, il est conseillé d'éviter de trop couvrir l'enfant. Enfin, idéalement il est préconisé de changer les sous-vêtements, les pyjamas et les chemises de nuit tous les jours ou en tout cas le plus souvent possible.(77) Pour ce qui concerne la lessive, il n'y a pas de recommandation particulière, la famille peut utiliser une lessive classique. Une machine à laver le linge avec un bon programme de rinçage est une précaution suffisante.

### 3.2.2.3- Environnement

Nous avons pu le constater avec les facteurs aggravants de l'eczéma, la fumée de cigarette est potentiellement nocive pour tout le monde mais plus encore pour les patients atteints d'eczéma, le tabagisme passif est donc formellement contre-indiqué.

Au printemps et au début de l'été durant les périodes de pollinisation, il faut être vigilant et prendre quelques habitudes. Par exemple il faut éviter d'étendre le linge dehors lorsqu'il y a beaucoup de vent. Il est recommandé d'ouvrir les fenêtres des chambres pour aérer les pièces la nuit, tôt le matin ou les jours de pluie. Eviter l'aération des pièces les jours secs et chauds. Dans l'idéal, après une exposition à risque comme la tonte d'une pelouse ou une sortie dehors en pleine période de pollinisation, le patient atopique doit penser à se doucher et mettre à laver les vêtements portés.

L'entretien de la chambre à coucher et le textile utilisé pour les draps sont deux points importants principalement pour un enfant atopique. La chambre doit être claire, fraîche (penser à ne pas surchauffer la pièce l'hiver !), aérée été comme hiver (au mieux une fois par jour pendant dix minutes), et facile à nettoyer. Il faut réduire le développement des acariens et des moisissures par un dépoussiérage régulier, une élimination des poils d'animaux, l'utilisation de housse anti-acariens et s'il y a de la moquette au sol par l'utilisation de produits acaricides. Il est préférable de choisir des draps en coton ainsi que des couvertures, des couettes et des rideaux lavables. Dans le meilleur des cas les draps seront lavés 1 fois par semaine. Enfin, il ne faut pas oublier de laver la peluche (une fois par mois) de l'enfant qui est souvent infesté d'acariens.

#### **3.2.2.4- L'alimentation**

Il n'est pas nécessaire et même fortement déconseillé de faire des régimes d'évictions sauf si l'allergie alimentaire a été diagnostiquée par un médecin.(16)

#### **3.2.2.6- Les loisirs**

En cas de pratique sportive, il est recommandé d'apporter systématiquement une tenue de rechange de façon à ne pas passer le reste de la journée dans un environnement humide. Après le sport, il est utile de se doucher et d'appliquer un émollient pour éviter le prurit. Comme la sueur est un facteur aggravant, l'enfant dont la transpiration déclenche des poussées doit adapter progressivement ses efforts lors de la pratique. Après un contact avec l'eau de la piscine, il est nécessaire d'effectuer un rinçage prolongé pour éliminer les traces de chlore qui sont d'autant plus irritantes pour une peau atopique, suivi d'une application de crème émollente.

Chez l'enfant, certaines activités scolaires ou extra-scolaires nécessitent la manipulation de colle, de peinture, d'argile, d'aliments de bois ou de métal qui peuvent provoquer des poussées. Il faudra donc penser à expliquer clairement à l'enfant ce qu'il peut faire et ne pas faire.

Quand les patients s'exposent au soleil ils constatent une amélioration de leur peau. Mais toute surexposition ne fera qu'augmenter la xérose ou le prurit à cause de la transpiration que cela favorise mais aussi des rayons solaires. Par conséquent, il faut rester vigilant et appliquer par exemple une crème plus grasse après une exposition au soleil dans la journée et ne mettre son DC uniquement le soir. L'utilisation d'eau thermale peut également être bénéfique en spray ou en compresse imprégnée. Si l'enfant se plaint d'un prurit important l'eau thermale peut être mise au réfrigérateur, car froid « anesthésie » les

démangeaisons. Naturellement, comme pour tous les enfants, une crème solaire est obligatoire lorsqu'il y a une exposition au soleil.

#### **PREVENTION SECONDAIRE : LES CONSEILS D'HYGIENE**

- Laver l'enfant avec des bases lavantes adaptées (XeraCalm AD<sup>®</sup>, Lipikar<sup>®</sup>, Exomega<sup>®</sup> ...) une fois par jour.
- Appliquer une crème émolliente 2 fois par jour sur tout le corps : **Traitement de fond.**
- Eviter les bains prolongés et trop chauds (<34° et moins de quinze minutes).
- Couper les ongles de l'enfant.
- Sécher la peau avec une serviette en coton, sans frotter ou à l'aide d'un sèche-cheveux en position froid.

#### **PREVENTION SECONDAIRE : AUTRES CONSEILS DU QUOTIDIEN**

- Habiller l'enfant avec des vêtements couvrants en coton, pas trop chauds et lavés quotidiennement. Pensez à couper les étiquettes des vêtements.
- Chambre aérée (10mn/jr) et dépoussiérée quotidiennement. En cas de temps venteux, sec et chaud n'aérer que le matin très tôt ou à la tombée de la nuit. Penser à nettoyer régulièrement les draps et la peluche...
- Interdiction de fumer dans l'environnement des enfants.
- Pas de restriction alimentaire sauf si allergie diagnostiquée.
- Sport : à conseiller mais prévoir une tenue de rechange, prendre une douche si possible pour bien rincer et surtout appliquer de nouveau l'émollient après la douche. Ce conseil est d'autant plus valable pour la piscine ou l'eau de mer.
- Soleil : appliquer le DC seulement le soir et réappliquer un émollient après l'exposition. Respecter les règles classiques en cas d'exposition au soleil.

#### **Encadré 2: Objectifs de la prévention secondaire pour les patients atteints de DA**

La prévention est un devoir et le conseil pharmaceutique est une compétence du pharmacien qui est officiellement reconnue depuis juillet 2009 avec la loi HPST, article trente-six. Il peut être lié à la délivrance de l'ordonnance ou pas. C'est une mission qui replace le pharmacien au centre de son métier et qui donne une valeur ajoutée à la délivrance de l'ordonnance, il ne faut donc jamais la négliger et toujours se mettre à jour pour être le plus pertinent possible.

### **3.2.3- La posture éducative du pharmacien d'officine**

Dans l'esprit du design thinking ou de l'ETP, le pharmacien doit travailler en adoptant une démarche éducative beaucoup plus centrée sur le patient. Il doit s'efforcer de quitter sa position d'expert du médicament face à un patient considéré comme ignorant, pour adopter une relation d'égal à égal avec lui. Le pharmacien doit s'efforcer à aller au-delà de l'information et du conseil. C'est tout d'abord, comprendre que pour le patient, participer activement à la prise en charge de sa pathologie nécessite un apprentissage qui requiert du temps ; c'est ensuite décider d'accompagner le patient pour favoriser cet apprentissage.(78) Pour cela il doit intégrer son discours à une posture éducative qui comprend le diagnostic éducatif, l'apprentissage et l'évaluation. Ici, l'accent est mis sur l'éducation individuelle en entretien car c'est ce type d'éducation que l'on peut mettre en place en officine.

Dans l'idéal, ce qui est proposé ici devrait être intégré dans un réseau de soin réunissant par exemple le médecin traitant, le dermatologue libéral, l'infirmier, le pharmacien et l'école de l'atopie. Le pharmacien pourrait se positionner comme un relais de ville lorsque l'enfant ou l'adulte atopique a déjà fait quelques séances d'ETP à l'hôpital. Il peut aussi, de part sa proximité et sa disponibilité, se voir dédier le suivi rapproché du patient pour réévaluer son contrat de soin. Il y a de nombreuses possibilités mais l'organisation de ces réseaux de soins relève de dynamiques institutionnelles propres à chaque région. Par exemple, le temps de formation du personnel libéral et la durée des consultations d'ETP doivent être définis, puis budgétés afin que le fonctionnement de ces réseaux perdure.(79)

#### **3.2.3.1- le diagnostic éducatif**

Lorsque le patient atopique entame un dialogue avec le pharmacien au comptoir, il a une culture, des connaissances et parfois déjà une expérience des traitements. On va devoir définir ce qu'il a, ce qu'il sait et ce qu'il ressent. Le diagnostic éducatif est un échange et pour se faire une idée précise de ce qui caractérise le patient, il faut poser des questions ouvertes. Il est difficile de construire l'entretien en suivant l'ordre des questions, car le diagnostic éducatif prend souvent la forme d'une conversation informelle. Le diagnostic éducatif a pour objectif de mettre à jour les réticences du patient envers la pathologie ou le traitement et les bénéfices attendus pour pouvoir par la suite établir un contrat éducatif valable.(57) J'ai fait un essai de diagnostic éducatif pour la dermatite atopique en officine, c'est l'objet de ma partie IV. Je développerai donc cette première étape par la suite.

### 3.2.3.2- L'apprentissage

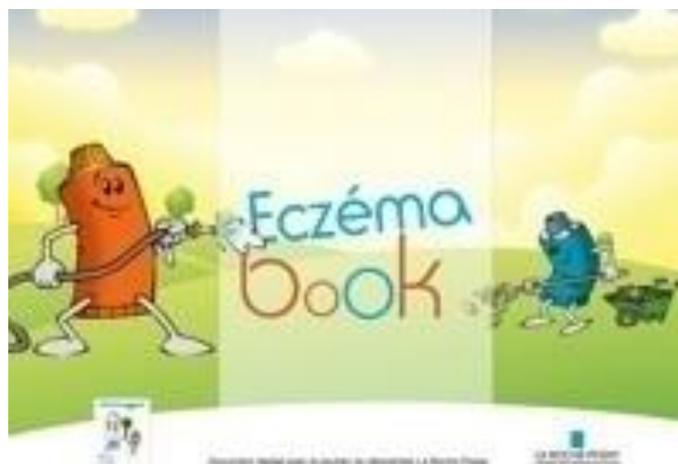
Les compétences dépendent de l'âge du patient, et sont différentes si l'on s'adresse à un enfant, un adulte ou un parent.

#### 3.2.3.2.1- Expliquer et informer sur la pathologie et le traitement

Comme mentionné précédemment, l'explication du traitement et de la pathologie est un des piliers de la bonne observance. Le dermatologue ou le médecin généraliste le font déjà s'ils trouvent le temps durant leur consultation, au moins pour la maladie. Le traitement est notre spécialité, cela fait partie de nos missions de délivrance d'une ordonnance d'expliquer clairement le traitement et de répondre aux questions du patient. Le pharmacien se place comme un résonateur des autres professionnels de santé gravitant autour du patient, afin de renforcer, rectifier les données comprises à propos de la maladie, des traitements, de leur efficacité et de leur effet secondaire. L'utilisation de différents outils et documents est intéressante pour objectiver le dialogue.

Ces séances individuelles peuvent être programmées ou décidées au dernier moment au comptoir avec le patient en fonction des besoins.

Pour la pathologie et le traitement, le pharmacien peut utiliser un support créé par la fondation pour la dermatite atopique, c'est « l'eczéma book ». Il compare la peau du patient atopique à une maison, avec le toit comme épiderme et le mur de brique représente le derme. Le ciment des briques qui ne colle pas suffisamment rend la maison peu stable, ceci représente la peau poreuse des patients atopiques et les crèmes hydratantes (« crème maçon ») vont « boucher » ces porosités dans le mur de la maison. Les petits départs de feu représenteront l'inflammation et la propagation du feu des plaques d'eczéma. Les DC sont ainsi représentés par des pompiers.(80) Par le biais de cette métaphore, l'explication de la pathologie et de l'intérêt des traitements sont facilités. Il permet également au professionnel de santé d'expliquer la xérose, l'importance de l'émollient en tant que traitement de fond et à quel moment mettre le DC ou l'émollient. Il est téléchargeable en pdf sur le site de la fondation et ainsi utilisable sur tablette ou écran d'ordinateur. On peut également le commander en version papier.



**Figure 17:** l'eczémabook disponible sur le site du GET (34)

Une explication vidéo est disponible sur le site GET et peut nous permettre d'utiliser les termes les plus appropriés.

En ce qui concerne le traitement, il est prioritaire de rappeler au patient que l'émollient est bien le traitement de fond de la pathologie et qu'il doit être appliqué tous les jours.

Pour les DC, il faut lutter contre la corticophobie et donc les croyances qui y sont liées du type : « Mon enfant aura de l'asthme à l'adolescence si on applique de la cortisone aujourd'hui » ou « la cortisone appliquée sur la peau de mon enfant va nuire à sa croissance » ou « les DC augmentent la résistance à l'eczéma ». Tout comme le médecin au moment de la consultation médicale, le pharmacien d'officine doit au moment de la délivrance de l'ordonnance échanger avec le patient pour tenter de déceler une éventuelle corticoréticence. Une récente étude française, a mis en évidence une corticophobie chez 80.7% des patients atteints de DA et leurs parents et une non-observance thérapeutique dans 36% des cas.(46) Même si le pharmacien explique l'utilité des DC, si le patient a des réticences envers l'utilisation de ces topiques il n'utilisera pas correctement le traitement. Il est capital de faire comprendre au patient l'importance des effets bénéfiques du traitement par DC par rapport aux effets secondaires, ainsi que les conséquences désastreuses d'une non-adhésion. C'est pour cette raison qu'il faut mesurer le degré de méfiance du patient, de manière à potentialiser l'observance du traitement. Dans ce but, le pharmacien peut poser des questions ouvertes faites lors du diagnostic éducatif ou lors d'un dialogue au comptoir :

- Certains parents/patients ont des craintes à utiliser les DC, qu'en pensez-vous ?
- Avez-vous des réticences à appliquer le traitement prescrit par votre médecin ?

Il est nécessaire de laisser parler le patient sur ses croyances et sur ses inquiétudes et d'éviter les questions intrusives du type :

- Avez-vous peur de la cortisone ? Avez-vous peur des effets indésirables des DC ?

De plus, il existe aujourd'hui un questionnaire validé qui peut permettre de mettre à jour ces réticences par le biais d'un score de corticophobie, c'est le TOPICOP (*Topicalcorticophobia*)(81) (Annexe 2). Il est constitué de douze items, six sur les croyances du patient et six sur son comportement. Il permet de cibler les blocages des patients face à l'utilisation des DC et cela aide le professionnel de santé à donner des arguments pertinents et personnalisés au patient.

S'il y a de réelles peurs des DC, il faut rassurer le patient. Très souvent les effets secondaires des DC sont incriminés pour expliquer une mauvaise observance.

- Les effets secondaires les plus récurrents dans les dernières études étaient l'atrophie cutanée et les vergetures. Il faut savoir que ces effets sont le plus souvent rencontrés chez les adultes au bout de la troisième ou quatrième semaine de traitement avec un DC puissant de classe III ou IV (en moyenne un traitement par DC dure maximum deux semaines). Il ne faut pas oublier de rappeler que cet effet est réversible un mois après l'arrêt du corticoïde local. Pour le traitement proactif avec les DC, aucun signe d'atrophie cutanée ou de vergetures n'a été retrouvé chez les 92 enfants qui ont fait partie d'une étude menée en 2011.(82)

- Les effets rebonds et le phénomène d'accoutumance sont souvent incriminés dans la peur de l'utilisation des DC. Ces phénomènes rapportés par les corticoréticents ne sont pas des craintes fondées, en effet ils sont la conséquence d'une utilisation inappropriée du DC. Les cures courtes laissant une inflammation suffisante induisent par elles-mêmes un rebond de la maladie. L'accoutumance quant à elle est exceptionnelle et très rare dès lors qu'une rémission complète est obtenue.

-La peur que les DC puissent faire « sortir l'asthme » en grandissant est récurrente. La dermatite atopique et l'asthme sont des manifestations survenant sur un terrain génétique particulier, c'est le terrain atopique. La DA en est souvent la première manifestation. Chez certains enfants l'asthme apparaît plus tard, souvent au moment où l'eczéma s'améliore et ceci n'a aucun rapport avec le traitement. Des études récentes ont à l'inverse montré que le risque d'apparition de l'asthme était lié à la sévérité de la DA, d'où l'importance de traiter activement la DA. (83)

- Comme expliqué dans le mode d'emploi des DC, le retard de croissance si redouté avec les DC ne devrait absolument pas l'être. Il a été établi aujourd'hui qu'un retard de croissance chez un enfant atopique était dû à la sévérité de la maladie ou aux régimes alimentaires et non au traitement topique.(84) De plus, l'inflammation chronique non traitée est inductrice d'un freinage de l'axe hypothalamo-hypophysaire avec ses conséquences sur la taille et la croissance de l'enfant.

Pour finir le pharmacien peut s'appuyer sur ces sept arguments pour convaincre du bien fondé des DC:

- 1) Le traitement efficace d'une poussée d'eczéma fait nécessairement appel à un traitement DC en première intention
- 2) L'inflammation de la peau lors d'une poussée d'eczéma doit être traitée, sous peine de s'aggraver ou de s'infecter.
- 3) Les DC sont des médicaments connus depuis plus de cinquante ans, dont les risques ont été évalués et restent limités.
- 4) Les complications locales sont exceptionnelles, réversibles et surviennent en cas de mésusage.
- 5) Les DC sont différents des corticoïdes utilisés par voie orale ou par inhalation. Leur absorption à travers la peau est très faible aux quantités usuelles prescrites.
- 6) Il n'est pas observé d'effets liés à la pénétration du DC, en particulier sur la croissance de l'enfant.
- 7) Les conseils d'utilisation ne doivent pas limiter l'application de crèmes prescrites, au risque de mettre en cause l'effet bénéfique des traitements.

### **Encadré 3: 7 arguments pour convaincre du bien fondé des DC (84)**

Dans les cas de corticoréticences avérées il est nécessaire de faire partager son ressenti au réseau de professionnels de santé qui entourent le patient. En effet, ceci permet d'obtenir une unité dans le discours délivré au patient. Si cette prise en charge ne suffit pas, on peut

orienter le patient vers une école de l'atopie. Comme vu dans la partie de l'adhésion thérapeutique, le discours discordant entre les professionnels de santé de même spécialité et de spécialité différente est très perturbant pour les patients et augmente la perte de confiance dans le corps médical. Nous jouons donc un rôle primordial pour transmettre un message cohérent et en adéquation avec celui des professionnels de santé qui accompagnent également le patient. (85)

### 3.2.3.2.2- Promouvoir le bon usage du médicament

#### - Utilisation pratique du traitement

Le but d'une démarche éducative est de rendre le patient autonome par rapport à son traitement. En terme d'aide à l'autonomie, le pharmacien d'officine se doit lors de la délivrance ou lors d'un entretien planifié de faire une démonstration pratique de l'application de l'émollient et du DC et/ou des autres traitements. Comme pour les inhalateurs utilisés par les asthmatiques, il est également très formateur que le patient atteint de DA montre au professionnel de santé comment il applique sa crème.

Le mode d'application du DC n'est pas une évidence pour les patients, notamment en ce qui concerne le moment et le nombre d'applications, l'endroit et la quantité à mettre. Il faut **appliquer le DC le soir sur peau légèrement humide (après la douche) pour faciliter la pénétration du principe actif et ceci dès que les rougeurs apparaissent et jusqu'à ce qu'elles aient totalement disparues**. La moyenne d'utilisation est d'une à deux semaines. L'application du soir n'est plus valable pour les plaques localisées en dessous de la couche, il est préférable de mettre le traitement le matin pour éviter la macération la nuit. Les schémas de décroissance qui doivent être observés pour les corticoïdes par voie orale n'ont pas d'utilité pour les DC. Il faut donc arrêter l'application du DC du jour au lendemain quand les rougeurs ont totalement disparu. Il ne faut pas mettre de DC s'il y a un début d'infection, ceci se caractérise par un suintement jaunâtre.

La quantité à appliquer dépend de la taille de la plaque et de la surface d'application qui doit être réduite avec l'amélioration cutanée. En règle générale, pour la quantité à appliquer il faut suivre cette règle : **une dose de crème sur la dernière phalange de l'index correspond à une surface de rougeurs équivalente à vos deux paumes**. Une unité phalangette adulte correspond à 0.5g de produit. Le tableau suivant donne une indication du nombre d'unités phalangette à prendre en compte en fonction de la surface atteinte :

Âge du patient	Tête et cou	Membres supérieurs et main	Membres inférieurs et pied	Tronc (Face antérieure)	Tronc (Face postérieure) et fesse
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
Adulte	2.5	4	8	7	7

**Tableau 5: Nombre d'unités phalangette nécessaire en fonction de l'âge du patient et de la surface atteinte; inspiré de "A practical guide to topicaltherapy in children" d'après Long CC, Mills CM, Finlay AY.**

Le médecin peut pareillement donner une indication de dose, en général un tube de 30g suffit pour les quinze premiers jours puis un tube par mois pendant trois mois chez l'enfant. Afin de vérifier la quantité de DC utilisée par le patient il peut lui être demandé de noter le nombre de tubes utilisés entre deux consultations. Ceci permet au prescripteur comme au patient, d'une part, d'évaluer la quantité de DC nécessaire à l'amélioration, et d'autre part, de vérifier que le traitement a bien été conduit ou qu'il n'existe pas de résistance, mais bien une corticophobie si un échec thérapeutique est constaté. Il est nécessaire de rappeler au patient que l'application de la bonne dose est la condition d'une cure courte.

Pour l'émollient les règles de pommadage ont déjà été détaillées dans la partie « les conseils d'hygiène ». Il est essentiel de rappeler au patient de **l'appliquer uniquement sur la peau « non rouge » durant les poussées, et lors des accalmies, sur l'ensemble du corps une à deux fois par jour**. Pour améliorer la compréhension et apporter un côté ludique le pharmacien peut appuyer son explication du « DVD pommadage » que l'on peut trouver sur le site « l'eczéma de votre enfant » (86) ou alors utiliser un support papier « comment appliquer ta crème en image », pour l'obtenir il suffit de contacter la fondation pour la dermatite atopique.(87)



**Figure 18: Comment appliquer ta crème en image (87)**

Comme rappelé dans le chapitre de l'adhésion thérapeutique, le coût des émoullents de bonne rémanence est souvent un obstacle à l'observance du traitement de fond. Pour personnaliser son conseil, le pharmacien doit questionner le patient sur les caractéristiques du produit qu'il recherche, à savoir, la sécurité, le prix, la marque ou la galénique. Par exemple, un patient atteint d'une dermatite du visage a besoin de peu de produit mais celui-ci doit avoir un niveau de sécurité suffisant comme le visage est une zone particulièrement fragile. Il sera donc certainement intéressé par un émoullent de qualité ce qui entraîne un coût conséquent. Au contraire, une famille avec peu de temps et qui a un enfant atteint de DA, a des exigences différentes. Les parents préfèrent un produit qui sèche rapidement après l'application et un modèle grand format. Enfin, proposer des doses d'essais permet au pharmacien de faire une démonstration de soin et d'aider le patient à confirmer ou non son choix. Ainsi, tester le produit avant l'achat est une nécessité et doit être proposé automatiquement. Le produit correspond alors aux attentes réelles du patient et l'adhésion thérapeutique est améliorée. Une adhésion optimale bénéficie au pharmacien car ce type de démarche permet de fidéliser le patient.

- Intégrer le traitement dans le quotidien des patients

En termes d'organisation pratique pour l'application effective des différents traitements dans les circonstances habituelles quotidiennes, périodiques ou exceptionnelles, les professionnels de santé comme le médecin ou le pharmacien doivent discuter avec le patient de l'élaboration d'un plan thérapeutique extrêmement clair et détaillé. Ceci offre au patient un document individualisé et complémentaire de l'ordonnance. Le PAP (Plan d'Action Personnalisé) doit être rempli par le patient car il dépend de son quotidien, puis signé et daté par celui-ci, ceci permet de le rendre acteur de sa prise en charge. De plus, cela lui permet de s'exprimer sur certains points auxquels il n'aurait pas pensé. Un PAP existe pour la dermatite atopique, il a été créé par la fondation pour la dermatite atopique, il comporte deux parties, une pour les traitements en cas de crise et une pour les traitements

quand les plaques inflammatoires se sont améliorées. Il a été testé avec 479 pédiatres dans une récente étude française. (43) L'intérêt, la pertinence et la faisabilité de cet outil ont été validés par les pédiatres. La principale critique concernait le temps de la consultation qui se trouvait rallongé. Mais une bonne adhésion thérapeutique est dépendante de ce type de posture éducative. Le pharmacien peut s'approprier cet outil en aidant le patient à chaque première délivrance à le remplir. Si le pharmacien se charge de faire ou de continuer à remplir ce PAP avec les patients après la visite chez le médecin cela pourrait diminuer le temps de consultation qui est le principal frein à son application dans l'étude citée plus haut.

J'observe	J'agis
<p>La peau de mon enfant n'est pas rouge, ne gratte pas La peau de mon enfant est sèche</p> 	<p><b>J'applique le soin émollient :</b></p> <p>_____</p> <p>_____ fois par jour</p>
<p>La peau de mon enfant est rouge La peau de mon enfant le démange La peau de mon enfant suinte</p> 	<p><b>J'applique la crème anti-inflammatoire sur les zones rouges :</b></p> <p>_____</p> <p>_____ fois par jour</p> <p><b>et le soin émollient sur la peau sèche :</b></p> <p>_____</p> <p>_____ fois par jour</p>
<p><b>Je donne un médicament à mon enfant si le médecin lui a prescrit : _____</b></p>	

**Figure 19:** Exemple de PAP réalisé par le professeur Stalder J-F utilisable en officine; page une: durant les premiers jours qui suivent la consultation chez le médecin(88)

J'observe	J'agis
<p>La peau de mon enfant n'est plus rouge, ne le gratte plus</p> 	<p><b>J'arrête la crème anti-inflammatoire et je continue le soin émollient :</b></p> <p>_____</p> <p>_____ fois par jour</p>
<p>La peau de mon enfant va mieux mais n'est pas totalement guérie</p> 	<p><b>Je mets sur les zones rouges la crème anti-inflammatoire :</b></p> <p>_____</p> <p>_____ fois par jour</p> <p><b>Je continue le soin émollient sur la peau sèche :</b></p> <p>_____</p> <p>_____ fois par jour</p>
<p>Pas d'amélioration : AGGRAVATION</p> 	<p><b>Je prends l'avis de mon médecin :</b></p> <p>Dr: _____</p> <p>Tél.: _____</p> <p>E mail: _____</p>

Figure 20: page deux du PAP (88)

## - L'anticipation et la gestion des crises

L'anticipation des poussées eczémateuses permet au patient d'acquérir des capacités à réagir de manière adéquate à des situations particulières, par une prise de décisions. Le pharmacien pourra proposer au patient d'imaginer des mises en situation susceptibles d'être à l'origine d'une exacerbation de la pathologie : « dormir chez un ami », « aller à la plage ou à la piscine », « faire du sport » et laisser le patient élaborer et formuler ses réactions en toute sécurité. C'est une réflexion intéressante à développer au sein du dialogue avec le patient et sa famille.

Le pharmacien a également un rôle dans l'aide du patient par rapport à la gestion de crise et à l'adaptation de son traitement. Le PAP est un excellent support pour faire prendre conscience au patient de quelle manière il doit réagir quand il a des poussées d'eczéma mais aussi quand la pathologie s'améliore. De plus, on peut rajouter, sur le PAP, des commentaires adaptés aux difficultés rencontrées par le patient. Par exemple des alternatives au grattage en cas de crise de démangeaisons ; l'hydratation, l'eau thermale ou encore le froid (eau thermale au réfrigérateur ou utilisation des packs-gel en prenant bien soin de les envelopper pour éviter le contact à même la peau). Pour les démangeaisons de la nuit on peut conseiller d'appliquer un émollissant avant de se coucher et prévoir un spray d'eau thermale et une crème hydratante sur la table de nuit.

### **3.2.3.3- L'évaluation**

L'évaluation fait partie intégrante d'une démarche éducative qui est un processus continu nécessitant des ajustements. Dans l'idéal un entretien doit être réalisé un ou deux mois après l'apprentissage pour évaluer les compétences acquises par le patient. Ceci permet d'insister sur les points à améliorer, apprécier l'évolution concernant la sévérité, mais également dépister des effets indésirables ou recadrer une corticoréticence qui pourrait être néfaste pour l'adhésion thérapeutique du patient. Une synthèse clôt cette étape, permettant de poser de nouveaux objectifs pédagogiques.

Un bilan de compétence peut être réalisé par le pharmacien, mais il serait préférable que celui-ci puisse être ensuite communiqué au médecin et exploité avec lui. Par exemple, le pharmacien d'officine peut effectuer des bilans de compétences adaptés à la DA avec le patient entre les consultations avec son médecin ou après des séances d'ETP dans une école de l'atopie. Ce bilan, transmis aux médecins et dermatologues permettra de mettre en place de nouveaux objectifs pédagogiques à développer avec les différents professionnels de santé du réseau de soin.

# ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

Médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_

COMPÉTENCE	NIVEAU D'ACQUISITION		
	ACQUIS	EN COURS ACQUISITION	NON ACQUIS
Nommer la maladie	A	EA	NA
Expliquer l'eczéma	A	EA	NA
Reconnaître les différentes lésions	A	EA	NA
Connaitre / utiliser les émoullients	A	EA	NA
Savoir utiliser les émoullients	A	EA	NA
Connaitre / utiliser les dermocorticoïdes	A	EA	NA
Savoir utiliser les dermocorticoïdes	A	EA	NA
Exprimer ses craintes vis-à-vis des dermocorticoïdes	A	EA	NA
Connaitre et savoir utiliser le tacrolimus	A	EA	NA
Savoir utiliser le tacrolimus	A	EA	NA
Adapter ses soins d'hygiène, son habillement	A	EA	NA
Adapter son environnement	A	EA	NA
Savoir gérer les démangeaisons	A	EA	NA
Savoir gérer la douleur	A	EA	NA
Savoir gérer les troubles du sommeil	A	EA	NA
Reconnaître les situations à risque : herpès, allergie...	A	EA	NA
Savoir s'adapter à des conditions particulières : vacances, piscine... Préciser :	A	EA	NA
Savoir exprimer ses difficultés, ses émotions, demander de l'aide	A	EA	NA

**Figure 21:** Exemple de bilan de compétences utilisable pour la DA à l'officine (89)

### PRISE EN CHARGE PROPOSÉE

- Séance individuelle de 1ère fois (médecin-infirmière)
- Séance individuelle infirmière
- Séance collective adultes DA
- Séance collective parents DA
- Séance collective parents AA
  - Enfants < 6 ans
  - Enfants > 6 ans
- Séance collective adolescents
- Séance collective pré-ados
- Consultation psychologue
- Suivi téléphonique
- Autres : \_\_\_\_\_

### COMMENTAIRES

**Figure 22:** page deux du bilan de compétences

### 3.2.3.4- Le suivi

Pour dépister les effets indésirables ou une faible adhésion thérapeutique, plusieurs outils sont à notre disposition à l'officine. Dans le cas où le patient vient demander des conseils ou chercher ses médicaments dans la même pharmacie, nous pouvons utiliser l'historique de celui-ci en comptant par exemple le nombre de tubes utilisés chaque mois, ceci nous donne une bonne indication d'une sous-consommation ou au contraire d'une consommation excessive de DC. Le dossier pharmaceutique, que nous sommes tenus d'alimenter à chaque dispensation, peut être une aide précieuse pour les patients qui ne sont pas attachés à une pharmacie en particulier, il peut permettre de faire le point avec celui-ci au comptoir. Encore une fois, l'échange avec le patient ou la famille sera la source la plus intéressante pour nous; nous pouvons donc comme lors du diagnostic éducatif chercher à ce que le patient nous raconte ce qu'il a pu ressentir ou détecter par rapport au traitement ou à la maladie depuis la dernière fois que nous l'avons vu par des questions ouvertes.

L'outil du POSCORAD expliqué dans la partie « évaluation de la gravité » est également un très bon moyen de faire participer activement le patient à sa prise en charge et pour les professionnels de santé de parvenir à un suivi plus simple et plus régulier. Le pharmacien, en se positionnant comme un intermédiaire entre le médecin et son malade peut par exemple rappeler au patient qu'il a la possibilité de faire lui-même son suivi avec l'application du POSCORAD ou si cela n'a pas déjà été fait lui faire découvrir l'application et en parler ensuite avec le médecin.

Ainsi, il ne suffit plus de donner des conseils médicaux et pharmaceutiques, de relire scrupuleusement une ordonnance et un mode d'emploi, mais bien d'analyser et d'organiser avec le patient un quotidien intégrant naturellement la prise de médicaments.(90) Dans la dernière partie, j'ai voulu mettre en pratique le début de la démarche éducative et tester la possibilité d'entreprendre un diagnostic éducatif à l'officine pour le patient atopique.

**PARTI IV- Est-il  
possible  
d'entreprendre un  
diagnostic éducatif à  
l'officine ?**

## Partie IV- Est-il possible d'entreprendre un diagnostic éducatif à l'officine ?

Au sein de cette quatrième partie, nous souhaitons tester la possibilité d'entreprendre un diagnostic éducatif à l'officine.

A travers cet essai, nous recherchons à améliorer la prise en charge du patient en faisant en sorte qu'il devienne autonome, pour obtenir une adhésion thérapeutique améliorée. Néanmoins, il s'agit de montrer de quelle manière le pharmacien peut mettre en pratique la démarche éducative à l'officine. Le diagnostic éducatif est la première étape à effectuer lorsque l'on souhaite accompagner le patient dans sa globalité.

Le diagnostic éducatif a pu être proposé à vingt-deux personnes recrutées dans une seule officine avec l'aide de l'équipe officinale. Quinze patients ont accepté d'expérimenter ce diagnostic éducatif, trois adultes et douze enfants de moins de trois ans. J'ai effectué cette expérience durant mes six mois de stage de sixième année officine.

### 4.1- La préparation

#### 4.1.1- Réalisation du diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif comprend 10 questions. Il permet d'explorer les connaissances du patient, ses compétences, ses croyances. Les items choisis sont classés en fonction de ce que l'on souhaite connaître du patient :

- **Ce qu'il a** : c'est son état de santé, l'histoire de la maladie

- **Ce qu'il fait** : sa situation socioprofessionnelle, ses activités de loisirs

J'ai regroupé ces deux sujets dans une question : « Raconter moi l'histoire de la maladie... ? »

- **Ce qu'il croit** : sur sa maladie avec ce type de questions : « quelles sont selon vous le/les causes de votre maladie ? Y-a-t-il des facteurs aggravants ou au contraire des activités ou des situations qui diminuent les symptômes de l'eczéma ? Le patient connaît-il les traitements ? Comment l'applique-t-il ? »

Ici on explore les compétences du patient par rapport à son traitement pour évaluer ce qu'il sait déjà faire ou non et ce qu'il fait mal. Enfin dans cette partie, j'évalue par une question ouverte le degré de corticoréticence : « Avez-vous des craintes vis-à-vis de celui-ci ? »

Retrouver l'origine des croyances est essentiel pour établir un dialogue de qualité.

-**Ce qu'il ressent** : sentiment de révolte, de motivation, de tristesse... J'ai encouragé le patient à se confier à ce sujet en lui demandant : « Certains patients trouvent que le traitement est compliqué qu'en pensez-vous ? » Cela peut également se traduire par son vécu au quotidien de la maladie, j'ai alors réuni deux questions dans ce thème :

« Qu'est-ce qui vous gêne le plus dans votre maladie ? »

« Y a-t-il des choses que vous ne pouvez pas faire à cause de votre maladie ? »

- **Ce dont il a envie** : est-ce qu'il a l'envie d'aller plus loin dans ce processus éducatif ? Qu'attend-il de cette rencontre soignant-patient ? Le soignant doit connaître les projets qui vont motiver le patient à avancer avec sa maladie, il est important de fixer des objectifs personnalisés, la question qui explore ce sujet est : « Qu'aimeriez vous connaître ou faire par rapport à votre maladie ? ». Je vérifie ensuite s'il a envie, s'il est motivé pour aller un peu plus loin dans le processus éducatif : « Seriez-vous intéressé par des informations supplémentaires en officine ? » et « Avez-vous internet à la maison ? »

Quasiment toutes les questions sont ouvertes pour permettre au patient de raconter un récit et ainsi installer un échange constructif et éviter les réponses fermées qui empêchent un dialogue de qualité.

J'ai tenté d'élaborer un diagnostic éducatif efficace pour en ressortir rapidement les caractéristiques du patient. C'est pour cette raison que j'ai choisi un nombre limité de questions et souhaité un tableau qui tienne sur une page.

Voici le diagnostic éducatif utilisé pour le prototype :

Thèmes	Questions	Réponses
Histoire de la maladie	Racontez-moi l'histoire de votre maladie (date début, médecins rencontrés...)	
Savoirs	Selon vous, quelles sont les causes de votre maladie ?	
	Quels facteurs aggravent ou améliorent votre maladie ?	
Soins	Quel est votre traitement ? A quel moment l'appliquez-vous ?	
	Avez-vous des craintes vis-à-vis de celui-ci ?	
	Certains patients trouvent que le traitement est compliqué qu'en pensez-vous ?	
Vécu	Qu'est-ce qui vous gêne le plus dans votre maladie ?	
	Y a-t-il des choses que vous ne pouvez pas faire à cause de votre maladie ?	
	Qu'est-ce que vous aimeriez connaître ou faire par rapport à votre maladie ?	
Projets	Êtes-vous intéressé pour avoir des informations supplémentaires en officine ?	
	Avez-vous accès à Internet ?	

**Tableau 6: Diagnostic éducatif adapté aux patients atteints de DA**

#### **4.1.2- Sélection des patients**

Les patients devaient avoir une DA diagnostiquée récente ou non, cela était mon seul critère de sélection. Il n'y avait pas de critère d'âge ni de degré d'atteinte particulier.

L'équipe officinale et moi-même avons sélectionné les patients de deux façons :

- Au comptoir, après une demande spontanée du patient ou de la maman du patient pour des conseils à propos de peau sèche ou pour des émoullients ou après une délivrance d'ordonnance contenant des DC ou du protopic®. On vérifiait qu'un médecin avait diagnostiqué l'eczéma, si c'était le cas, on leur expliquait la démarche. S'ils étaient intéressés, on pouvait directement effectuer le DE ou alors nous prenions rendez-vous pour le faire ultérieurement.
- Par le biais du logiciel de l'officine : le logiciel relevait les patients qui venaient régulièrement avec des ordonnances de dermocorticoïdes, de Dexeryl® ou de préparations magistrales remboursées. Une fois que nous avons listé les patients, je les appelais et je leur demandais si la dermatite atopique était la pathologie qui justifiait ses ordonnances. Ensuite je leur expliquais ma démarche et s'ils étaient intéressés je leur proposais de me rencontrer à l'officine.

Au fur et à mesure de la sélection, nous nous sommes rapidement rendu compte que plus des trois quart des patients atteints de DA à l'officine étaient des nourrissons, et par conséquent le diagnostic éducatif était alors effectué avec le père ou la mère.

Sur les vingt-deux personnes à qui nous avons proposé le DE, seulement cinq étaient des adultes et dix-sept des nourrissons de moins de trois ans. Cela s'explique en partie par l'évolution de la maladie. Celle-ci se déclare majoritairement très tôt dans l'enfance, pour s'améliorer dans 70 à 80% des cas à l'âge adulte.(6)

#### **4.1.3- Implication de l'équipe**

Avant d'effectuer ce projet, je l'ai porté à la connaissance de l'équipe officinale afin de les impliquer dans ma démarche. Je leur ai donc décrit le but et les étapes de l'éducation thérapeutique tout en leur montrant le diagnostic éducatif que je souhaitais tester. Je leur ai demandé de participer au recrutement des patients. L'équipe devait expliquer le projet et prendre rendez-vous avec le patient en fonction de mes horaires de stage à l'officine. Si j'étais disponible sur le moment je le faisais moi-même.

#### **4.2- La mise en pratique**

Les séances se déroulaient dans le bureau des entretiens pharmaceutiques et je n'avais pour support que le diagnostic éducatif. Je laissais parler le patient tout en prenant note des réponses données et en interagissant avec lui. A la fin de l'entretien je demandais au patient ou aux parents du patient s'ils désiraient recevoir par mail l'adresse du site

« l'eczéma de votre enfant », tout en leur expliquant de quoi il s'agissait. Le site « l'eczéma de votre enfant » a été créé par la fondation pour la dermatite atopique. Il regroupe une multitude d'informations pratiques sur la plupart des questions que les patients ou la famille peuvent se poser sur des sujets tels que les causes de la DA et les facteurs aggravants. Ils peuvent également trouver des conseils pour aider le patient dans son quotidien. Une fois l'entretien terminé, je complétais les informations que je n'avais pas eu le temps de noter sur le diagnostic éducatif.

Par la suite, j'ai réalisé une synthèse écrite de chaque diagnostic éducatif pour pouvoir en tirer des conclusions plus rapidement.

Si un rendez-vous ne pouvait être fixé pour diverses raisons, je proposais au patient d'organiser un entretien téléphonique qui se déroulait de la même façon.

### **4.3- Bilan de l'expérience**

#### **4.3.1- Les points positifs**

##### **4.3.1.1- Pour le patient**

Les bienfaits ont été évidents pour le patient, il a été considéré, écouté et s'est montré beaucoup plus acteur de sa prise en charge. Il a défini avec moi, son rapport avec la maladie et son envie d'évoluer. De plus, ce diagnostic éducatif a permis de révéler d'importantes lacunes chez les patients et les mamans des nourrissons qui possédaient encore de nombreuses croyances sur la pathologie, le traitement et particulièrement sur les DC. Sur les quinze patients interrogés, treize m'ont partagé leurs craintes et réticences envers les DC alors que je n'avais pas posé de question directe sur ce sujet mais sur le traitement en général. Si nous ne faisons pas ce genre de démarche, nous ne pouvons pas être réellement pertinents et avoir un dialogue constructif. Il faut donner des informations qui ont du sens pour le patient. Cela peut permettre également de détecter des régimes d'éviction trop stricts pour des enfants de moins de trois ans, surtout qu'aucun d'eux n'avait une allergie alimentaire diagnostiquée mais seulement supposée par les parents ou le naturopathe consulté par la famille. Le problème de la complexité du traitement est très souvent revenu et une demande forte a été faite pour que le pharmacien rende l'ordonnance plus compréhensible. Grâce au PAP, cela me semble être un objectif plus facilement atteignable.

A la fin du DE, je demandais aux patients/parents de patients s'ils étaient intéressés par des informations supplémentaires et des démonstrations à l'officine ; ils m'ont tous répondu être favorables à ce type de démarche.

Patients comme professionnels de santé doivent travailler plus étroitement ensemble. Le patient n'est jamais vierge d'expérience ni de savoir par rapport à sa maladie. Il n'est pas une page blanche sur laquelle s'écrirait son éducation. Ne pas chercher à connaître la « culture » du patient, c'est prendre le risque de l'affronter, de la contredire sans succès,

tant il est vrai que ses conceptions initiales se sont forgées au cours des années et sont par conséquent très solides.

#### **4.3.1.2- Pour le pharmacien**

Pour le pharmacien, le DE lui permet d'être plus impliqué dans la prise en charge et d'avoir des conseils beaucoup plus pertinents. De plus, ce genre de posture éducative fidélise le patient et redonne à notre métier un aspect moins commercial, qui souvent inspire de la méfiance.

Le DE m'a aidé à me rendre compte qu'une orientation différente dans le parcours de soin était nécessaire pour quelques patients. En effet plusieurs patients devaient être dirigés vers des spécialistes ou conseillés sur une prise en charge plus globale en éducation thérapeutique dans des écoles de l'atopie par exemple. Cette démarche est donc une aide précieuse pour améliorer nos prises de décision dans l'orientation du patient.

La relation médecin/pharmacien pourrait également évoluer grâce à ce type de démarche. Un nouveau lien avec une collaboration différente pourrait voir le jour et serait enrichissant pour tous.

Le diagnostic éducatif permet donc au pharmacien de personnaliser son discours et de le rendre plus efficace pour aider le patient et sa famille. Par cette démarche, on replace le patient au centre du projet. Les conseils de prévention et d'éducation transmis par le pharmacien seront mieux appliqués par la suite et l'échec thérapeutique en sera donc diminué.

### **4.3.2- Analyses des limites constatées**

#### **4.3.2.1- La disponibilité du pharmacien et des patients**

La disponibilité de chacun durant de la mise en place de ces entretiens pharmaceutiques a été un frein au bon déroulement du projet. En effet, le patient n'est presque jamais disponible au moment où on lui propose l'entretien et on doit le plus souvent prendre un rendez-vous avec lui. Comme la plupart des mamans des enfants atteints de DA étaient des femmes au foyer j'ai réussi à organiser des rendez-vous qui ne se situaient pas dans les heures d'affluence de l'officine. Si le déplacement à l'officine n'est pas évident on peut penser à un rendez-vous téléphonique mais ceci est moins intéressant qu'un rendez-vous dans un espace de confidentialité où le patient est physiquement et mentalement présent. A contrario, le pharmacien n'est pas toujours disponible quand le patient est présent à l'officine. De plus, même si un rendez-vous a été fixé, il faut prévoir un nombre suffisant de personnes dans l'équipe officinale pour ne pas être dérangé durant l'entretien.

#### **4.3.2.2- L'espace de l'officine**

Dans l'officine où j'ai effectué ce projet, j'avais un bureau spécialement dédié aux entretiens pharmaceutiques. A l'écart de l'activité officinale, le patient a été satisfait de se sentir écouté, il n'a plus eu l'appréhension de faire attendre les autres clients, il pouvait prendre le temps de parler et de poser les questions qui le préoccupaient. Les conditions étaient réunies pour que la confidentialité soit respectée. En revanche, toutes les officines sont loin d'avoir ce type d'espace et le comptoir ne me semble pas propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif avec un patient. Cela s'explique par la proximité avec les autres patients mais également du fait du peu de place disponible au comptoir.

#### **4.3.2.3- Un entretien plus long que prévu**

Je n'ai jamais fait un entretien de moins de trente minutes. Dans certains cas le diagnostic éducatif a même duré quarante-cinq minutes voir une heure pour les échanges les plus longs. Il faudrait se fixer un objectif à ne pas dépasser, même si cela est difficile car nous n'avons jamais le même profil de patient face à nous et parfois cela peut demander plus de temps. Le diagnostic éducatif élaboré laissait beaucoup de place aux récits des patients, peut-être faudrait-il mieux remplacer certaines questions par des questions plus fermées ou en tout cas plus ciblées. Ou alors utiliser des questionnaires préétablis comme le DLQI ou l'évaluation des compétences. Le DLQI évalue la qualité de vie, il peut être effectué et apporter un gain de temps tout en gardant pour le patient un discours libre. Pour diminuer le temps consacré à l'entretien, il aurait été également préférable de remplir au préalable un dossier patient, à l'aide de l'historique et des connaissances de l'équipe sur le patient.

De plus, je n'ai pas à la fin de l'entretien comme il est souhaitable de faire lorsque l'on souhaite continuer la démarche éducative, effectué un bilan avec le patient des compétences à acquérir, de celles qui sont prioritaires ou non et il n'y a pas eu non plus de plan d'apprentissage élaboré. En effet, je voulais me focaliser sur le diagnostic éducatif et je pense que ce genre de contrat de soin doit être réalisé en collaboration avec le médecin traitant ou le dermatologue. En rajoutant cette étape on peut facilement imaginer que l'entretien nous prenne plus de trente minutes.

#### **4.3.2.4- La formation du pharmacien**

J'ai effectué tous les entretiens car j'ai été formé à l'ETP et participé à deux programmes d'ETP : l'asthme et la fibromyalgie. Ayant fait mon stage hospitalo-universitaire dans le service de dermatologie j'avais également des notions sur la DA que j'ai approfondie par la suite; malgré cela, il y eu plusieurs questions auxquelles je n'ai pas pu donner de réponses adéquates sur le moment. J'ai dû me documenter par la suite. J'ai aussi ressenti une difficulté à donner des réponses avec des mots simples. Je pense que les outils comme l'eczémabook sont vraiment très utiles pour j transmettre le message de façon plus claire pour le patient et sa famille. Enfin il m'a été difficile d'encadrer le discours du patient à chaque entretien.

Une démarche éducative sérieuse n'est possible que si le pharmacien a des connaissances solides et précises sur l'ETP, la pathologie et le traitement (le mode d'action et les effets secondaires des DC). Une enquête récente réalisée auprès de soixante-dix-neuf pharmaciens d'officine a montré des lacunes importantes sur la pathologie et les DC. Notamment, 21% des pharmaciens interrogés pensaient que les DC avaient les mêmes effets que les corticoïdes pris par voie orale ou inhalés ou 34.2% déclarent que les DC peuvent pénétrer à travers la peau et avoir un effet sur la croissance. Une autre étude plus ancienne a mis en évidence que la moitié des pharmaciens interrogés n'avait jamais eu de formation au sujet du traitement de la DA. Ceux qui l'avaient reçue l'ont trouvé pour plus de la moitié, insuffisante. (91) Ces exemples sont équivoques et laissent réfléchir à la nécessité de la mise en place d'une formation en dermatologie, complète et efficace durant les études de pharmacie et l'exercice avec le DPC (Développement Professionnel Continu). Il existe des journées de formation pour les professionnels de santé libéraux, organisées par les écoles de l'atopie. La prochaine journée se déroule à Paris en novembre 2014. Elles ont pour objectifs d'actualiser les connaissances sur la DA, d'harmoniser le discours dans le parcours de soin du patient atteint de DA et de découvrir l'ETP adapté à la DA.

#### **4.3.2.5- Impact économique**

L'investissement de temps est important de la part de la personne qui entreprend ces entretiens. De plus, elle n'est plus disponible pour le comptoir. On peut donc facilement envisager que la démarche a un coût pour le pharmacien mais il est difficilement mesurable. Néanmoins, cela pose la question d'une rémunération quand le pharmacien pratiquera de l'ETP contrôlée et donc de qualité au sein de son officine.

## **4.4- Comment améliorer la mise en place du DE à l'officine ?**

### **4.4.1- Informer correctement le patient sur la démarche et impliquer l'équipe officinale et les médecins**

Je pense que certains refus des patients provenaient d'une explication trop sommaire de ma part. Un support écrit en plus de l'information orale me semble nécessaire. Le fait de me présenter comme étudiante n'a pas non plus été toujours bien perçu par les patients, l'appui du titulaire est de ce cas précis très utile.

Il pourrait être véritablement bénéfique de refonder la dynamique des équipes officinales en leur expliquant ce qu'est une démarche éducative, qu'elle doit se faire au quotidien et que nous voulons tendre de plus en plus vers ce genre de projet. Le pharmacien ne peut pas développer une démarche éducative seul, il a besoin et doit se faire épauler par son équipe. Il faut donc l'investir dans le projet et leur expliquer le but et les intérêts de la démarche.

Comme expliqué dans la partie II, l'éducation thérapeutique est une pratique pluridisciplinaire. Le pharmacien ne peut pas non plus agir qu'au sein de son officine mais bien en collaboration avec le médecin traitant et/ou le dermatologue du patient. Il faudrait donc se déplacer ou envoyer un courrier pour discuter avec les médecins sur l'élaboration d'une démarche éducative pour les patients demandeurs ou en échec.

### **4.4.2- Adapter le diagnostic éducatif aux familles des patients**

Lors des entretiens, j'ai remarqué que plusieurs questions n'étaient pas pertinentes si je n'avais pas en face de moi le patient mais le/les parent(s) du patient. Par exemple, les questions sur le vécu : « Qu'est-ce qui vous gêne le plus dans votre maladie ? » ou « Y a-t-il des choses que vous ne pouvez pas faire à cause de votre maladie ? ». Ces questions ne parlaient pas aux mamans, d'ailleurs pour certaines je n'ai pas obtenu de réponse. Ce genre de questions posées aux patients eux-mêmes ne posaient aucun problème. Une formulation différente est nécessaire, elle ne doit pas porter sur le patient mais sur le ressenti des parents, sur la façon dont eux, vivent la maladie : « Arrivez-vous à gérer les soins dans votre quotidien ? Y a-t-il des activités que vous ne pouvez pas faire avec votre enfant à cause de la pathologie ? Comment vivez-vous les périodes où votre enfant est en crise ? ».

### **4.4.3- Se donner des plages horaires, prévoir un nombre suffisant de pharmaciens dans l'équipe officinale**

Il est certain que le DE et à posteriori un suivi éducatif nécessite du temps. La présence au comptoir du pharmacien est très importante et ne doit pas être négligée au profit de ces entretiens. De plus, le professionnel de santé doit être totalement disponible lors de ces rencontres, des interruptions fréquentes risquent de rompre le climat de confiance établi avec le patient. Il est difficile pour l'enquêteur de structurer une séance s'il

se sent pressé et qu'il est sollicité par ses collègues pour d'autres activités officielles. En ce qui concerne les patients, si ce sont des adultes actifs, il est beaucoup plus compliqué de fixer un horaire et de s'y tenir. Il est préférable pour ce type de patient de leur donner une plage horaire et ainsi leur accorder une certaine flexibilité. Il faut donc trouver un équilibre et surtout s'organiser pour que les entretiens se déroulent correctement.

#### **4.4.4- Utiliser un microphone durant l'entretien**

Le diagnostic éducatif est essentiellement composé de questions ouvertes, il est donc difficile de tout noter sur le moment. Le microphone réglerait ce problème et permettrait de ne rater aucun élément important de la conversation. Il pourrait également permettre de nous évaluer par rapport aux termes utilisés ou à la façon de poser nos questions ou d'interagir avec le patient. Ceci dans le but de nous améliorer au fil du temps.

#### **4.4.5- Savoir mettre des limites à l'entretien**

Comme le diagnostic éducatif se compose que de questions ouvertes, certains patients/mamans m'ont raconté l'ensemble de leurs problèmes sociaux et familiaux. Nous ne sommes pas entraînés à diriger correctement un entretien, une formation plus avancée aux techniques de communication serait donc souhaitable pour ce type suivi.

Le patient était très souvent à la recherche de réponses quant à sa maladie et ce, dès l'élaboration de ce diagnostic éducatif. Si un thème abordé paraissait intéresser particulièrement le patient, il a été délicat de ne pas développer le sujet sur le moment. C'est aussi pour cette raison que j'ai décidé de leur communiquer l'adresse du site internet « l'eczéma de votre enfant » pour les parents mais aussi pour les adultes atteints de D A car ils répondaient à beaucoup de leurs questions. Et ma démarche s'arrêtant au DE, il me semblait normal de ne pas les laisser sans références. Mais il serait peut-être justifié de combiner DE et 1<sup>ère</sup> séance éducative pour que ce soit plus simple.

#### **4.4.6- Transmettre une synthèse écrite du DE aux médecins**

La synthèse écrite des informations obtenues permet de relever les facteurs facilitant ou limitant l'éducation, mais également les centres d'intérêt du patient qui facilitent l'orientation de la stratégie d'apprentissage et des aspects sur lesquels l'éducation doit porter en priorité. Nous pourrions donc envoyer cette synthèse du DE au médecin traitant et/ou dermatologue après accord du patient. Cette démarche peut être particulièrement profitable aux médecins parfois confrontés à des patients en échec thérapeutique. De plus, cela permettrait d'harmoniser le discours des soignants, c'est la principale cause d'incompréhension que les patients m'ont presque tous fait remarqué. Il y a donc un véritable effort à fournir pour coordonner le travail de chaque soignant autour de la prise en charge du patient atopique. Nous pourrions une fois le DE transmis, élaborer avec le médecin et le patient des séances éducatives d'une vingtaine de minutes sur les thèmes

prioritaires. Par exemple, nous pourrions nous voir confier des entretiens ciblés sur le traitement.

#### **4.5- Conclusion de l'expérience**

Par conséquent, le DE à l'officine est possible mais ceci sous-entend un investissement important : organisation spatiale (lieu de confidentialité), et temporelle (programmation des rendez-vous), intégration à la pratique quotidienne de l'officine, allocation de « temps-pharmacien » nécessaire à la démarche et le coût d'une formation. Il faut que chacun des partis soit motivé, une explication au préalable au comptoir pour le patient et en back-office pour l'équipe officinale me semble essentielle pour que des efforts soient effectués des deux côtés. Le pharmacien doit également tenter d'impliquer le médecin dans cette démarche pour une meilleure coordination des soins, un suivi thérapeutique plus efficace et surtout pour transmettre le même discours aux patients. L'installation de réseaux de soins permettrait également de réduire les consultations vers le médecin traitant, et donc, à long terme, les coûts du traitement de cette affection chronique.

Cette démarche n'est donc en aucun cas une perte de temps mais véritablement une base logique pour mieux accompagner le patient. De plus, d'après mon expérience, les patients atteints de DA et leurs familles sont très favorables à la continuité de cette démarche éducative à l'officine.

## CONCLUSION

En tant que professionnel de santé, le pharmacien est en première ligne pour détecter la détresse de patients ou de familles devenues fatalistes à l'égard d'une maladie chronique cutanée telle que la DA. Il joue donc un rôle important dans la diminution de la souffrance des patients atteints de DA. Même si cette affection prurigineuse et inflammatoire n'atteint visiblement que l'épiderme et donc ne semble pas exposer le patient en souffrance à un risque létal, son impact est grand sur la qualité de vie du patient et de son entourage. Le pharmacien est le premier interlocuteur du patient, mais il est nécessaire que tout professionnel de santé soit en mesure d'orienter le malade et son entourage en les conseillant au mieux.

Le traitement de référence de la DA se résume à l'utilisation de DC ou d'inhibiteurs de la calcineurine topiques sur les lésions d'eczéma en cas de poussées, puis en traitement proactif. Ces thérapeutiques s'accompagnent de l'émollient à appliquer deux fois par jour sur tout le corps, il constitue le traitement de fond. Accompagnés de gestes adaptés à une bonne prise en charge de la DA, ces traitements doivent permettre une réduction de la sévérité de la DA chez ces patients.

Malheureusement ce traitement de référence ne fait pas l'unanimité chez les patients et leur famille. En effet, l'adhésion thérapeutique est seulement de 30% pour les pathologies chroniques avec des traitements topiques. Les causes sont multiples : elles prennent principalement en compte la complexité du traitement, son coût financier, sa durée et le manque d'explication à son sujet. La DA qui est une pathologie particulièrement récidivante, tend à rendre les malades et les professionnels de santé fatalistes. De plus, ces deux causes sont entourées de croyances ancrées sur lesquelles on peut difficilement influencer. Enfin, les patients sont pour la plupart déroutés du fait d'une cohésion inexistante dans le discours entre professionnels de santé. Certains professionnels montrent encore trop peu d'empathie et d'écoute active pour permettre une prise en charge adaptée.

Pour y remédier, les professionnels de santé doivent s'approprier l'éducation thérapeutique et probablement un jour, le « design thinking ». Dans cet objectif, le pharmacien a largement sa place et son rôle est central. Il peut agir à toutes les étapes de la maladie en prévention primaire avec les familles atopiques, en cas de crise et de période de rémission avec le patient. Sans parler de la démarche éducative, le pharmacien doit fournir un effort pour rendre les ordonnances et le traitement accessibles aux patients, par des informations pratiques et concrètes avec des démonstrations de soin. Il doit guider efficacement le patient dans le parcours de soin pour qu'il puisse rapidement trouver une prise en charge qui lui permettra de vivre au mieux avec sa maladie. Enfin, la démarche éducative est un enjeu et un défi qu'il faut relever pour que le métier évolue vers une prise en charge beaucoup plus centrée sur le patient et donc beaucoup plus efficace. Les outils présentés dans cette thèse, peuvent aider à transmettre une information de qualité mais celle-ci peut ne pas avoir d'intérêt pour le patient si le pharmacien ne réalise pas auparavant un diagnostic éducatif.

C'est pour cette raison que j'ai voulu tester le diagnostic éducatif durant mes six mois de stage. Cette expérience a été très enrichissante. J'ai pu développer un nouveau contact

avec le patient, qui m'a permis de mieux cerner ses envies, ses inquiétudes et leurs parcours face à la maladie. J'ai donc pu leur apporter des conseils personnalisés et mieux appropriés qu'ils ne l'étaient auparavant, en révélant notamment leurs craintes et leurs croyances. En revanche, la mise en place de ce type de démarche reste complexe ; le pharmacien doit non seulement s'appuyer sur la polyvalence de ses connaissances, mais aussi se former aux techniques de communication et à l'approche éducative en santé afin de mener des entretiens structurés et limités dans le temps. La seule intuition, le désir de bien faire ou le bon sens ne sont pas suffisants. Avec le DPC, devenu obligatoire pour les pharmaciens, il est possible de trouver des formations en ETP et en dermatologie. La Haute Autorité de Santé a publié un guide méthodologique à destination de tout professionnel de santé intéressé par l'ETP du patient dans le champ des maladies chroniques. Ce texte peut donc se révéler être un bon appui pour les pharmaciens sensibilisés par la démarche. Il serait intéressant de continuer et d'approfondir ce travail à plus grande échelle pour pouvoir en tirer des conclusions significatives et permettre d'établir des critères objectifs dans le but de rendre officielle la démarche éducative à l'officine.

## ANNEXE 1



Les gestes à éviter et à adopter pour soigner les peaux atopiques (92)

## ANNEXE 2

: score de corticophobie : TOPICOP

### Questionnaire Eczéma et crèmes corticoïdes

Votre Médecin vous a prescrit ou s'apprête à vous prescrire, à vous ou à votre enfant, un traitement qui consiste à appliquer sur la peau une crème contenant des corticoïdes. Grâce à ce questionnaire nous souhaiterions connaître ce que vous ressentez à l'idée de suivre ce traitement.

Répondez à chaque question en entourant la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

Cochez une case par ligne

**Au cours de ce questionnaire nous utiliserons le terme CC pour désigner les Crèmes aux Corticoïdes, encore appelées dermocorticoïdes ou crèmes à la cortisone.**

#### CROYANCES : 6 items

1. les CC passent dans le sang  
 pas du tout d'accord     pas vraiment d'accord     presque d'accord     tout à fait d'accord
2. les CC favorisent les infections  
 pas du tout d'accord     pas vraiment d'accord     presque d'accord     tout à fait d'accord
3. les CC font grossir  
 pas du tout d'accord     pas vraiment d'accord     presque d'accord     tout à fait d'accord
4. les CC abîment la peau  
 pas du tout d'accord     pas vraiment d'accord     presque d'accord     tout à fait d'accord
5. les CC ont des effets sur ma santé future  
 pas du tout d'accord     pas vraiment d'accord     presque d'accord     tout à fait d'accord
6. les CC favorisent l'asthme  
 pas du tout d'accord     pas vraiment d'accord     presque d'accord     tout à fait d'accord

#### COMPORTEMENT : 6 items

7. Je n'en connais pas les effets secondaires mais j'ai peur des CC  
 pas du tout d'accord     pas vraiment d'accord     presque d'accord     tout à fait d'accord
8. J'ai peur d'utiliser une dose de crème trop importante  
 jamais     parfois     souvent     toujours
9. J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine comme les paupières  
 très rarement, jamais     parfois     souvent     toujours
10. Je me traite le plus tard possible  
 jamais     parfois     souvent     toujours
11. Je me traite le moins longtemps possible  
 jamais     parfois     souvent     toujours
12. J'ai besoin d'être rassuré vis-à-vis du traitement par CC  
 jamais     parfois     souvent     toujours

## **LES ABREVIATIONS**

AMM : Autorisation de mise sur le marché

DA : Dermatite atopique

DC : Dermocorticoïde

DE : Diagnostic éducatif

DLQI: Dermatology life quality index

DP : Dossier pharmaceutique

DPC: Développement professionnel continu

ETP : Education thérapeutique

IgE : Immunoglobuline E

IL : Interleukine

PAP: Plan d'action personnalisé

POSCORAD : Patient oriented SCORAD

SCORAD : Scoring of atopic dermatitis

TOPICOP: Topicalcorticophobia

## TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Cause de l'eczéma atopique (8) .....	10
<u>Figure 2</u> : Une anomalie de la barrière cutanée (11) .....	11
<u>Figure 3</u> : dermatite atopique du nourrisson (24) .....	14
<u>Figure 4</u> : plaque inflammatoire du pouce (25) .....	15
<u>Figure 5</u> : plaques inflammatoires localisées aux plis .....	15
<u>Figure 6</u> : plaques inflammatoires localisées aux plis .....	16
<u>Figure 7</u> : Dermatite atopique de l'adulte .....	17
<u>Figure 8</u> : dermatite atopique de l'adulte .....	17
<u>Figure 9</u> : évolution des parties atteintes en fonction de l'âge des patients (26) .....	18
<u>Figure 10</u> : Feuille SCORAD (27) .....	20
<u>Figure 11</u> : Exemples de dessins standardisés issus du PO-SCORAD (29).....	22
<u>Figure 12</u> : Le PO-SCORAD en support papier (29) .....	23
<u>Figure 13</u> : Grille du logiciel PO-SCORAD disponible sur le site de la fondation de la DA (29). 24	
<u>Figure 14</u> : enquête fondation dermatite atopique (22) .....	37
<u>Figure 15</u> : Mise en œuvre d'une démarche éducative (59).....	41
<u>Figure 16</u> : technique d'application ludique de l'émollient pour les enfants (76).....	50
<u>Figure 17</u> : l'eczémabook disponible sur le site du GET (34).....	54
<u>Figure 18</u> : Comment appliquer ta crème en image (87).....	59
<u>Figure 19</u> : Exemple de PAP réalisé par le professeur Stalder J-F utilisable en officine; page une: durant les premiers jours qui suivent la consultation chez le médecin(88).....	61
<u>Figure 20</u> : page deux du PAP (88) .....	62
<u>Figure 21</u> : Exemple de bilan de compétences utilisable pour la DA à l'officine (89).....	64
<u>Figure 22</u> : page deux du bilan de compétences .....	65

## **TABLE DES TABLEAUX**

<u>Tableau 1</u> : Critères de diagnostics de la DA de <i>l'United Kingdom WorkingParty</i> , 1994 (6) 19	19
<u>Tableau 2</u> : Classification internationale des dermocorticoïdes (liste non exhaustive) (31)... 26	26
<u>Tableau 3</u> : Stratégie thérapeutique avec les DC pour la DA ..... 28	28
<u>Tableau 4</u> : Compléments alimentaires à base de probiotiques pouvant être proposés en prévention de la DA. (Liste non exhaustive) ..... 45	45
<u>Tableau 5</u> : Nombre d'unités phalangette nécessaire en fonction de l'âge du patient et de la surface atteinte; inspiré de "A practical guide to topicaltherapy in children" d'après Long CC, Mills CM, Finlay AY. .... 58	58
<u>Tableau 6</u> : Diagnostic éducatif adapté aux patients atteints de DA ..... 70	70

## **TABLE DES ENCADRES**

<u>Encadré 1</u> : Objectifs de la prévention primaire chez les nourrissons à risque de DA ..... 48	48
<u>Encadré 2</u> : Objectifs de la prévention secondaire pour les patients atteints de DA ..... 52	52
<u>Encadré 3</u> : 7 arguments pour convaincre du bien fondé des DC (84) ..... 56	56

## BIBLIOGRAPHIE

1. **CHAMLIN SL, CHREN M-M.** Quality-of-life outcomes and measurement in childhood atopic dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am.* Vol. 2010, n°30, pp.281- 288.
2. **LEAUTE-LABREZE C.** La dermatite atopique (D.A.): épidémiologie, aspects cliniques, traitements et prévention. [En ligne]. [cité 5 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.caducee.net/dossierspecialises/dermatologie/dermatite2.asp>.
3. **YEMANEBERHAN H, FLOHR C, LEWIS SA, BEKELE Z, PARRY E, WILLIAMS HC,** et al. Prevalence and associated factors of atopic dermatitis symptoms in rural and urban Ethiopia. *Clin Exp Allergy.* 2004, Vol. 34, n°5, pp. 779-785.
4. **AMRI M, YOUSSEF M, KHARFI M, CHERIF F, MASMOUDI A, KOURDA M,** et al. Atopic dermatitis in Tunisia. *Exog Dermatol.* 2003, Vol. 2, n° 2, pp. 60-63.
5. **NOSBAUM A, HENNINO A, NICOLAS J-F, BERARD F.** Les tests épicutanés chez les patients atteints de dermatite atopique : les atopy patch tests. *Rev Fr Allergol.* avr 2011, Vol. 51, n° 3, pp.243-247.
6. **DAMMAK A, GUILLET G.** Dermatite atopique de l'enfant. *J Pédiatrie Puériculture.* avr 2011, Vol. 24, n° 2, pp. 84-102.
7. **ENGEL F, DE BLAY F.** Dermatite atopique et aéroallergènes. *Rev Fr Allergol.* déc 2010, Vol. 50, n° 8, pp. 621-627.
8. **LA FONDATION POUR LA DERMATITE ATOPIQUE.** La cause de l'eczéma atopique. [En ligne]. [cité 5 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr/espace-patients-parents-famille/leczema-atopique/la-cause-de-leczema-atopique>.
9. **SIMON M.** La dermatite atopique est-elle toujours associée à une altération de la barrière épidermique ? *Rev Fr Allergol.* avr 2013, Vol. 53, n° 3, pp. 125-128.
10. **THYSSEN JP, KEZIC S.** Causes of epidermal filaggrin reduction and their role in the pathogenesis of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* [En ligne]. [cité 30 juill 2014]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009167491400863X>.
11. **EIGENMANN P, CONRAD H, BRÜGGEN M-C.** Anomalie de la barrière cutanée dans la dermatite atopique: une piste pour de nouveaux traitements? *Rev Médicale Suisse.* 2011, n° 7, pp. 2453-2456.
12. **RODUIT C, FREI R, LOSS G, BÜCHELE G, WEBER J, DEPNER M, ET AL.** Development of atopic dermatitis according to age of onset and association with early-life exposures. *J Allergy Clin Immunol.* juill 2012, Vol. 130, n° 1, pp 130-136.
13. **JUST J.** Histoire naturelle de la dermatite atopique : expérience des cohortes néonatales. *Rev Fr Allergol.* avr 2012, Vol. 52, n° 3, pp. 168-174.
14. **PHAM-THI N, BIDAT E.** Diversification alimentaire et risque allergique. *Arch Pédiatrie* [En ligne]. [cité 4 août 2014]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X14003212>.

15. **LAUNAY F, STALDER J-F, DERBRE S.** Prise en charge officinale de la dermatite atopique. *Actual Pharm*, mars 2014, Vol 53, Suppl., n° 534, pp. 4-11.
16. **KARILA C.** Dermatite atopique et allergie : quels liens ? *Arch Pédiatrie*, août 2013, Vol. 20, n° 8, pp. 906-909.
17. **CATTEAU B.** Dermatite atopique : épidémiologie et données cliniques actuelles. *Rev Fr Allergol Immunol Clin*, juin 2002, Vol. 42, n° 4, pp. 373-377.
18. **LAUNAY F, STALDER J-F, DERBRE S.** La dermatite atopique : quelques généralités. *Actual Pha*, mars 2014, Vol. 53, Suppl., n° 534, pp. 1-3.
19. **EPSTEIN TG, BERNSTEIN DI, LEVIN L, KHURANA HERSHEY GK, RYAN PH, REPONEN T, ET AL.** Opposing Effects of Cat and Dog Ownership and Allergic Sensitization on Eczema in an Atopic Birth Cohort. *J Pediatr*, févr 2011, Vol. 158, n° 2, pp. 265-271.
20. **PELUCCHI C, GALEONE C, BACH J-F, LA VECCHIA C, CHATENOU D L.** Pet exposure and risk of atopic dermatitis at the pediatric age: A meta-analysis of birth cohort studies. *J Allergy Clin Immunol*, sept 2013, Vol. 132, n° 3, pp. 616-622.
21. **GUILLET G, GUILLET M-H.** Les facteurs intrinsèques et extrinsèques dans la dermatite atopique. L'importance des facteurs aspécifiques. *Rev Fr Allergol Immunol Clin*, déc 2002, Vol. 42, n° 8, pp. 793-797.
22. **NICOLAS J-F, ROBERT J.** La dermatite atopique du jeune enfant. [En ligne]. [cité 5 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr/actualites/la-dermatite-atopique-du-jeune-enfant-j-f-nicolas-j-robert>.
23. **CHATELAIN M, VIGAN M, VUITTON DA, SIMON-RIGAUD ML, MERCIER M, CRICKX B.** Sport et dermatite atopique. *Rev Fr Allergol Immunol Clin*, avr 2001, Vol. 41, n° 3, pp. 313-315.
24. Cours [En ligne]. [cité 5 sept 2014]. Disponible sur: [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_16/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_16/site/html/1.html)
25. **COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE DERMATOLOGIE** Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : Dermatite (ou eczéma) atopique. [En ligne]. [cité 5 sept 2014]. Disponible sur: [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_16/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_16/site/html/1.html)
26. **DERMATO-INFO.** La Dermatite Atopique [En ligne]. [cité 12 sept 2014]. Disponible sur: [http://dermato-info.fr/article/La\\_dermatite\\_atopique](http://dermato-info.fr/article/La_dermatite_atopique)
27. **STLADER JF, TAÏEB A.** Severity Scoring of Atopic Dermatitis: the SCORAD index. Consensus report of the European Task Force On Atopic dermatitis. *Dermatology*. 1993, Vol. 186, pp. 23-31.
28. **CONFERENCE DE CONSENSUS:** Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. *Rev Fr Allergol Immunol Clin*. juin 2005, Vol. 45, n° 4, pp. 335-346.
29. **LA FONDATION POUR LA DERMATITE ATOPIQUE.** PO-SCORAD, un outil pour évaluer votre eczéma [En ligne]. [cité 16 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr/espace-patients-parents-famille/po-scorad-un-outil-pour-evaluer-votre-eczema>

30. **EICHENFIELD LF, TOM WL, BERGER TG, KROL A, PALLER AS, SCHWARZENBERGER K, ET AL.** Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* juill 2014, Vol. 71, n° 1, pp. 116-132.
31. **ICONOGRAPHIE** [En ligne]. [cité 5 sept 2014]. Disponible sur: [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_29/site/html/iconographie.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_29/site/html/iconographie.html)
32. **FAURE S.** Dermocorticoïdes. *Actual Pharm.* juin 2014, Vol. 53, n° 537, pp. 53-56.
33. **COUIC-MARINIER F, PILLON F.** Un eczéma de contact. *Actual Pharm.* juin 2014, Vol. 53, n° 537, pp. 13-15.
34. **GET** [En ligne]. [cité 11 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.edusermatologie.com/>
35. **SITE WEB DU CHU DE NANTES.** Qu'est-ce que le wet wrapping? Comment le pratiquer? [En ligne]. [cité 16 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.chu-nantes.fr/qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer--31821.kjsp?RH=1258553576027>
36. **GUILLOT B.** Effets indésirables cutanés des glucocorticoïdes. *Rev Médecine Interne.* mai 2013, Vol. 34, n° 5, pp. 310-314.
37. **A. TAÏEB.** Immunomodulation et dermatite atopique. *Rev Fr Allergol Immunol Clin.* 2002, n° 42, pp. 367-372.
38. **LEGIFRANCE.** Arrêté du 25 juillet 2014 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux [En ligne]. [cité 16 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029310958>
39. **BARZEGAR C, PRADALIER A.** Therapeutic approach to atopic dermatitis. *Rev Fr Allergol Immunol.* juin 2002, Vol. 42, n° 4, pp. 410-424.
40. **SIMPSON EL, BERRY TM, BROWN PA, HANIFIN JM.** A pilot study of emollient therapy for the primary prevention of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* oct 2010, Vol. 63, n° 4, pp. 587-593.
41. **TARQUINIO C, TARQUINIO M-P.** L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Prat Psychol.* mars 2007, Vol. 13, n° 1, pp. 1-19.
42. **HALIOUA B.** Observance: Définitions et méthodes de mesure: spécificités de l'observance des traitements topiques. *Ann Dermatol Vénérologie.* janv 2012, Vol. 139, Suppl. 1, pp. 1-6.
43. **GABEFF R, ASSATHIANY R, BARBAROT S, SALINIER C, STALDER J-F.** Dermatite atopique : évaluation de la perception d'un plan d'action personnalisé auprès de pédiatres libéraux. *Arch Pédiatrie.* juill 2014, Vol. 21, n° 7, pp. 705-708.
44. **ELLIS RM, KOCH LH, MCGUIRE E, WILLIAMS JV.** Potential barriers to adherence in pediatric dermatology. *Pediatr Dermatol,* 2011, Vol. 28, n° 3, pp. 242-244.
45. **SABATE E.** Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization [En ligne]. 2003. Disponible sur: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
46. **WASTIAUX AUBERT HELENE.** La corticophobie dans la dermatite atopique: création et validation d'un outil d'évaluation. Thèse Docteur en Médecine, Université de Nantes, 2009, p. 119.

47. **CONFERENCE DE CONSENSUS:** Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. *Rev Fr Allergol Immunol Clin.* juin 2005, Vol. 45, n° 4, pp. 335-346.
48. **CRIBIER B.** Observance des traitements locaux (et généraux) dans le psoriasis. *Ann Dermatol Vénérologie.* janv 2012, Vol. 139, pp. 13-17.
49. **CHASTAING M, MISERY L, SCHOLLHAMMER M.** À propos de l'adhésion au traitement dans les dermatoses chroniques. *Rev Médecine Interne.* mai 2011, Vol. 32, n° 5, pp. 314-318.
50. **HALIOUA B.** Les patients non-observants en dermatologie. *Ann Dermatol Vénérologie.* janv 2012, Vol. 139, Suppl., pp. 22-27.
51. **ROBERT J.** Éducation thérapeutique dans la dermatite atopique de l'enfant. *Arch Pédiatrie.* mai 2011, Vol. 21, n° 5, Suppl. 1, pp.301-302.
52. **WASTIAUX AUBERT H, BARBAROT S.** Qui a peur de la cortisone? *Dermofocus,* 2012, n° 44, pp. 23-26.
53. **CONSOLI SG.** Réflexions sur la non-observance. *Ann Dermatol Vénérologie.* janv 2012, Vol. 139, Suppl. 1, pp. 28-32.
54. **STALDER J-F, LABETOULLE G, WASTIAUX AUBERT H.** L'abandon du traitement chez l'enfant: une cause d'échec thérapeutique. *Nouv Dermatol.* 2012, n° 31, pp. 481-483.
55. **BROWN T, WYATT J.** Design thinking for social innovation. *Stanf Soc Innov Rev.* Winter 2010.
56. **MELLES G, HOWARD Z, THOMPSON-WHITESIDE S.** Teaching Design Thinking: Expanding Horizons in Design Education. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2012, Vol. 31, pp. 162-166.
57. **HAS.** Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. 2007.
58. **SANDRIN-BERTHON B, ZIMMERMANN C.** Éducation thérapeutique du patient: de quoi s'agit il? mars 2009, n° 6, pp. 11-15.
59. **JNKS 2013.** L'éducation thérapeutique et les professionnels de rééducation. [En ligne]. [cité 12 sept 2014]. Disponible sur: <http://cnks.org/ETP-et-professionnel-reeducation.html>
60. **STLADER JF, BARBAROT S.** Education du patient atteint de dermatite atopique: l'école de l'atopie. 2006.
61. **MISERY L, DUTRAY S, SQUILLANTE M, GEOFFARD C, GUEGUEN A, SCHOLLHAMMER M, ET AL.** Les ateliers de l'atopie. *J Pédiatrie Puériculture.* déc 2011, Vol. 24, n° 6, pp. 273-275.
62. **LOI HPST.** 2e semestre 2013. *Ann Pharm Fr.* janv 2014, Vol. 72, n° 1, pp.59-77.
63. **IPSOS PUBLIC AFFAIRS.** Les Français et leur pharmacien [En ligne]. [cité 23 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2008-01-25-francais-et-leur-pharmacien>
64. **WICKENS K, BLACK PN, STANLEY TV, MITCHELL E, FITZHARRIS P, TANNOCK GW, ET AL.** A differential effect of 2 probiotics in the prevention of eczema and atopy: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Allergy Clin Immunol.* oct 2008, Vol. 122, n° 4, pp. 788-794.

65. **RAUTAVA S, KAINONEN E, SALMINEN S, ISOLAURI E.** Maternal probiotic supplementation during pregnancy and breast-feeding reduces the risk of eczema in the infant. *J Allergy Clin Immunol.* déc 2012, Vol. 130, n°6, pp. 1355-1360.
66. **SIDBURY R, TOM WL, BERGMAN JN, COOPER KD, SILVERMAN RA, BERGER TG, ET AL.** Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches. *J Am Acad Dermatol* [En ligne]. [cité 29 sept 2014]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962214018878>
67. **DE BOISSIEU D.** L'allaitement et les laits «de régime» ont-ils un intérêt préventif ou curatif dans la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant? *Ann Dermatol Vénérologie.* janv 2005, Vol. 132, Suppl. 1, pp. 104-111.
68. **YANG YW, TSAI CL, LU CY.** Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Dermatol.* 2009, Vol 161, n° 2, pp. 373-383.
69. **BIDAT E.** L'allaitement maternel protège le nourrisson de l'allergie : contre. *Rev Fr Allergol.* avr 2010, Vol. 50, n° 3, pp. 292-294.
70. **TURCK D, VIDAILHET M, BOCQUET A, BRESSON J-L, BRIEND A, CHOURAQUI J-P, ET AL.** Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pédiatrie.* nov 2013, Vol. 20, Suppl. 2, pp. 29-48.
71. **ROBERT J.** Que de laits pour bébé! Mais quel lait donner? | La Fondation pour la Dermatite Atopique [En ligne]. [cité 2 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr/actualites/que-de-laits-pour-bebemaais-quel-lait-donner-par-le-dr-j-robert>
72. **JOSEPH CL, OWNBY DR, HAVSTAD SL, WOODCROFT KJ, WEGIENKA G, MACKECHNIE H, ET AL.** Early complementary feeding and risk of food sensitization in a birth cohort. *J Allergy Clin Immunol.* 2011, Vol. 127, n° 5, pp. 1203-1210.
73. **CHUANG C-H, HSIEH W-S, CHEN Y-C, CHANG P-J, HURNG B-S, LIN S-J, ET AL.** Infant feeding practices and physician diagnosed atopic dermatitis: a prospective cohort study in Taiwan. *Pediatr Allergy Immunol.* 2011, Vol. 22, n° 1, pp. 43-49.
74. **COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE DERMATOLOGIE.** Item 114: Allergies cutanéomuqueuse chez l'enfant et l'adulte: dermatite (ou eczéma) atopique. 2010.
75. **BOURRAIN J-L.** Allergènes et dermatite atopique : les aéroallergènes. *Rev Fr Allergol.* avr 2013, Vol. 53, n° 3, pp.156-158.
76. **AVENE.** Xeracalm A.D - Conseils & Astuces - 2013 | Eau Thermale [En ligne]. [cité 30 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.eau-thermale-avene.fr/xeracalm-ad-conseils-astuces-2013>
77. **HORLOGE DE L ATOPIE** [En ligne]. [cité 29 sept 2014]. Disponible sur: [http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2012/eczeenfant2012/EczEnfant/Horloge\\_de\\_l\\_atopie.html](http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2012/eczeenfant2012/EczEnfant/Horloge_de_l_atopie.html)
78. **BENOIT E, PAVOT A-L, LIBAN D.** L'éducation du patient à l'officine, un nouvel enjeu pour la profession. *Actual Pharm.* juill 2009, Vol. 48, n°487, pp.22-26.
79. **LAUNAY F, STALDER J-F, DERBRE S.** Dermatite atopique et éducation thérapeutique. *Actual Pharm.* mars 2014, Vol. 53, Suppl., n°534, pp. 16-20.

80. **GET.** Expliquer la maladie et la traiter [En ligne]. [cité 3 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2013/maletteEDA/Expliquer\\_la\\_maladie\\_et\\_la\\_traiter.html](http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2013/maletteEDA/Expliquer_la_maladie_et_la_traiter.html)
81. **MORET L, ANTHOINE E, AUBERT-WASTIAUX H, LE RHUN A, LEUX C, MAZEREUEW-HAUTIER J, ET AL.** TOPICOP: A new Scale Evaluating Topical Corticosteroid Phobia among Atopic Dermatitis Outpatients and Their Parents. *Public Libr Sci.* oct 2013, Vol. 8, n° 10.
82. **GET** [En ligne]. [cité 3 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.edudermatologie.com/>
83. **BIEBER T, CORK M, REITAMO S.** Atopic dermtitis: a candidate for disease-modifying strategy. *European journal of allergy and clinical immunology.* 2012, pp. 969-975.
84. **CHARMAN C, WILLIAMS H.** The use of corticosteroids and corticosteroid phobia in atopic dermatitis. *Clin Dermatol.* 2003, Vol. 21, n° 3, pp. 193-200.
85. **HALIOUA B, STALDER J-F, AUBERT-WASTIAUX H, PASCALE M.** Le rôle important des pharmaciens d'officine dans le parcours de soin des enfants souffrant de dermatite atopique. *Nouv Dermatol.* 2013, n° 32, pp. 460-462.
86. **OUTIL POMMADAGE** [En ligne]. [cité 3 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2013/maletteEDA/Outil\\_pommadage.html](http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2013/maletteEDA/Outil_pommadage.html)
87. **LA FONDATION POUR LA DERMATITE ATOPIQUE.** Supports et documents pour votre pratique [En ligne]. [cité 3 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr/espace-professionnels-de-sante/leducation-therapeutique/supports-et-documents-pour-votre-pratique>
88. **L'ECZEMA DE VOTRE ENFANT.** Adapter le traitement a sa peau [En ligne]. [cité 3 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2012/eczeenfant2012/EczEnfant/Adapter\\_le\\_traitement\\_a\\_sa\\_peau.html](http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2012/eczeenfant2012/EczEnfant/Adapter_le_traitement_a_sa_peau.html)
89. **QUESTIONNAIRE EVALUATION DES COMPETENCES** [En ligne]. [cité 7 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2013/maletteEDA/Questionnaire\\_evaluation\\_des\\_competences.html](http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2013/maletteEDA/Questionnaire_evaluation_des_competences.html)
90. **JACQUEMET S, CERTAIN A.** Education thérapeutique du patient: rôles du pharmacien. *Bull L'Ordre.* 2000, Vol. 367, pp. 269-275.
91. **GERMAIN LINA.** Dermocorticoïdes: rôle du pharmacien dans l'adhésion et l'éducation thérapeutique du patient. Thèse de Docteur en Pharmacie, Université de Nantes; 2010, p. 131.
92. **UNE** [En ligne]. [cité 22 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2012/eczeenfant2012/EczEnfant/Une.html>

**Nom - Prénoms :** REVERDY Karine, Jocelyne, Francine

**Titre de la thèse :** Pharmacien d'officine, acteur de soin dans la dermatite atopique

---

**Résumé de la thèse :**

La dermatite atopique est une maladie cutanée inflammatoire chronique dont la prévalence chez l'enfant est élevée, principalement dans les pays industrialisés. De plus, l'adhésion thérapeutique y est très faible. Ceci en fait un problème de santé publique.

Le but de cette thèse est tout d'abord de rappeler la prise en charge de référence de la dermatite atopique et d'expliquer la faible adhésion thérapeutique qui caractérise cette pathologie. Puis de définir le rôle central du pharmacien d'officine pour ces patients. Il doit se positionner comme un acteur de santé en accentuant les conseils associés à la prévention primaire et secondaire et en intégrant peu à peu la démarche éducative à sa pratique officinale. Dans cet objectif, de nombreux outils pratiques à utiliser au quotidien sont présentés dans cette thèse. Enfin, j'ai voulu tester à l'officine durant mes six mois de stage, la possibilité d'entreprendre la première étape d'une démarche éducative cohérente : le diagnostic éducatif. Le diagnostic éducatif est faisable avec une formation solide en éducation thérapeutique et sur la pathologie. Cette démarche nécessite également un investissement important et une coopération entre les soignants. Par un conseil officinal pertinent et une démarche éducative, le pharmacien peut améliorer la prise en charge des patients atteints de DA.

---

**MOTS CLÉS**

DERMATITE ATOPIQUE, PHARMACIEN D'OFFICINE, CONSEIL OFFICINAL,  
DIAGNOSTIC EDUCATIF, ADHESION THERAPEUTIQUE

---

**JURY**

**PRÉSIDENT :**

**M. Alain PINEAU**, Professeur de Toxicologie, Faculté de Pharmacie de Nantes

**ASSESEURS :**

**Mr Jean-François STALDER**, PU-PH de Dermatologie, CHU de Nantes

**Mme Sophie LETOURNEUX**, Docteur en pharmacie

**Mr Charles-Eric LETOURNEUX**, Docteur en pharmacie, 23 boulevard de Gaulle, 44350 Guérande

---

**Adresse de l'auteur : Mme Karine REVERDY,**

36D rue des pradeleaux, 44350 GUERANDE