

**UNIVERSITE DE NANTES  
FACULTE DE PHARMACIE**

---

**Année 2013**

**N° 064**

**THESE  
pour le  
DIPLÔME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
par**

**Jean THIERCELIN**

.....

**Présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2013**

<p><b>Impact d'une vidéo éducative dans la mise en place d'un wet-wrapping chez le sujet porteur d'une dermatite atopique sévère</b></p>
--

**Président : Mme Véronique SEBILLE-RIVAIN, MCU de biomathématiques**

**Membres du Jury : M. Jean-François STALDER, PU-PH de dermatologie**

**M. Thomas BELIARD, docteur en pharmacie**

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>PARTIE I : LA DERMATITE ATOPIQUE</b> .....	<b>9</b>
<b>1. DEFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1. EMERGENCE DU TERME « DERMATITE ATOPIQUE »</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2. EPIDEMIOLOGIE DE LA DERMATITE ATOPIQUE</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DERMATITE ATOPIQUE</b> .....	<b>13</b>
<i>1.3.1. Aspect génétique</i> .....	<i>13</i>
<i>1.3.2. Aspect immunologique</i> .....	<i>15</i>
<i>1.3.3. Aspect environnemental</i> .....	<i>15</i>
<b>2. ASPECTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1. LE DIAGNOSTIC</b> .....	<b>15</b>
<i>2.1.1. Critères de diagnostic</i> .....	<i>15</i>
<i>2.1.2. Diagnostic différentiel</i> .....	<i>16</i>
<b>2.2. LA CLINIQUE</b> .....	<b>17</b>
<i>2.2.1. Chez le nourrisson</i> .....	<i>17</i>
<i>2.2.2. Chez l'enfant à partir de deux ans</i> .....	<i>18</i>
<i>2.2.3. Chez l'adolescent et l'adulte</i> .....	<i>19</i>
<i>2.2.4. Evolution</i> .....	<i>20</i>
<b>2.3. COMPLICATIONS</b> .....	<b>20</b>
<i>2.3.1. Complications virales</i> .....	<i>20</i>
<i>2.3.2. Complications bactériennes</i> .....	<i>20</i>
<i>2.3.3. Autres complications</i> .....	<i>21</i>
<b>2.4. EVALUATION DE L'ATTEINTE</b> .....	<b>21</b>
<i>2.4.1. SCORAD et PO-SCORAD</i> .....	<i>21</i>
<i>2.4.2. DLQI</i> .....	<i>26</i>
<b>3. PRISE EN CHARGE</b> .....	<b>27</b>
<b>3.1. PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE</b> .....	<b>27</b>
<i>3.1.1. Les dermocorticoïdes</i> .....	<i>28</i>
<i>3.1.1.1. Généralités</i> .....	<i>28</i>
<i>3.1.1.2. Modalités d'utilisation</i> .....	<i>30</i>
<i>3.1.2. Les inhibiteurs de la calcineurine topiques</i> .....	<i>30</i>
<i>3.1.3. Les antihistaminiques oraux</i> .....	<i>31</i>
<i>3.1.4. Les antiseptiques et antibiotiques</i> .....	<i>31</i>
<i>3.1.5. Les traitements d'exception</i> .....	<i>31</i>
<b>3.2. PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE</b> .....	<b>32</b>
<i>3.2.1. Les émoullients</i> .....	<i>32</i>
<i>3.2.2. Les mesures d'hygiène</i> .....	<i>34</i>

3.2.3. <i>Les thérapeutiques alternatives</i> .....	34
<b>3.3. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b> .....	<b>34</b>
<b>3.4. LES CONSEILS</b> .....	<b>34</b>
<b>PARTIE II : LE WET-WRAPPING</b> .....	<b>36</b>
<b>1. MISE EN PLACE DU WET-WRAPPING, DE L'HOPITAL AU DOMICILE</b> .....	<b>37</b>
1.1. UTILISATION .....	37
1.2. MATERIEL .....	38
1.3. REALISATION PRATIQUE .....	39
1.4. SURETE DU TRAITEMENT ET EFFETS SECONDAIRES .....	40
<b>2. LA VIDEO, OUTIL D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU WET-WRAPPING</b> .....	<b>41</b>
2.1. DEFINITION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE .....	41
2.2. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ET LA DERMATITE ATOPIQUE .....	43
2.2.1. <i>Intérêt du recours à l'éducation thérapeutique</i> .....	43
2.2.2. <i>Objectifs</i> .....	44
2.2.3. <i>Réalisation pratique</i> .....	44
2.3. REALISATION DE LA VIDEO .....	45
2.3.1. <i>Réalisation du storyboard</i> .....	46
2.3.2. <i>Recrutement des acteurs</i> .....	49
2.3.3. <i>Tournage</i> .....	49
2.3.4. <i>Montage</i> .....	49
2.3.5. <i>Diffusion</i> .....	49
<b>PARTIE III : MISE EN PLACE DU QUESTIONNAIRE</b> .....	<b>55</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>56</b>
<b>2. METHODE UTILISEE POUR REALISER LE QUESTIONNAIRE</b> .....	<b>57</b>
2.1. REALISATION D'UNE FICHE DU PROFIL DE CHAQUE PATIENT .....	57
2.2. CONSTRUCTION D'UN QUESTIONNAIRE EN TROIS PARTIES .....	60
2.3. COUT D'UNE JOURNEE D'HOSPITALISATION POUR LE PATIENT .....	66
2.4. INCLUSION DES PATIENTS DANS L'ETUDE .....	67
<b>PARTIE IV : RESULTATS DE L'ENQUETE</b> .....	<b>68</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>69</b>

<b>2. PROFIL DU PATIENT .....</b>	<b>69</b>
<b>2.1. AGE DU PATIENT INTERROGE .....</b>	<b>70</b>
<b>2.2. SEXE DU PATIENT INTERROGE .....</b>	<b>71</b>
<b>2.3. ANCIENNETE MOYENNE DE LA DA DU PATIENT INTERROGE .....</b>	<b>72</b>
<b>2.4. SCORAD MOYEN ET ETENDUE MOYENNE .....</b>	<b>73</b>
<b>2.5. PATIENTS AYANT EU UN TRAITEMENT SYSTEMIQUE ANTERIEUR .....</b>	<b>75</b>
<b>2.6. PATIENTS AYANT CONTRACTE UNE INFECTION CONSECUTIVE AU WW .....</b>	<b>76</b>
<b>2.7. EQUIPEMENT INFORMATIQUE AU DOMICILE .....</b>	<b>77</b>
<b>3. CONTACT AVEC LES INFIRMIERES ET POURSUITE DU TRAITEMENT ..</b>	<b>78</b>
<b>4. A PROPOS DE LA TECHNIQUE : VOTRE EXPERIENCE PERSONNELLE ..</b>	<b>79</b>
<b>4.1. QUE PENSEZ-VOUS DE CES AFFIRMATIONS A PROPOS DE LA TECHNIQUE ? .....</b>	<b>79</b>
<b>4.2. APRES L'UTILISATION DU WET-WRAPPING, LES LESIONS SUIVANTES ONT-ELLES         PRESENTE UNE AMELIORATION ? .....</b>	<b>84</b>
<b>4.3. IMPACT DU WET-WRAPPING SUR LE SOMMEIL ET SUR LES DEMANGEAISONS .....</b>	<b>87</b>
<b>4.4. RECOMMANDATION DE LA TECHNIQUE ET PREFERENCE A DOMICILE .....</b>	<b>88</b>
<b>5. A PROPOS DU FILM : VOTRE EXPERIENCE PERSONNELLE .....</b>	<b>89</b>
<b>5.1. AVEZ-VOUS VU LA VIDEO SUR LE WET-WRAPPING ? .....</b>	<b>89</b>
<b>5.2. SI VOUS AVEZ VU LA VIDEO, POUR BIEN COMPRENDRE LA TECHNIQUE, COMBIEN DE         FOIS AVEZ-VOUS VISIONNE LA VIDEO ? .....</b>	<b>90</b>
<b>5.3. QUE PENSEZ-VOUS DE CES AFFIRMATIONS A PROPOS DE LA VIDEO ? .....</b>	<b>91</b>
<b>6. COUT D'UNE JOURNEE D'HOSPITALISATION .....</b>	<b>93</b>
<b>6.1. COUT EN TRANSPORT POUR LE PATIENT .....</b>	<b>95</b>
<b>6.2. COUT EN SALAIRE POUR LE PATIENT .....</b>	<b>96</b>
<b>6.3. COUT TOTAL D'UN DEPLACEMENT A L'HOPITAL POUR LE PATIENT .....</b>	<b>97</b>
<b>6.4. COUT HOSPITALIER .....</b>	<b>98</b>
<b>PARTIE V : DISCUSSION .....</b>	<b>99</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>105</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>107</b>
<b>TABLE DES FIGURES .....</b>	<b>110</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX .....</b>	<b>112</b>
<b>TABLE DES GRAPHIQUES .....</b>	<b>114</b>
<b>LES ABREVIATIONS .....</b>	<b>116</b>
<b>SIGNATURES .....</b>	<b>118</b>

# REMERCIEMENTS

## REMERCIEMENTS

Je remercie le professeur STALDER de m'avoir accueilli dans son service de dermatologie durant mes stages hospitaliers de 5<sup>ème</sup> année de pharmacie, et de m'avoir donné l'envie de réaliser ma thèse sur ce sujet qui m'a tant passionné.

Merci de m'avoir accompagné avec tant d'écoute, de gentillesse, de disponibilité et de confiance. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Merci pour votre présence.

Je remercie le professeur SEBILLE-RIVAIN de me faire l'honneur de présider ce jury.

Je remercie Thomas BELIARD de bien vouloir juger mon travail.

Je le remercie d'avoir été présent pour moi depuis la deuxième année de pharmacie, de m'avoir toujours encouragé avec bonne humeur et de m'avoir tant rassuré. Je le remercie pour ses conseils avisés et d'avoir tant contribué à ce que je suis aujourd'hui.

Merci pour cette belle amitié fidèle et familiale.

Un grand merci à l'équipe du service de dermatologie de l'Hôpital de Nantes, et en particulier aux infirmières Catherine, Ghislaine et Laurence pour leur disponibilité et leur gentillesse ; ainsi qu'au service de la communication, notamment à Pascale pour ses talents de montage audiovisuel .

Merci à Chloé de m'avoir écouté, encouragé, aidé et de toujours me soutenir avec tendresse !

Merci à mes parents, à mon frère et à mes sœurs pour leur soutien sans borne.

En particulier à Lorraine et à Sophie pour leur implication très utile dans mon travail.

Merci à Gabrielle pour son aide si précieuse et pour ses talents de synthèse.

Merci à Justine de m'avoir tant apporté, et cela sans jamais compter !

Merci à Anne-Charlotte, Arnaud, François, Jean-Baptiste, Matthieu, Anne, Cécile, Géraldine, Marion, Perrine, Pierre, P-E et Solange. Recevez toute mon amitié.

Et enfin, merci infiniment à toutes les personnes qui ont bien voulu répondre aussi gentiment à ce questionnaire.

# **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

La dermatite atopique (DA) est une affection cutanée très fréquente. Elle se caractérise par une xérose, du prurit et des poussées eczémateuses sur un terrain que l'on qualifie de « terrain atopique ». L'atopie regroupe la dermatite atopique, l'asthme et la rhinite allergique et touche 1/3 de la population mondiale [1].

Cette affection atteint le nourrisson dès l'âge de 3 mois. Dans 80% des cas, elle disparaît à l'adolescence, mais elle peut également persister au-delà de l'adolescence, voire même apparaître à l'adolescence ou à tous les âges de la vie.

La dermatite atopique est multifactorielle car elle associe une prédisposition génétique sur laquelle s'exercent des facteurs environnementaux.

L'objectif des différents traitements est d'augmenter la durée des phases de rémission, et de diminuer la durée et la sévérité des poussées inflammatoires dès les premiers signes.

Les dermocorticoïdes constituent le traitement de référence dont l'efficacité trouve ses limites dans la sévérité de la maladie. En cas d'échec, il est possible de modifier leur mode d'administration avant de recourir aux traitements systémiques.

Le wet-wrapping, littéralement « emballage humide », est une technique de soins locaux adaptée au traitement des formes sévères d'eczéma. Il consiste en l'application sur le patient d'une préparation à base de dermocorticoïde, puis d'une bande humide, et enfin d'une bande sèche.

Le traitement est proposé en seconde intention devant un eczéma qui n'a pas répondu aux soins locaux bien réalisés.

Jusqu'à présent, cette méthode de soins développée dans les pays anglo-saxons n'est pratiquée qu'à l'hôpital. Le travail présenté a exploré la possibilité d'applications de cette technique à domicile. Pour présenter la technique aux patients, nous avons réalisé une vidéo éducative.

Afin d'analyser l'impact d'une telle vidéo sur les patients, pour certains hospitalisés et pour d'autres non, nous avons réalisé un questionnaire soumis à distance des soins aux patients.

Les résultats ont été analysés en comparant les groupes de façon à évaluer l'apport de l'outil vidéo dans la démonstration du wet-wrapping.

**PARTIE I :**  
**LA DERMATITE**  
**ATOPIQUE**

## 1. DEFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE

### 1.1. EMERGENCE DU TERME « DERMATITE ATOPIQUE »

L'expression « dermatite atopique » a suivi un long cheminement au fil des années et s'est nourrie des divers courants dermatologiques des deux siècles passés.

Le « concept unificateur » de dermatite atopique est à l'échelle du temps assez récent. En effet, les plus grands spécialistes de la discipline se réunirent de 1880 à 1930 pour différencier les termes : eczéma, prurit et lichen. Ce n'est que dans les années 1920 avec l'émergence de l'immunologie que les professeurs Arthur Coca et Robert Cooke décrivent un « état d'hypersensibilité étrange de la peau et des muqueuses face à des facteurs environnementaux avec une prédisposition familiale » [2], définissant ainsi le terme d'atopie.

Le « a » privatif, ainsi associé au terme « τοπος » (lieu et place) évoque alors le caractère inhabituel du regroupement d'affections aussi diverses que : l'urticaire médicamenteux ou alimentaire, le rhume des foins et autres rhinites allergiques ainsi que l'eczéma (figure 1).

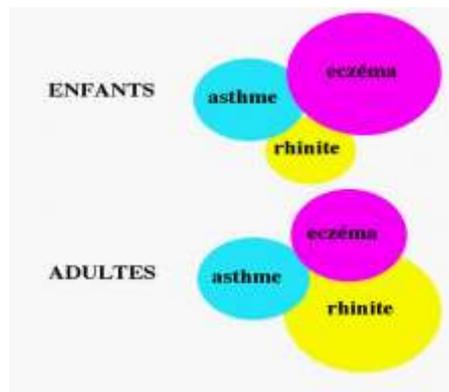


Figure 1 : Atteinte des organes cibles de l'atopie en fonction de l'âge [3]

Le terme vulgarisé aujourd'hui « eczéma », dérivant du grec « sortir en bouillonnant » désigne aujourd'hui un syndrome présent dans différentes affections. Ce groupe de symptômes est présent dans : l'eczéma de contact, la dermatite atopique et dans d'autres types d'eczémas [1].

L'émergence du terme « dermatite atopique » viendra en 1933 de Hill et Sulzberger réunissant les concepts d'atopie (théorie allergique des symptômes cutanés et respiratoires), et l'eczéma constitutionnel (propre au patient sans facteur déclenchant) [4 ; 5].

La dermatite atopique (DA) également appelée eczéma atopique est une affection inflammatoire chronique survenant sur un terrain atopique caractérisé par des poussées prurigineuses d'eczéma aigu sur fond de xérose cutanée permanente [6]. Il s'agit d'une

affection multifactorielle associant un terrain génétique particulier et l'action de facteurs environnementaux [2].

## **1.2. EPIDEMIOLOGIE DE LA DERMATITE ATOPIQUE**

Dans les pays industrialisés, la prévalence (nombre de patients atteints dans la population générale) a triplé en 30 ans.

Chez les enfants, il s'agit de la dermatose la plus fréquente : entre 12 et 15%, et peut survenir dès les premiers âges de la vie. C'est pourquoi la dermatite atopique est un véritable enjeu de santé publique.

Il faut noter que le risque augmente en présence d'antécédents familiaux. En effet si l'un des deux parents est atteint de dermatite atopique, la probabilité pour l'enfant de développer une dermatite atopique sera de 50%. Lorsque les deux parents sont atteints d'eczéma atopique : le risque passe à 80% pour l'enfant. On peut donc dire que la dermatite atopique présente une prédisposition génétique. Cette prédisposition génétique est confirmée depuis 2006 par des études qui ont mis en évidence des mutations de gènes impliqués dans la fonction « barrière cutanée ». Cette dernière serait alors altérée et pourrait alors faciliter l'émergence de dermatite atopique extrinsèque [7].

Par ailleurs, la prévalence augmente avec les modifications du mode de vie, les facteurs environnementaux ainsi que l'augmentation de l'hygiène dans les pays industrialisés [10].

Au sujet des pays industrialisés, il est à noter que dans ces pays, la prévalence se stabilise, nous pouvons alors imaginer que l'atteinte de la population génétiquement à risque a atteint un plafond.

A ce jour, peu d'études épidémiologiques existent en France sur le sujet de la dermatite atopique. Une étude de 2002, l'étude Elipanel™ donne des indications épidémiologiques par le biais d'un interrogatoire réalisé sur 4012 foyers représentatifs de la population française.

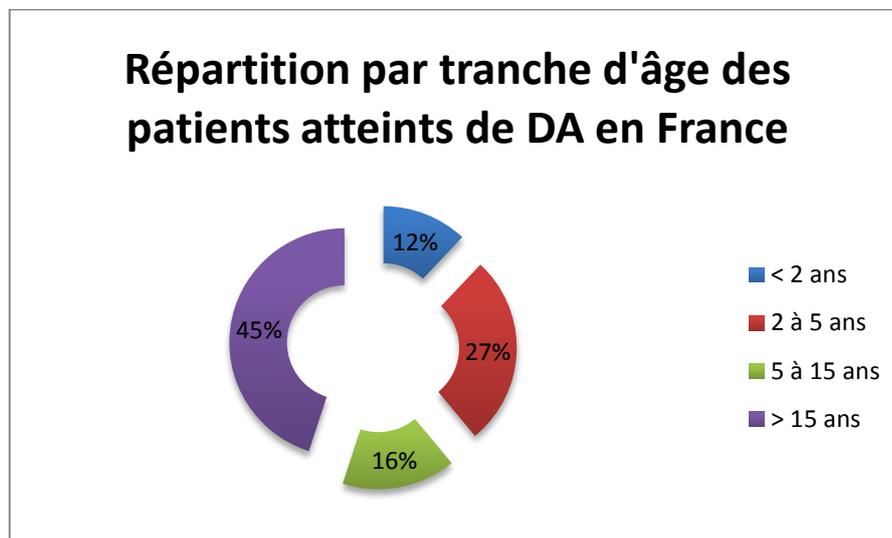
Les critères retenus pour évaluer la prévalence de la maladie (tableau 1) sont : la date de la première poussée, la date de la dernière poussée ainsi que le suivi ou non effectué par un médecin [8].

Critères	Population totale	<15 ans	>15 ans
Type Williams sans restriction <sup>(1)</sup>	4,96		
Début avant 15 ans Dernière poussée datant de moins de 5 ans	2,81	8,82	1,50
Début avant 15 ans Dernière poussée datant de moins de 5 ans Suivi par médecin	2,11	7,24	0,99
Début avant 15 ans Dernière poussée datant de moins de 12 mois	2,43	7,68	1,29
Début avant 15 ans Dernière poussée datant de moins de 12 mois Suivi par médecin	1,87	6,39	0,89

<sup>(1)</sup>Pas de critère en termes de date de la première poussée, de la dernière poussée ou de suivi médical

**Tableau 1** : Prévalence de la dermatite atopique en France (étude Elipanel™, 2002)

Les résultats sont exprimés en pourcentage de la population française.



**Figure 2** : Répartition, par tranche d'âge, des patients atteints de dermatite atopique en France (étude Elipanel™, 2002) [8]

D'après la Figure 1, nous pouvons constater que près de 50% des sujets atteints de dermatite atopique ont plus de 15 ans. C'est à dire que la dermatite atopique n'est pas une affection présente préférentiellement chez l'enfant (enfant de moins de 15 ans), mais se répartit à peu près de façon équivalente chez l'enfant (55%) et chez l'adulte (45%).

### 1.3. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DERMATITE ATOPIQUE

#### 1.3.1. Aspect génétique

La filaggrine est une protéine intervenant dans l'assemblage des filaments de kératine dans l'épiderme. Sa transformation donne naissance à des métabolites hydrophiles qui entrent dans la constitution du facteur d'hydratation naturelle de la peau, ce qui en fait une molécule clef de la fonction barrière de l'épiderme.

Des mutations peuvent s'opérer sur le gène FLG codant pour cette protéine, sur le chromosome 1q21. Les mutations sont dites nulles ou inactivatrices entraînant ainsi une absence de la filaggrine. Cela a pour conséquence une sécheresse primitive de l'épiderme ainsi qu'une augmentation du pH cutané, dues à l'absence des métabolites hydrophiles. Ces perturbations entraînent une pénétration épidermique accrue des allergènes et des irritants (figures 3 et 4), ainsi qu'une augmentation de la colonisation bactérienne, de l'activité d'enzymes dégradants, et une diminution des mécanismes de la réparation (figure 5).

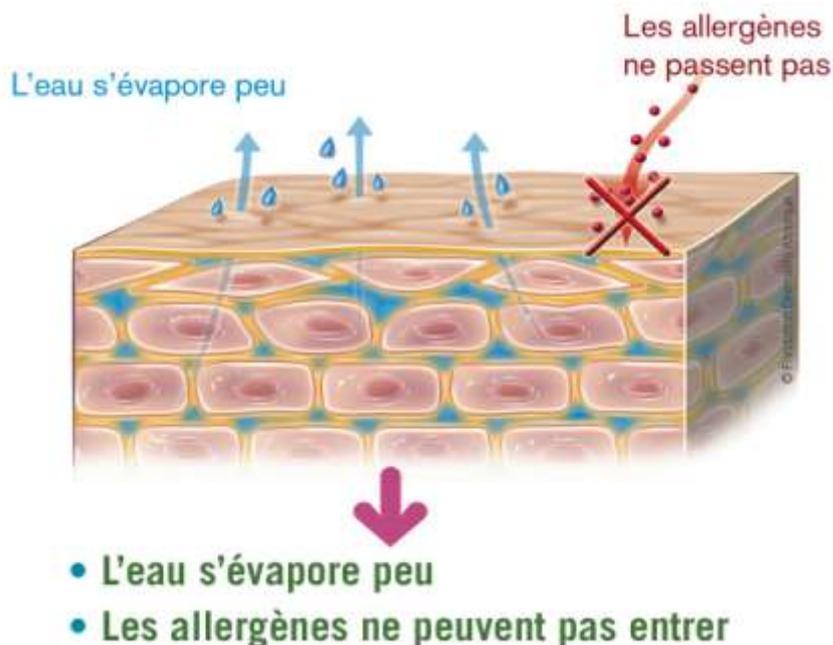


Figure 3 : Schéma de l'hydratation normale de la peau [10]

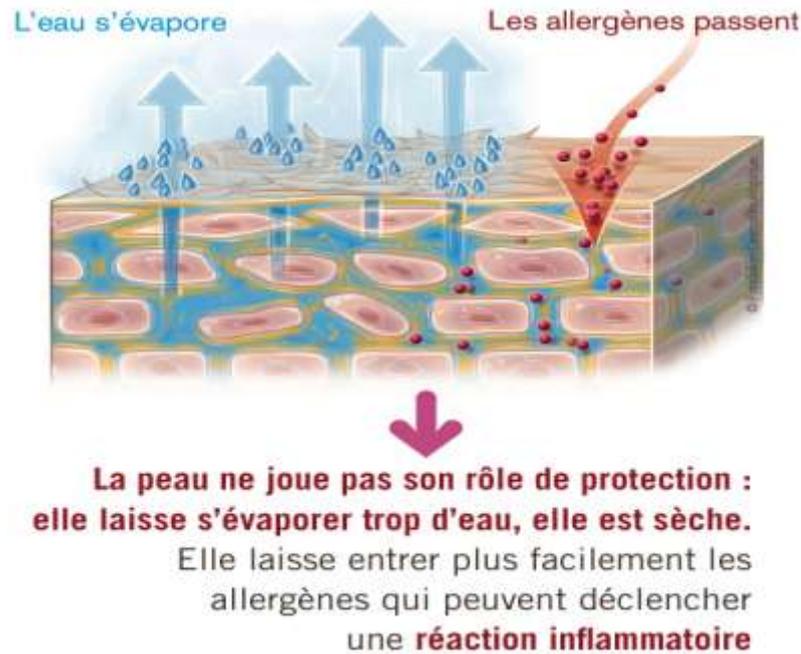


Figure 4 : Schéma de l'hydratation d'une peau atopique [10]

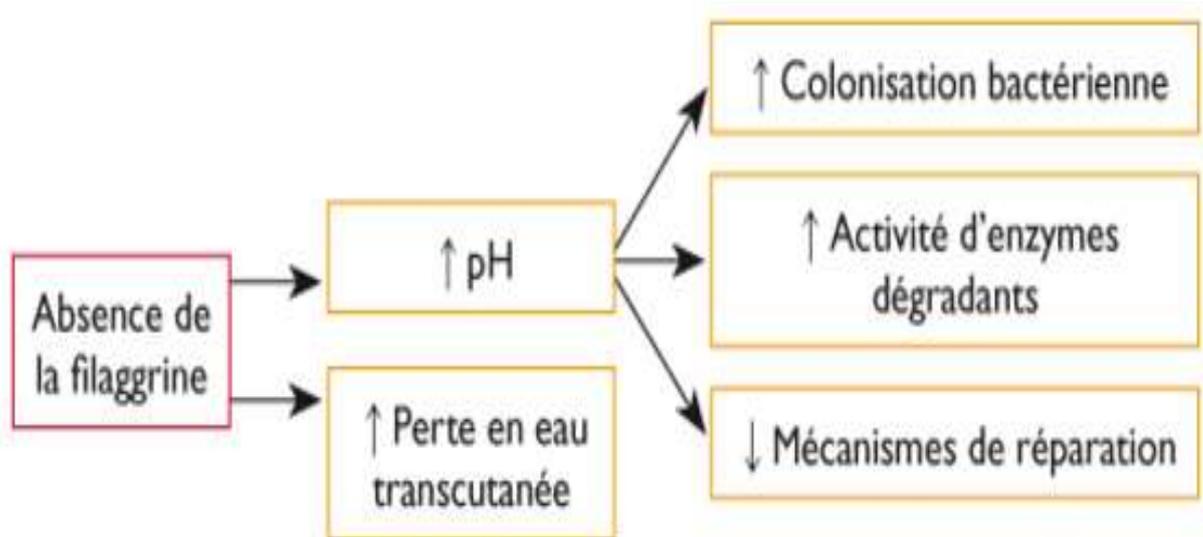


Figure 5 : Impact de l'absence de la filaggrine dans l'altération de la fonction « barrière cutanée » intervenant dans le développement de la dermatite atopique [9]

L'altération de la fonction barrière cutanée est en outre indépendante des groupes ethniques. En effet, des mutations inactivatrices diverses ont été retrouvées dans les populations asiatiques et européennes [7]. Le gène FLG n'est, de plus, pas le seul gène intervenant dans le développement de la dermatite atopique mais est le plus important.

### **1.3.2. Aspect immunologique**

La physiopathologie de la lésion d'eczéma est liée à une réaction d'hypersensibilité (HS) retardée, alors que l'hyper-IgE observée chez la plupart des patients à terrain atopique est habituellement responsable de manifestations d'hypersensibilité immédiate. L'hyper-IgE ne peut pas à elle seule expliquer la composante immunologique de la dermatite atopique, bien que responsable d'un processus d'inflammation vasculaire (urticaire, érythème).

L'eczéma découle de mécanismes d'inflammation cellulaire et de réactions cytotoxiques par le biais d'un déséquilibre de l'activation des lymphocytes T et de surcroît de leur polarisation Th2. Cela favorise et amplifie la réaction inflammatoire qui survient au cours des poussées dans la dermatite atopique.

### **1.3.3. Aspect environnemental**

Comme nous l'avons vu dans la partie consacrée à l'épidémiologie, l'augmentation de la prévalence de la maladie dans les pays industrialisés notamment peut être à rapprocher de l'accroissement de l'hygiène domestique et industrielle.

Comme nous pouvons l'observer dans les principales pathologies que regroupe l'atopie, deux types de facteurs interviennent sur la maladie : des facteurs qualifiés « d'exogènes » ainsi que des facteurs dits « endogènes ».

Des facteurs exogènes tels que le contact avec des irritants comme le savon, les détergents, les tissus rêches, certains aliments, la chaleur et la sueur ainsi que la sécheresse de l'air ambiant interviennent au-niveau de la physiopathologie de la dermatite atopique.

De plus, des facteurs endogènes tels que les poussées dentaires, certains changements de situation, le stress et tout facteur neurogène (dépression, décès d'un proche, stress au travail) peuvent également engendrer des démangeaisons et une poussée d'eczéma.

## **2. ASPECTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES**

### **2.1. LE DIAGNOSTIC**

#### **2.1.1. Critères de diagnostic**

Le diagnostic de la dermatite atopique est clinique. Des examens complémentaires ne sont nécessaires, qu'en cas de pathologie atopique associée, telle que asthme, allergie alimentaire ou rhinite. Des tests allergiques épicutanés (patch test) ne sont réalisés qu'en cas de suspicion d'eczéma de contact.

Au vu du polymorphisme lésionnel et de l'alternance des phases de rémission avec les phases de poussées, des tableaux de critères de diagnostic ont été mis au point. Au fil des années, différentes grilles ont été proposées, celle de l'United Kingdom Working Party propose des critères cliniques et anamnestiques précis. La présence d'une dermatose prurigineuse est obligatoire et doit être associée à au moins 3 critères parmi les 5 que détaille le tableau 2.

<b>Critère obligatoire</b>	Au moins 3 des critères ci-dessous
<b>Dermatose prurigineuse ou parents rapportant que l'enfant se gratte ou se frotte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents personnels de dermatite de plis de flexion et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans.</li> <li>• Antécédents personnels 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 eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de 4 ans.</li> <li>• Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez l'enfant de plus de 4 ans uniquement).</li> </ul>

Tableau 2 : Critères de diagnostic de la dermatite atopique de l'*United Kingdom Working Party*, 1994 [8]

### 2.1.2. Diagnostic différentiel

En fonction de l'âge du patient, le diagnostic différentiel ne sera pas le même.

En effet, chez le nourrisson, les notions de poussées, de rechutes et de chronicité sont logiquement difficiles à apprécier.

Les diagnostics différentiels les plus fréquents seront ainsi :

- la gale,
- la dermatite séborrhéique du nourrisson,
- le psoriasis,
- l'acropustulose infantile,
- et l'histiocytose langerhansienne.

Il existe, en outre, une part importante de syndromes génétiques (syndrome de Wiskott-Aldrich, syndrome de Netherton et ichtyose vulgaire) pouvant être associés à une DA ; qui impliqueront des examens complémentaires immunologiques.

Cette notion de chronicité est plus évidente chez l'enfant à partir de 2 ans, le diagnostic différentiel sera restreint à des inflammations cutanées localisées telles que :

- dyshidrose,
- dermatite péri-orale,
- dermatite plantaire juvénile.

Pour éliminer le psoriasis (qui peut par ailleurs est présent), dont les lésions sont normalement squameuses et bien délimitées, une biopsie pourra être demandée.

Enfin à l'âge adulte, le lymphome cutané T confirmé par une biopsie reste le principal diagnostic différentiel.

## **2.2. LA CLINIQUE**

Au même titre que pour le diagnostic différentiel, la clinique est différente selon l'âge du patient.

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 : processus de transformation de la peau qui prend un aspect évoquant certains lichens.
- Xérose : dessèchement de la peau.
- Prurit : sensation de démangeaison de la peau.

### **2.2.1. Chez le nourrisson**

La DA peut survenir dès les premiers mois de la vie. Le plus fréquemment, les lésions du nourrisson apparaissent préférentiellement au-niveau des convexités de façon à peu près symétrique :

- convexité des membres,
- convexités du visage : joues, menton et cuir chevelu.

Les lésions au niveau du tronc se limitent généralement au ventre, la région du dos étant la plupart du temps épargnée, et les lésions s'arrêtent avant le siège (protection des couches) (figure 6).



Figure 6 : Dermatite atopique du nourrisson [11]

Il est à noter que le pouce sucé devient la plupart du temps rouge et crevassé.

Les lésions retrouvées sont : l'érythème prurigineux, parfois suintant et croûteux. La xérose ne se retrouve pas forcément dès les premiers mois de la vie mais apparaît plutôt au cours de la deuxième année.

Très vite, le prurit est présent chez le patient et entraîne alors une dégradation du sommeil de l'enfant, ce qui a un impact négatif sur la qualité de vie aussi bien de l'enfant que de ses parents.

### **2.2.2. Chez l'enfant à partir de deux ans**

A partir de l'âge de deux ans, la xérose devient plus présente et les lésions sont situées principalement au niveau des plis : cou, genoux, coudes, plis rétro et sous-auriculaires. Les lésions se retrouvent également sur les mains, les chevilles et les mamelons de l'enfant ; on qualifie ces régions de « zones bastion » (figure 7).



Figure 7 : Dermatite atopique de l'enfant [10]

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

On retrouve chez l'enfant à partir de 2 ans, une hypopigmentation ainsi que de légers squames localisés au-niveau du visage, préférentiellement en été. On appelle cela : darte achromiante ou eczématide.

### **2.2.3. Chez l'adolescent et l'adulte**

La dermatite atopique se présente sous le même aspect que l'enfant de plus de 2 ans.

La lichénification s'accroît, et les principales zones touchées sont : le visage, le cou et les membres (figure 8).



Figure 8 : Dermatite atopique chez l'adolescent [11]

La dermatite atopique peut se déclarer tardivement chez l'adulte, pour autant cette déclaration reste rare et nécessitera la recherche d'un diagnostic différentiel.

#### **2.2.4. Evolution**

Comme nous l'avons vu, la maladie se déclare majoritairement très tôt dans l'enfance, pour disparaître dans 70 à 80% des cas à l'âge adulte. Au cours de l'adolescence, les expressions cutanées de l'atopie, c'est à dire la dermatite atopique, peuvent laisser place à des expressions respiratoires telles que l'asthme ou la rhinite.

La succession de ces différentes manifestations atopiques chez un même individu à différents âges est dénommée : « marche atopique » [12].

### **2.3. COMPLICATIONS**

#### **2.3.1. Complications virales**

La principale surinfection virale est due au virus de l'herpès (HSV1), elle apparaît du fait d'une altération de la barrière cutanée que nous avons décrite dans la partie « Physiopathologie ». Cette surinfection est appelée : « *eczema herpeticum* ». Cela se manifeste par une modification de la typologie des lésions d'eczéma à travers la présence de vésicules et de pustules ; puis d'une fièvre et d'une altération de l'état général.

Le sujet atteint de DA est contaminé de façon rapide, par un membre de son entourage présentant une poussée herpétique (bouton de fièvre). L'infection sera alors prise en charge par un traitement antiviral tel que l'aciclovir.

Il existe par ailleurs des formes plus graves de complications herpétiques du sujet atteint d'eczéma atopique impliquant des atteintes pulmonaire, oculaire ou neurologique, celles-ci devront être dépistées et prises en charge.

#### **2.3.2. Complications bactériennes**

Chez le sujet porteur de dermatite atopique, la bactérie Staphylocoque doré prolifère du fait d'une altération de la fonction de protection de la peau. Cette bactérie est alors responsable d'une surinfection : l'impétiginisation, qui se localise préférentiellement au niveau du visage et des plis. Cette impétiginisation doit être prise en charge par l'application d'un antiseptique local et par un traitement antibiotique cutané tel que l'acide fusidique ou la mupirocine.

Le staphylocoque doré sécrète par ailleurs des toxines ayant un effet superantigène aggravant les poussées inflammatoires de la maladie.

Les dermocorticoïdes utilisés dans le traitement de l'eczéma atopique diminuent la présence cutanée de Staphylocoque doré mais ne réduisent pas la surinfection provoquée par cette bactérie.

### **2.3.3. Autres complications**

Les sujets atteints de DA sont plus sensibles à des composants de type conservateurs, parfums ou métaux (nickel) qui peuvent provoquer une dermatite de contact. C'est d'ailleurs une des raisons justifiant l'utilisation de produits hypoallergéniques chez ces sujets.

Dans les dermatites atopiques graves, on peut observer un retard de croissance, il faut donc systématiquement vérifier la courbe de croissance chez l'enfant. L'impact de la dermatite atopique sur la croissance diminue avec un traitement efficace.

Des complications ophtalmologiques rares peuvent apparaître telles que la kératoconjonctivite et la cataracte. Il faudra être vigilant quant au suivi ophtalmologique de ces patients.

## **2.4. EVALUATION DE L'ATTEINTE**

### **2.4.1. SCORAD et PO-SCORAD**

Le SCORAD ou SCoring of Atopic Dermatitis est un score mis au point en 1990 par un groupe d'experts européens : European Task Force coordonnées par les professeurs Stalder et Taïeb [13]. Véritable outil de référence pour évaluer l'atteinte de la dermatite atopique chez les patients, le SCORAD est maintenant utilisé de façon consensuelle par une majorité de dermatologues.

Cet outil prend en compte trois critères de gravité représentatifs de la dermatite atopique :

- L'étendue de l'eczéma désignée par **A** (pourcentage de la surface atteinte).
- L'intensité de l'eczéma désignée par **B**, à travers cinq lésions élémentaires cotées de 0 à 3 :
  - érythème (rougeur),
  - œdème/papules (épaisseur),
  - excoriation,

- suintement/croûtes,
- lichénifications (quadrillage),
- et un sixième paramètre : la xérose (sécheresse cutanée).

- Le retentissement fonctionnel désigné par **C**, avec le prurit et les troubles du sommeil (cotés tous les deux sur une échelle analogique entre 0 et 10).

Afin d'obtenir un score global, et cela en tenant compte du poids respectif de chacun des trois critères dans la dermatite atopique, la formule suivante est appliquée :

$$\text{SCORAD} = \text{A}/5 + 7 \text{ B}/2 + \text{C} \text{ (figure 9).}$$

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

- SCORAD < 20 : dermatite atopique légère : peu de poussées inflammatoires.
- SCORAD compris entre 20 et 40 : dermatite atopique modérée : inflammation et prurit intenses.
- SCORAD > 40 : dermatite atopique sévère : étendue, inflammatoire avec poussées fréquentes.

**SCORAD**  
**EUROPEAN TASK FORCE**  
**DERMATITE ATOPIQUE**

Nom  Prénom

Date de Naissance

Date de Visite

**Steroïde local utilisé :**

Puissance (marque)

Quantité/mois  (g)

Nombre de poussées/ mois

---

Chiffres entre parenthèses pour enfants de moins de 2 ans

---

**A : ETENDUE** (Indiquer les zones atteintes)

---

**B : INTENSITE**

CRITERE	INTENSITE
Erythème	
Oedème/papule	
Lésions suintantes ou croûteuses	
Excoriations	
Lichenification	
Secheresse cutanée*	

**C : SYMPTÔMES SUBJECTIFS**  
**PRURIT + PERTE DE SOMMEIL**

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

**METHODE DE CALCUL**  
CRITÈRES D'INTENSITÉ (surface représentative moyenne)  
 0 = absent  
 1 = bénin  
 2 = modéré  
 3 = sévère

\*La secheresse cutanée est évaluée sur des zones saines

---

**Echelle analogique visuelle (moyenne des 3 derniers jours ou nuits)**

Prurit (0 à 10)  .....

Perte de sommeil (0 à 10)  0 .....

---

**TRAITEMENT :**

**OBSERVATIONS :**

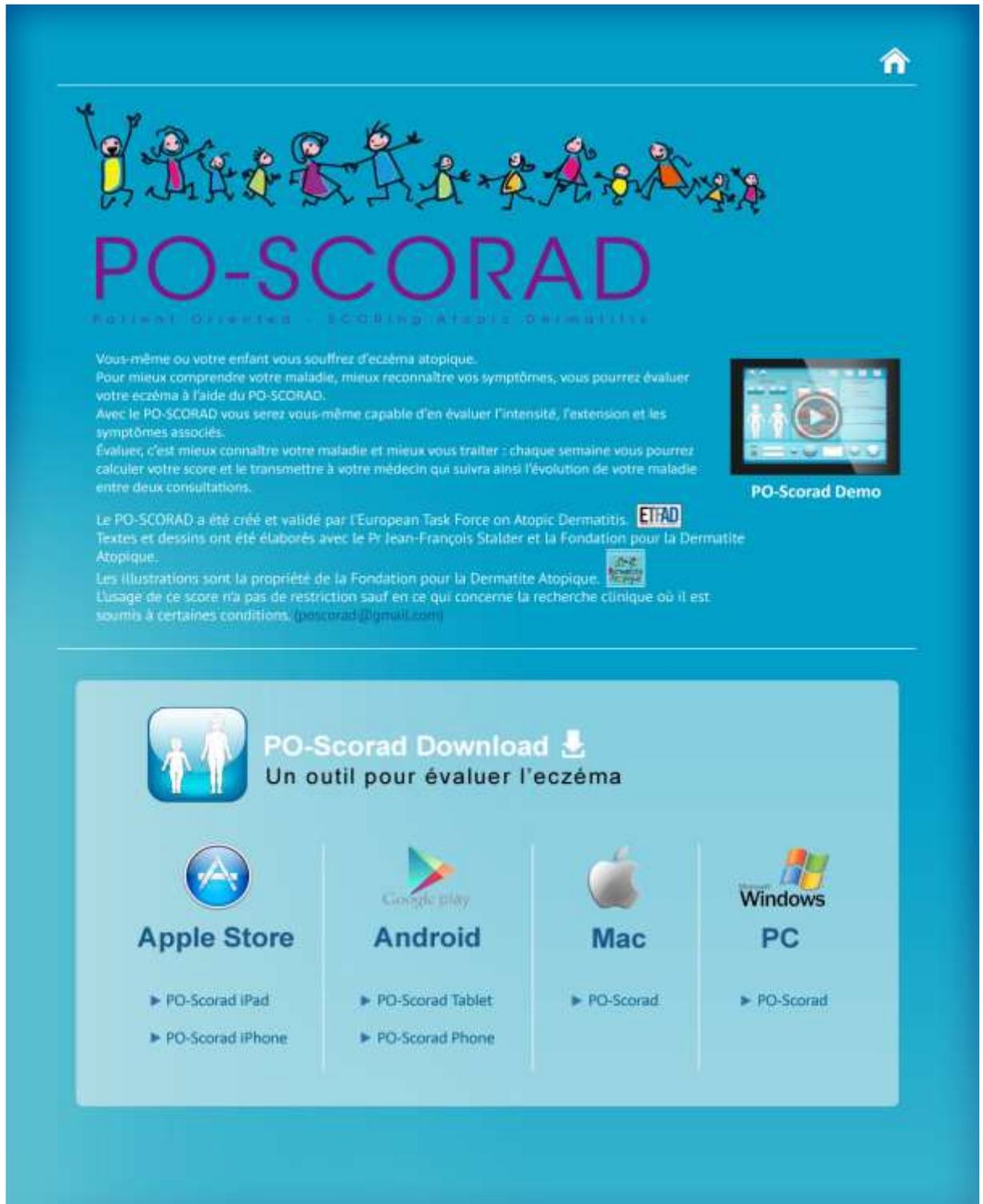
Figure 9 : Feuille SCORAD

Le score obtenu permettra alors de classer la dermatite atopique mais surtout d'orienter le patient vers la meilleure prise en charge possible.

Aujourd'hui, ce même score peut être obtenu directement par le patient grâce au PO-SCORAD (Patient Oriented SCORAD). Pour ce faire, le patient évalue son eczéma lui-même en parallèle du médecin, et ce par l'intermédiaire des éléments suivants :

- l'extension de son eczéma,
- la sévérité de la peau sèche en dehors de l'eczéma,
- l'intensité des symptômes sur les zones touchées par l'eczéma,
- l'intensité des problèmes liés à l'eczéma (en particulier les démangeaisons et les troubles du sommeil).

Le patient obtiendra un score directement sur le site : [www.poscorad.com](http://www.poscorad.com). La grille de PO-SCORAD (figure 11) est directement téléchargeable en 18 langues sur Mac, PC, portable ou tablette Android ou Apple (figure 10). Ces différents scores successifs permettront au patient de mieux comprendre sa maladie, de mieux connaître les principaux symptômes et de communiquer avec le médecin de façon plus claire et précise.



🏠

# PO-SCORAD

Patient Oriented - SCORing Atopic Dermatitis

Vous-même ou votre enfant vous souffrez d'eczéma atopique.  
 Pour mieux comprendre votre maladie, mieux reconnaître vos symptômes, vous pourrez évaluer votre eczéma à l'aide du PO-SCORAD.  
 Avec le PO-SCORAD vous serez vous-même capable d'en évaluer l'intensité, l'extension et les symptômes associés.  
 Évaluer, c'est mieux connaître votre maladie et mieux vous traiter : chaque semaine vous pourrez calculer votre score et le transmettre à votre médecin qui suivra ainsi l'évolution de votre maladie entre deux consultations.



PO-Scorad Demo

Le PO-SCORAD a été créé et validé par l'European Task Force on Atopic Dermatitis.  Textes et dessins ont été élaborés avec le Pr Jean-François Stalder et la Fondation pour la Dermatite Atopique.

Les illustrations sont la propriété de la Fondation pour la Dermatite Atopique.  L'usage de ce score n'a pas de restriction sauf en ce qui concerne la recherche clinique où il est soumis à certaines conditions. (poscorad@gmail.com)



**PO-Scorad Download**   
 Un outil pour évaluer l'eczéma

 <b>Apple Store</b>	 <b>Android</b>	 <b>Mac</b>	 <b>PC</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ PO-Scorad iPad</li> <li>▶ PO-Scorad iPhone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ PO-Scorad Tablet</li> <li>▶ PO-Scorad Phone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ PO-Scorad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ PO-Scorad</li> </ul>

Figure 10 : Page d'accueil du site [www.poscorad.com](http://www.poscorad.com)

**A : Surface atteinte**  
- Sélectionnez l'âge de la personne atteinte

+ de 2 ans      + de 2 ans

- Indiquez sur le dessin les zones touchées par l'eczéma

**B : Intensité des symptômes**  
(de 0 à 3)

Sécheresse \*      Rougeur

Gonflement      Suintement / croûtes

Lésions de grattage      Épaississement

\* la sécheresse est évaluée sur la peau saine (sans eczéma)

**C : Symptômes subjectifs**  
Démangeaisons & troubles du sommeil

Échelles visuelles analogiques  
(valeur de 0 à 10)  
(moyenne des dernières 48 heures)

Pas de troubles du sommeil      Troubles du sommeil très importants

Pas de démangeaison      Démangeaison intolérable

ETIAD      PO-SCORAD

Figure 11 : Grille de PO-SCORAD disponible sur le site de la fondation de la DA

#### 2.4.2. DLQI

Le DLQI ou Dermatology Life Quality Index [14] est un score validé qui est aussi couramment utilisé par les dermatologues, afin d'évaluer l'atteinte de la dermatite atopique sur la qualité de vie du patient au cours des 7 derniers jours.

Le test se compose de 10 questions auxquelles les patients peuvent 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.

Les questions que le test pose sont par exemple :

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

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

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

Cette évaluation, tout comme celle que permet le SCORAD, constituera un outil essentiel dans l'orientation de la prise en charge de la maladie.

### **3. PRISE EN CHARGE**

Il existe dans la dermatite atopique une alternance entre des phases de poussées et des phases de rémission. La prise en charge doit alors comporter : un traitement de ces poussées ainsi qu'un traitement d'entretien.

Les objectifs de la prise en charge sont la guérison et la prévention des surinfections (traitement des poussées) ainsi que la prévention de la xérodermie et des rechutes précoces (traitement d'entretien). Un troisième objectif essentiel vient s'ajouter aux deux premiers : l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur entourage.

#### **3.1. PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE**

Il existe des traitements efficaces pour lutter contre la DA, mais aucun traitement ne fera disparaître totalement la maladie.

Différents traitements sont disponibles. Leur utilisation varie selon que l'on se situe en période de poussée inflammatoire ou non, et dépend de la réponse du patient (figure 12).

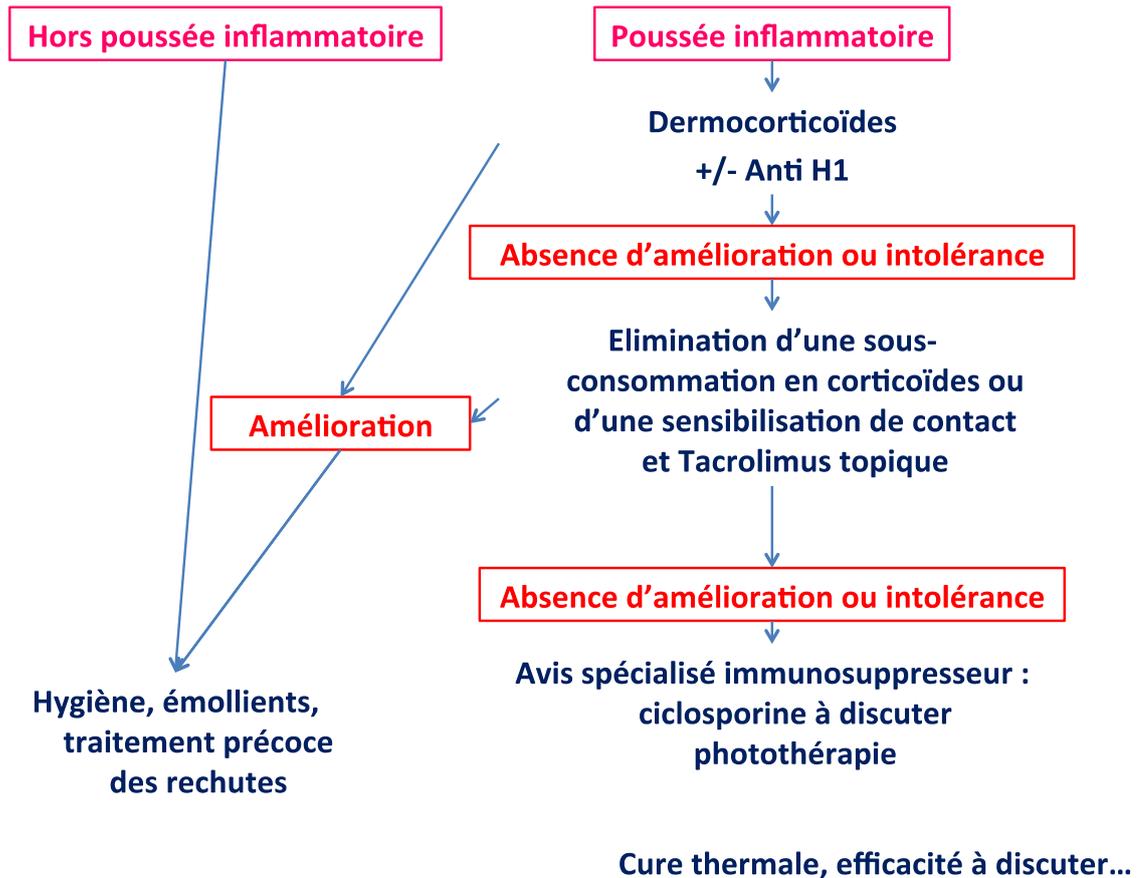


Figure 12 : Arbre décisionnel de la prise en charge d'une dermatite atopique [15]

### 3.1.1. Les dermocorticoïdes

#### 3.1.1.1. Généralités

Les dermocorticoïdes constituent le traitement de référence de la DA. Les corticoïdes d'action locale présentent des propriétés anti-inflammatoires, antiallergiques et antiprurigineuses. Leur niveau d'efficacité dépend de la molécule et de sa concentration finale au niveau de la peau. Cette concentration dépend elle-même de la concentration de la préparation ainsi que de la nature de l'excipient utilisé [16].

Les dermocorticoïdes sont classés en quatre niveaux d'activité (tableau 3).

<i>Classe</i>	<i>Activité</i>	<i>Précautions d'utilisation</i>	<i>Exemples</i>
IV	Très forte	Contre-indiqués chez le nourrisson et chez l'enfant et sur le visage, les plis et le siège	<b>Dermoval®</b> (crème, gel) : clobétasol propionate 0,05% <b>Diprolène®</b> (crème, pommade) : bétaméthasone dipropionate 0,05% avec propylène-glycol
III	Forte	Réservés aux cures courtes des formes très inflammatoires et très lichénifiées des extrémités	<b>Betneval®</b> (crème, pommade, lotion) : bétaméthasone valérate 0,1% <b>Diprosone®</b> (crème, pommade, lotion) : bétaméthasone dipropionate 0,05% <b>Locoïd®</b> (crème, crème épaisse, pommade, lotion, émulsion) : hydrocortisone butyrate 0,1% <b>Nérisonne®</b> (crème, pommade) : diflucortolone valérianate 0,1%
II	Modérée	Utilisés sur le visage, les paupières, les plis, les régions génitales et chez le nourrisson	<b>Locapred®</b> (crème) : désionide 0,1% <b>Tridésionit®</b> (crème) : désionide 0,05%
I	Faible	Peu de place en thérapeutique	<b>Hydracort®</b> (crème) : hydrocortisone acétate 0,5%

Tableau 3 : Classement des dermocorticoïdes selon leur niveau d'activité

Comme nous pouvons l'observer dans le tableau ci-dessus, les dermocorticoïdes se présentent sous différentes galéniques. Les pommades seront préférentiellement utilisées sur les zones très sèches ou squameuses. Les crèmes, les émulsions et les gels seront utilisés essentiellement sur les lésions suintantes et au-niveau des plis. Tandis que les lotions sont réservées aux régions pileuses comme le cuir chevelu.

Les effets indésirables cutanés des dermocorticoïdes sont en pratique rarement observés. Ces derniers sont proportionnels au niveau d'activité de la molécule ainsi qu'à la durée d'utilisation, les plus couramment cités sont : atrophie cutanée (réversible), telangiectasie, hyperpilosité.

La résorption cutanée de ces topiques est faible mais peut être augmentée chez le jeune enfant et lors d'utilisations prolongées sur une surface cutanée étendue et/ou sous pansement occlusif. Les effets indésirables systémiques demeurent extrêmement rares, mais dans le cas d'une pareille résorption, il peut théoriquement apparaître des effets secondaires identiques à ceux des corticoïdes per os.

Au regard d'une corticophobie très importante de la part des patients et des soignants - 80% des Français se disant corticophobes - il faut préciser qu'il ne faut pas limiter l'usage des dermocorticoïdes à cause d'une crainte théorique de leurs effets secondaires, au vu de la fréquence très faible de ceux-ci, et du rapport bénéfice/risque très élevé de cette classe.

Les corticoïdes ne sont administrés par voie orale que dans des cas très rares, car il existe per os un effet rebond que l'on observe pas par voie cutanée.

### **3.1.1.2. Modalités d'utilisation**

Les dermocorticoïdes sont prescrits lors des phases de poussées à raison d'une application par jour, ce qui favorise notamment l'observance du patient vis-à-vis de son traitement.

Il n'existe pas de doses maximales lors du traitement cutané d'attaque administré lors des phases de poussées. En effet, au regard de la rareté des effets indésirables et de la grande efficacité des dermocorticoïdes, une dose « forte » une fois par jour sera appliquée jusqu'à ce que la peau soit « blanchie ».

Lorsque les lésions sont résistantes, le médecin pourra proposer au patient un pansement occlusif de dermocorticoïde que l'on appelle un wet-wrapping (nous aborderons cette technique dans la Partie II).

Lors des périodes de rémission, les dermocorticoïdes sont également utilisés, soit dès lors que de nouvelles lésions d'eczéma font leur apparition, soit de façon systématique, deux à trois fois par semaine et cela afin d'éviter une éventuelle rechute.

### **3.1.2. Les inhibiteurs de la calcineurine topiques**

Le Tacrolimus est le seul médicament de cette famille commercialisé en France, c'est un inhibiteur topique de la calcineurine, il ne peut être prescrit que par un pédiatre ou par un dermatologue et cela qu'à partir de l'âge de 2 ans.

Il est utilisé en seconde intention dans la prise en charge de la DA, en cas de résistance ou de contre-indication aux dermocorticoïdes.

Il s'agit d'un macrolide 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.

Le tacrolimus est présenté sous deux formes :

- pommade à 0,03% utilisable chez l'enfant de 2 à 16 ans.
- pommade à 0,1% réservé à l'adolescent de plus de 16 ans et à l'adulte.

Le tacrolimus est prescrit à raison d'une application en couche mince sur toutes les parties à traiter, deux fois par jour pendant une durée maximum de 6 semaines ; puis une fois par jour jusqu'à la guérison des lésions.

Ses principaux effets indésirables sont : irritation cutanée locale (prurit, sensations de brûlure, érythème), hyperesthésie cutanée au chaud et au froid, picotements cutanés, folliculite, acné, rosacée, infections à *Herpes simplex* et intolérance à l'alcool. Ces effets indésirables sont généralement transitoires.

### **3.1.3. Les antihistaminiques oraux**

Ils sont utilisés en complément des traitements locaux lors des poussées. Ils ont une activité antiprurigineuse. De plus les anti-H1 de première génération possèdent une activité sédative, ce qui permet de diminuer le réveil nocturne dû au prurit.

Aucune étude n'a montré leur efficacité sur les poussées au long cours.

L'oxatomide (**Tinset®**) est un antihistaminique pouvant être utilisé.

### **3.1.4. Les antiseptiques et antibiotiques**

Les antiseptiques et les antibiotiques ne doivent être utilisés qu'en présence de surinfection manifeste des lésions.

### **3.1.5. Les traitements d'exception**

D'autres traitements réservés aux formes graves peuvent être prescrits aux patients atteints de DA. Il est nécessaire avant leur prescription de s'assurer que le ou les traitement(s) prescrits en première intention a (ont) été correctement administré(s).

Nous pouvons notamment citer :

- la photothérapie : efficace et bien tolérée à court terme et qui doit être réalisée dans des cabinets de dermatologie équipés de cabines adaptées.

- la ciclosporine : polypeptide immunosuppresseur qui forme un complexe avec la cyclophiline, inhibant alors la calcineurine de la même façon que le tacrolimus. La ciclosporine dispose d'une autorisation de mise sur le marché (A.M.M.) chez l'adulte dans la prise en charge de la DA. Elle est administrée per os suivant une prescription initiale réservée au milieu hospitalier. Son utilisation est limitée à 6 mois, voire 1 an au maximum, du fait de ses effets indésirables graves : néphrotoxicité, hépatotoxicité, hyperuricémie et hypertension artérielle. Son utilisation est limitée à l'adulte aux formes graves de DA ayant résistées aux soins locaux bien réalisés.

### **3.2. PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE**

Des mesures non médicamenteuses adjuvantes aux traitements que nous venons de décrire existent. Ces mesures ont pour principaux objectifs de diminuer la fréquence des rechutes, de lutter contre la sécheresse cutanée et d'améliorer plus généralement la qualité de vie du patient.

#### **3.2.1. Les émollients**

Les émollients sont utilisés afin de réduire la sécheresse cutanée et permettent alors à l'épiderme de retrouver sa fonction barrière vis à vis des allergènes. Ces produits sont généralement bien tolérés, ils sont utilisés pendant les phases de rémission afin d'espacer les périodes de poussées d'eczéma et potentiellement de limiter le recours aux dermocorticoïdes. Les émollients peuvent en outre être utilisés pendant les périodes de poussées inflammatoires.

Leur principal mode d'action consiste à la rétention de l'eau en s'opposant à son évaporation (glycérol), ainsi qu'à la compensation des altérations structurales des lipides naturels du *stratum corneum* (acides gras essentiels, céramides).

La plupart des émollients ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale française à l'exception notamment du Dexeryl® (glycérol, vaseline, paraffine), ce qui en fait d'ailleurs leur principal problème : leur coût.

Afin d'éviter tout risque allergique, la formulation de ces produits sera si possible sans parfum et sans conservateur irritant (phénoxyéthanol, parabènes).

La plupart des laboratoires dermo-cosmétiques présents en pharmacie ont mis sur le marché un produit émollissant (tableau 4).

<i>Produits</i>	<i>Principaux actifs</i>	<i>Remarques</i>
Atoderm PP Baume (Bioderma)	Complexe Ecodéfensine vaseline/glycérine (hydratant), zanthalène (apaisant), vitamine B3	La vitamine B3, aussi appelée vitamine PP ou niacine, stimule la synthèse des lipides par la couche cornée.
Dexeryl Crème (Pierre Fabre)	Glycérol, vaseline, paraffine liquide	Contient un parabène (rares réactions allergiques)
Excipial Kids Mousse, lotion, crème (Spirig)	Glycérine, SymCalmin (apaisant, anti-inflammatoire), Dexpanthénol (hydratant, restructurant)	Le complexe SymCalmin contient un actif de structure proche de celle des produits anti-irritants de l'avoine.
Exomega Baume (A-Derma)	Plantules d'avoine Rhealba (anti-irritant, immunorégulateur), Filaxérine (association de substance inductrice de la filaggrine et d'oméga-6)	Les avenanthramides de l'avoine inhibent la libération d'histamine.
Ictyane HD Baume (Ducray)	Hydroxydécine, vaseline/glycérine (hydratant, apaisant), énoxolone (apaisant), huiles de coco et de carthame (relipidantes)	L'huile de carthame, riche en oméga-6 et en vitamine K (action sur les rougeurs) s'oxyde facilement.
Lipikar AP Baume (La Roche-Posay)	Beurre de karité, huile de canola (relipidant), cyclohexasiloxane (émollient) ; eau thermale, vitamine B3	Le beurre de karité est réputé pour apaiser les peaux irritées.
Stelatopia Baume (Mustela)	Glycérine, pétrolatum, distillat de tournesol, céramides, cire de carnauba (relipidants)	La cire de carnauba, très couvrante, est extraite des feuilles de <i>Copernicia prunifera</i> .
Topialyse Crème (SVR)	Huile de bourrache, de cameline (oméga-3,6), céramides (réparateurs), enoxolone (anti-irritation), extrait de bardane	L'énnoxolone limite la dégradation naturelle de l'hydrocortisone.
Trixera + Sélectiose Baume (Avène)	Huile d'onagre (réparateur), Sélectiose (modère l'hypersensibilité cutanée), glycolcolle, eau thermale (apaisants)	Le glycolcolle inhibe la dégranulation mastocytaire et réduit ainsi le prurit d'origine allergique.
Xémose Cérat (Uriage)	Cérastérol-F, beurre de karité (réparateurs), eau thermale	Le beurre de karité est réputé pour apaiser les peaux irritées.
Xérodiane Plus Crème, Nutri-Baume (Noreva Led)	Aquarestore 8 dans la crème (réparateur), oméga-3 et 6, vitamine PP, zinc	Technologie Aquaperfus pour le baume (meilleure pénétration des actifs).

Tableau 4 : Principaux soins émollients présents en pharmacie (Source : laboratoires, Clickadoc, 2012. Liste non exhaustive.)

### **3.2.2. Les mesures d'hygiène**

Les mesures d'hygiène ont une incidence favorable sur la dermatite atopique.

Si possible, la douche d'un patient atteint d'eczéma atopique ne doit pas excéder 5 minutes et le bain doit être également de courte durée (inférieur à 15 minutes). La toilette quotidienne est de préférence à l'eau tiède (inférieure à 34°C) et utilise des bases lavantes ou des pains sans savon, sans parfum, sans parabènes et à pH physiologique.

Les produits nettoyeurs sont utilisés sur une peau mouillée sans frottements, et doivent faire l'objet d'un rinçage minutieux. Le séchage de la peau se fait par tamponnements.

Certains produits contiennent des agents surgraisants ou apaisants, ainsi que des actifs régulant la prolifération bactérienne afin de nettoyer au mieux une peau susceptible de se surinfecter.

### **3.2.3. Les thérapeutiques alternatives**

Des thérapeutiques alternatives existent telles que : la psychothérapie, l'acupuncture, l'hypnothérapie, les cures thermales ou les massages thérapeutiques.

Le médecin ou le pharmacien, dans son rôle de professionnel de santé devra expliquer au patient que ces thérapeutiques peuvent constituer un complément de traitement indéniable si tant est que leur état général s'améliore, mais que ces dernières ne peuvent constituer à elles seules le traitement de leur DA.

### **3.3. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE**

Le pharmacien et le médecin devront proposer l'éducation thérapeutique aux patients atteints de DA sévère. Nous décrirons dans la deuxième partie de cette étude l'intérêt, les objectifs ainsi que la réalisation pratique de l'éducation thérapeutique en dermatologie.

Il faut préciser ici, que c'est notamment grâce à l'éducation thérapeutique que les professionnels de santé doivent expliquer aux patients, qui bien souvent se sentent désespérés, la nécessité des traitements de référence qui doivent s'intégrer dans une action globale d'amélioration de leur qualité de vie.

### **3.4. LES CONSEILS**

Autant que possible, le pharmacien ou le médecin, devra rappeler un certain nombre de conseils nécessaires pour limiter les récurrences de DA, pour favoriser l'observance du traitement d'entretien et pour apprendre à maîtriser le grattage [17].

Afin de maîtriser les facteurs déclenchants, le patient devra aérer régulièrement son habitation, éviter le contact avec les animaux domestiques, les allergènes ou encore le tabac. Il sera nécessaire que le patient porte des vêtements doux et en coton. En hiver, lorsque les poussées deviennent plus fréquentes, le port de vêtements en laine sera à éviter, et le patient ne devra pas être trop couvert. De même, l'habitation ne devra pas être surchauffée.

Les patients devront privilégier le choix de cosmétiques hypoallergéniques.

La diversification alimentaire devra être introduite à partir de l'âge de 6 mois chez le nourrisson.

Puis, afin de favoriser l'observance du traitement d'entretien, le pharmacien ou le médecin devra insister sur l'importance fondamentale du bon usage des médicaments prescrits ou des émoullients et nettoyants conseillés.

Enfin, pour éviter que le patient ne se gratte de façon trop intempestive, les ongles devront être coupés court afin d'éviter une potentielle surinfection des lésions.

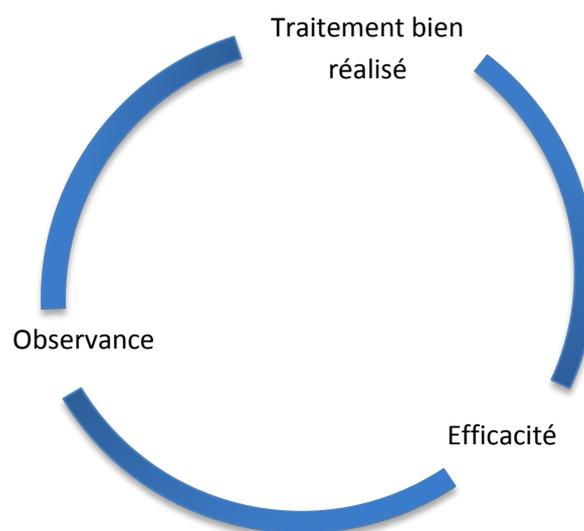
# **PARTIE II : LE WET-WRAPPING**

## **1. MISE EN PLACE DU WET-WRAPPING, DE L'HOPITAL AU DOMICILE**

Le wet-wrapping, littéralement « emballage humide », est une technique de soins locaux adaptés au traitement des formes sévères d'eczéma. Cette technique n'est traditionnellement utilisée qu'à l'hôpital en seconde intention, lorsque les traitements topiques à base de dermocorticoïdes n'ont pas présenté d'efficacité suffisante.

Durant ces vingt-cinq dernières années, le wet-wrapping a été jugé comme un moyen de traitement sûr et efficace chez les patients souffrant de DA sévère et/ou rebelle [18].

L'objectif du wet-wrapping est de traiter efficacement et rapidement l'inflammation au niveau de la peau, ainsi que les démangeaisons qui surviennent lors des poussées d'eczéma chez l'enfant ou chez l'adulte. L'efficacité engendrée par le wet-wrapping permet chez le patient de reprendre confiance dans les dermocorticoïdes. Le patient intègre alors le cercle vertueux : traitement bien réalisé, efficacité, observance, traitement bien réalisé (figure 13).



**Figure 13 : Cercle vertueux**

### **1.1. UTILISATION**

Le wet-wrapping peut être utilisé dans quatre indications :

- la dermatite atopique en poussée,
- la dermatose eczématiforme du sujet âgé,
- l'eczéma nummulaire,
- le prurigo.

C'est dans l'indication de la dermatite atopique sévère que nous détaillerons cette technique.

Le traitement est utilisé en deuxième intention devant un eczéma qui n'a pas répondu aux soins locaux bien réalisés [19].

Le wet-wrapping s'applique de deux façons :

- En période de poussée : c'est un moyen efficace pour améliorer rapidement l'état de la peau et le confort du patient. Il permet de garder la peau au contact du traitement local pendant une durée prolongée de 6 heures au minimum. C'est pour cela qu'il est surtout utilisé durant la nuit.

- Afin d'éviter la réapparition des poussées le wet-wrapping est utilisé en traitement d'entretien deux fois par semaine chez l'enfant ou l'adulte.

Il revient au prescripteur du wet-wrapping, de préciser les conditions dans lesquelles il souhaite que la technique soit utilisée :

- la surface à traiter,
- la fréquence des bandages,
- le traitement local : dermocorticoïde pur ou dilué (ex : 50% cold-cream + 50% dermocorticoïde).

## **1.2. MATERIEL**

Avant de débiter le traitement, il faut disposer de [19] :

- La préparation prescrite et remboursée réalisée à partir d'un mélange de dermocorticoïde et de cold-cream.

- Un récipient rempli d'eau chaude nécessaire pour rendre humide le pansement ou la compresse.

- Des compresses humides qui s'appliquent directement sur la peau après l'application de la préparation, et qui sont recouvertes par des bandes sèches. Dans l'idéal, les compresses humides sont remplacées par le Tubifast® qui s'enfile directement sur le membre après l'application de la crème.

Le choix du Tubifast® doit se faire en fonction de la corpulence du patient. Il existe cinq modèles disponibles en pharmacie et commercialisés par le laboratoire Mölnlycke Health Care (figure 14).

Ces vêtements ont été introduits sur le marché en 2003. Les utiliser facilite le traitement et peut vraisemblablement constituer un gain de temps pendant la phase de préparation et d'application du traitement [20].

**Tubifast™** WITH 2-WAY STRETCH™ TECHNOLOGY

Code laboratoire	Code ACL	Code couleur	Circonférence (cm)	Diamètre (cm)	Ville	Hôpital
2434	9673605	ligne rouge**	9 - 18	3,5	1	10
2436	9673597	ligne verte**	14 - 24	5	1	10
2438	9537902	ligne bleue	24 - 40	7,5	10	10
2440	9537919	ligne jaune	35 - 64	10,75	10	10
2444	9537925	ligne violette	64 - 130	20	10	10

\* Remboursement LPPR, catégorie système de maintien de pansements, non stériles. Prix LPPR = Prix de vente conseillé.  
\*\* Non remboursé LPPR.

Figure 14 : Modèles Tubifast® disponibles en pharmacie et commercialisés par le laboratoire Mölnlycke Health Care [21]

- Des bandes sèches qui permettent de maintenir la couche humide et chaude sur la peau. Ces bandes de crêpes ou de gaze sont utilisées en entourant le membre ou la zone concernée.
- Un sparadrap microporeux pour maintenir les bandes de crêpe contre la peau.
- Des vêtements ajustés, comme un tee-shirt par exemple, sont utiles pour assurer le confort du patient.

### 1.3. REALISATION PRATIQUE

Dans un premier temps, il faut faire tremper les Tubifast® dans la bassine d'eau qui doit être assez chaude afin que la compresse-tube arrive à la bonne température sur le corps du patient.

Puis, il faut appliquer le traitement local généreusement sur les surfaces à traiter et recouvrir ces zones à l'aide du Tubifast® encore tiède et essoré minutieusement.

Des bandes sèches de type velpeau sont ensuite utilisées afin de recouvrir ce premier pansement humide. Elles sont maintenues ensemble par un sparadrap microporeux.

Enfin, le patient peut enfiler un vêtement au-dessus de son bandage, afin de ne pas avoir froid et d'être à l'aise pour poursuivre ses activités.

Le pansement occlusif sera maintenu ainsi, le temps prescrit par le médecin. Généralement, le patient garde son bandage durant la nuit, soit une dizaine d'heures en moyenne.

#### **1.4. SURETE DU TRAITEMENT ET EFFETS SECONDAIRES**

Une étude, l'étude de Wolkerstorfer, a noté une amélioration importante durant la première semaine de traitement, mais moins importante sur la deuxième semaine, la plupart des auteurs ont aussi décrit une bonne efficacité sur des périodes allant jusqu'à 7 jours [13].

Le traitement wet-wrapping est très efficace chez les patients souffrant de DA sévère. Pour certains patients, cette technique apparaît comme chronophage et laborieuse, c'est d'ailleurs les principaux inconvénients qui sont constatés.

Les effets secondaires qui ont été rapportés sont peu fréquents et sont en général assez modérés et temporaires. Le principal effet indésirable est l'inconfort dû au coup de froid suite à l'application de la première couche humide. Cela demande une attention particulière quant à la température de l'eau.

Une folliculite peut survenir, elle est due à l'effet occlusif du traitement est peut être diminuée en utilisant des crèmes à la place des pommades, et en essayant de l'appliquer dans le bon sens du poil.

D'autres infections sévères de la peau, notamment l'infection à *Pseudomonas aeruginosa*, sont rares et peuvent être liées à l'humidité de l'environnement apportée par les bandages.

Certaines lésions cutanées réfractaires ont pu apparaître sur des zones non couvertes par les bandages (bras ou jambe isolé(e)). Il est à noter, que ce problème n'apparaît pas lors de l'utilisation de vêtements Tubifast®.

Un des effets indésirables induits par la corticothérapie systémique chez les enfants est le retard de croissance. C'est pourquoi, McGovan s'est penché sur la croissance à court terme de 8 enfants (âge moyen de 5 ans) utilisant le traitement WW avec des dermocorticoïdes dilués. Il n'y a pas eu de différence significative sur la croissance des enfants traités sur une période moyenne de 12 semaines [20].

## **2. LA VIDEO, OUTIL D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU WET-WRAPPING**

### **2.1. DEFINITION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE**

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». [22]

« Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » [23]

L'éducation thérapeutique du patient doit s'intégrer à la stratégie thérapeutique globale (Figure 15) [23].

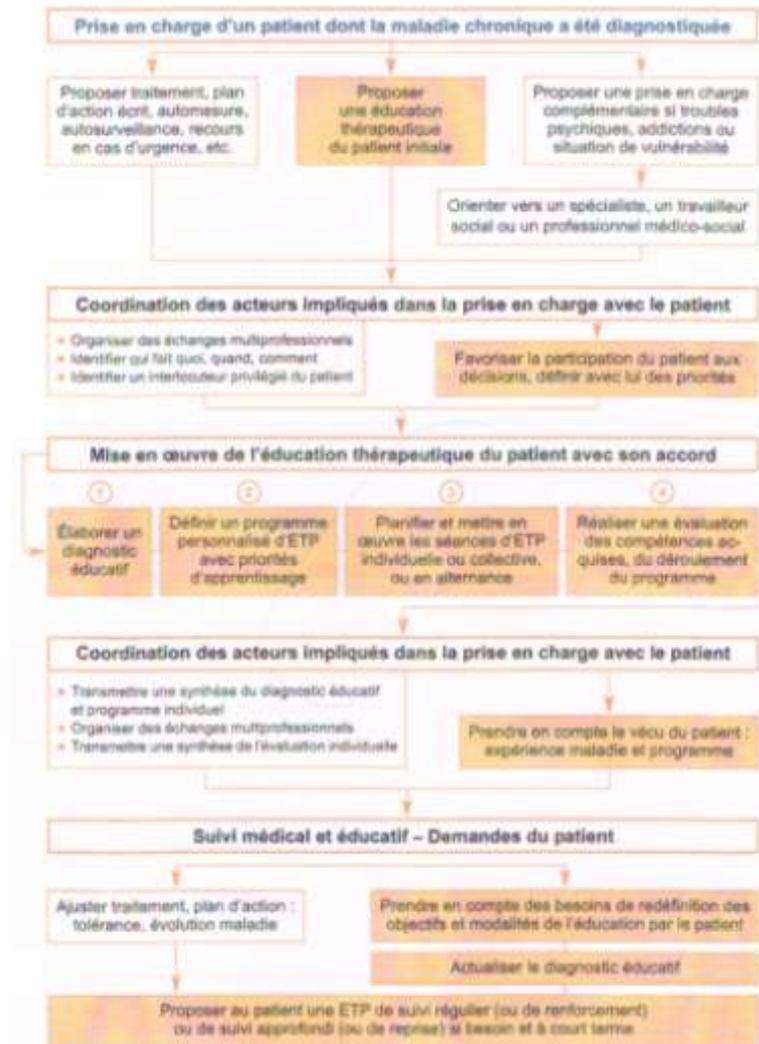


Figure 15 : Prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique

En pratique, nous pouvons distinguer quatre étapes clés au niveau de la réalisation des séances d'éducation thérapeutique [24] :

- Le diagnostic éducatif : il permet une écoute attentive du patient qui décrit son quotidien et la manière dont il ressent sa maladie et exprime librement ses croyances. Le sujet peut également, lors de cette première étape, expliquer les difficultés qu'il rencontre, détailler ses ressources et ses attentes. C'est au cours de cette phase d'écoute, qu'un « contrat de confiance soignant-soigné » pourra être mis en place.

- Fixer les objectifs éducatifs avec le patient : cette démarche donne la parole à la fois au soignant et au soigné, afin de déterminer ensemble quelles sont les attentes, et quelles seront les réponses qu'il faudra tenter d'apporter.

- Développer les compétences : cette étape permet de mettre en place des conseils pratiques pour l'application des traitements, pour la réalisation de la toilette ou encore pour s'adapter à son environnement et à des conditions particulières (piscine, mer, soleil). Lors de cet échange, des informations pour repérer des complications et savoir les gérer, seront notamment données.

- Evaluation de l'éducation thérapeutique : lors de cette étape, la satisfaction du patient sera évaluée, ses connaissances et ses nouveaux acquis seront analysés. En résumé, cette séance d'échange aura pour but de faire un bilan sur l'avancée du patient dans sa démarche de soins.

En France, l'éducation thérapeutique connaît un essor très important depuis plusieurs années dans des pathologies aussi variées que : l'asthme, le diabète, le SIDA et pour des classes médicamenteuses telles que les anti-vitamine K (AVK), les immunosuppresseurs ou les antalgiques.

## **2.2. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ET LA DERMATITE ATOPIQUE**

La dermatite atopique est une maladie chronique et a donc un impact sur la qualité de vie globale du patient et de son entourage immédiat, à travers les symptômes souvent invalidants, le poids des soins quotidiens et le retentissement psychologique. Elle doit donc, de façon évidente, bénéficier de la mise en place d'une éducation thérapeutique du patient pour lui permettre de s'impliquer dans le processus de soins.

L'éducation thérapeutique s'est révélée d'un grand secours pour d'autres maladies chroniques, telles que l'asthme ou le diabète, dans la diminution de la morbidité et du coût de prise en charge ainsi que dans l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Ainsi, l'éducation thérapeutique s'adresse :

- aux patients ayant une qualité de vie altérée,
- aux patients « en échec thérapeutique »,
- aux patients non observants,
- aux patients acceptant mal leur maladie,
- à l'entourage des patients présentés ci-dessus [10].

### **2.2.1. Intérêt du recours à l'éducation thérapeutique**

La dermatite atopique est une affection chronique et contraignante au quotidien aussi bien pour le patient, pour son entourage ou pour les soignants.

En effet, les traitements sont pour la plupart topiques et doivent être appliqués très régulièrement : en général une application par jour de dermocorticoïdes et un usage quotidien des nettoyants et des émoullients.

Au sujet du traitement, l'éducation thérapeutique est alors indispensable notamment dans la lutte contre la corticophobie (80% des Français sont corticophobes). En effet, les

dermocorticoïdes ne présentent pas les mêmes effets secondaires que les corticoïdes per os, sont bien tolérés et souffrent d'une mauvaise réputation auprès du grand public et de certains professionnels de santé.

L'éducation thérapeutique doit reformuler les messages et faire le tri dans l'ensemble des informations qui parviennent jusqu'au patient.

### **2.2.2. Objectifs**

Le principal objectif de l'éducation thérapeutique est de placer le patient au centre de sa maladie et des décisions qui se rapportent à son traitement, le patient devient alors « acteur de sa maladie ».

Il est nécessaire que le sujet sache ce qu'est sa maladie, qu'il comprenne le bienfondé de ses traitements et qu'il acquière les compétences techniques dans la réalisation de ces derniers afin d'obtenir une meilleure observance.

L'ensemble de ces objectifs doit se tourner vers une recherche permanente de l'amélioration de la qualité de vie du patient.

### **2.2.3. Réalisation pratique**

Les ateliers d'éducation thérapeutique peuvent être réalisés de façon individuelle ou en groupe, et peuvent très bien se faire par téléphone.

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans différents modules :

- Vivre avec sa maladie,
- Comprendre sa maladie,
- Gérer les facteurs aggravants,
- Connaître les traitements afin d'améliorer l'observance.

Les séances peuvent se dérouler dans des écoles de l'atopie, appelées également centres ou ateliers d'éducation thérapeutique. La première école de l'atopie a été créée par le Professeur Jean-François Stalder au sein du CHU de Nantes en 2000.

Au sein de ces écoles, c'est une équipe hospitalière qui se met au service du patient afin de :

- dédramatiser la maladie,
- comprendre la maladie et son évolution,
- bien comprendre pourquoi le traitement a été prescrit et bien le suivre,
- bien comprendre l'importance des conseils et bien les respecter : hygiène de vie, utilisation des émoullients,
- poser toutes les questions pour mieux vivre au quotidien la maladie [10].

Ainsi, comme nous venons de l'aborder, la dermatite atopique doit être notamment expliquée par le biais de l'éducation thérapeutique. Au cours des ateliers, le patient va pouvoir acquérir des clefs pour mieux vivre avec sa maladie, mais également pour mieux la prendre en charge. Les traitements par dermocorticoïdes, les émoullients ainsi que les conseils d'hygiène sont abordés au cours de ces séances.

Le wet-wrapping est une technique de soins spécifique et est détaillée grâce à l'éducation thérapeutique à l'hôpital. Avec l'émergence des nouvelles technologies, de nouveaux outils tels qu'Internet ou l'outil audiovisuel seront très utiles dans l'explication de pareils traitements.

### **2.3. REALISATION DE LA VIDEO**

Comme nous l'avons vu, le wet-wrapping est une technique récente dans la prise en charge de la dermatite atopique. Cette méthode implique la succession d'étapes que le patient doit comprendre et maîtriser.

La pratique du wet-wrapping était jusqu'à présent hospitalière. Le patient se rendait alors en hôpital de jour (HDJ) afin de se voir pratiquer cette méthode de soins.

Une nouvelle démarche a été de proposer la réalisation à domicile de cette technique. Les patients atteints de dermatite atopique, et pour lesquels les traitements locaux bien réalisés n'avaient pas été concluants se voyaient proposer la technique du wet-wrapping en consultation dite « traditionnelle ». L'infirmière ou le médecin détaillait le matériel, les gestes et la méthode sans disposer d'outil concret pour la démonstration du soin.

C'est pourquoi, qu'en tant qu'externe en pharmacie, le Professeur Stalder m'a sollicité pour réaliser une vidéo éducative sur cette méthode thérapeutique.

Véritable outil d'éducation thérapeutique, l'objectif de cette vidéo est de permettre aux patients de mieux comprendre la technique et d'apprendre à la réaliser eux-mêmes à la maison.

### **2.3.1. Réalisation du « storyboard »**

Dans un premier temps, nous avons travaillé sur la rédaction de ce qu'on appelle un « storyboard », c'est à dire un document écrit détaillant pour chaque plan de la vidéo, la réponse aux questions suivantes (tableau 5) :

- Quels objectifs ?
- Que cadrer ?
- Que montrer ?
- Qu'entendre ?

STORYBOARD DE LA VIDEO EDUCATIVE SUR LE WET-WRAPPING				
Plan	Quels objectifs?	Que cadrer?	Que montrer?	Qu'en-tendre?
1	<p><b>Définition, Quand ? Pourquoi ? Comment ?</b>            Le Wet-Wrapping est un soin qui renforce l'efficacité des traitements locaux et qui a une action efficace en cas d'eczéma sévère. Il diminue l'inflammation et les démangeaisons de façon importante.            Le Wet-Wrapping est un traitement de deuxième intention, il est utilisé dans les eczémats qui n'ont pas répondu aux traitements locaux classiques. Le traitement permet une activité normale puisqu'il est appliqué durant la nuit. Au long cours, il peut être utilisé 1 à 2 fois par semaine libérant ainsi le patient d'une astreinte quotidienne.            Le traitement est applicable aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.</p> <p><b>Indications :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermate atopique en poussée</li> <li>- Dermatose eczématiforme du sujet âgé</li> <li>- Eczéma nummulaire</li> <li>- Prurigo</li> </ul> <p><b>Comment ?</b></p> <p><u>Le matériel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PMR (Préparation Magistrale Remboursée) d'une association de dermocorticoïdes et de crème hydratante (Cold Cream).</li> <li>- Eau tiède dans une bassine.</li> <li>- Dans la mesure du possible : il est conseillé d'utiliser des compresses qui enrobent les membres (Tubifast®) à la fois pour le pansement humide mais aussi pour le pansement qui le recouvre.</li> </ul> <p><u>Mode opératoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer la préparation sur les zones d'inflammation.</li> <li>- Humidifier le tube dans une eau ne dépassant pas 37°C.</li> <li>- Essorer le tube pour qu'il soit juste humide.</li> <li>- Recouvrir les zones d'inflammation en enfilant le tube autour des membres.</li> <li>- Recouvrir le pansement humide d'une couche sèche qui peut être soit a) un tube de type Tubifast®, soit b) une bande de type Velpau, soit c) un vêtement serré (type tee-shirt long).</li> <li>- Appliquer une couche épaisse de crème hydratante sur le reste du corps.</li> <li>- Laisser le patient dans une chambre agréable et suffisamment chauffée.</li> <li>- Le patient peut se coucher dans son pyjama.</li> </ul>	/	3 slides : réponse aux questions posées.	Voix off

2	<p><b>Quel matériel utiliser? :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparation de la crème dans une cupule (mélange 50/50 de Betneval® crème ou pommade + Cold-Cream).</li> </ul> <p><b>Utilisation de la PMR directement pour la vidéo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuvette (PROPRE!) remplie d'eau tiède &lt; 37°C</li> <li>- Tubifast® adapté aux zones à recouvrir</li> <li>- Large sparadrap microporeux</li> <li>- Gants pour l'application</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fond avec tissu vert</li> <li>- Cadrage perpendiculaire</li> <li>- Images fixes souhaitables</li> <li>- Plan global puis plan détail élément par élément</li> </ul>	Photos passent au fur et à mesure.	Voix off
3	<p><b>Que va-t-il se passer ?</b></p> <p>Accueil de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Ceci est une préparation à base de dermocorticoïdes, elle pourra être faite à domicile par le (la) patient(e) ou l'entourage (maman...). »</li> <li>- « Cette préparation nécessite une concentration de 50% en dermocorticoïdes ce qui reste une quantité très inférieure à celle utilisée notamment pour la prise en charge de la crise d'asthme. »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fond uniforme</li> <li>- Pas de contre-jour</li> <li>- Plan fixe</li> <li>- Eliminer éléments « parasites » (pieds de lit, nom de l'infirmière sur la blouse, tâches sur les draps...etc.)</li> </ul>	Vidéo	Voix de l'infirmière
4	<p><b>Mettre</b> les vêtements et les bandes de Tubifast® à <b>tremper</b> dans la cuvette en précisant la température de l'eau.</p>	Idem au 3 Gros plan	Vidéo	Précisions de l'infirmière
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crémier généreusement le patient sur les zones à traiter avec la préparation.</li> <li>- Bien essorer les vêtements et les bandes et aider le patient à les enfiler.</li> <li>- Explications et conseils de l'infirmière.</li> </ul>	Plan perpendiculaire au lieu d'étalement de la crème	Vidéo	Précisions de l'infirmière
6	<p>« <b>Momifier</b> »</p> <p>- C'est le moment du <b>dialogue infirmière-patient</b> par des sollicitations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Est-ce que ça vous fait mal (démangeaisons...) ? »</li> <li>- « Serez-vous capable de le refaire avec ou sans l'aide d'une infirmière ? »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fond uniforme</li> <li>- Pas de contre-jour</li> <li>- Plan fixe</li> <li>- Eliminer les éléments « parasites » (pieds de lit, nom de l'infirmière sur la blouse, tâches sur les draps...etc.)</li> </ul>	Vidéo	Précisions de l'infirmière
7	<p><b>Les « TIPS »</b></p> <p>Reprise des messages éducatifs et liste des points non abordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur</li> <li>- Température de l'eau</li> <li>- Démangeaisons</li> <li>- Protection la nuit par alèse</li> <li>- Enfiler par dessus des vêtements confortables</li> <li>- Antalgique si peau abimée</li> <li>- Ne dispense pas de continuer les soins quotidiens</li> <li>- Bandage à laisser en place le plus longtemps possible</li> </ul>		<b>Interview de l'infirmière</b>	Voix off
8	<p><b>GENERIQUE et CONTACT HDJ « Service de Dermatologie – CHU NANTES »</b></p>	/	Photo	/

Tableau 5 : Storyboard de la vidéo éducative sur le wet-wrapping

### **2.3.2. Recrutement des acteurs**

Après avoir détaillé ce que nous voulions montrer dans cette vidéo, nous devons trouver un patient acceptant d'être filmé lors de la réalisation d'un wet-wrapping.

Des critères dans le choix de l'acteur étaient nécessaires :

- Etre atteint de DA sévère et ne pas avoir répondu aux traitements locaux bien réalisés.
- Avoir déjà eu recours au wet-wrapping à l'Hôpital.
- Etre âgé d'une dizaine d'années.
- Etre volontaire pour participer à un tel tournage.

- Et paradoxalement, ne pas souffrir d'une atteinte trop importante au-niveau du pourcentage de la surface corporelle afin de ne pas inquiéter les patients ou les parents, c'est à dire les futurs spectateurs de la vidéo.

Notre objectif a été de permettre une identification optimale du patient qui visionnera notre présentation. Alors, l'adhésion au wet-wrapping sera d'autant plus simple et le traitement sera dédramatisé, mieux réalisé et donc plus efficace.

L'enfant que nous avons sélectionné, Wilfried, était âgé de 9 ans au moment du tournage de la vidéo. Il s'agit d'un patient du service de dermatologie de l'Hôpital de Nantes, atteint de DA sévère et sur lequel les traitements locaux n'ont pas été concluants.

### **2.3.3. Tournage**

Le tournage a nécessité les moyens techniques du service de communication du CHU de Nantes.

Nous avons choisi de tourner la vidéo au sein de l'Hôpital dans une des chambres de l'hospitalisation de jour, afin de se retrouver dans les conditions réelles de pratique du wet-wrapping.

Notre patient, Wilfried s'était déjà rendu en hospitalisation de jour afin de pratiquer des wet-wrappings, ce qui a permis au tournage de se réaliser dans les meilleures conditions.

### **2.3.4. Montage**

Une fois les séquences récupérées, le travail a alors consisté à les placer bout à bout de façon logique et à l'aide de transitions fluides.

Au début de la séquence vidéo, nous avons inclus les images permettant la présentation succincte de la technique et du matériel nécessaire (figure 16 à 20).



Figure 16 : Diaporama de la vidéo (1)

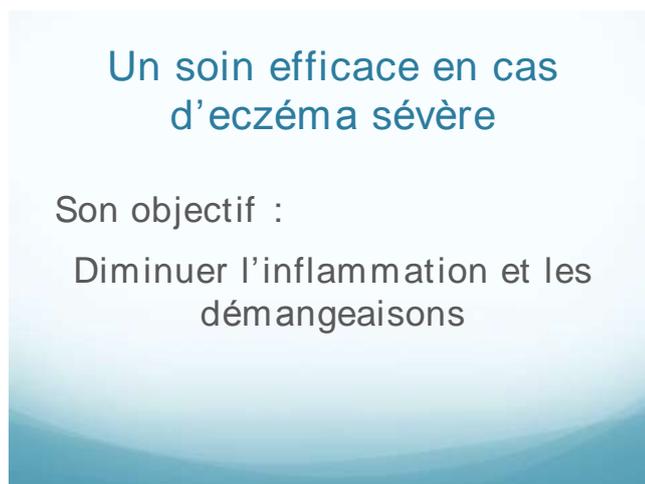


Figure 17 : Diaporama de la vidéo (2)

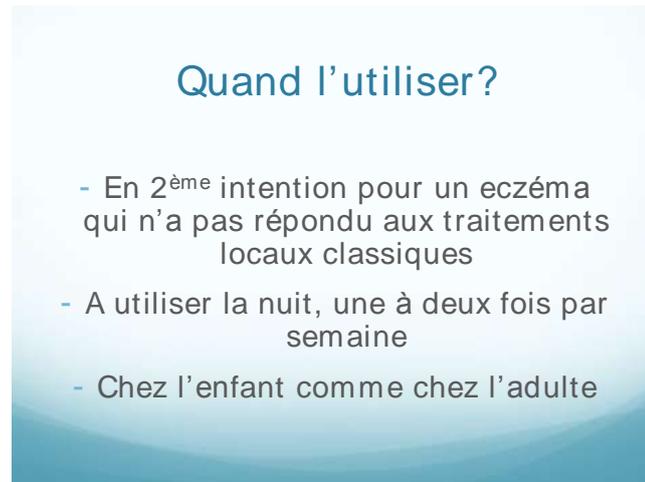


Figure 18 : Diaporama de la vidéo (3)

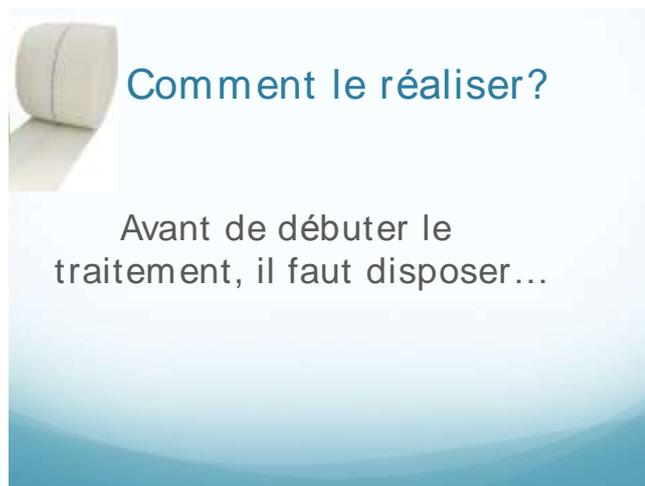


Figure 19 : Diaporama de la vidéo (4)

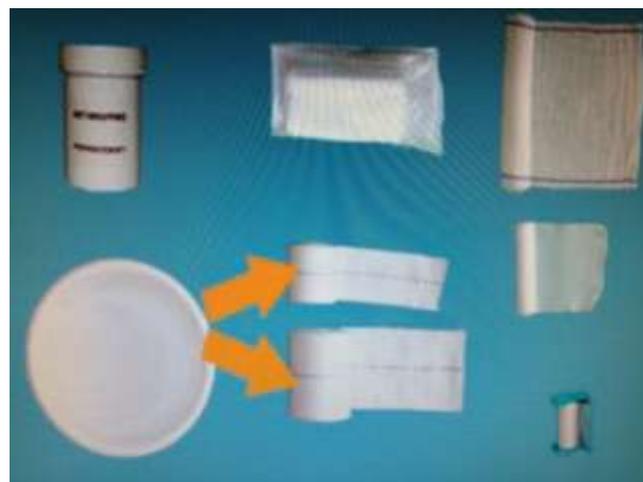


Figure 20 : Diaporama de la vidéo (5)

Afin de pouvoir utiliser la vidéo comme véritable outil d'éducation thérapeutique, une voix off a été enregistrée sur ces images pour détailler de façon précise chaque geste réalisé par l'infirmière sur le patient.

A la fin de la séquence du soin de l'enfant, nous avons intégré une discussion autour de la technique entre l'infirmière et la maman de Wilfried. Pour finir, le générique de fin incluant les remerciements et les contacts a été rajouté.

### **2.3.5. Diffusion**

Une fois la vidéo terminée, nous l'avons mise en ligne le 28 février 2012, sur le site internet du CHU de Nantes à l'adresse suivante : <http://www.chu-nantes.fr/qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer--31821.kjsp?RH=1258553576027>.

Lors des consultations dermatologiques de patients atteints de dermatite atopique et dont l'utilisation à domicile du wet-wrapping se justifie, les infirmières ou les dermatologues peuvent alors, soit proposer de regarder directement la vidéo sur place, soit s'ils ont accès à Internet à leur domicile, leur proposer de la visionner chez eux sur le site Internet du CHU de Nantes.

http://www.chu-nantes.fr - http://www.chu-nantes.fr  
www.chu-nantes.fr [PAR DÉFAUT]

**Pages**

Les pages sont regroupées par Page

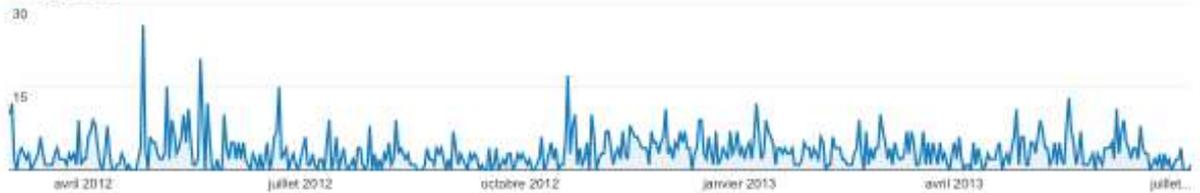
1 mars 2012 - 9 juil. 2013

● % des pages vues: 100,00 %

**Explorateur**

Fréquentation du site

## ● Pages vues



⌵ Ces données ont été filtrées avec l'expression de filtre suivante : **wrapping**

Page	Pages vues	Consultations uniques	Temps moyen passé sur la page	Entrées	Taux de rebond	Sorties (en %)	Valeur de la page
	<b>1 647</b> % du total: 8,02 % (8 938 225)	<b>1 463</b> % du total: 6,02 % (8 195 437)	<b>00:03:31</b> Moyenne du site: 00:06:41 (415,88 %)	<b>1 101</b> % du total: 0,86 % (1 288 338)	<b>85,01 %</b> Moyenne du site: 47,15 % (60,29 %)	<b>72,13 %</b> Moyenne du site: 21,97 % (28,32 %)	<b>0,00 \$US</b> % du total: 0,00 % (0,00 \$US)
1. /qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer-31821.kjsp?RH=1227872929677	<b>667</b>	601	00:03:59	413	83,54 %	67,32 %	0,00 \$US
2. /qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer-31821.kjsp?RH=1258553576027	<b>584</b>	541	00:02:57	514	90,66 %	85,96 %	0,00 \$US
3. /qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer-31821.kjsp?RH=ACCUEIL	<b>198</b>	175	00:05:41	65	84,62 %	71,72 %	0,00 \$US
4. /qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer31821.kjsp?RH=ACCUEIL	<b>102</b>	64	00:01:24	61	52,46 %	48,04 %	0,00 \$US
5. /la-technique-du-wet-wrapping-en-video-31762.kjsp?RH=ACCUEIL	<b>35</b>	31	00:03:30	27	85,19 %	71,43 %	0,00 \$US
6. /qi-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer-31821.kjsp	<b>28</b>	22	00:02:57	11	90,91 %	42,86 %	0,00 \$US
7. /jsp/envoi_ami.jsp?CODE=12752920&LANGUE=0&TYPE_OBJET=article&LIBELLE_FICHE=qu'est-ce-que-le-wet-wrapping+?+Comment+le+pratiquer+?	<b>4</b>	4	00:00:37	1	0,00 %	25,00 %	0,00 \$US
8. /qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer31821.kjsp?RH=ACCUEIL	<b>4</b>	2	00:01:00	2	0,00 %	0,00 %	0,00 \$US
9. /qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer-31821.kjsp?RH=1258553576027&RH=1258553576027&LANGUE=0	<b>3</b>	2	00:00:11	0	0,00 %	33,33 %	0,00 \$US
10. /qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer31821.kjsp?RH=ACCUEIL13	<b>3</b>	3	00:00:00	3	100,00 %	100,00 %	0,00 \$US

Lignes 1 à 10 sur 23

© 2013 Google

**Figure 21** : Nombre de vues de la vidéo du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 9 juillet 2013 (source : Google analytics)

Enfin, nous avons mis à disposition la vidéo sur un ordinateur en libre accès dans le service dermatologie de l'hôpital de Nantes, ainsi que sur une tablette à disposition des patients atteints de dermatite atopique et se rendant en consultation.

**PARTIE III :**  
**MISE EN PLACE DU**  
**QUESTIONNAIRE**

## 1. INTRODUCTION

Au sein de cette troisième partie, nous avons réalisé un questionnaire auprès des patients atteints de dermatite atopique sévère et réalisant la technique du wet-wrapping à domicile.

Grâce à ce questionnaire, nous souhaitons pouvoir évaluer la faisabilité de la technique du wet-wrapping au domicile des patients, ainsi que l'adhésion des patients (ou de leurs parents) à un outil d'éducation thérapeutique : une vidéo sur le wet-wrapping.

Comme nous l'avons décrit dans la deuxième partie, cette méthode de soins que constitue le wet-wrapping est assez récente. Son utilisation était jusqu'alors réservée à l'hôpital et puis, progressivement, elle a été proposée à domicile. Dans ce contexte, le patient n'aurait plus à se rendre à l'hôpital pour réaliser ce soin, ce qui permettrait d'améliorer sa qualité de vie (gain de temps, diminution du stress engendré par « l'effet blouse blanche »), mais également de diminuer les coûts de telles hospitalisations, et libérerait du temps pour le personnel soignant.

C'est pourquoi nous avons décidé de réaliser cette étude monocentrique rétrospective auprès d'une vingtaine de patients.

Le questionnaire a été proposé à 25 patients atteints de dermatite atopique sévère et réalisant déjà la technique du wet-wrapping à domicile et s'étant rendus à l'hôpital de Nantes au cours de l'année 2012.

Deux groupes ont été distingués : un premier groupe de 13 patients ayant utilisé par le passé le wet-wrapping lors d'hospitalisations de jour (groupe HDJ) et un deuxième groupe de 12 patients, ayant utilisé la technique uniquement à la maison après avoir reçu des explications à l'hôpital (groupe NON-HDJ).

Au sein de ces deux groupes, certains ont déjà vu la vidéo réalisée sur le wet-wrapping, les autres répondront à la question : « Seriez-vous intéressé pour visionner la vidéo réalisée sur le wet-wrapping ? ».

Notre taux de réponse au questionnaire est de 96,15%, nous avons en tout 26 patients répondant à nos critères d'inclusion, l'un d'entre eux n'a jamais pu être joint.

## **2. METHODE UTILISEE POUR REALISER LE QUESTIONNAIRE**

### **2.1. REALISATION D'UNE FICHE DU PROFIL DE CHAQUE PATIENT**

Dans un premier temps, nous avons réalisé une fiche détaillant le profil de chaque patient à partir des données retrouvées dans son dossier de l'hôpital et à partir des éventuelles données compilées par les infirmières du service de dermatologie sur une fiche de suivi.

Ces fiches nous ont alors permis de rassembler des informations objectives sur chaque patient mais également d'autres données plus subjectives telles que des commentaires faits par les patients auprès de l'équipe soignante. L'ensemble de ces informations nous a permis de mieux connaître les patients avant de les contacter.

Voici ci-après la fiche du patient utilisée.

## FICHE DU PATIENT D'APRES SON DOSSIER MEDICAL

1. Sexe :
  - Masculin
  - Féminin
2. Nom :
3. Prénom :
4. Identifiant CHU :
5. Date de naissance :
6. Age :
7. Activité professionnelle :
8. Adresse :
9. Distance CHU (1, place Ricordeau, 44000 Nantes) en km :
10. Téléphone 1 :
11. Téléphone 2 :
12. Personne à contacter pour le questionnaire :
  - Nom :
  - Parenté :
  - Coordonnées :
  
13. Diagnostic de la maladie :
14. Localisation de la DA :
  
15. Antécédents personnels :
16. Antécédents familiaux :
  
17. Habitudes de vie (HdV) :
  
18. Histoire de la maladie (HdM) :
  
19. Durée de la maladie :
  - < 1 mois
  - 1 – 6 mois
  - 6 mois – 1 an
  - 1 an – 5 ans
  - > 5 ans
  - Depuis la naissance

**A l'examen :**

20. 1<sup>er</sup> SCORAD connu à la date du :

Valeur :      A B C
---------------------

21. SCORAD 2 :

J :
Valeur :      A B C

22. SCORAD 3 :

J :
Valeur :

23. Médecins ayant suivi le patient :

- Spécialité :
- Spécialité :
- Non précisé

24. Traitement(s) et date(s) :

Traitement 1 :
Traitement 2 :
Traitement 3 :

25. Est passé en HDJ :

- Oui
- Non

26. A vu la vidéo :

- Oui
- Non

27. Fait du WW à domicile :

- Oui
- Non

28. Commentaires :

## **2.2. CONSTRUCTION D'UN QUESTIONNAIRE EN TROIS PARTIES**

Dans un deuxième temps, dès lors que les données des patients ont été récupérées dans les archives de l'hôpital de Nantes et que les fiches patient ont été complétées, nous avons réalisé un questionnaire articulé en trois parties.

Ce questionnaire se décompose comme suit :

- Profil du patient : la fiche du profil déjà renseignée ne permettait pas d'avoir toutes les réponses que nous souhaitions. Trois informations manquaient : la situation professionnelle du patient ou du parent s'occupant de l'enfant, la disposition d'un ordinateur et d'une connexion internet au domicile.

- A propos de la technique : votre expérience personnelle.

- A propos du film : votre expérience personnelle.

Vous trouverez ci-après le questionnaire soumis aux patients.

PROFIL DU PATIENT
-------------------

1. Quelle est votre situation professionnelle ?

Patient(e) :

Parent(s) :

2. Disposez-vous d'un ordinateur à votre domicile ?

Oui

Non

3. Si oui, disposez-vous d'une connexion à Internet ?

Oui

Non

## A PROPOS DE LA TECHNIQUE : VOTRE EXPERIENCE PERSONNELLE

1. Avez-vous contacté les infirmières de l'Hôpital ou vous ont-elles contacté(e) ?

- Oui  
 Non

2. Vous arrive-t-il encore d'utiliser la technique du wet-wrapping à la maison ?

- Oui  
 Non

Si oui à quelle fréquence :

3. Que pensez-vous de ces affirmations à propos de la technique?

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Cette technique est possible à réaliser à domicile					
Le wet-wrapping m'a demandé beaucoup de temps					
Je me suis fait à l'idée de réaliser cette technique					
Grâce à cette technique, mon état (ou celui de mon enfant) s'est amélioré					
Au vu des résultats, je continuerai à utiliser cette technique					

4. Après l'utilisation du wet-wrapping, les lésions suivantes ont-elles présenté une amélioration :

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Erythème (rougeur)					
Œdème/papules (épaisseur)					
Excoriations (plaies)					
Suintements, croûtes					
Lichénifications (quadrillage)					
Sécheresse cutanée (xérose)					

5. Après l'utilisation du wet-wrapping, sur une échelle de 0 à 5, quel est l'impact de la maladie sur l'amélioration du sommeil (0 équivalent à aucune amélioration, et 5 à une amélioration maximale) ?

0    1    2    3    4    5

6. Après l'utilisation du wet-wrapping, sur une échelle de 0 à 5, quel est l'impact de la maladie sur la diminution des démangeaisons (0 équivalent à aucune amélioration, et 5 à une amélioration maximale) ?

0    1    2    3    4    5

7. D'une manière générale, recommanderiez-vous l'utilisation du wet-wrapping à un parent ayant un enfant atteint de la même affection ?

- Oui  
 Non

8. D'une manière générale, recommanderiez-vous la pratique à domicile plutôt qu'à l'hôpital du wet-wrapping, à un parent ayant un enfant atteint de la même affection ?

- Oui  
 Non

9. Autre(s) remarque(s) :

A PROPOS DU FILM : VOTRE EXPERIENCE PERSONNELLE
---

1. Avez-vous vu la vidéo sur le wet-wrapping ?

- Oui  
 Non et ne souhaite pas la visionner  
 Non et est intéressé pour la visionner

Si la réponse à cette question est « non », le questionnaire est terminé.

2. Si vous avez vu la vidéo, pour bien comprendre la technique combien de fois avez-vous visionné la vidéo ?

- 1 fois  
 2 fois  
 ≥ 3 fois

3. Que pensez-vous de ces affirmations à propos de la vidéo ?

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Je me suis senti capable de réaliser moi-même le wet-wrapping					
Malgré la vidéo, j'ai eu des difficultés à faire le traitement					
Malgré la vidéo, je préfère me rendre à l'hôpital pour avoir un wet-wrapping					
La situation présentée dans le film correspond à la mienne					
Je trouve que la vidéo est un bon support éducatif					
La vidéo apporte une idée plus concrète de la technique					
Sans la vidéo, j'aurais réussi à réaliser le wet-wrapping de la même façon					

4. D'une manière générale, recommanderiez-vous le visionnage de cette vidéo à un parent ayant un enfant atteint de dermatite atopique ?

- Oui
- Non

5. Autre(s) remarque(s) :

### **2.3. COUT D'UNE JOURNEE D'HOSPITALISATION POUR LE PATIENT**

A partir de la distance entre l'hôpital et le domicile des patients, nous avons calculé le coût moyen d'un aller-retour entre le CHU de Nantes et leur habitation grâce au site [www.maps.google.fr](http://www.maps.google.fr).

#### Exemple :

Adresse du patient : Place de l'église, 44360 Saint-Etienne de Montluc

Distance en km : 24,4 km

Coût estimé en carburant pour se rendre à l'hôpital en utilisant l'itinéraire conseillé : 4,32€

Coût estimé d'un aller-retour domicile-hôpital :  $2 \times 4,32 = 8,64\text{€}$

Puis, à partir du métier du patient ou du parent accompagnant le patient, nous avons déterminé, quel était le coût en salaire correspondant à la prise d'une journée de congé afin de se rendre en hospitalisation de jour. Nous avons trouvé le salaire médian de chaque catégorie professionnelle sur le site de l'INSEE [25].

#### Exemple :

Profession : Enseignant

Salaire médian : 1800€ par mois, soit 1800€ pour 20 jours travaillés

Salaire médian quotidien :  $1800/20 = 90\text{€}$

En additionnant ces deux sommes, soit le coût du déplacement et le coût de la prise d'un jour de congé, nous avons ainsi obtenu la somme d'argent qui restait à la charge du patient lorsqu'il devait se rendre une journée à l'hôpital.

Dans notre exemple, le coût global du déplacement d'un enseignant habitant Place de l'église à Saint-Etienne de Montluc serait de  $90 + 8,64 = 98,64\text{€}$ .

Il faut d'ailleurs préciser que cette somme ne prend pas en compte le montant du ticket modérateur restant éventuellement à la charge du patient. Les frais d'usure du véhicule ainsi que les éventuels péages ne sont pas non plus pris en compte.

#### **2.4. INCLUSION DES PATIENTS DANS L'ETUDE**

Le service de dermatologie de l'hôpital de Nantes est centre pilote dans l'utilisation du wet-wrapping à domicile. Ainsi, devant l'aspect nouveau de la méthode, peu de patients s'offraient à nous pour intégrer notre étude.

C'est pourquoi nous avons sélectionné l'ensemble des patients du service de dermatologie du CHU de Nantes, répondant à ces quatre critères :

- Etre atteint de dermatite atopique sévère.
- Ne pas avoir répondu aux traitements topiques classiques bien réalisés.
- S'être rendu en consultation ou en hôpital de jour de dermatologie au cours de l'année 2012.
- Réaliser la technique du wet-wrapping à domicile.

A l'issue de nos recherches et selon ces quatre critères, 25 patients répondaient aux exigences de notre étude.

D'après le troisième critère d'inclusion, 13 s'étaient rendus en hospitalisation de jour (HDJ) et 12 en consultation traditionnelle. Il faut préciser ici, que la différence entre ces deux modes de visite à l'hôpital est très enrichissante, car il s'agit de deux approches qui ne sont pas du tout vécu par le patient de la même façon. En effet, le patient qui se rend en hôpital de jour est hospitalisé dans une chambre et reste bien plus longtemps que le patient de la consultation traditionnelle à l'hôpital. Ce dernier est uniquement reçu par le soignant, lors d'une consultation similaire à celle d'un cabinet de ville.

Nos deux groupes d'étude étaient alors formés.

Au sein de ces deux groupes, une partie des patients avaient visionné la vidéo et l'autre non, ainsi, nous avons sous-divisé les deux groupes HDJ et NON-HDJ en :

- HDJ + vidéo vue : 7 patients
- HDJ + vidéo non vue : 6 patients
- NON-HDJ + vidéo vue : 5 patients
- NON-HDJ + vidéo non vue : 7 patients.

Nous disposons ainsi de 4 groupes à comparer, afin de comprendre s'il existe des différences significatives entre eux quant à l'acceptabilité de la réalisation de la technique à domicile.

**PARTIE IV :**  
**RESULTATS DE**  
**L'ENQUETE**

## 1. INTRODUCTION

Pour faciliter la mise en forme des résultats, nos 4 groupes seront identifiés de la manière suivante :

- Patients de l'hospitalisation de jour ayant visionné la vidéo : « HDJ avec vidéo ».
- Patients de l'hospitalisation de jour n'ayant pas visionné la vidéo : « HDJ sans vidéo ».
- Patients de consultation traditionnelle ayant visionné la vidéo : « NON-HDJ avec vidéo ».
- Patients de consultation traditionnelle n'ayant pas visionné la vidéo : « NON-HDJ sans vidéo ».

## 2. PROFIL DU PATIENT

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Nombre de patients	7	6	5	7
Age moyen (années)	12	21	3,5	9,5
Durée (années)	10	14	3,5	7,8
Distance domicile-CHU (km)	75	56	109	86
<b>SCORAD moyen J0</b>	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>46</b>
Pourcentage d'amélioration du SCORAD	<b>+ 25%</b>	<b>+ 28%</b>	<b>+ 60%</b>	<b>+ 33%</b>
Pourcentage d'amélioration de l'extension	<b>+ 36%</b>	<b>+ 30%</b>	<b>+ 79%</b>	<b>+ 70%</b>

Tableau 6 : Profil des patients

La comparaison des 4 groupes, fait apparaître des différences nettes :

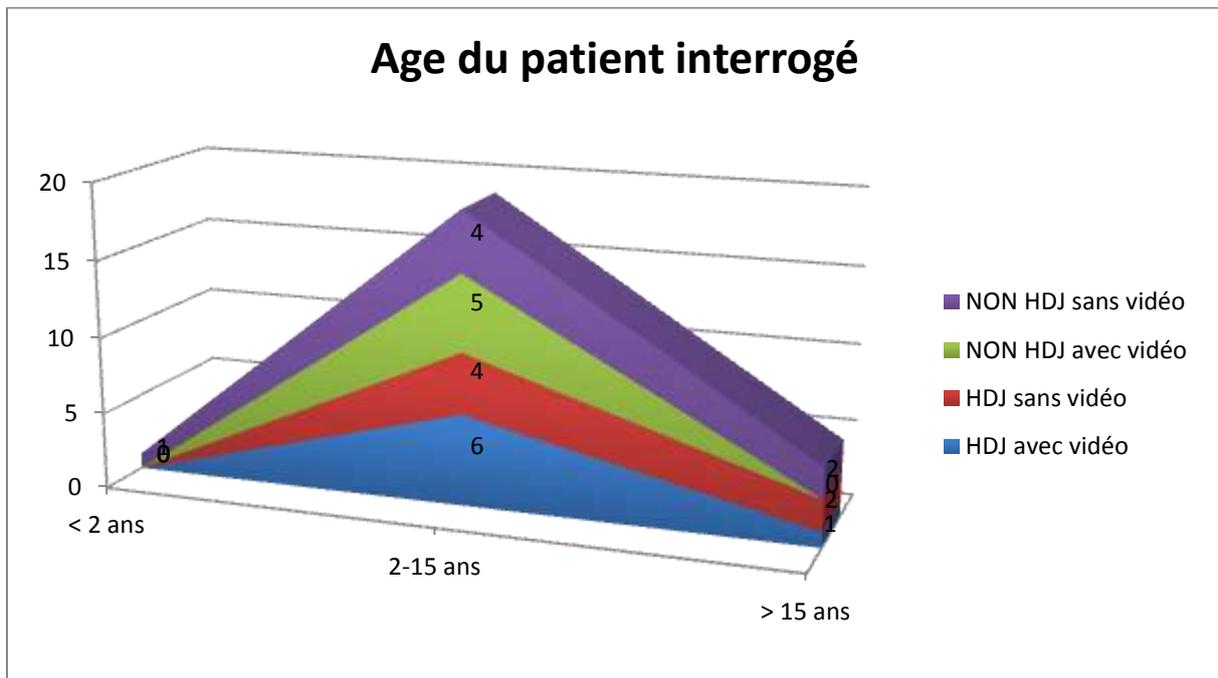
- à la fois en terme d'âge moyen,
- d'ancienneté de la maladie,
- de distance du domicile par rapport au centre de référence,
- de pourcentage d'amélioration qui varie de 25% (HDJ avec vidéo) à 60% (NON-HDJ avec vidéo), de même l'amélioration de l'extension varie de 30% (HDJ sans vidéo) à 79% (NON-HDJ avec vidéo).

Par contre le SCORAD à J0 est identique dans les quatre groupes, il est compris entre 46 et 48.

## 2.1. AGE DU PATIENT INTERROGE

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
< 2 ans	0	0	0	1
2-15 ans	6	4	5	4
> 15 ans	1	2	0	2

Tableau 7 : Répartition des âges



Graphique 1 : Répartition des âges

### Commentaire :

Nous avons choisi de répartir les âges selon trois intervalles :

- < 2 ans : le nourrisson,
- de 2 à 15 ans : l'enfant,
- et > 15 ans : l'adulte.

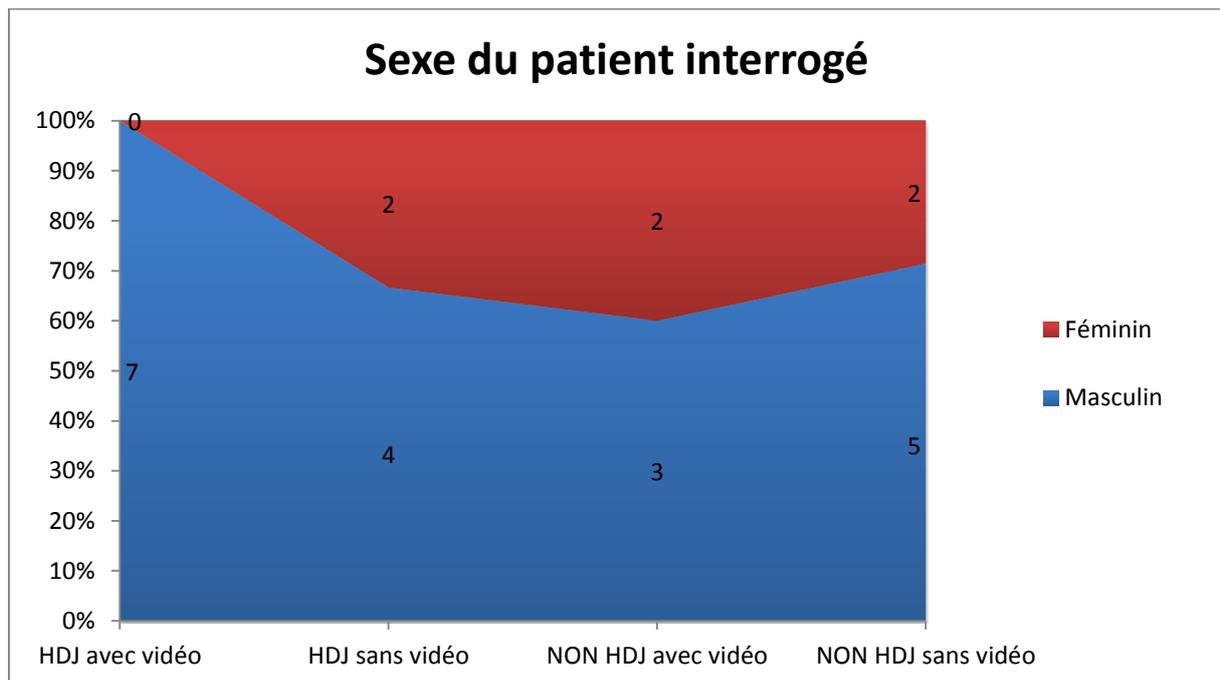
Nous avons opté pour une telle répartition car elle permet d'être plus proche des catégories d'âge utilisées par le grand public. De plus, la clinique de la DA décrite dans la partie I se décrit de manière différente au sein de ces trois tranches d'âge.

La majorité des patients dans chacun des 4 groupes est âgée entre 2 et 15 ans.

## 2.2. SEXE DU PATIENT INTERROGE

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Masculin	7	4	3	5
Féminin	0	2	2	2

Tableau 8 : Répartition des sexes



Graphique 2 : Répartition des sexes

### Commentaire :

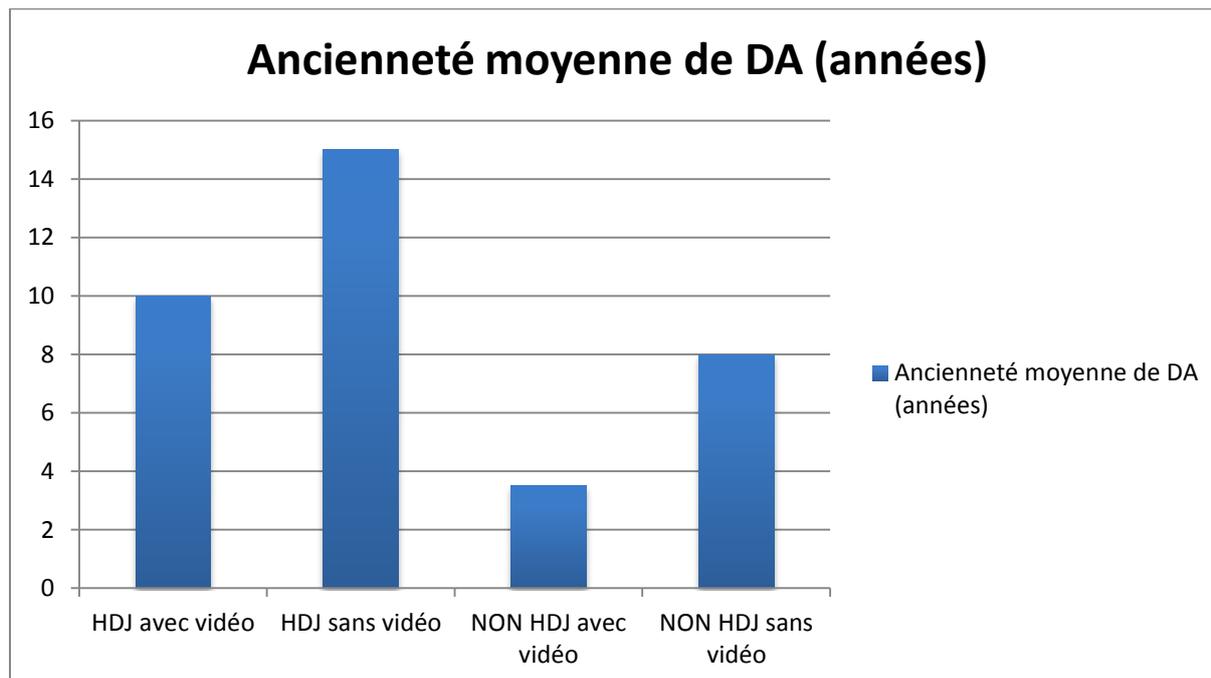
*La répartition homme/femme au sein des quatre groupes tend vers la même prédominance. En effet, en dépit du fait que cette répartition n'est pas forcément le reflet de la répartition des patients atteints de DA, on constate au sein de nos deux groupes, une prédominance forte d'hommes.*

*Nous pourrions alors comparer les quatre groupes sans biais relatif au sexe.*

### 2.3. ANCIENNETE MOYENNE DE LA DA DU PATIENT INTERROGE

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Ancienneté moyenne de DA (années)	10	15	3,5	8

Tableau 9 : Ancienneté moyenne de la DA



Graphique 3 : Ancienneté moyenne de la DA

#### Commentaire :

*L'ancienneté moyenne de DA du groupe HDJ est le double du groupe non HDJ. Cette différence s'explique par le fait que les patients du groupe HDJ ont un âge moyen de 16 ans, tandis que ceux du groupe NON HDJ sont quant à eux âgés en moyenne de 7 ans.*

#### 2.4. SCORAD MOYEN ET ETENDUE MOYENNE

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
SCORAD moyen de départ	48	47	48	46
SCORAD moyen d'arrivée	36	34	19	31
<b>Variation du SCORAD</b>	<b>- 25%</b>	<b>- 28%</b>	<b>- 60%</b>	<b>- 33%</b>

Tableau 10 : Variation du SCORAD

#### Commentaire :

*L'amélioration du SCORAD moyen est plus élevée dans le groupe moins âgé (NON-HDJ).*

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Etendue moyenne de départ	44	46	34	47
Etendue moyenne d'arrivée	28	32	7	14
<b>Variation de l'étendue</b>	<b>- 36%</b>	<b>- 30%</b>	<b>- 79%</b>	<b>- 70%</b>

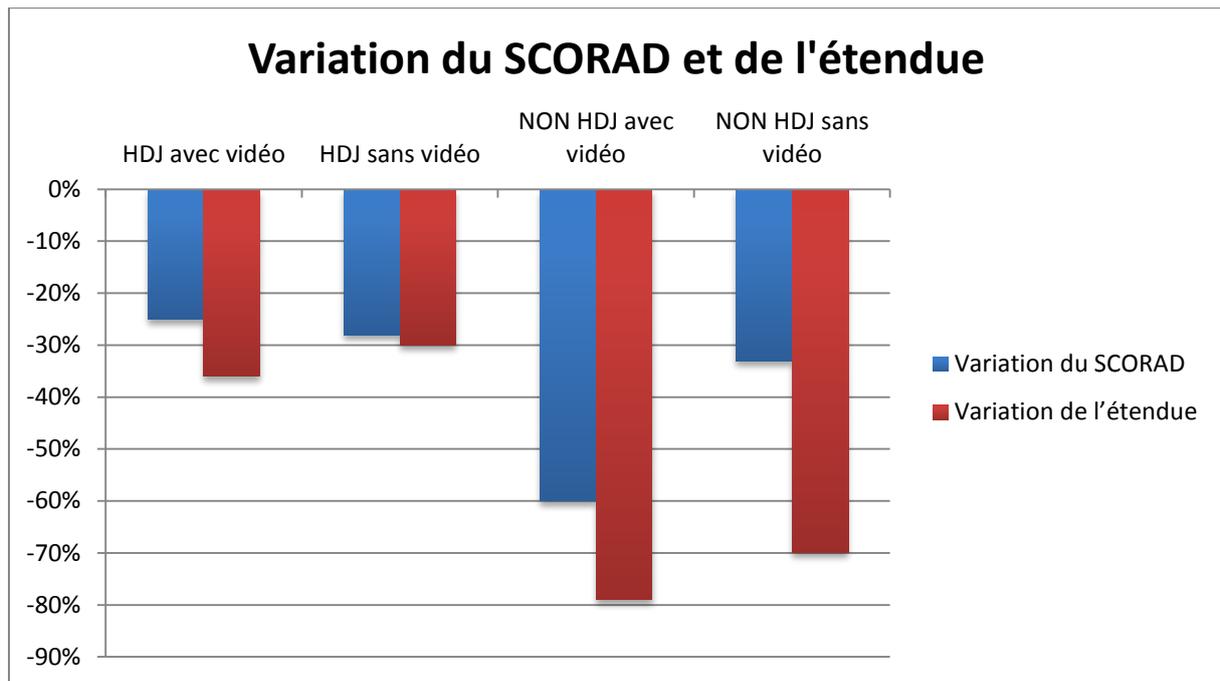
Tableau 11 : Variation de l'étendue de la DA

#### Commentaire :

*L'amélioration de l'étendue apparaît plus nettement dans le groupe NON-HDJ, sans doute du fait de l'âge moyen des populations et de l'expression différente de la maladie en terme d'extension chez le bébé.*

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
<b>Variation du SCORAD</b>	<b>- 25%</b>	<b>- 28%</b>	<b>- 60%</b>	<b>- 33%</b>
<b>Variation de l'étendue</b>	<b>- 36%</b>	<b>- 30%</b>	<b>- 79%</b>	<b>- 70%</b>

Tableau 12 : Résumé des variations du SCORAD et de l'étendue de la DA



Graphite 4 : Variation du SCORAD et de l'étendue de la DA

**Commentaire :**

*La comparaison des 4 groupes a été effectuée en deux dimensions selon la notion d'HDJ ou l'absence de celle-ci, mais aussi selon le visionnage de la vidéo ou son absence.*

*En terme d'amélioration du SCORAD, le groupe non HDJ présente un résultat nettement supérieur au groupe HDJ (47% versus 27% d'amélioration).*

*En terme d'amélioration de l'extension, la différence se confirme entre les 2 groupes : 75% d'amélioration pour le groupe NON-HDJ versus 33% pour le groupe HDJ.*

*Les patients ayant visionné la vidéo ont globalement des résultats supérieurs quelque soit le mode de prise en charge.*

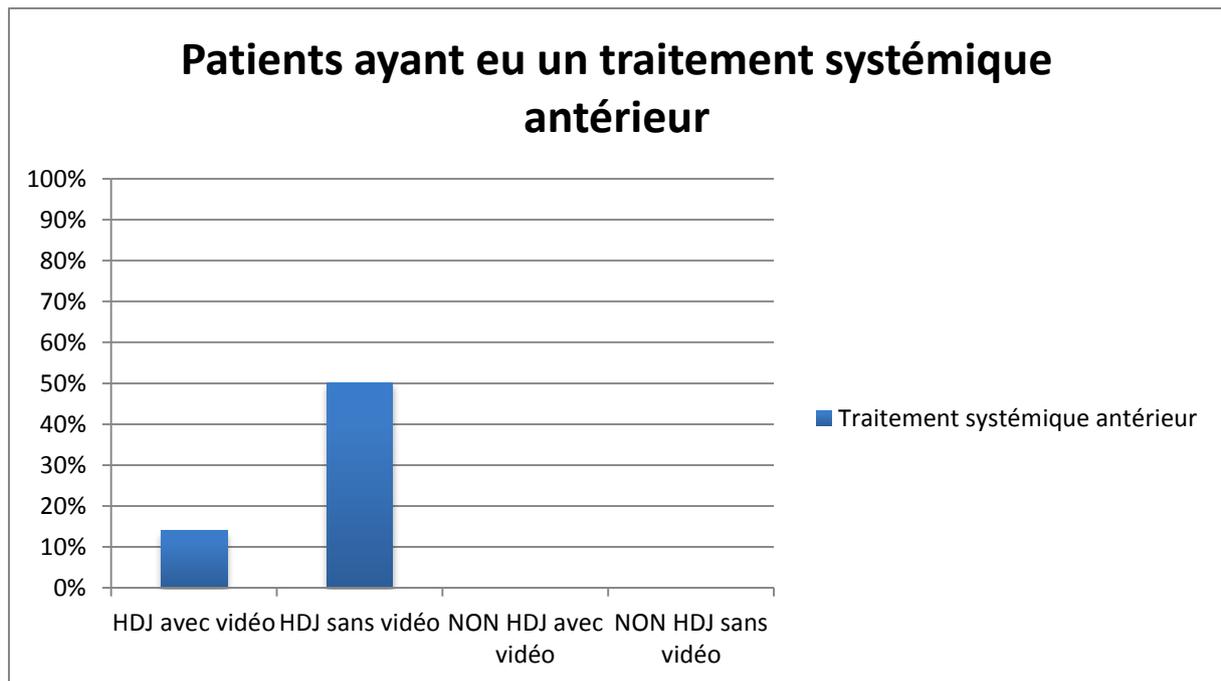
*En effet, dans le groupe HDJ, le pourcentage d'amélioration du SCORAD est comparable (25% versus 28%). En revanche, l'amélioration de l'extension est supérieure dans le groupe ayant vu la vidéo (36% versus 30%).*

*Dans le groupe sans HDJ, l'impact de la vidéo confirme son effet positif tant sur l'amélioration du SCORAD (60% versus 33%) que dans l'amélioration de l'extension (79% versus 70%).*

### 2.5. PATIENTS AYANT EU UN TRAITEMENT SYSTEMIQUE ANTERIEUR

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Traitement systémique antérieur	1	3	0	0
Pourcentage	14%	50%	0%	0%

Tableau 13 : Pourcentage des patients ayant eu un traitement systémique antérieur



Graphique 5 : Pourcentage des patients ayant eu un traitement systémique antérieur

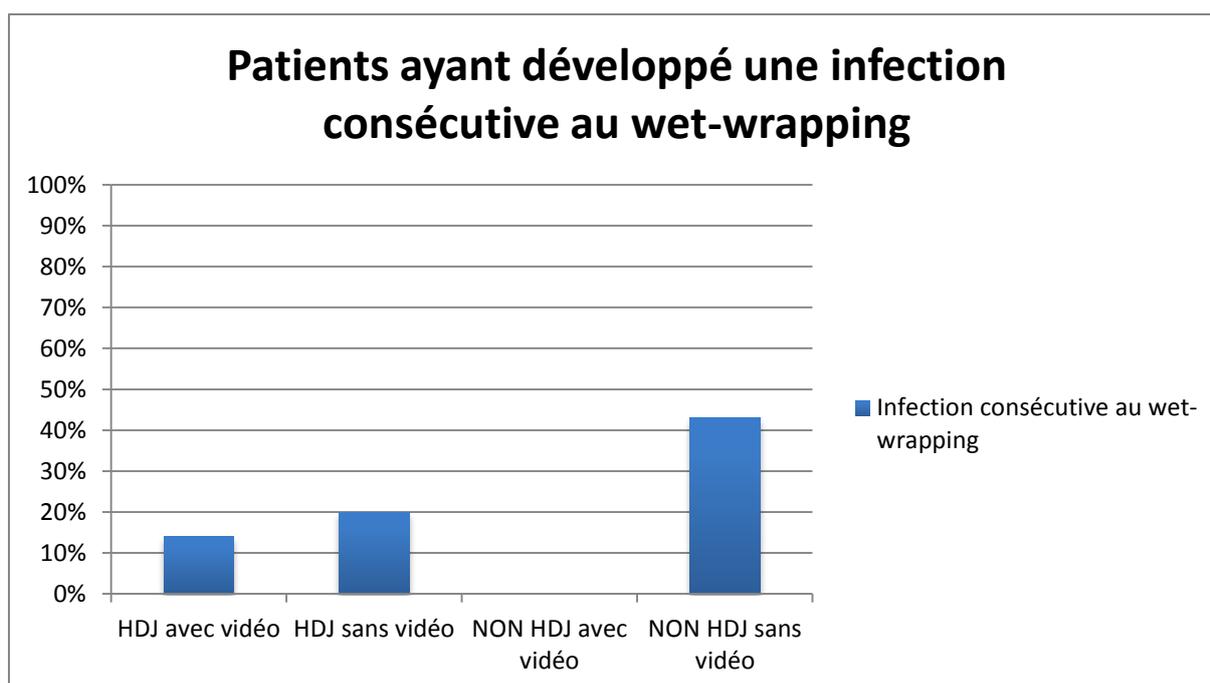
#### Commentaire :

*L'ancienneté de la maladie et l'âge du patient sont à rapprocher de la plus grande fréquence des traitements systémiques utilisés, 50% des patients de la tranche adulte, qui est d'avantage représentée en HDJ, ont eu recours à des traitements systémiques.*

## 2.6. PATIENTS AYANT CONTRACTE UNE INFECTION CONSECUTIVE AU WW

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Infection consécutive	1	1	0	3
Pourcentage	14%	20%	0%	43%

Tableau 14 : Pourcentage de patients ayant contracté une infection consécutive au WW



Graphite 6 : Pourcentage de patients ayant contracté une infection consécutive au WW

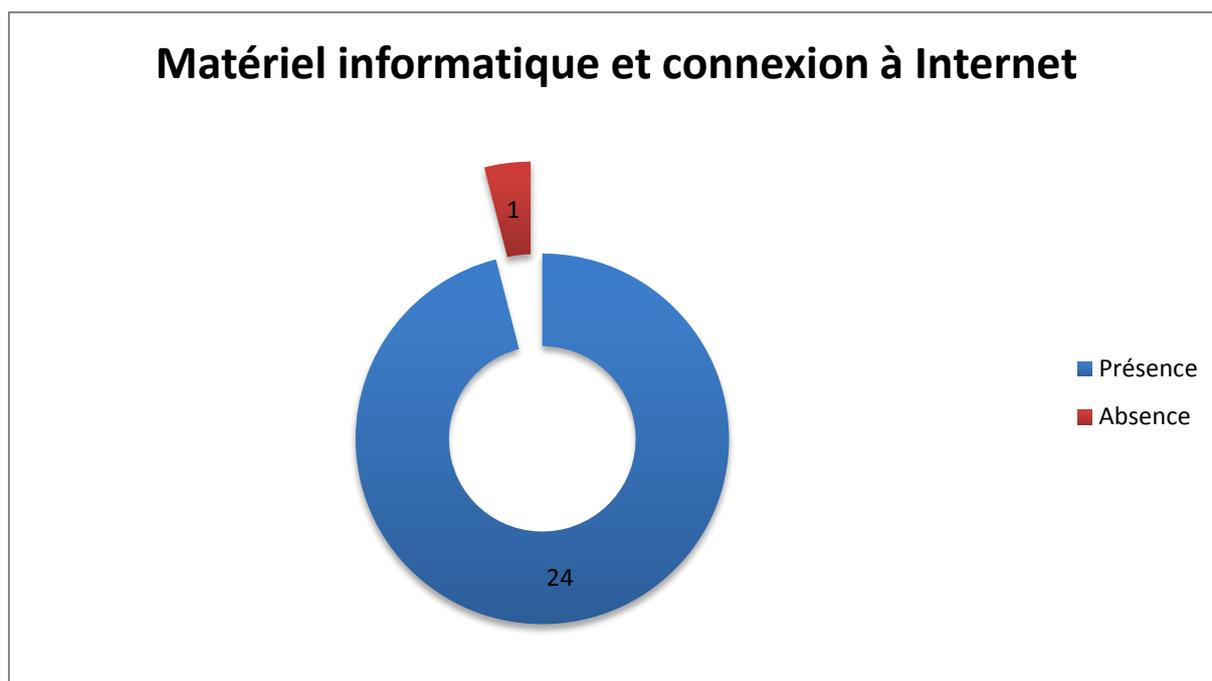
### Commentaire :

*Malgré un nombre de patients limité, des infections consécutives sont signalées trois fois plus souvent dans le groupe NON-HDJ sans vidéo. Cela souligne le risque de mésusage de la pratique de WW sans information suffisante.*

## 2.7. EQUIPEMENT INFORMATIQUE AU DOMICILE

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Présence d'un ordinateur	7 : 100%	6 : 100%	4 : 80%	7 : 100%
Présence d'une connexion Internet	7 : 100%	6 : 100%	4 : 80%	7 : 100%

Tableau 15 : Matériel informatique et connexion à Internet



Graphique 7 : Matériel informatique et connexion à Internet

### Commentaire :

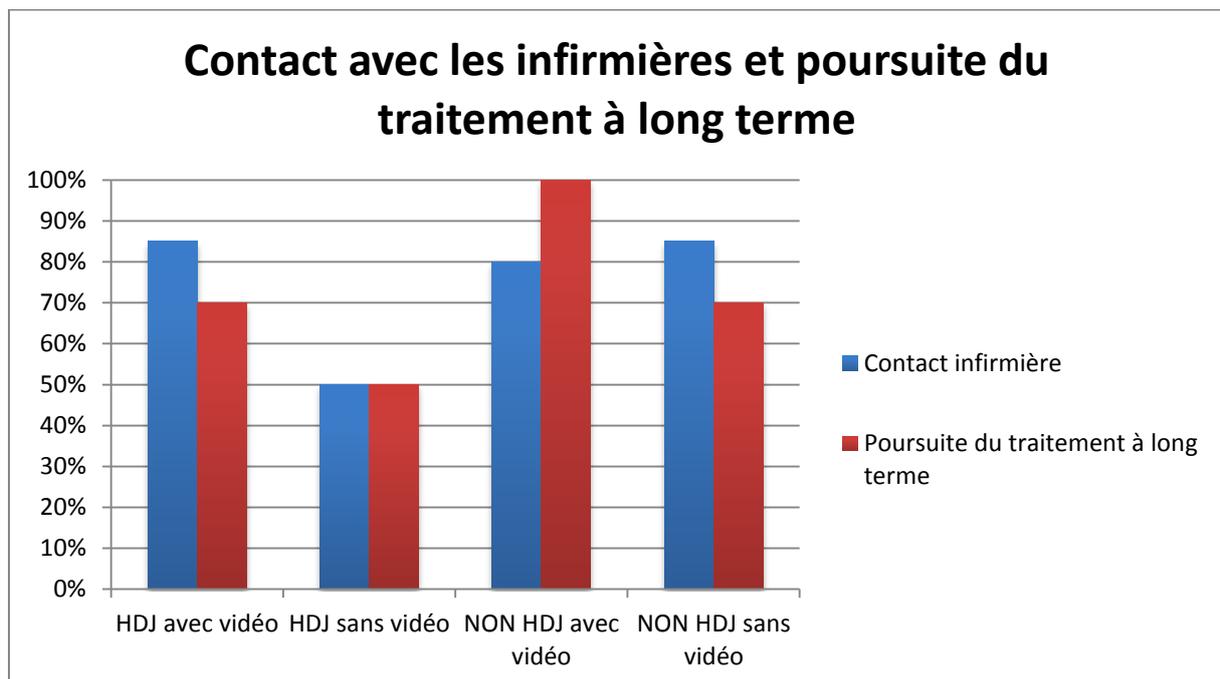
*Sur les 25 patients, seul 1 patient ne disposait pas d'un matériel informatique, plus de 95% de la population ont pu avoir recours à l'outil informatique.*

*Ainsi, plus de 9 patients sur 10 peuvent être formés à la technique du wet-wrapping grâce à l'outil informatique.*

### 3. CONTACT AVEC LES INFIRMIERES ET POURSUITE DU TRAITEMENT

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Contact infirmière	85%	50%	80%	85%
Poursuite du traitement à long terme	70%	50%	100%	70%

Tableau 16 : Contact avec les infirmières et poursuite du traitement



Graphique 8 : Contact avec les infirmières et poursuite du traitement

**Commentaire :**

*Le contact avec les infirmières concerne globalement 3 patients sur 4.*

*La vidéo semble avoir une incidence sur la poursuite du traitement.*

#### **4. A PROPOS DE LA TECHNIQUE : VOTRE EXPERIENCE PERSONNELLE**

##### **4.1. QUE PENSEZ-VOUS DE CES AFFIRMATIONS A PROPOS DE LA TECHNIQUE ?**

<b>HDJ avec vidéo</b>	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Cette technique est possible à réaliser à domicile	6 : 85,71%		1 : 14,29%		
Le wet-wrapping m'a demandé beaucoup de temps	3 : 42,86%	2 : 28,57%	1 : 14,29%	1 : 14,29%	
Je me suis fait à l'idée de réaliser cette technique	7 : 100%				
Grâce à cette technique, mon état (ou celui de mon enfant) s'est amélioré	7 : 100%				
Au vu des résultats, je continuerai à utiliser cette technique	6 : 85,71%			1 : 14,29%	

Tableau 17 : La technique du WW vue par le patient dans le groupe HDJ avec vidéo

<b>HDJ sans vidéo</b>	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Cette technique est possible à réaliser à domicile	4 : 66,67%	2 : 33,33%			
Le wet-wrapping m'a demandé beaucoup de temps	5 : 83,33%			1 : 16,67%	
Je me suis fait à l'idée de réaliser cette technique	4 : 66,67%	1 : 16,67%	1 : 16,67%		
Grâce à cette technique, mon état (ou celui de mon enfant) s'est amélioré	2 : 33,33%	4 : 66,67%			
Au vu des résultats, je continuerai à utiliser cette technique	5 : 83,33%			1 : 16,67%	

Tableau 18 : La technique du WW vue par le patient dans le groupe HDJ sans vidéo

<b>NON-HDJ avec vidéo</b>	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Cette technique est possible à réaliser à domicile	5 : 100%				
Le wet-wrapping m'a demandé beaucoup de temps		1 : 20%	3 : 60%	1 : 20%	
Je me suis fait à l'idée de réaliser cette technique	5 : 100%				
Grâce à cette technique, mon état (ou celui de mon enfant) s'est amélioré	5 : 100%				
Au vu des résultats, je continuerai à utiliser cette technique	5 : 100%				

Tableau 19 : La technique du WW vue par le patient dans le groupe NON-HDJ avec vidéo

<b>NON-HDJ sans vidéo</b>	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Cette technique est possible à réaliser à domicile	7 : 100%				
Le wet-wrapping m'a demandé beaucoup de temps	2 : 28,57%	2 : 28,57%	2 : 28,57%	1 : 14,29%	
Je me suis fait à l'idée de réaliser cette technique	7 : 100%				
Grâce à cette technique, mon état (ou celui de mon enfant) s'est amélioré	5 : 71,43%	1 : 14,29%		1 : 14,29%	
Au vu des résultats, je continuerai à utiliser cette technique	6 : 85,71%			1 : 14,29%	

Tableau 20 : La technique du WW vue par le patient dans le groupe NON-HDJ sans vidéo

Pour chacune des réponses aux affirmations, un score a été attribué afin de pouvoir les présenter sous la forme d'un graphique :

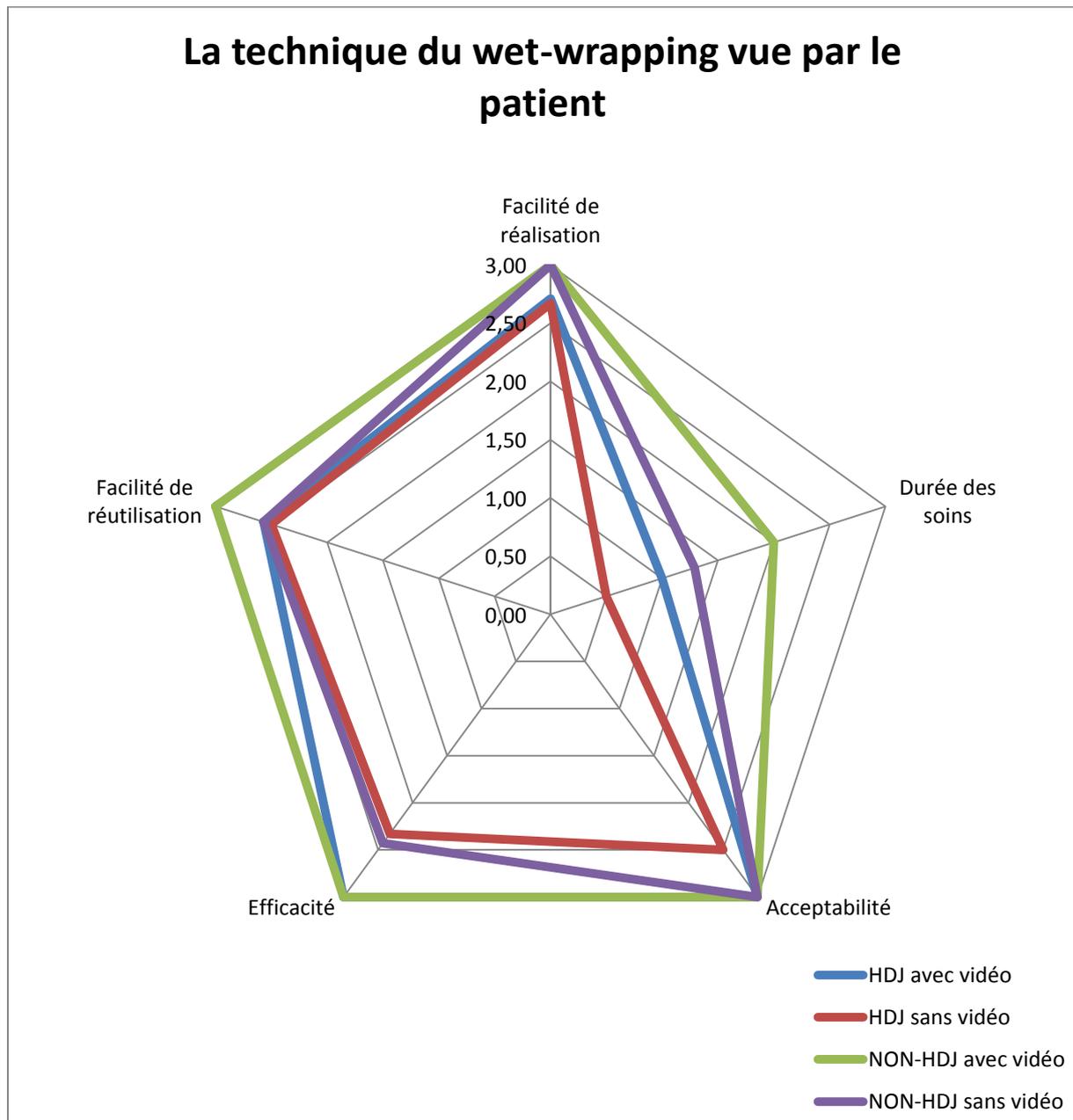
- « Tout à fait d'accord » : score de 3,
- « Assez d'accord » : score de 2,
- « Peu d'accord » : score de 1,
- « Pas du tout d'accord » : score de 0.

En ce qui concerne l'affirmation : « Le wet-wrapping m'a demandé beaucoup de temps », pour faciliter la lecture de la représentation graphique, nous avons inversé l'ordre des scores à attribuer :

- « Tout à fait d'accord » : score de 0,
- « Assez d'accord » : score de 1,
- « Peu d'accord » : score de 2,
- « Pas du tout d'accord » : score de 3.

De plus, les affirmations ont été traduites sur le graphique de la manière suivante :

- « Cette technique est possible à réaliser à domicile » : Facilité de réalisation,
- « Le wet-wrapping m'a demandé beaucoup de temps » : Durée,
- « Je me suis fait à l'idée de réaliser cette technique » : Acceptabilité,
- « Grâce à cette technique, mon état (ou celui de mon enfant) s'est amélioré » : Efficacité,
- « Au vu des résultats, je continuerai à utiliser cette technique » : Facilité de réutilisation.



Graphique 9 : La technique du WW vue par le patient

**Commentaire :**

*Même si tous les groupes totalisent un score supérieur à 2 sur 3, des différences sont à noter.*

*Le groupe NON-HDJ avec vidéo dispose, d'après ce graphique, de l'aire la plus importante. En effet, pour les 5 critères représentés, son score moyen s'élève à 2,8 sur 3.*

*Les groupes NON-HDJ sans vidéo et HDJ avec vidéo sont ensuite presque à égalité avec un score moyen de 2,5 sur 3.*

*Le groupe ayant le score le plus faible est le groupe HDJ sans vidéo qui totalise une moyenne de 2,1 sur 3.*

*L'acceptabilité est le critère qui bénéficie du score moyen le plus élevé tous groupes confondus avec 2,9 sur 3.*

*Puis, la facilité de réalisation obtient un score très élevé de 2,8 sur 3.*

*La facilité de réutilisation et l'efficacité sont également très bien notées à hauteur de 2,7 sur 3 en moyenne.*

*Le temps nécessaire aux soins demeure quant à lui trop important pour les patients. En effet, la durée est notée faiblement avec 1,2 sur 3 en moyenne. Il faut préciser que les patients indiquaient des temps de réalisation très différents, et cela notamment en fonction de l'étendue et de la localisation de la maladie.*

*D'ailleurs au sujet de la durée des soins, elle semble mieux acceptée par le groupe NON-HDJ avec vidéo qui se détache nettement sur le graphique des autres groupes avec une moyenne de 2 sur 3.*

*Un autre critère que la durée n'est pas noté par les 4 groupes de manière homogène : l'efficacité. A juste titre, en regardant plus précisément le critère primordial de l'efficacité, on constate que deux groupes se distinguent : le groupe avec vidéo qui octroie à l'efficacité la note maximale de 3 sur 3 ; ainsi que le groupe sans vidéo qui donne quant à lui une note moyenne de 2,4 sur 3.*

**4.2. APRES L'UTILISATION DU WET-WRAPPING, LES LESIONS SUIVANTES ONT-ELLES PRESENTE UNE AMELIORATION ?**

<b>HDJ avec vidéo</b>	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Erythème (rougeur)	4 : 57,14%	2 : 28,57%			1 : 14,29%
Cedème/papules (épaisseur)	5 : 71,43%	1 : 14,29%			1 : 14,29%
Excoriations (plaies)	6 : 85,71%	1 : 14,29%			
Suintements, croûtes	3 : 42,86%	2 : 28,57%			2 : 28,57%
Lichénifications (quadrillage)	4 : 57,14%	1 : 14,29%			2 : 28,57%
Sécheresse cutanée (xérose)	5 : 71,43%			1 : 14,29%	1 : 14,29%

**Tableau 21** : Impact du WW sur les lésions dans le groupe HDJ avec vidéo

<b>HDJ sans vidéo</b>	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Erythème (rougeur)	3 : 50%	2 : 33,33%			1 : 16,67%
Cedème/papules (épaisseur)	1 : 16,67%	1 : 16,67%			4 : 66,67%
Excoriations (plaies)	4 : 66,67%				2 : 33,33%
Suintements, croûtes	4 : 66,67%				2 : 33,33%
Lichénifications (quadrillage)	1 : 16,67%				5 : 83,33%
Sécheresse cutanée (xérose)	4 : 66,67%	1 : 16,67%	1 : 16,67%		

**Tableau 22** : Impact du WW sur les lésions dans le groupe HDJ sans vidéo

<b>NON-HDJ avec vidéo</b>	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Erythème (rougeur)	4 : 80%	1 : 20%			
Œdème/papules (épaisseur)	3 : 60%				2 : 40%
Excoriations (plaies)	4 : 80%			1 : 20%	
Suintements, croûtes	4 : 80%		1 : 20%		
Lichénifications (quadrillage)	3 : 60%	1 : 20%		1 : 20%	
Sécheresse cutanée (xérose)	4 : 80%	1 : 20%			

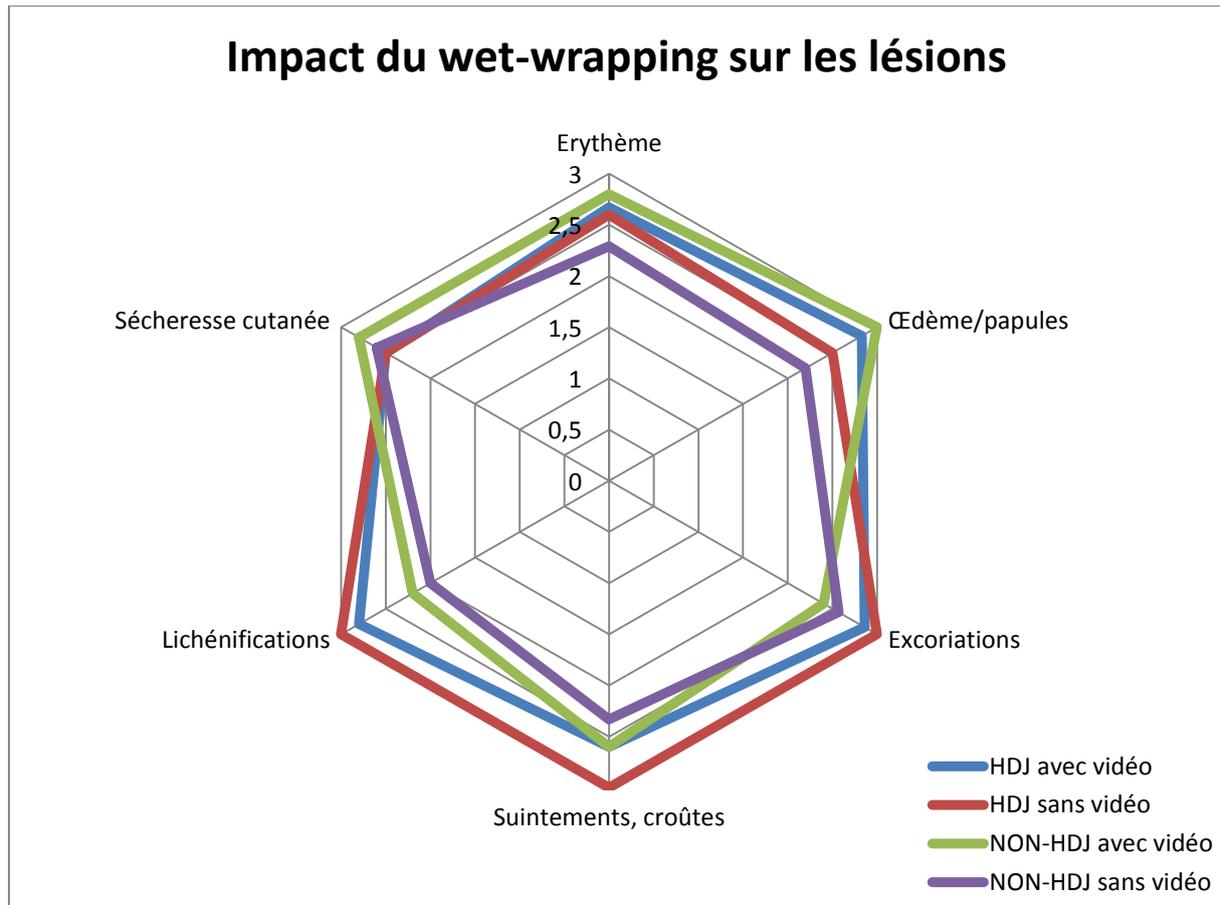
Tableau 23 : Impact du WW sur les lésions dans le groupe NON-HDJ avec vidéo

<b>NON-HDJ sans la vidéo</b>	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Erythème (rougeur)	5 : 71,43%		1 : 14,29%	1 : 14,29%	
Œdème/papules (épaisseur)	3 : 42,86%	1 : 14,29%		1 : 14,29%	2 : 28,57%
Excoriations (plaies)	6 : 85,71%			1 : 14,29%	
Suintements, croûtes	4 : 57,14%	1 : 14,29%		1 : 14,29%	1 : 14,29%
Lichénifications (quadrillage)	2 : 28,57%			1 : 14,29%	4 : 57,14%
Sécheresse cutanée (xérose)	3 : 42,86%	2 : 28,57%			2 : 28,57%

Tableau 24 : Impact du WW sur les lésions dans le groupe NON-HDJ sans vidéo

Afin de représenter les résultats sous la forme d'un graphique, nous avons attribué les mêmes scores que précédemment aux réponses formulées par les patients :

- « Tout à fait d'accord » : score de 0,
- « Assez d'accord » : score de 1,
- « Peu d'accord » : score de 2,
- « Pas du tout d'accord » : score de 3.



Graphique 10 : Impact du WW sur les lésions

**Commentaire :**

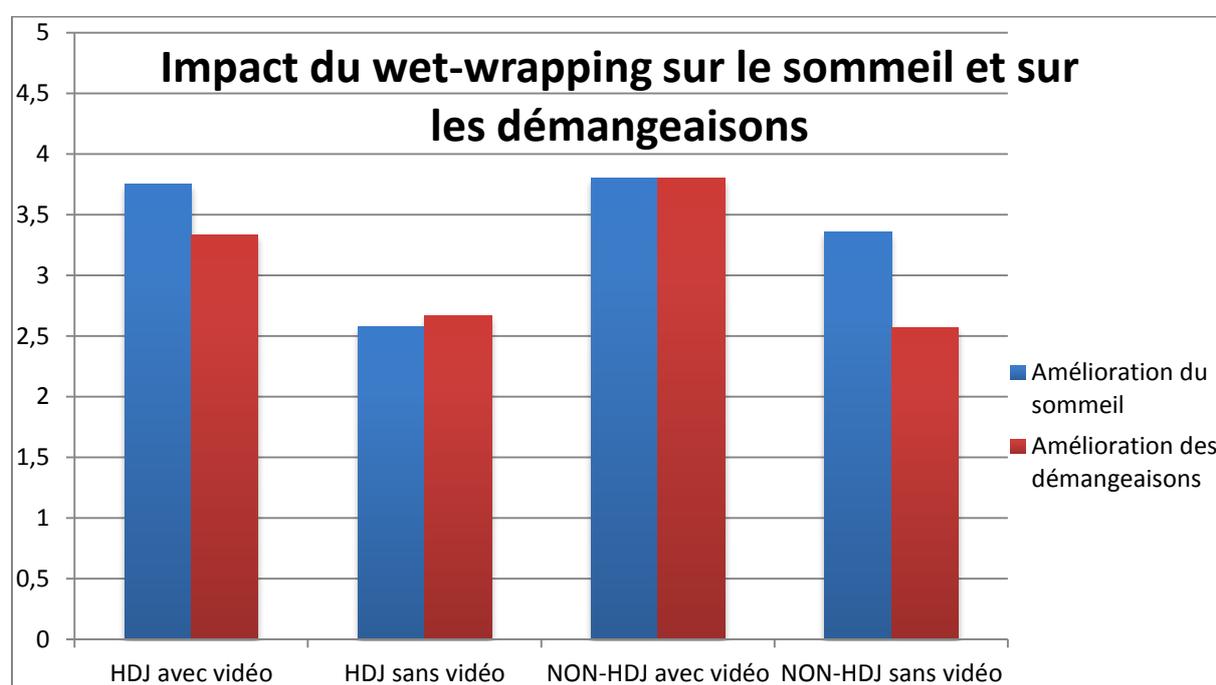
*Nous n'observons pas de différence significative entre les quatre groupes qui totalisent un score moyen d'amélioration élevé de 2,6 sur 3.*

*L'amélioration des lésions est comprise entre 2,5 sur 3 (pour les lichénifications) et 2,7 sur 3 (pour les excoriations). Ainsi, les scores moyens d'amélioration des six lésions caractéristiques sont très proches, et globalement, chacune des lésions est considérée très améliorée par chacun des quatre groupes de patients.*

### 4.3. IMPACT DU WET-WRAPPING SUR LE SOMMEIL ET SUR LES DEMANGEAISONS

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Amélioration du sommeil	3,75/5	2,58/5	3,8/5	3,36/5
Amélioration des démangeaisons	3,33/5	2,67/5	3,8/5	2,57/5

Tableau 25 : Impact du WW sur le sommeil et sur les démangeaisons



Graphique 11 : Impact du WW sur le sommeil et sur les démangeaisons

#### **Commentaire :**

*Le groupe NON-HDJ avec vidéo connaît l'amélioration la plus forte de la qualité du sommeil et de l'état de la peau.*

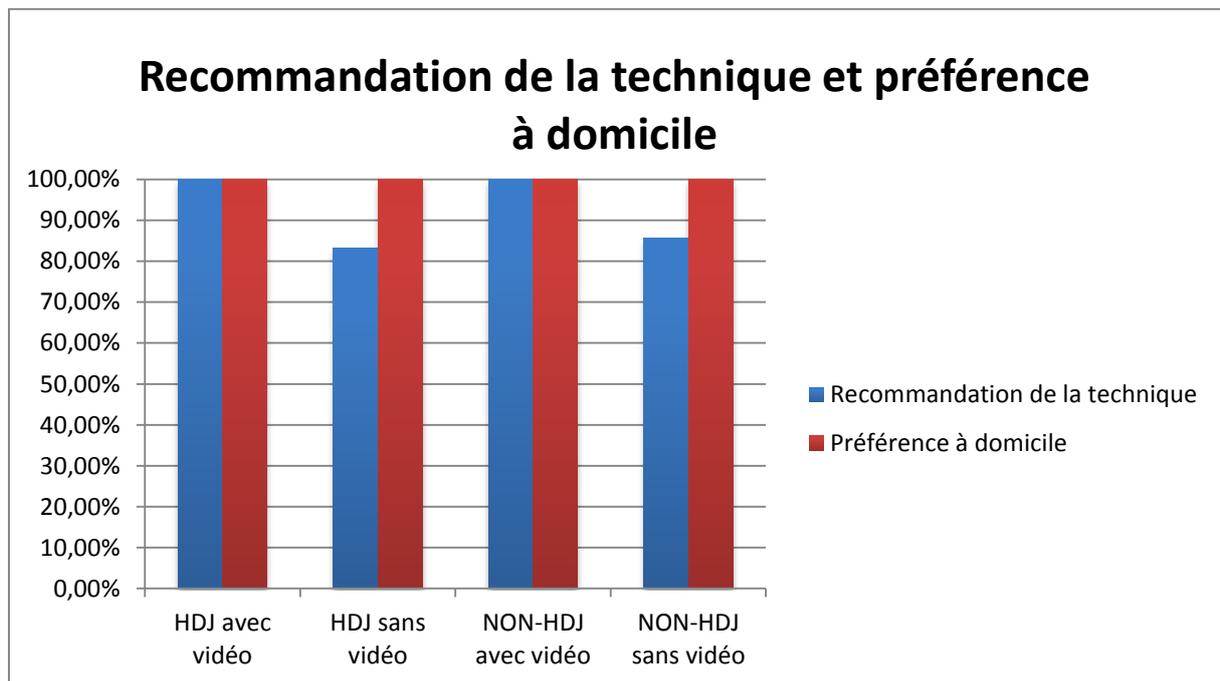
*De même, le groupe HDJ avec vidéo présente des améliorations plus significatives que le groupe HDJ sans vidéo.*

*Le visionnage de la vidéo semble avoir un impact sur l'amélioration du sommeil et des démangeaisons, sans doute par le fait que la technique devient plus compréhensible et donc mieux réalisée.*

#### 4.4. RECOMMANDATION DE LA TECHNIQUE ET PREFERENCE A DOMICILE

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON HDJ avec vidéo	NON HDJ sans vidéo
Recommandation de la technique	100,00%	83%	100,00%	86%
Préférence à domicile	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau 26 : Recommandation de la technique et préférence à domicile



Graphique 12 : Recommandation de la technique et préférence à domicile

#### Commentaire :

*Les deux groupes ayant visionné la vidéo sont unanimes et recommandent à 100% la technique du wet-wrapping.*

*Les deux groupes sans vidéo restent très positifs et recommandent la technique à hauteur de 85% en moyenne.*

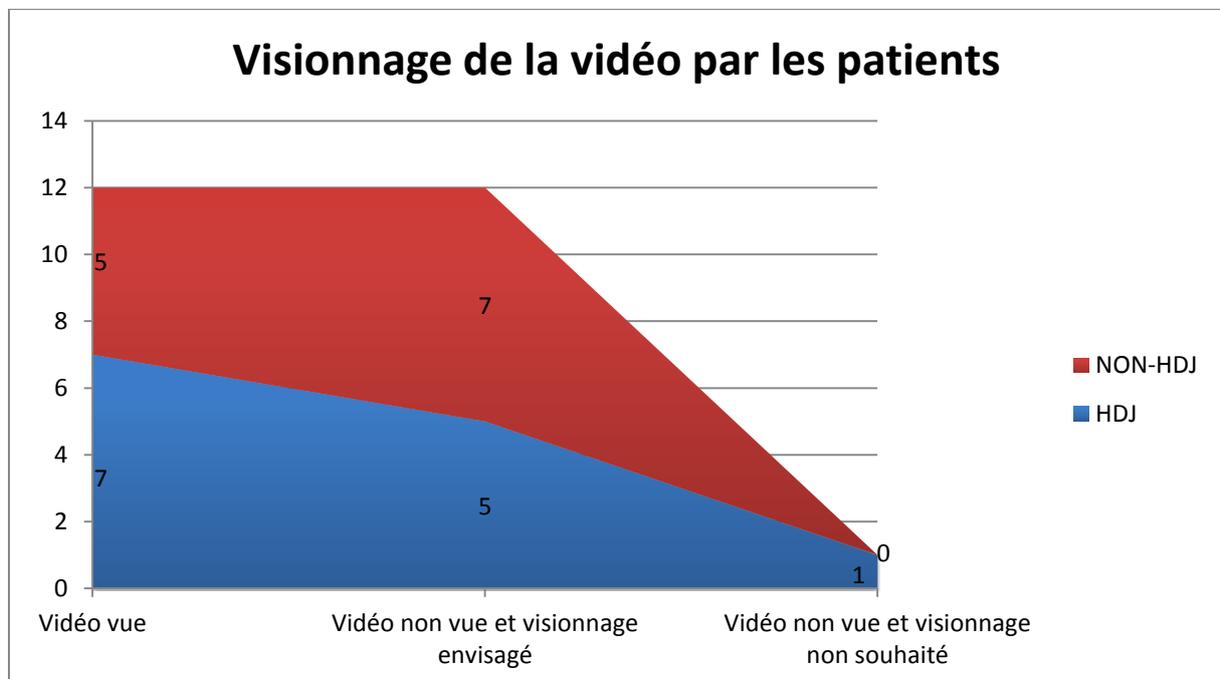
*Tous groupes confondus, 100% des patients affirment leur préférence quant à la réalisation de la technique à la maison plutôt qu'à l'hôpital.*

## 5. A PROPOS DU FILM : VOTRE EXPERIENCE PERSONNELLE

### 5.1. AVEZ-VOUS VU LA VIDEO SUR LE WET-WRAPPING ?

	HDJ	NON-HDJ
Vidéo vue	7	5
Vidéo non vue et visionnage envisagé	5	7
Vidéo non vue et visionnage non souhaité	1	0

Tableau 27 : Visionnage de la vidéo par les patients



Graphique 13 : Visionnage de la vidéo par les patients

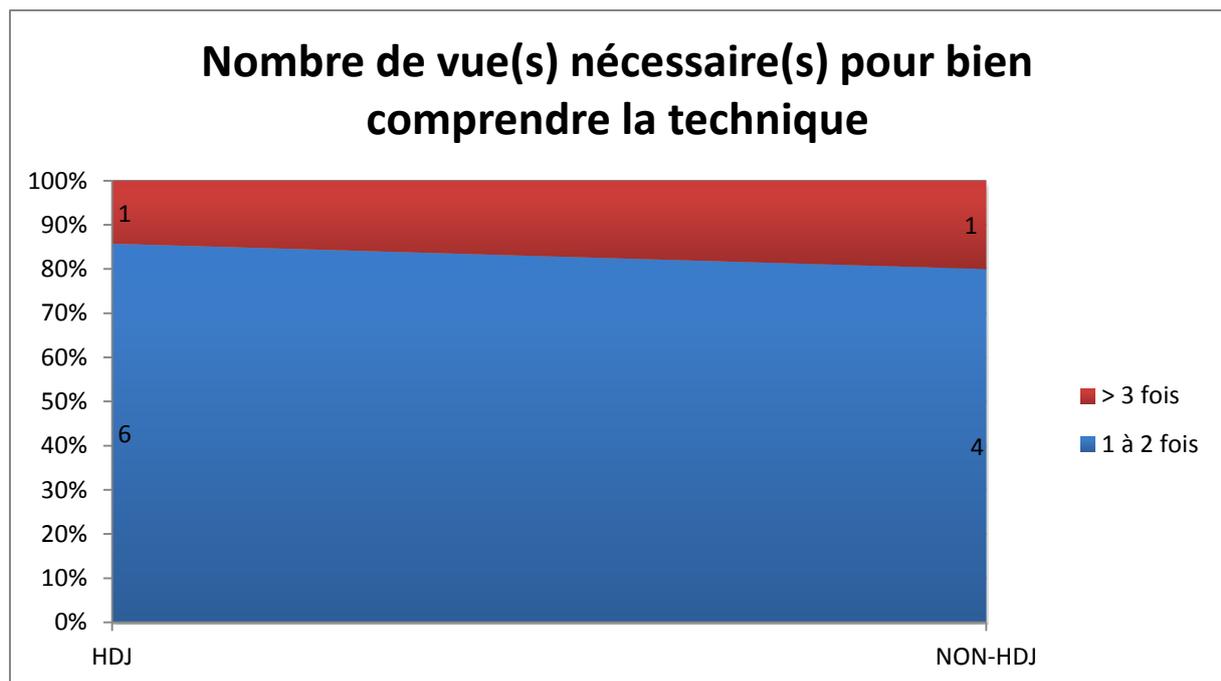
#### Commentaire :

*Nous pouvons remarqué que 12 des 13 patients (92%) tous groupes confondus n'ayant pas vu la vidéo, souhaiteraient la visionner.*

**5.2. SI VOUS AVEZ VU LA VIDEO, POUR BIEN COMPRENDRE LA TECHNIQUE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS VISIONNE LA VIDEO ?**

	HDJ	NON-HDJ	HDJ + NON-HDJ
1 à 2 fois	6 : 86%	4 : 80%	10 : 83%
> 3 fois	1 : 14%	1 : 20%	2 : 17%

Tableau 28 : Nombre de vue(s) nécessaire(s) pour bien comprendre la technique



Graphique 14 : Nombre de vue(s) nécessaire(s) pour bien comprendre la technique

**Commentaire :**

*Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes. En majorité, moins de 3 visionnages suffisent aux patients HDJ (86%), tout comme aux patients NON-HDJ (80%), afin de bien comprendre la technique.*

### 5.3. QUE PENSEZ-VOUS DE CES AFFIRMATIONS A PROPOS DE LA VIDEO ?

<b>HDJ avec vidéo</b>	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Je me suis senti capable de réaliser moi-même le wet-wrapping	6 : 85,71%	1 : 14,29%			
Malgré la vidéo, j'ai eu des difficultés à faire le traitement		3 : 42,86%	4 : 57,14%		
Malgré la vidéo, je préfère me rendre à l'hôpital pour avoir un wet-wrapping	1 : 14,29%			6 : 85,71%	
La situation présentée dans le film correspond à la mienne	6 : 85,71%		1 : 14,29%		
Je trouve que la vidéo est un bon support éducatif	7 : 100%				
La vidéo apporte une idée plus concrète de la technique	7 : 100%				
Sans la vidéo, j'aurais réussi à réaliser le wet-wrapping de la même façon		3 : 42,86%	1 : 14,29%	2 : 28,57%	1 : 14,29%

Tableau 29 : L'outil vidéo vu par le patient dans le groupe HDJ avec vidéo

<b>NON-HDJ avec vidéo</b>	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Je me suis senti capable de réaliser moi-même le wet-wrapping	4 : 80%	1 : 20%			
Malgré la vidéo, j'ai eu des difficultés à faire le traitement		1 : 20%		4 : 80%	
Malgré la vidéo, je préfère me rendre à l'hôpital pour avoir un wet-wrapping				5 : 100%	
La situation présentée dans le film correspond à la mienne	4 : 80%	1 : 20%			
Je trouve que la vidéo est un bon support éducatif	5 : 100%				
La vidéo apporte une idée plus concrète de la technique	5 : 100%				
Sans la vidéo, j'aurais réussi à réaliser le wet-wrapping de la même façon	1 : 20%			4 : 80%	

Tableau 30 : L'outil vidéo vu par le patient dans le groupe NON-HDJ avec vidéo

A nouveau, afin d'obtenir une représentation graphique la plus lisible possible, nous avons attribué des scores à chaque type de réponse :

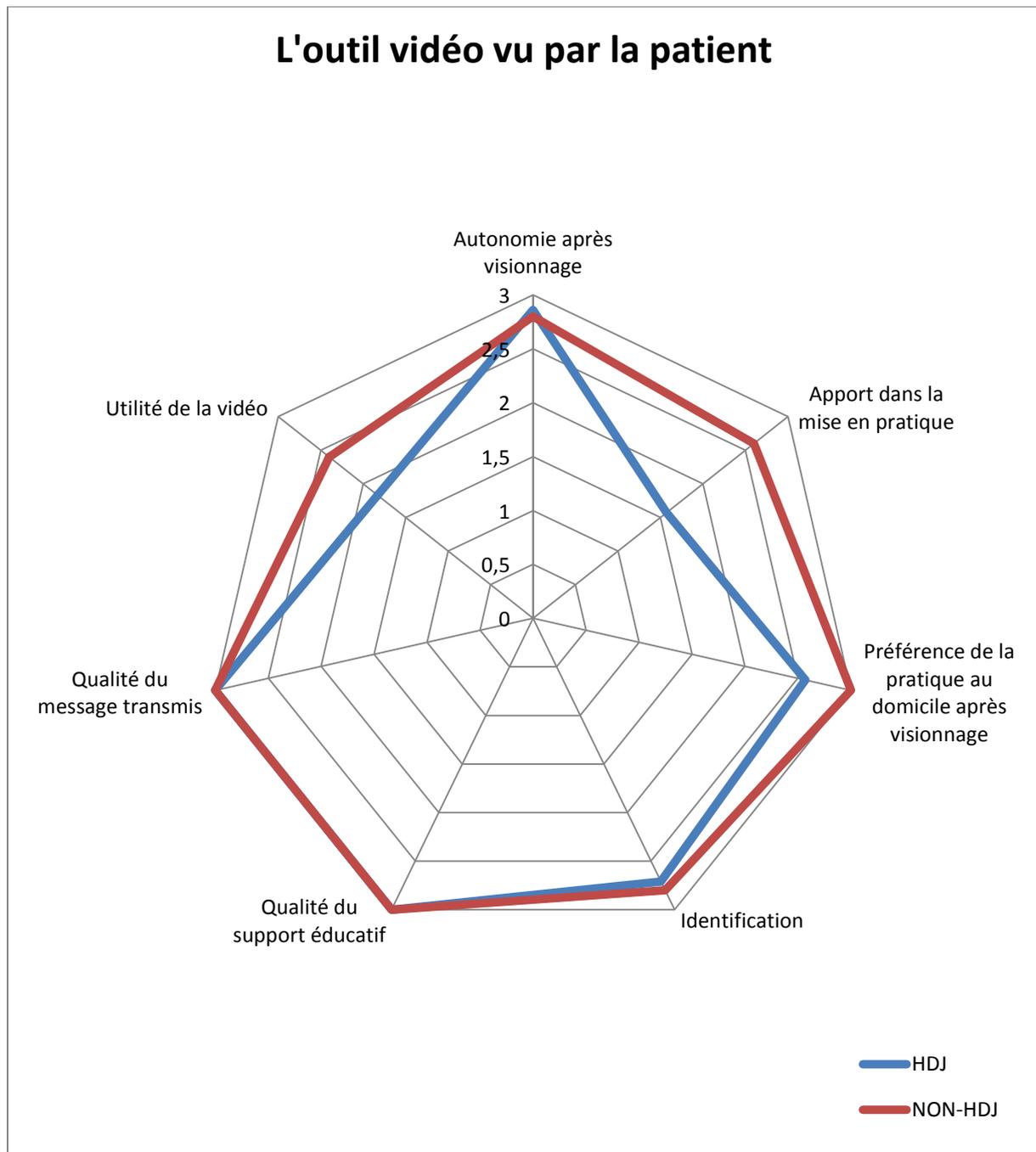
- « Tout à fait d'accord » : score de 0,
- « Assez d'accord » : score de 1,
- « Peu d'accord » : score de 2,
- « Pas du tout d'accord » : score de 3.

En ce qui concerne les affirmations : « Malgré la vidéo, j'ai eu des difficultés à faire le traitement », « Malgré la vidéo, je préfère me rendre à l'hôpital pour avoir un wet-wrapping », et « Sans la vidéo, j'aurais réussi à réaliser le wet-wrapping de la même façon », pour faciliter la lecture de la représentation graphique, nous avons inversé l'ordre des scores à attribuer :

- « Tout à fait d'accord » : score de 0
- « Assez d'accord » : score de 1
- « Peu d'accord » : score de 2
- « Pas du tout d'accord » : score de 3.

De plus, les affirmations ont été traduites sur le graphique de la manière suivante :

- « Je me suis senti capable de réaliser moi-même le wet-wrapping » : Autonomie après visionnage,
- « Malgré la vidéo, j'ai eu des difficultés à faire le traitement » : Apport dans la mise en pratique,
- « Malgré la vidéo, je préfère me rendre à l'hôpital pour avoir un wet-wrapping » : Préférence de la pratique à domicile après visionnage,
- « La situation présentée dans le film correspond à la mienne » : Identification,
- « Je trouve que la vidéo est un bon support éducatif » : Qualité du support éducatif,
- « La vidéo apporte une idée plus concrète de la technique » : Qualité du message transmis,
- « Sans la vidéo, j'aurais réussi à réaliser le wet-wrapping de la même façon » : Utilité de la vidéo.



Graphique 15 : L'outil vidéo vu par le patient

**Commentaire :**

*Le groupe NON-HDJ présente un score moyen supérieur au groupe HDJ (2,8 sur 3 versus 2,5 sur 3).*

*Le plus faible score est de 2,1 sur 3, ce qui reste assez élevé et est attribué à l'apport dans la mise en pratique et à l'utilité de la vidéo. Ces deux critères sont plus fortement notés par le groupe NON-HDJ (2,6 sur 3 pour l'apport dans la mise en pratique et 2,4 sur 3 pour l'utilité de la vidéo).*

*L'identification, l'autonomie après visionnage de la vidéo, ainsi que la préférence de la réalisation au domicile par rapport à l'hôpital atteignent le score très haut de 2,8 sur 3.*

*La qualité de la vidéo en tant que support éducatif, ainsi que la qualité du message transmis totalisent chacune la note maximale de 3 sur 3.*

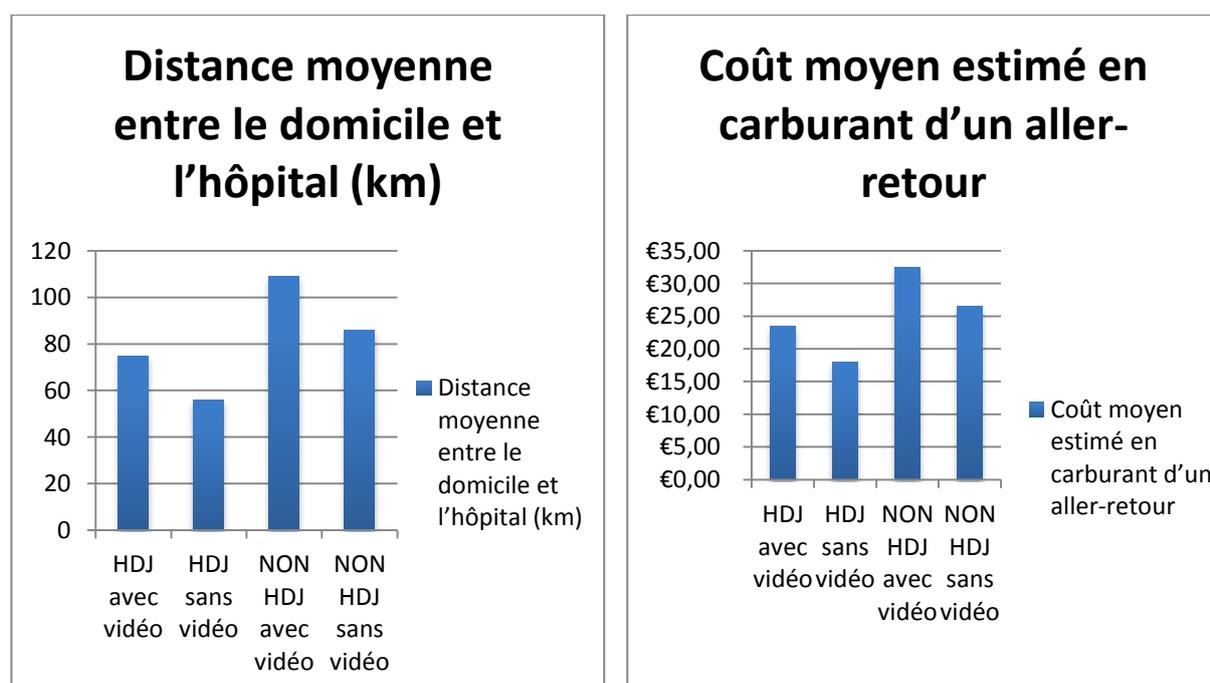
*Le score moyen d'appréciation des qualités apportées par l'outil vidéo est très élevé, et obtient une moyenne de 2,7 sur 3 (moyenne des scores obtenus). Les groupes HDJ et NON-HDJ jugent donc cet outil très positif dans son ensemble.*

## 6. COUT D'UNE JOURNEE D'HOSPITALISATION

### 6.1. COUT EN TRANSPORT POUR LE PATIENT

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Distance moyenne entre le domicile et l'hôpital (km)	75	56	109	86
Coût moyen estimé en carburant d'un aller-retour	23,50€	18€	32,50€	26,50€

Tableau 31 : Distance et coût du déplacement pour le patient



Graphique 16 : Distance et coût du déplacement pour le patient

**Commentaire :**

*La distance entre le domicile et l'hôpital est en moyenne de 82 kilomètres.*

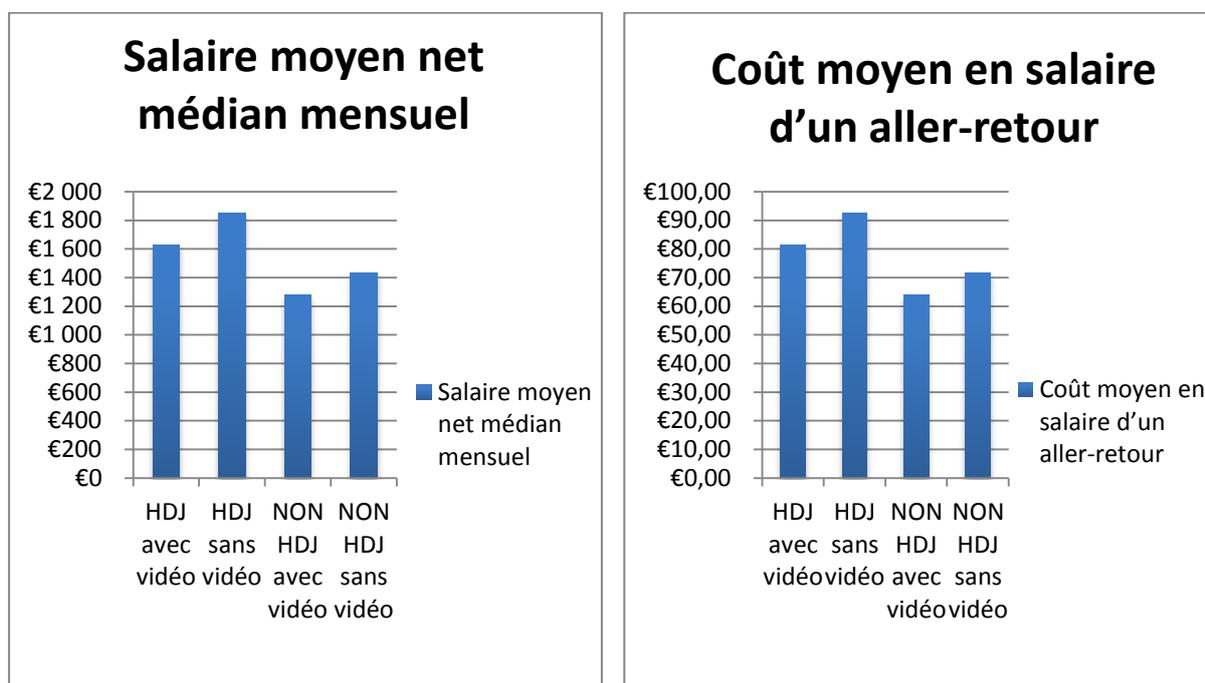
*Le coût moyen estimé en carburant tous groupes confondus est alors de 25€.*

*La distance moyenne entre le domicile et l'hôpital est plus élevée pour le groupe NON-HDJ, c'est à dire le groupe qui se rend en consultation traditionnelle. Cela génère logiquement un coût en déplacement plus important dans ce même groupe.*

**6.2. COUT EN SALAIRE POUR LE PATIENT**

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Salaire moyen net médian mensuel	1630€	1850€	1280€	1430€
Coût moyen en salaire d'un aller-retour	81,50€	92,50€	64€	71,50€

Tableau 32 : Salaire et coût d'une journée d'hospitalisation



Graphique 17 : Salaire et coût d'une journée d'hospitalisation

**Commentaire :**

*Le salaire des patients ou des parents accompagnant le patient est compris entre 1280€ et 1850€ nets mensuels.*

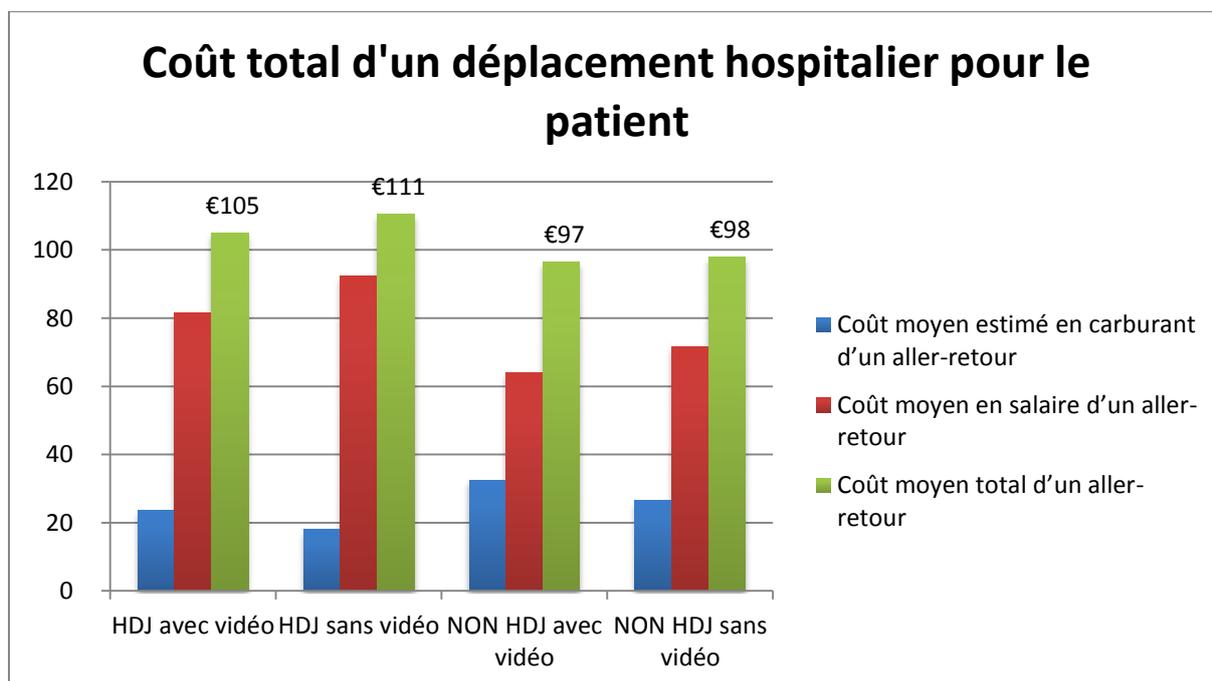
*Le coût moyen en salaire d'un aller-retour est alors compris entre 64€ et 92,50€.*

*Le coût moyen en salaire d'un aller-retour est légèrement plus faible pour le groupe NON-HDJ. Cependant, le coût en carburant était plus élevé dans ce même groupe.*

### **6.3. COÛT TOTAL D'UN DÉPLACEMENT A L'HOPITAL POUR LE PATIENT**

	HDJ avec vidéo	HDJ sans vidéo	NON-HDJ avec vidéo	NON-HDJ sans vidéo
Coût moyen estimé en carburant d'un aller-retour	23,50€	18€	32,50€	26,50€
Coût moyen en salaire d'un aller-retour	81,50€	92,50€	64€	71,50€
Coût moyen total d'un aller-retour	<b>105€</b>	<b>110,50€</b>	<b>96,50€</b>	<b>98€</b>

Tableau 33 : Coût total d'un déplacement à l'hôpital pour le patient



Graphique 18 : Coût total d'un déplacement à l'hôpital pour le patient

#### **Commentaire :**

*Malgré des disparités entre les quatre groupes quant à leur lieu d'habitation et à leur salaire, nous pouvons constater une uniformité dans le coût d'un déplacement hospitalier. Ce coût avoisine à chaque fois une centaine d'euros (103€ en moyenne).*

**6.4. COUT HOSPITALIER**

Une journée d'HDJ s'élève à 485,38€ dont 97,08€ de ticket modérateur, c'est à dire la somme d'argent restant à la charge du patient.

Une consultation d'infirmière s'élève à 12,60€ (Acte infirmier 4, soit  $4 \times 3,15€ = 12,60€$ ).

Une consultation de dermatologue s'élève à 28€.

# **PARTIE V : DISCUSSION**

Le wet-wrapping représente une alternative thérapeutique largement utilisée dans les dermatoses inflammatoires : dermatite atopique, mais aussi psoriasis...etc.

Des publications récentes ont montré l'efficacité de cette technique, qui dans tous les cas est administrée au cours d'une hospitalisation [20].

Après avoir mesuré l'efficacité du wet-wrapping à l'hôpital, la question du wet-wrapping à domicile s'est alors posée.

Contenu de la technicité de la procédure, nous avons dans un premier temps réalisé un clip vidéo expliquant simplement le déroulement de l'application du wet-wrapping. Utilisé chez des patients hospitalisés soit en hospitalisation traditionnelle soit en hospitalisation de jour, nous avons compris l'intérêt de cette formation audiovisuelle et la possibilité offerte de la soumettre à des patients volontaires à domicile.

L'objectif de ce travail a donc été d'évaluer à la fois la faisabilité de la technique de wet-wrapping effectuée au domicile, mais aussi son acceptabilité et son efficacité.

Dans ce travail rétrospectif mono-centrique nous avons analysé au total quatre échantillons de patients traités par le wet-wrapping :

- HDJ avec vidéo
- HDJ sans vidéo
- NON-HDJ avec vidéo
- NON-HDJ sans vidéo

Les critères de jugement ont été les résultats objectifs mesurés à l'aide du SCORAD ainsi que les résultats d'une enquête réalisée auprès des patients, et effectuée entre 3 et 6 mois après l'intervention.

### **Profil du patient et poursuite du traitement**

Les quatre groupes analysés avaient un SCORAD de départ compris entre 45 et 50 sans différence significative, par contre l'âge des patients et l'ancienneté de la maladie étaient très différentes selon les groupes. Le groupe NON-HDJ correspond à des enfants alors que les patients hospitalisés plusieurs jours étaient majoritairement des adultes.

Globalement, les résultats exprimés en pourcentage d'amélioration du SCORAD, sont supérieurs chez les patients non hospitalisés avec une amélioration particulièrement spectaculaire dans le groupe NON-HDJ qui a vu la vidéo. La vidéo apparaît comme un moyen efficace et utile pour transmettre des compétences. Le fait que cette vidéo ait été accompagnée par des contacts avec les infirmières a présenté un impact très positif sur la bonne utilisation de la méthode de soins.

Des effets indésirables, en particulier infectieux ont été rapportés, en particulier dans le groupe NON-HDJ sans vidéo, ce qui nous permet d'insister sur l'obligation d'un apprentissage à la technique afin d'éviter un mésusage.

Certains patients du groupe HDJ ont bénéficié d'un traitement systémique antérieur qui n'a pas été concluant. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, le wet-wrapping leur a été proposé.

L'équipement informatique des patients est très largement répandu puisqu'un seul des patients ne disposait pas d'un matériel informatique permettant de visionner la vidéo.

<b>Expérience personnelle du patient à propos de la technique</b>
---

L'appréciation de la technique par les patients est excellente, tous groupes confondus.

En effet, les quatre groupes jugent la facilité de réalisation et de réutilisation, l'efficacité et l'acceptabilité de manière très positive. Les patients non hospitalisés et ayant visionné le film sont d'autant plus motivés pour réaliser le wet-wrapping.

En revanche, la durée des soins n'obtient pas des appréciations aussi élevées. Les patients acceptent moins facilement de prendre du temps à la maison pour réaliser ce soin. L'outil vidéo semble avoir un impact positif sur la durée des soins, qui n'est pas jugée trop sévèrement par le groupe NON-HDJ ayant vu le film. La vidéo permet sans doute de dédramatiser le mode opératoire de cette technique.

L'impact du wet-wrapping sur les lésions caractéristiques de la dermatite atopique est considérable. Les quatre groupes présentent une amélioration très significative sur les 6 lésions : érythème, œdème/papules, excoriations, suintements/croûtes, lichénifications et sécheresse cutanée.

De même, pour tous les patients interrogés, la qualité du sommeil est meilleure après l'utilisation de la technique, et l'importance des démangeaisons est plus faible après l'application du wet-wrapping.

Les 25 patients recommandent de façon unanime le wet-wrapping, 92% d'entre eux le plébiscitent. 100% des patients recommandent l'usage du wet-wrapping à domicile plutôt qu'en milieu hospitalier.

### **Expérience personnelle du patient à propos du film**

Parmi nos 25 patients, 48% d'entre eux ont pu visionner la vidéo, et 92% des patients qui ne l'ont pas vue seraient intéressés pour la visionner. Le support vidéo en tant qu'outil d'éducation thérapeutique semble alors répondre aux attentes des patients.

Dans la grande majorité des cas, moins de 3 visionnages ont été nécessaires pour bien comprendre la technique. La vidéo apporte donc l'ensemble des informations nécessaires afin de réaliser la méthode de soins chez soi.

Tous les patients, hospitalisés ou non, s'identifient très aisément à la situation présentée dans le film. Ils jugent tous que la vidéo est un support éducatif de très bonne qualité, et qu'elle permet de transmettre un message clair, ce qui leur permet de se sentir autonomes pour la réalisation des soins.

Le groupe non hospitalisé souligne de manière encore plus positive l'utilité de l'outil vidéo, ainsi que l'apport dans la mise en pratique de cette technique de dermatologie.

Les 12 patients ayant regardé ce film, présentent une préférence très nette dans la pratique du wet-wrapping à domicile plutôt qu'à l'hôpital.

Une étude réalisée par P. Lio en 2010 sur 80 patients atteints de dermatite atopique sévère, et disposant de connaissances similaires sur leurs maladies, a démontré que la vidéo éducative constituait un outil efficace et attirant pour améliorer les résultats cliniques des patients [26].

<b>Aspect économique du wet-wrapping</b>
--

La distance moyenne entre le domicile des patients et l'hôpital est de 82 kilomètres. Ainsi, pour les patients, le fait de se rendre à l'hôpital est une contrainte tant au niveau du temps que du coût engendré par un tel déplacement.

Le coût moyen total à la charge du patient d'un aller-retour à l'hôpital s'élève à une centaine d'euros. Il faut préciser que ce déplacement à l'hôpital devra être répété plusieurs fois afin d'obtenir une amélioration de son état de santé, et que la somme est doublée lors d'une hospitalisation de jour avec le ticket modérateur.

L'hospitalisation de jour génère un coût d'environ 500€, dont une centaine d'euros à la charge du patient (ticket modérateur). La consultation par le spécialiste ainsi que par les infirmières ne sont pas prises en compte dans le montant mentionné précédemment.

Au regard de telles sommes, et des résultats obtenus lors de notre étude, la question de la nécessité de se rendre à l'hôpital pour l'application du wet-wrapping se pose alors.

# CONCLUSION

## CONCLUSION

Cette étude a été réalisée afin d'évaluer la possibilité de pratiquer la technique du wet-wrapping à domicile, grâce à la mise à disposition d'un film détaillant cette méthode de soins.

Ce travail présente des limites car il s'agit d'une enquête rétrospective, monocentrique et effectuée sur un petit nombre de patients. Cependant, elle offre une alternative nouvelle dans la prise en charge de la dermatite atopique sévère.

Il s'agit d'une idée originale qui ouvre des possibilités importantes en terme d'efficacité, d'acceptabilité, ainsi que d'un point de vue économique. En effet, les résultats obtenus sur les patients sont spectaculaires.

Les patients inclus dans cette enquête ont exprimé un très haut niveau de satisfaction concernant la pratique à domicile du wet-wrapping. Parmi les commentaires de patients qui ont été exprimés, nous pouvons notamment citer : « Je regrette de ne pas avoir utilisé cette technique plus tôt ! », « Le wet-wrapping a été miraculeux sur l'état de santé de mon enfant ! », « Cette méthode a changé notre vie ! »...etc.

Au regard de pareils commentaires, bien que subjectifs, ainsi que des résultats objectifs obtenus lors de notre travail, nous pouvons en conclure que le wet-wrapping est faisable à domicile et qu'il est très bien accepté par les patients.

Le wet-wrapping à domicile permettrait de plus, d'améliorer la qualité de vie du patient ainsi que de diminuer les coûts engendrés par les soins. Il constitue alors une nouvelle solution efficace pour les patients atteints de dermatite atopique sévère en situation d'échec thérapeutique.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. **SAURAT, J-H., et al.** *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 5<sup>e</sup> éd. Paris : Elsevier Masson. 2009, pp. 67-80. 1152 p.
2. **ROGUEDAS-CONTIOS, A-M. et LORETTE, G.** *Dermatite atopique*. Rueil-Malmaison : Doin. 2007, 63 p.
3. **Walley A.J. et coll.**, Nat. Genet. 2001, 29, 175-8
4. **BOLZINGER, M-A., et al.** *La dermatite atopique : savoirs et expériences*. Rueil-Malmaison : Arnette. 2006, 179 p.
5. **CRICKX, B., LAMIRAND, M. et NICOLAS, J.-F.** *La dermatite atopique*. Montrouge : John Libbey Eurotext. 2000, 186 p.
6. **STALDER, J.F. et LACOUR, J.P.** Champs, objectifs et méthodologie de la conférence de consensus « Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant ». *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2005, Vol. 132, 1, pp. 5-7
7. **AUDIGIER, V., SHISHA, A. et JULLIEN, D.** Génétique des altérations de la barrière cutanée dans la dermatite atopique. *Annales de dermatologie de vénéréologie*. 2008, Vol. 135, 1, pp. 34-37
8. **TAIEB, A.** Dermatite atopique : définition, épidémiologie, histoire naturelle, gravité et scores. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2005, Vol. 132, S1, pp. 35-43
9. [http://rms.medhyg.ch/article\\_p.php?ID\\_ARTICLE=RMS\\_321\\_2453](http://rms.medhyg.ch/article_p.php?ID_ARTICLE=RMS_321_2453)
10. <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr>
11. [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)
12. Item 114 : allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : Dermatite (ou eczéma) atopique. Collège National des enseignants de Dermatologie. 2010-2011
13. **A. WOLKERSTORFER, R.L.VISSER, F.B. DE WAARD VAN DER SPEK, P.G.H. MULDER, A.P. ORANJE.** Efficacy and safety of wet-wrap dressings in children with severe atopic dermatitis : influence of corticosteroid dilution. *British journal of dermatology*. 2000, 143, 999-1004
14. **A.Y. FINLAY, G.K. KHAN.** Dermatology Life Quality Index (DLQI) : a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*. 1994, 19, 210-216
15. Vidal recos – recommandations et pratique. 2009, 3<sup>e</sup> édition, 353-367
16. Dorosz – guide pratique des médicaments. 2011, 30<sup>e</sup> édition, 628-630
17. La dermatite atopique. *Le moniteur des pharmacies*. 2012, No 160, 6 p.
18. **M.J. CORK, J. BRITTON, L. BUTLER, S. YOUNG, R. MURPHY, S.G. KEOHANE.** Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of tropical therapies by a specialist dermatology nurse. *British journal of dermatology*. 2003, 149, 582-589
19. **A.C.A DEVILLERS, A.P. ORANJE.** Wet-wrap treatment in children with atopic dermatitis : a practical guideline. *Pediatric Dermatology*. 2012, Vol. 29, No. 1, 24-27
20. **A.C.A. DEVILLERS et A.P. ORANJE.** Efficacy and safety of « wet-wrap » dressings as an intervention treatment in children with severe and/or refractory atopic dermatitis : a critical review of the literature. *British Journal of Dermatology*. 2006, Vol. 154, pp. 579-585
21. <http://www.molnlycke.com>

## BIBLIOGRAPHIE

22. Rapport de l’OMS-Europe. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease. 1996
23. [www. has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Recommandations de l’HAS. Juin 2007
24. **S. BARBAROT**. Guide pour la pratique de l’éducation thérapeutique. Groupe d’Education Thérapeutique
25. <http://www.insee.fr>
26. **A.W. ARMSTRONG, R.H. KIM, N.Z. IDRIS, L.N. LARSEN, P.A. LIO**. Online video improves clinical outcomes in adults with atopic dermatitis : a randomized controlled trial. *American Academy of Dermatology*. 2011

# TABLE DES FIGURES

## TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Atteinte des organes cibles de l'atopie en fonction de l'âge	10
<u>Figure 2</u> : Répartition, par tranche d'âge, des patients atteints de dermatite atopique en France	12
<u>Figure 3</u> : Schéma de l'hydratation normale de la peau	13
<u>Figure 4</u> : Schéma de l'hydratation d'une peau atopique	14
<u>Figure 5</u> : Impact de l'absence de la filaggrine dans l'altération de la fonction « barrière cutanée » intervenant dans le développement de la dermatite atopique	14
<u>Figure 6</u> : Dermatite atopique du nourrisson	18
<u>Figure 7</u> : Dermatite atopique de l'enfant	19
<u>Figure 8</u> : Dermatite atopique chez l'adolescent	19
<u>Figure 9</u> : Feuille SCORAD	23
<u>Figure 10</u> : Page d'accueil du site <a href="http://www.poscorad.com">www.poscorad.com</a>	25
<u>Figure 11</u> : Grille de PO-SCORAD disponible sur le site de la fondation de la DA	26
<u>Figure 12</u> : Arbre décisionnel de la prise en charge d'une dermatite atopique	28
<u>Figure 13</u> : Cercle vertueux	37
<u>Figure 14</u> : Modèles Tubifast® disponibles en pharmacie et commercialisés par le Laboratoire Mölnlycke Health Care	39
<u>Figure 15</u> : Prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique	42
<u>Figure 16 à 20</u> : Diaporama de la vidéo	50-51
<u>Figure 21</u> : Nombre de vues de la vidéo du 1 <sup>er</sup> janvier 2012 au 9 juillet 2013	53

# TABLE DES TABLEAUX

TABLE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Prévalence de la dermatite atopique en France	12
<u>Tableau 2</u> : Critères de diagnostic de la dermatite atopique de <i>l'United Kingdom Working Party, 1994</i>	16
<u>Tableau 3</u> : Classement des dermocorticoïdes selon leur niveau d'activité	29
<u>Tableau 4</u> : Principaux soins émoullients présents en pharmacie	33
<u>Tableau 5</u> : Storyboard de la vidéo éducative sur le wet-wrapping	48
<u>Tableau 6</u> : Profil des patients	69
<u>Tableau 7</u> : Répartition des âges	70
<u>Tableau 8</u> : Répartition des sexes	71
<u>Tableau 9</u> : Ancienneté moyenne de la DA	72
<u>Tableau 10</u> : Variation du SCORAD	73
<u>Tableau 11</u> : Variation de l'étendue de la DA	73
<u>Tableau 12</u> : Résumé des variations du SCORAD et de l'étendue de la DA	73
<u>Tableau 13</u> : Pourcentage des patients ayant eu un traitement systémique antérieur	75
<u>Tableau 14</u> : Pourcentage de patients ayant contracté une infection consécutive au WW	76
<u>Tableau 15</u> : Matériel informatique et connexion à Internet	77
<u>Tableau 16</u> : Contact avec les infirmières et poursuite du traitement	78
<u>Tableau 17</u> : La technique du WW vue par le patient dans le groupe HDJ avec vidéo	79
<u>Tableau 18</u> : La technique du WW vue par le patient dans le groupe HDJ sans vidéo	80
<u>Tableau 19</u> : La technique du WW vue par le patient dans le groupe NON-HDJ avec vidéo	80
<u>Tableau 20</u> : La technique du WW vue par le patient dans le groupe NON-HDJ sans vidéo	81
<u>Tableau 21</u> : Impact du WW sur les lésions dans le groupe HDJ avec vidéo	84
<u>Tableau 22</u> : Impact du WW sur les lésions dans le groupe HDJ sans vidéo	84
<u>Tableau 23</u> : Impact du WW sur les lésions dans le groupe NON-HDJ avec vidéo	85
<u>Tableau 24</u> : Impact du WW sur les lésions dans le groupe NON-HDJ sans vidéo	85
<u>Tableau 25</u> : Impact du WW sur le sommeil et sur les démangeaisons	87
<u>Tableau 26</u> : Recommandation de la technique et préférence à domicile	88
<u>Tableau 27</u> : Visionnage de la vidéo par les patients	89
<u>Tableau 28</u> : Nombre de vue(s) nécessaire(s) pour bien comprendre la technique	90
<u>Tableau 29</u> : L'outil vidéo vu par le patient dans le groupe HDJ avec vidéo	91
<u>Tableau 30</u> : L'outil vidéo vu par le patient dans le groupe NON-HDJ avec vidéo	92
<u>Tableau 31</u> : Distance et coût du déplacement pour le patient	95
<u>Tableau 32</u> : Salaire et coût d'une journée d'hospitalisation	96
<u>Tableau 33</u> : Coût total d'un déplacement à l'hôpital pour le patient	97

# TABLE DES GRAPHIQUES

## TABLE DES GRAPHIQUES

<u>Graphique 1</u> : Répartition des âges	70
<u>Graphique 2</u> : Répartition des sexes	71
<u>Graphique 3</u> : Ancienneté moyenne de la DA	72
<u>Graphique 4</u> : Variation du SCORAD et de l'étendue de la DA	74
<u>Graphique 5</u> : Pourcentage des patients ayant eu un traitement systémique antérieur	75
<u>Graphique 6</u> : Pourcentage de patients ayant contracté une infection consécutive au WW	76
<u>Graphique 7</u> : Matériel informatique et connexion à Internet	77
<u>Graphique 8</u> : Contact avec les infirmières et poursuite du traitement	78
<u>Graphique 9</u> : La technique du WW vue par le patient	82
<u>Graphique 10</u> : Impact du WW sur les lésions	86
<u>Graphique 11</u> : Impact du WW sur le sommeil et sur les démangeaisons	87
<u>Graphique 12</u> : Recommandation de la technique et préférence à domicile	88
<u>Graphique 13</u> : Visionnage de la vidéo par les patients	89
<u>Graphique 14</u> : Nombre de vue(s) nécessaire(s) pour bien comprendre la technique	90
<u>Graphique 15</u> : L'outil vidéo vu par le patient	94
<u>Graphique 16</u> : Distance et coût du déplacement pour le patient	95
<u>Graphique 17</u> : Salaire et coût d'une journée d'hospitalisation	96
<u>Graphique 18</u> : Coût total d'un déplacement à l'hôpital pour le patient	97

# **LES ABREVIATIONS**

## LES ABREVIATIONS

1. DA : Dermatite Atopique
2. HS : Hypersensibilité
3. SCORAD : Scoring of Atopic Dermatitis
4. PO-SCORAD : Patient Oriented SCORAD
5. HDJ : Hospitalisation De Jour
6. WW : Wet-Wrapping

**Nom-Prénoms :** THIERCELIN, Jean, Gaspard, Quentin

**Titre de la thèse :** Impact d'une vidéo éducative dans la mise en place d'un wet-wrapping chez le sujet porteur de dermatite atopique sévère

---

**Résumé de la thèse :**

La dermatite atopique est une affection cutanée inflammatoire et prurigineuse, dont la prévalence ne cesse d'augmenter, et qui aujourd'hui de 15% en France.

Les dermocorticoïdes constituent le traitement de référence de la dermatite atopique.

Le wet-wrapping, littéralement « emballage humide » est une technique de soins locaux à base de dermocorticoïdes. Il est utilisé jusqu'à présent dans les pays anglo-saxons en milieu hospitalier. Afin de pratiquer le wet-wrapping à domicile, une vidéo éducative a été réalisée.

Cette étude a pour objectif d'évaluer la faisabilité de cette méthode de soins à domicile, son acceptabilité par les patients, ainsi que son efficacité sur l'état de santé de ces derniers.

---

**MOTS CLES :** DERMATITE ATOPIQUE, WET-WRAPPING, VIDEO EDUCATIVE, ECZEMA, DERMOCORTICOÏDE.

---

**JURY :**

**PRESIDENT :** Mme Véronique SEBILLE-RIVAIN, maître de conférences des universités de biomathématiques - Faculté de pharmacie de Nantes

**ASSESEURS :** M. Jean-François STALDER, professeur des universités, praticien hospitalier de dermatologie - Faculté de médecine de Nantes

M. Thomas BELIARD, docteur en pharmacie  
99, rue du Général Buat, 44000 Nantes

---

**Adresse de l'auteur :**

44360 Saint-Etienne de Mont-Luc