

Revue générale

Les obstacles aux traitements dans la dermatite atopique

RÉSUMÉ : Les obstacles au traitement de la dermatite atopique (DA) sont à l'origine de la mauvaise observance. Ils apparaissent dès le début de l'histoire: le patient est-il malade? Qu'apprend-il *via* internet? Que disent les soignants? Le traitement entre-t-il en conflit avec des habitudes familiales? Pourquoi une telle perte de confiance? Les dermatologues sont-ils formés à gérer les maladies chroniques? Comment transmettre une information? Les préceptes de l'éducation thérapeutique permettent de répondre à ces questions.

Cet article propose des réponses précises, déjà expérimentées, offertes en tant que support de réflexion pour que chacun les adapte à sa propre pratique.



M. BOURREL-BOUTTAZ
Cabinet de Dermatologie, CHAMBÉRY.

Aborder le problème des obstacles au traitement de la dermatite atopique (DA) ne concerne pas uniquement les problèmes de la corticophobie et du coût des soins. D'autres obstacles plus subtils émaillent le parcours du patient. Un parcours standard commence par la prise de conscience de son problème de santé par l'individu. Puis, celui-ci consulte son médecin qui pose un diagnostic et propose un traitement, le plus souvent sous la forme d'une ordonnance. Le patient se rend à la pharmacie pour obtenir le traitement, il l'applique chez lui et, dans le meilleur des cas, le problème disparaît. Tout le monde est content. Sauf que, dans la dermatite atopique en particulier, cela ne se passe pas comme ça.

L'individu qui se gratte est-il un malade ?

Le grattage est une manifestation du corps banale, banalisée et pourtant inadmissible pour l'entourage qui intime rapidement un "Arrête de te gratter!". Se reconnaître comme malade n'est pas évident dans le cas de la dermatite

atopique [1]. Beaucoup en doutent tant du côté des familles que des médecins. "Ah non, on ne va pas en plus leur dire que leur enfant est malade !" peut-on entendre de la part de médecins généralistes au cours de la formation médicale continue. "Mais alors si je suis malade, j'ai droit à un traitement !", me confie un jour une patiente atopique de longue date et pharmacienne. "Comment s'est passée votre hospitalisation? J'ai été considéré comme un malade..."

Intégrer le symptôme "grattage" dans le cadre d'une "maladie" prend du temps... Ce retard est très délétère en termes de souffrance physique bien sûr, mais aussi en termes de souffrance morale car le patient se sent dénigré et incompris. Ce retard est favorisé par une attitude consumériste exprimée par un "Débarrassez-moi de ce truc-là !" et par la facilité d'accès aux informations véhiculées sur internet. Celles-ci sont de deux ordres : soit du scientifique bien fait mais qui ne répond pas aux questions que se pose le patient, soit de l'émotionnel, reflet de toutes les frustrations face à une maladie mal comprise, qui va accentuer la confusion.

I Revues générales

Mais un jour, à force de recherches et d'expériences, certains patients inversent l'injonction en question du style: "Ça me concerne en quoi ce problème?". Ce changement devrait être incité par les soignants, mais encore faudrait-il qu'ils soient persuadés que la dermatite atopique est une maladie! Pourtant, le bénéfice de cette reconnaissance est majeur: elle permet en effet d'atténuer la culpabilité éprouvée par toute cette communauté de patients et facilite l'adhésion au traitement tout en le légitimant.

Le soignant consulté est-il compétent ?

À qui le patient va-t-il s'adresser ? Il a le choix entre l'allergologue, le dermatologue, le médecin de famille dans le circuit de l'allopathie, auxquels il faut ajouter les homéopathes, les acupuncteurs (médecins rattachés aux médecines dites "douces"), sans oublier les non-médecins: psychologues, naturopathes, étioopathes, ostéopathes, passeurs de feu, magnétiseurs... Le problème est majeur car chacun tiendra un discours différent, or l'incohérence de ces discours ("vous êtes fusionnel à votre mère", "c'est le foie", "c'est allergique", "c'est le lait", "la cortisone, surtout pas, vous êtes devenu dépendant...") conduit à les discréditer et à détruire la confiance du patient qui se sentira de plus en plus seul et finira par ne plus croire en rien [2].

Quel est l'impact de la pharmacie ? [3]

La pharmacie est la dernière étape avant le passage à l'acte du patient face à ses crèmes et à ses doutes... Le dernier qui parle occupe donc une place toute particulière. Or, il n'est pas rare que les patients soient confrontés à une moue ou un regard suspicieux, voire qu'ils entendent carrément une phrase énoncée clairement: "Ah bon, tout ça, vous êtes sûr? Et puis surtout, n'allez pas au

soleil avec la cortisone!" [4]. Si le patient gardait quelques craintes sur l'innocuité du traitement, ses doutes se transforment désormais en certitudes: il ne fera pas le traitement, ou alors juste histoire de se soulager un peu mais pas plus!

Le patient est-il seul dans sa salle de bains ?

Hélas non ! Et c'est là que surgissent les pires obstacles, liés à la culture, à la famille, aux habitudes, aux codes sociétaux. Un exemple parmi d'autres: une jeune femme ne voulait pas diminuer son temps de douche (2 fois 20 minutes par jour) car la première correspondait à la préparation à sa relation à son mari et la seconde à son souci d'enlever les odeurs...

Autre exemple: un père de famille vient m'insulter en consultation car j'avais demandé à son épouse d'enlever la bouteille de soda à table...

À quoi correspondent toutes ces difficultés ?

Elles peuvent schématiquement entrer dans 3 cadres: le pouvoir, le vouloir, le savoir.

1. Le pouvoir

Il correspond à la faisabilité du traitement. Autrement dit par quels moyens, par quelle stratégie le patient a-t-il accès aux soins et en pratique comment fait-il ?

La proximité des soignants est un repère forcément important mais, concernant la dermatite atopique, ce n'est pas le point le plus important. Ce qui compte c'est de savoir si le patient a une réserve de cortisone en crème chez lui ou non, et cette question-là interroge la **qualité de l'ordonnance**. Toute ordonnance qui limite l'accès à la cortisone dans le temps et en quantité – tout en restant dans les normes des bonnes pratiques, bien sûr – est vouée à l'échec. Or, ce type d'ordon-

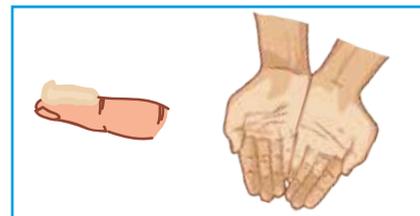


Fig. 1.

nance est le plus fréquent [5]. Il faut donc redéfinir les bonnes pratiques cliniques concernant l'usage de la cortisone en application locale. Il s'agit de l'unité phalange (fig. 1): une unité phalange est la quantité nécessaire et suffisante pour traiter la surface de deux paumes de mains: plus, c'est inutile, moins, ce ne sera pas efficace. On compte 8 unités pour un membre inférieur, 4 pour un membre supérieur et 2,5 pour le visage et le cou.

Si au bout de 1 mois de traitement, la quantité de cortisone appliquée n'a pas diminué du fait de la persistance de plaques de même surface, c'est qu'il faut revoir l'ensemble du traitement. Par conséquent, la notion prioritaire en termes de stratégie est le rendez-vous de contrôle: un patient vu pour une poussée doit avoir un rendez-vous de contrôle 1 mois plus tard, et ce même si le dermatologue n'a pas de place...

La deuxième notion concernant la faisabilité est la suivante: il est essentiel de comprendre ce que fait réellement le patient une fois de retour chez lui.

Pour cela, il faut lui demander de nous "faire vivre" sa routine de soins dans sa salle de bains. On sait que le discours du patient devient authentique dès lors que celui-ci s'énonce au présent et commence ses phrases par "je". On comprend alors souvent à quel point des mots simples peuvent être interprétés de façon très différente: par exemple, le mot "toilette" peut se limiter au lavabo quand le mot "douche" correspond à ce qui se passe sous la douche. On découvre à cette occasion que le patient utilise des produits d'hygiène différents qu'il n'évoquait pas jusque-là. Interrogez-le sur les produits qu'il utilise pour sa dermatite atopique,

il vous les indiquera, mais demandez-lui s'il n'en a pas pour autre chose (acné, gommages...) et vous vous apercevrez qu'il y en a plein d'autres qu'il ne mentionnait pas!

Faire les gestes ensemble au cabinet est aussi très important. Très souvent, à cette occasion, le parent présent ou le patient visualise qu'il n'en met pas assez [6]: par peur de la cortisone, pour économiser des produits qui coûtent cher mais aussi, il faut bien le reconnaître, parce que se crémier tous les soirs n'a rien de glamour. En effet, tant que l'enfant est soigné par ses parents, si ces derniers sont favorables au traitement, celui-ci sera appliqué. Mais avec l'apparition de la pudeur [7] – moment qui devrait être celui où l'enfant s'autonomise pour bien symboliser la séparation des corps – et surtout avec l'accès à la sexualité, la galénique du traitement joue un rôle essentiel du point de vue de l'adhésion thérapeutique. Il ne faut pas hésiter à en parler: *“Et le soir, vous faites comment entre le conjoint et la crème? Et au lit, ça se passe comment?”* La sexualité est un sujet difficile à aborder pour les patients atopiques.

2. Le vouloir

Le vouloir correspond à des notions plus inconscientes. S'il est certain que la plupart des patients savent pertinemment qu'il faut appliquer de la cortisone, beaucoup pensent que cela ne sert à rien puisque le problème revient tout le temps. Cette réflexion aborde la notion si complexe de la chronicité [8]. Le fait que 75 % des enfants aient guéri passé 5 ans légitime chez les parents l'idée qu'il vaut mieux ne pas traiter et attendre que cela guérisse tout seul. D'autant plus que bon nombre d'entre eux adhèrent aux idées anciennes que quelque chose de mal ou de toxique doit sortir et qu'il ne faut surtout pas le faire “rentrer”, sous peine de le voir ressortir ensuite sous forme d'asthme [9]. On se trouve dès lors face à un paradoxe effrayant: le souci de ne surtout pas faire

“rentrer” le mal va réellement pérenniser la maladie et la rendre chronique par manque de soins adaptés!

Quand à la corticophobie, elle tire son origine de plusieurs sources, la toute première – bien mise en évidence par l'étude menée par l'équipe de Nantes [10] – étant l'incohérence des médecins entre eux, ce qui corrobore l'idée si répandue que ceux-ci sont incompetents. Cependant, l'illusion entretenue par le patient qu'il ne peut y avoir qu'une seule et unique solution à son problème est pire encore. Cette idée, vraie pour l'eczéma de contact, vient polluer la réflexion menée autour de la dermatite atopique, et ce d'autant plus que la différence entre la DA et l'eczéma de contact, entre l'inflammation et l'allergie n'est pas du tout intégrée.

3. Le savoir

Il correspond à ce que sait le patient de sa maladie. Particulièrement dans le cadre de la dermatite atopique, les patients ne sont pas vierges de tout préjugé et il est impossible de faire changer une idée juste sous prétexte que le médecin aurait donné sa version. Si on cherche à apprendre quelque chose de nouveau à un patient, il faut d'abord lui demander ce qu'il sait, tout en gardant à l'esprit que, le plus souvent, il n'a pas vraiment conscience de ce qu'il sait. Dans le champ du savoir, 5 cases doivent être explorées ensemble [11]:

- les préjugés (*“C'est allergique”*);
- les jugements de valeur (*“De toute façon, ce n'est pas grave”*);
- le patient ressent de la douleur physique (*“Je ne dors plus tellement ça gratte”*);
- le patient exprime de la douleur émotionnelle (*“Je me sens nul”*);
- la case la moins remplie est la case scientifique (*“Comment fonctionne votre peau?”*).

Tous ces espaces sont autant de couches de béton qui structurent le sous-sol du patient, sur lequel il s'est construit pen-

dant tant d'années. Le fait de les mettre en évidence rassure le patient sur la capacité du soignant à le comprendre.

■ Pourquoi tant de difficultés?

La peau n'est pas un organe comme les autres. Elle est conditionnée par le regard que la société porte sur elle et l'interprétation qui en est faite (fig. 2).

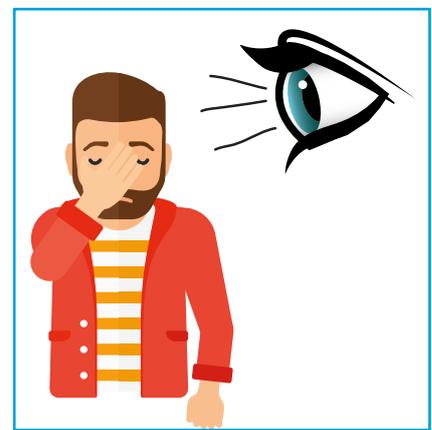


Fig. 2.

La peau fait se côtoyer Eros et Thanatos: Eros symbolisé par la caresse de la peau douce, Thanatos par le dégoût de la peau abîmée. Le patient atopique est soumis à un regard très négatif dès son plus jeune âge. Il est également soumis à une lecture linéaire des causes et des effets: si le stress déclenche la dermatite atopique, c'est que ça se passe dans la tête. Trois dictatures mentales dominent ainsi la réflexion: *“c'est dans la tête”, “c'est allergique”* et *“la cortisone, c'est dangereux!”* L'application d'un médicament directement sur la peau a plus d'impact dans l'imaginaire du patient que le fait de l'avaler sous forme de comprimé. N'est-il pas paradoxal que le patient atteint d'urticaire chronique abuse des corticoïdes oraux alors que le patient atopique n'ose pas appliquer le dermocorticoïde? La confusion concernant les effets secondaires de la cortisone par voie orale et par voie locale est habituelle, même chez les soignants et leurs étudiants...

I Revues générales

Du côté des soignants, médecins et pharmaciens confondus, le manque de formation est flagrant, avec juste une douzaine d'heures accordées à toute la dermatologie pendant la totalité de leurs études. Le déni de la gravité de la maladie, partagé par tant de familles et de soignants, est le reflet du manque de considération de la souffrance physique et morale des patients, alors que toutes les études prouvent que la dégradation de leur qualité de vie est épouvantable [12]. Peu à peu, le patient se croit coupable et incapable (d'arrêter de se gratter, de trouver un traitement, de traiter sa tête...).

■ Comment faire ?

Il est important de garder à l'esprit ces 3 concepts majeurs :

- le patient a toujours raison même quand il a tort, car ce sont ses raisons [13];
- apprendre est une réponse à une question [11];
- le patient n'abandonnera ses préjugés que si certaines conditions sont remplies (conditions relatives à la notion de sécurité).

Le patient atopique a besoin de sécurité. Créer cette sécurité revient à donner du sens à la maladie dans l'histoire du patient et à fournir à ce dernier des explications rationnelles et accessibles. Dans la pratique, cela correspond à lui offrir du temps et de la pédagogie.

Tout cela nous conduit à parler des obstacles liés aux médecins eux-mêmes dans la mesure où ils ne disposent pas du premier (le temps) et ne sont pas formés à la deuxième (la pédagogie), et quand bien même ils le seraient, aucune cotation ne viendrait les gratifier de leur investissement...

1. Le patient a toujours raison même quand il a tort (car ce sont ses raisons)

Dire à un patient qu'il a tort ne sert à rien, cela risque même d'être contre-productif. Il est au contraire intéressant de lui

demander pourquoi il adhère à une telle idée ("*l'eczéma, c'est dans la tête*", par exemple). C'est en outre l'occasion de lui faire raconter quelque chose de son parcours qui a pris sens pour lui. On peut ensuite lui demander s'il a expérimenté cette idée, car une idée devient d'autant plus crédible qu'elle passe par le filtre de l'expérimentation. Si le patient vous dit qu'il va mieux depuis qu'il a entrepris une psychothérapie, c'est forcément sa vérité. Pour autant, s'il est en face de vous, c'est qu'il a toujours de la dermatite atopique et qu'il y a une autre voie à explorer pour l'aider (les soins locaux, les microbiotes intestinal et cutané, la place de l'alimentation dans la qualité de la sueur...). Le valoriser dans sa démarche de chercheur est une marque de confiance qui lui est accordée, or la confiance est un gage d'engagement dans la relation et dans le traitement.

2. Apprendre est une réponse à une question

Pour pouvoir intégrer une idée nouvelle, (voire contradictoire, ce qui arrive souvent dans le cadre de la dermatite atopique), il est intéressant de partir de la question qui fait polémique justement pour aboutir à une autre beaucoup plus neutre à laquelle généralement les forums, les préjugés n'ont pas déjà opposé de réponses toutes faites.

Donc, partons de "*que savez vous de la DA ?*". Réponse du patient : "*C'est le stress*". D'accord, pas de problème. "*Mais alors comment pourriez-vous interpréter le fait que les bébés à risque font 2 fois moins de DA quand ils sont hydratés dès leur premier jour de vie ?*" [14]. À ce moment précis, le patient commence à écouter attentivement car c'est un discours qu'il n'a encore jamais entendu. En tant que soignant, vous êtes alors dans ce que les pédagogues appellent une "rupture cognitive", c'est-à-dire que votre enchaînement amène le patient à une "rupture de réponse" qui va aiguïser sa curiosité et son attention.

3. Le patient ne quittera ses préjugés que s'il se sent en sécurité

La notion d'insécurité du patient atopique démarre alors qu'il est tout petit par le biais de la peau elle-même. En effet, il n'est pas anodin de se poser la question de la place du toucher émotionnel quand la peau brûle ou gratte dès les premiers jours de la vie. Le premier besoin d'un bébé est de se sentir en sécurité. La peau participe à cette construction intérieure par l'intermédiaire du toucher émotionnel [15], une fonction de la peau récemment découverte.

La dermatite atopique est la première maladie du bébé dans sa précocité et sa fréquence; elle inquiète les parents qui n'ont pas à leur disposition de quoi être rassurés. Quand on leur demande "*Que vous a dit mon confrère ?*", leur réponse est invariablement "*Il m'a donné de la cortisone*". Ce dialogue de sourds montre bien que l'attente des parents se situe ailleurs : ils veulent comprendre ce qui se passe, s'ils sont coupables de quelque chose, pourquoi et surtout comment faire. Quand ces réponses leur sont apportées, leur niveau d'anxiété diminue aussitôt pour le plus grand bénéfice de toute la famille. Si la réponse se limite à "*Votre enfant a la peau sèche et il faut l'hydrater*", ils seront déçus.

4. Il faut donner du sens à la maladie

Voici l'histoire d'un couple venu en consultation pour les plaques de son bébé de 9 mois :

"Depuis quand votre enfant a-t-il des plaques ?

– Depuis l'âge de 5 mois.

– Que s'est-il passé il y a 4 mois ?

– Nous sommes arrivés dans la région.

– Vous arriviez d'où ?

– D'Arles.

– Qu'avez-vous remarqué comme changement entre Arles et la Savoie ?

– L'eau est beaucoup plus dure !

– Ça, c'est sûr ! Et votre peau à vous, comment va-t-elle ?

– Ah oui, c’est vrai, elle est beaucoup plus sèche!”

Voilà 4 mois que ces parents culpabilisaient d’être partis, en particulier la maman, psychologue. Le simple fait d’avoir replacé le problème de leur enfant dans leur contexte de vie a permis de tout dédramatiser, de les rassurer, de prodiguer les soins en toute confiance, les parents n’étant plus soumis au diktat qui veut que ce soit “dans la tête” ! Donner du sens à la maladie ne correspond pas obligatoirement au fait d’avoir une écoute psychanalytique, cela revient à identifier et expliquer le facteur déclencheur de la crise.

5. Donner des explications rationnelles accessibles au patient

Après avoir identifié le facteur déclenchant, il est temps de passer aux explications rationnelles et accessibles. Le terme “rationnel” s’applique aux notions physiologiques et scientifiques, et le terme “accessibles” signifie que les explications ne doivent pas être données en langage scientifique mais dans un langage adapté. Pour fournir des explications claires, il faut avoir à l’esprit qu’il existe chez l’être humain 3 voies de communication : visuelle, auditive et kinesthésique. La très bonne émission “*C’est pas sorcier*” était toujours basée sur ce constat et s’adressait régulièrement aux trois axes de compréhension. À nous d’en faire autant ! Ainsi, les visuels auront besoin d’un schéma pour saisir la façon dont fonctionne la peau, les auditifs vous écouteront et les kinesthésiques auront besoin de toucher pour comprendre (du papier film alimentaire et une éponge, par exemple, pour expliquer la porosité de la peau atopique).

6. Il est nécessaire de disposer de temps et d’outils pédagogiques

Le temps est une notion fondamentale, la clé de voûte de la confiance qui va s’installer dans la relation médecin-malade. Pour ma part, je garde des rendez-vous

de 30 minutes pour les atopiques, je leur propose de les voir une fois par mois jusqu’à ce qu’ils aillent bien, puis une fois par trimestre pour les aider à intégrer les notions, voir comment ils se les approprient et comment ils s’adaptent aux événements intercurrents. L’ensemble dure environ 2 ans pour un adulte, pour un enfant, cela va beaucoup plus vite.

7. Les outils pédagogiques

Ils sont indispensables pour amener un nouveau discours. Pour ma part, je commence toujours par cette question : “*La peau sèche, c’est quoi ?*” Réponse : un manque d’eau.

Je dessine alors 2 verres d’eau, dont l’un est recouvert d’huile, et je pose la question suivante : “*À votre avis, que va-t-il se passer pour chacun des verres ?*” C’est le patient qui trouve la réponse : le verre qui ne contient pas d’huile va laisser l’eau s’évaporer (**fig. 3**). Donc, la peau atopique manque d’eau parce qu’elle manque de gras. En règle générale, à cet instant, le regard du patient s’illumine car il commence à comprendre comment fonctionne sa peau...

Voici une autre mise en scène que j’utilise volontiers avec les patients. “Il y a le feu chez vous, que faites-vous ?

POINTS FORTS

- Les obstacles aux traitements sont la source de la mauvaise observance.
- Le patient perd confiance devant l’incohérence des propos des soignants (médecin, pharmacien, psychologue, sage-femme, puéricultrice...).
- Il vit dans l’illusion qu’il n’existe qu’une seule solution.
- Les soignants ne sont pas formés à l’attitude éducationnelle.
- Les dermatologues ont besoin de temps, de formation pédagogique et d’une rétribution adaptée.



Fig. 3.

– J’appelle les pompiers !
 – Ok. Ça recommence 15 jours plus tard, que faites vous ?
 – Je rappelle les pompiers...
 – Très bien, mais 15 jours plus tard, ça redémarre : que faites vous ?”

N’oubliez pas qu’apprendre est une réponse à une question, donc c’est à vous de répéter la question jusqu’à ce que le patient découvre la réponse ! Au fur et à mesure que le dialogue se répète, le patient finit de lui-même par dire : “*Je cherche pourquoi il y a le feu dans mon jardin.*” Génial ! Vous le félicitez d’avoir trouvé la bonne réponse et vous introdui-

Revue générale



Fig. 4.

sez les dessins de l'incendie et de la boîte d'allumettes (fig. 4).

Éteindre l'incendie, c'est bien, trouver la boîte d'allumettes, c'est mieux !

Dans ma pratique, j'ai identifié 5 boîtes d'allumettes :

- la peau sèche ;
- tout ce qui provient de l'air ambiant et passe à travers la peau sèche (les particules émises par les travaux dans le quartier, les saisons polliniques...);
- le biotope cutané déséquilibré au profit du staphylocoque, aggravé par la sueur, elle-même dépendante de l'alimentation trop sucrée ;
- le biotope intestinal déséquilibré sous l'effet des antibiotiques, de l'alimentation moderne, des gastroentérites et du stress ;
- le stress, thème omniprésent au cours du dialogue, à aborder en dernier car la décharge émotionnelle risque d'être douloureuse. Il s'agit là d'aborder les tensions familiales (jalousie, relation œdipienne...) ou professionnelles (conflits d'éthique...).

La Fondation pour la Dermatite Atopique [16] fournit des outils accessibles aux médecins sur demande, mais le meilleur outil pédagogique sera celui que vous créerez vous-même en fonction de votre expérience.

Il est également intéressant d'utiliser les smartphones, et ce pour deux raisons :

- enregistrer la consultation permet au parent présent de faire écouter la conversation et les consignes au parent absent ; cela dédouane le parent présent de ce qui

est dit et le parent absent se sent à égalité dans la prise en charge de l'enfant ;

- il existe sur YouTube un film intitulé *Technique de l'habillage pour les cas de dermatite atopique* [17] d'une durée très courte que je regarde souvent avec les patients pendant le temps de la consultation. Ce film, édité par le service du professeur Jean-François Nicolas à Lyon, montre la quantité de crème à appliquer pour traiter les crises majeures et la façon d'envelopper la peau dans les habillages grâce aux jerseys tubulaires de la marque *Tubifast*®. Il est extrêmement efficace, tant sur le plan du soulagement immédiat que du point de vue pédagogique.

Conclusion

Le parcours du patient atopique peut se comparer à une course de 110 mètres haies. Le passage de la ligne d'arrivée correspond ainsi à la mise en œuvre du traitement. Avant, ce sont autant d'obstacles qui ont fait trébucher le patient et lui ont fait perdre confiance dans le monde des soignants, dans le traitement et en lui-même. Le refus de la cortisone ne reflète pas seulement la peur de l'utiliser [18], c'est aussi le fer de lance d'une revendication : celle d'une prise en charge plus globale, qui tienne compte des difficultés traversées et s'efforce de leur donner du sens. Cette prise en charge est possible via l'attitude éducative, déclinaison en libéral de la pratique hospitalière. Mais il faudrait pour cela que le dermatologue dispose de temps, qu'il soit formé à cette pédagogie et qu'il bénéficie d'une rétribution adaptée...

BIBLIOGRAPHIE

1. SAVE-PÉDEBOS J, BOBET R, MOREL P. Fonctionnement psychoaffectif d'adultes atteints de dermatite atopique. *Pratiques psychologiques*, 2013;19:29-39.
2. CONSOLI SG. Réflexions sur la non-observance. *Ann Dermatol Venereol*, 2012;139:S1-S32.
3. LAUNAY F, STALDER JF, DERBRÉ S. Prise en charge officinale de l'atopie. *Actualités Pharmaceutiques*, 2014;534:4-11.

4. RAFFIN D, GIRAudeau B, SAMIMI M *et al.* Corticophobie des pharmaciens dans l'atopie de l'enfant : une étude française nationale. *Ann Dermatol Venereol*, 2015;142: S488-S489.

5. MISERY L. Le rôle du dermatologue dans l'adhésion au traitement. *Ann Dermatol Venereol*, 2012;139:S1-S32.

6. AUBERT H, STALDER JF, SEGARD C *et al.* L'atopie vue par les mamans : enquête nationale. Parcours de soin-comportement des familles face aux traitements. *Ann Dermatol Venereol*, 2012;139:B118-B119.

7. BOURREL BOUTTAZ M, BERARD F. Pudeur et soins locaux dans la dermatite atopique. Poster présenté au congrès de la SETE, 2016 (Genève).

8. MORREN MA, BRUWIERE I, LEMMENS M. Manque d'observance thérapeutique à la corticothérapie topique : causes et solutions possibles. *Journal de pharmacie de Belgique*, 2013;1:20-27.

9. WALLACH D. Histoire du non-traitement de l'atopie. *Ann Dermatol Venereol*, 2011;138:A1-A342.

10. BARBAROT S. Éducation thérapeutique du patient dans l'atopie : où en est-on ? *Ann Dermatol Venereol*, 2017;144:645-648.

11. GOLAY A, LAGGER G, GIORDAN A. Comment motiver le patient à changer ? *Maloine*, 2009.

12. EZZEDINE K, REGUIAI Z, TAÏEB C *et al.* Qualité de vie et fardeau de la dermatite atopique : une étude française. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2017; S136.

13. AUBERT H, BARBAROT S. Non-adhésion et corticothérapie. *Ann Dermatol Venereol*, 2012;139:S7-S12.

14. SIMPSON EL, BERRY TM, BROWN PA *et al.* A pilot study of emollient therapy for the primary prevention of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*, 2010;63:587-593.

15. CHAPMAN E. Un nouveau sens : le toucher émotionnel. *M/S : Médecine sciences*, 2003;19:1180.

16. Fondation pour la Dermatite Atopique : onglets documents à disposition des professionnels (jeu des 7 familles, jeu de l'oie, manga, BD...).

17. Technique de l'habillage dans les cas de dermatite atopique (sur YouTube).

18. Histoire de la corticophobie par Daniel Wallach.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.