

2022-2023

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

THESE D'EXERCICE

***Évaluation de la pratique officinale de
prise en charge du psoriasis :
propositions d'outils à destination des
pharmacien et des patients***

DORINE MORISSET

Née le 24 Avril 1998, à Luçon (85)

Sous la direction du Pr Sébastien Faure et du Dr Nathalie Dilé

Jury

Matthieu Eveillard : président

Sébastien Faure : directeur

Nathalie Dilé : co-directrice

Aurélie Herlin : membre

Soutenue publiquement le : 16 décembre 2022

Document confidentiel

2022-2023

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

THESE D'EXERCICE

***Évaluation de la pratique officinale de
prise en charge du psoriasis :
propositions d'outils à destination des
pharmacien et des patients***

DORINE MORISSET

Née le 24 Avril 1998, à Luçon (85)

Sous la direction du Pr Sébastien Faure et du Dr Nathalie Dilé

Jury

Pr. Matthieu Eveillard : président

Pr. Sébastien Faure : directeur

Dr. Nathalie Dilé : co-directrice

Dr. Aurélie Herlin : membre

Soutenue publiquement le : 16 décembre 2022

Document confidentiel

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Dorine Morisset,

déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire cette thèse.

Le 26 / 10 / 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE SANTE D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure
Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	HOSPITALIERE	
DESCAMPS Philippe	MEDECINE GENERALE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE- VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
	PHYSIOLOGIE	
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE- VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
	HOSPITALIERE	
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOUEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE- VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
	HOSPITALIERE	
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine

MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine

VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCIERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Pharmacie
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Pharmacie
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTROT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUD Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie

MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Pharmacie
MESLIER Nicole	MEDICALE	Médecine
MIOT Charline	PHYSIOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	IMMUNOLOGIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	PHILOSOPHIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	IMMUNOLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	ANATOMIE	Médecine
PECH Brigitte	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PIHET Marc	SOCIOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RINEAU Emmanuel	MEDECINE GENERALE	Médecine
	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET	Médecine
	TRAUMATOLOGIQUE	
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION	Pharmacie
Laurence	THERAPEUTIQUE	
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
ELHAJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine

SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

À Monsieur Sébastien Faure,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour vos conseils si pertinents et vos encouragements. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce travail. Un merci tout particulier pour le professeur brillant et impliqué que vous êtes. Votre présence à la faculté d'Angers est incontestablement un réel avantage pour tous les étudiants.

À Madame Nathalie Dilé,

Merci d'avoir accepté de co-diriger ce travail. Vos conseils si précieux, votre aide et vos avis m'ont tant apporté. Un grand merci pour la qualité de vos enseignements et votre partage d'expérience si enrichissante. C'est une réelle chance qu'à la faculté de pharmacie d'Angers de compter parmi ses enseignants une professionnelle aussi compétente que vous.

À Monsieur Matthieu Eveillard,

Merci de me faire l'honneur de présider le jury. Merci pour vos enseignements aussi passionnants que qualitatifs. Merci pour votre goût de l'enseignement et de la transmission. Merci pour votre bienveillance et votre gentillesse.

À Madame Aurélie Herlin,

Merci pour ces six mois d'apprentissage à vos côtés. Merci d'avoir accepté de me former, et aujourd'hui de faire partie du jury. Je n'oublierai ni mon expérience au sein de votre officine, ni vos précieux conseils, et encore moins votre exercice si juste et rempli de bienveillance. Vous êtes un réel modèle pour moi. Merci encore.

Aux équipes officinales de la pharmacie Acti Sud, des Acacias, du Louet, du Val d'Ornay,

Merci pour votre accueil, votre aide et vos conseils si précieux pour mon exercice futur.

À l'ACEPA, à l'université d'Angers, à la faculté de pharmacie, à tous les enseignants,

Merci d'avoir contribué à mon épanouissement et à l'aboutissement de ces six années d'études.

À l'association France Psoriasis,

Un merci particulier à Mme Charles Bénédicte, la présidente de l'association avec qui, j'ai longuement discuté à propos de la pathologie et de mon travail de thèse. Merci pour vos conseils.

À Monsieur Mathieu Jean Michel,

Merci d'avoir accepté de participer à ce travail par la rédaction de l'ordonnance ayant servi au patient mystère. Merci pour votre confiance.

À ma famille,

À toi Maman,

Sans nul doute mon plus grand soutien, mon principal pilier, mon modèle. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi, pour tes enfants. Tout au long de notre vie, tu as été à nos côtés pour nous encourager et nous permettre de réussir dans les meilleures conditions. Je n'oublierai jamais tes sacrifices, tes conseils si précieux, tes petits plats à emmener le dimanche soir, tes appels d'encouragements, ta patience... Merci d'avoir toujours cru en moi. Merci de m'avoir éduqué avec amour, merci de m'avoir transmis tes valeurs, merci pour ta force. Promis, même à l'autre bout du monde, je ne cesserai de t'appeler, et apprendre de toi. Je ne pouvais rêver mieux qu'une maman comme toi. Je te sais fière de moi, mais moi, je suis encore plus fière de t'avoir comme maman. Je t'aime maman.

À toi Papa,

Un simple merci ne suffirai à exprimer combien je te suis reconnaissante de ce que tu as fait pour moi, pour nous. A chaque épreuve, chaque problème, c'est vers toi que je me tourne car tu as toujours une solution. Tu as toujours fait preuve de force et de courage, jamais je ne t'ai vu flancher. Tu n'es pas seulement un super bricolo et un excellent jardinier, tu es l'incarnation de la réussite, et de la détermination. Merci d'avoir contribué à faire ce que je suis devenue aujourd'hui. Merci de me pousser toujours vers le meilleur, merci pour tous tes conseils et ton aide si précieuse dans tant d'étapes de ma vie. Merci de m'avoir permis de faire ces études, j'espère par ce travail, te rendre fière. Je t'aime papa.

À vous, Florie et Guillaume,

Je mesure la chance de vous avoir comme grande sœur et grand frère. Merci pour tous ces moments partagés, ces moments de jeux, de complicité, de discussion et d'amour. Même si je n'ai pas toujours suivi vos pas, ne doutez jamais d'avoir été les meilleurs exemples pour moi. Merci de m'avoir protégé et soutenu à votre manière. Et surtout merci de m'avoir permis d'avoir le plus beau rôle aujourd'hui : celui d'être tata et marraine. Je ne vous le dis sûrement pas assez, mais sachez que je vous aime.

À vous, Clarisse et Antoine,

Même si tout n'a pas toujours commencé de la meilleure des manières entre nous, aujourd'hui je ne pourrai espérer un meilleur beau-frère et une meilleure belle-sœur que vous. Pleinement entrés dans ma vie, vous m'avez vu grandir et évoluer. Aujourd'hui vous êtes ma famille, vous faites partie de mes essentiels. En plus de rendre ma sœur et mon frère heureux vous m'avez offert le plus beau cadeau, être tata. Merci pour ça, je vous aime.

À vous, Nina et Lucas,

Depuis votre naissance, mon cœur ne cesse de se remplir d'amour. Vous voir grandir, évoluer, sourire et être en bonne santé est le plus important pour moi. Même à l'autre

bout du monde, même une fois devenus grands, tata ne cessera de vous aimer et de vous protéger. Soyez sûrs que je serai toujours là pour vous, je vous aime si fort.

À vous, Papi Jo, Mamie France, Papi Jacky et Mamie Rolande,

Merci pour votre courage et votre modèle de force que vous nous avez inculqué à tous. Merci pour les moments passés à vos côtés, en vacances ou en weekends. Votre transmission du passé me sont si chers, je suis fière de mes racines.

À vous, mes oncles et tantes, cousins et cousines Morisset et Brottier,

Merci pour tous ces moments de partage, de joie et de bonne humeur. J'apprécie profondément chaque instant à vos côtés. Pourvu que cela dure toujours.

À vous, la famille Chakor,

Merci pour votre accueil au sein de votre famille. Merci Faouzia pour vos fabuleux plats, quel délice à chaque fois. Merci Hamou pour votre intelligence et vos transmissions de connaissances. Mais surtout, merci Lynda et Inès d'être deux si belles personnes aussi bienveillantes et brillantes, avec qui, j'aime passer du temps et discuter.

À mes amis,

À toi Capu,

Comme tu l'as si bien dit, il y a le rôle d'une sœur, le rôle d'une amie, le rôle d'une confidente et celui d'une coloc. Tu as incarné ces quatre rôles mieux que personne durant deux ans et demi. Comment résumer tous ces moments de partage, que ce soit pendant les confinements, les séances de sport, de cuisine, de séries, de révisions, de pleurs, de doutes, de joies, de rires, de danses et j'en passe...

J'ai tant appris à tes côtés, je ne te remercierai jamais assez pour toute ta gentillesse, ta bienveillance, ton réconfort, et tes précieux conseils. Tu vas tellement me manquer à présent, mais je suis si reconnaissante d'avoir pu passer ces précieux moments à tes côtés. Je t'aime.

À toi Marion.F,

Mon binôme, ma moitié, mon coup de cœur de pharma. Et dire que tout cela a commencé dès nos premiers pas en amphi german... Qui l'eût cru ? Qui aurait pu deviner que je rencontre une fille aussi folle que moi ? J'aime tout de toi, ton honnêteté, ton franc-parler, ta folie, ta persévérance, ta joie de vivre, ton courage... Merci d'avoir partagé tous les moments les plus marquants de cette vie étudiante à mes côtés. Je suis si chanceuse d'avoir fait ta connaissance. Maintenant que tu fais partie de ma vie, il m'est impossible de l'imaginer en ton absence. Tu vas me manquer, mais même loin, n'oublie jamais que je serai toujours là pour toi. Je t'aime.

À toi Laura,

On dit que les plus belles amitiés commencent par les pires sentiments de haine. Heureusement que nous ne nous sommes pas arrêtées à ce premier jour de BU car j'ai finalement découvert une personne extraordinaire. Une personne au grand cœur, toujours de bons conseils et d'attentions, prête à tout pour les gens qu'elle aime, pleine de force et de courage. Tu as toujours été là pour moi, et malgré la distance qui va se creuser, je compte l'être pour toi également pour tout le reste de nos vies. J'ai aimé

chaque moment passé à tes côtés, que ce soit pour les révisions, pour les soirées films + glace, durant nos discussions les plus profondes, nos moments de danse, de chant, de voyage... Ces instants ne font que commencer, nous en avons encore tant à partager. Je t'aime.

À toi Léa,

Depuis mon plus jeune âge tu es à mes côtés. Nous avons grandi ensemble, évolué ensemble, rigolé, pleuré... Nous avons tout partagé, les bêtises, les moments de joies et les épreuves. Il m'est impossible d'énumérer tous nos souvenirs communs tellement ils sont nombreux. Je sais ô combien j'ai de la chance de te compter parmi mes plus chères amies. Je t'aime.

À toi Mélanie,

Je ne compte même plus les années passées à tes côtés. Nous avons partagé tant de choses et de passions communes. Une amitié à chaque épreuve, à chaque étape comme tout le monde rêve d'avoir. Nous n'avons jamais eu besoin de nous voir ni de nous appeler tout le temps, pour savoir que quoi qu'il arrive on pourra toujours compter l'une sur l'autre. À deux pas de fenêtres, ou à des milliers de kilomètres je serai toujours là, tu m'es si précieuse. Je t'aime.

À toi Marie,

Ma plus belle amitié du lycée. Déjà neuf ans que tu fais partie de ma vie. Tant de souvenirs avec toi, tant de soirées à rire, à parler, à refaire le monde. Tant de plages, de goûters, d'apéros, de boîtes... Tu es si solaire, si rayonnante. Les moments passés à tes côtés sont si précieux, une vraie bouffée d'oxygène. Ne change jamais, et promets-moi de garder jusqu'à nos plus vieux jours tes plus folles expressions. Je t'aime.

À toi Lisa.M,

Je t'ai rencontrée tu étais si jeune, et déjà, ce fut le coup de foudre amical. Puis des années après, je te retrouve, et c'est comme si rien n'avait changé, comme si tu avais toujours été à mes côtés. Telle est la preuve d'une véritable amitié. Tu es entrain d'une telle force et d'un tel courage, que j'admire ton chemin parcouru du haut de tes 1m20. Je te souhaite tout le meilleur, et n'oublie jamais que la distance n'a jamais rien changé entre nous, ce n'est pas maintenant que ça changera. Je t'aime.

À toi Angèle,

J'ai eu la chance de croiser ton chemin dès la P2. Quel bonheur de passer du temps à tes côtés en cours, en soirée, en weekend, lors d'apéros, de goûters ou encore de dîners. Toujours des bonnes adresses, toujours des bonnes recettes. Ta douceur, ta gentillesse et ta bienveillance m'inspirent chaque jour. Je garde d'excellents souvenirs avec toi, et je compte bien continuer à en cultiver davantage. Je te souhaite de t'épanouir encore, je t'aime.

À toi Marion.L,

Lorsque je t'ai rencontrée pour la première fois, j'étais loin d'imaginer quel genre de jeune femme tu étais. Si douce, drôle, fêtarde, travailleuse, courageuse, prête à tout pour ceux qu'elle aime. Tu es l'incarnation même de la femme forte et indépendante vers qui tout le monde souhaite tendre. Plus je te connais, plus je passe du temps avec toi, et plus je t'aime et tu me deviens indispensable. Je n'oublierai jamais nos soirées, nos « karaokés

sur Aya » un peu trop alcoolisées, ou encore nos discussions aussi sérieuses que rêveuses. PS : tes talents de cuisinière vont me manquer, à mon tour, j'ai hâte de te préparer un bon bol de riz asiat'.

À toi Yseult,

Dès nos premières discussions, dès nos premières soirées, j'ai su que derrière la femme forte et exigeante que tu es se cache en réalité un petit bout de femme au grand cœur, attentionnée et en quête perpétuelle de perfection. Inutile d'aller la chercher très loin, tu y tends si bien pourtant. Nous partageons beaucoup de points communs tant sur notre façon d'être que de penser. J'aime profondément partager et discuter avec toi, mais j'adore encore plus nos moments de rires et de lâcher prise. Ton analyse et tes conseils si justes de chaque situation font de toi une personne absolument extraordinaire, que jamais je ne souhaite perdre. Je t'aime.

À toi Charlotte,

Ma Chacha d'amour, quel bonheur d'avoir fait ta connaissance et de te compter parmi mes amies. Tu es si belle, si rayonnante, si souriante et tellement brillante. Je ne souhaite qu'une chose, que tu t'épanouisses encore dans ta nouvelle ville et surtout que tu n'oublies pas tes amis angevins. J'ai profondément aimé chaque instant à tes côtés, alors pourvus qu'ils continuent. Je t'aime.

À toi Amandine,

Ma didine, que dire, tellement tu m'inspire. Quelle chance d'avoir une amie comme toi parmi ses proches. Toujours d'excellents conseils, toujours prête à croquer la vie à pleine dents, toujours pleine d'attentions. Tous nos moments angevins et nos discussions si profondes vont terriblement me manquer. Sans t'en rendre compte tu m'aide à me surpasser et rien que pour ça je t'en serai toujours reconnaissante. Une personne aussi déterminée et douée que toi surmontera les plus hautes montagnes, aie confiance, tu déchires tout ! Je t'aime.

À toi Chloé,

Ma chlochlo, petit bout de femme si combative et foncièrement gentille. J'aime tellement discuter avec toi. Toujours un mot doux, toujours un mot d'encouragement. Je te souhaite le meilleur dans ta vie professionnelle et personnelle. Ne baisse jamais les bras, ta détermination te mèneront au bout de tes rêves. Je t'aime.

À vous Clémence et Noémie,

Deux petits rayons de soleil, deux pépites avec qui, j'aime rigoler, discuter et passer du temps. Tant de bienveillance et de générosité se dégagent de vos personnalités. J'espère continuer de partager ces moments à vos côtés encore très longtemps. Je vous aime.

À vous Camille et Victoire,

Notre passion commune nous a mis sur le même chemin il y a un bon nombre d'années maintenant. Tant de souvenirs à vos côtés : tous ces weekends de travail acharné, de danse, de rires, de chants, de soirée. En concours ou sur le banc des « pompoms girls » jamais je n'aurai pensé découvrir de si belles amitiés. Parfois nostalgique de nos années de danse, tant de fois reconnaissante d'avoir vécu tout cela à vos côtés, merci pour tout. Je vous aime les filles.

À toi Baptiste (alias dedeuche),

Tant de bons moments à tes côtés, tant de discussions, de duo sur Cécé et Garou, de rires, de pleurs, de confidences... Tu as toujours compté parmi mes plus chers amis, sache que je serai toujours là pour toi.

À Toi Emilien,

Mon mimile, l'homme le plus gentil et dévoué que j'ai pu rencontrer jusqu'à présent. J'ai tellement de chance d'avoir fait ta connaissance il y a maintenant 9 ans. J'admire ton courage, ton imagination et ta détermination qui te mèneront loin j'en suis sûre.

À toi Thomas,

Depuis notre enfance nous avançons ensemble. Tu m'es si cher Toto, je te souhaite le meilleur pour le futur et surtout j'espère continuer à collectionner les souvenirs à tes côtés.

À vous, Corentin, Franck et Etienne,

Aussi drôles que beaux, aussi gentils que taquins vous compter pour moi depuis plusieurs années maintenant. Impossible d'imaginer mes soirées sans vous. Vous êtes tous les trois de très belles personnes que j'attendrai patiemment à l'autre bout du monde.

À Toi Léo.M,

Une si belle rencontre de pharma, un garçon si drôle et fier de sa Sarthe comme il n'en existe plus aujourd'hui. Tu es une vraie belle personne que je suis heureuse d'avoir rencontrée. Tes expressions si beauf vont beaucoup me manquer. On se revoit vite, au détour d'une petite bière, ou d'un petit cocktail post formation (avec du bon vin et un bon préfou vendéen of course).

À toi Alexis,

Aussi tête en l'air que généreux, tu es une si belle découverte. J'aime discuter avec toi, j'aime rigoler avec toi, et j'aime beaucoup manger tes bons petits plats dédiés à Laura.

À toi Valentin,

Plus grand râleur je ne connais pas, mais plus serviable non plus, me diras-tu. Je suis heureuse d'avoir fait ta connaissance, car derrière ce caractère bien trempé, se cache une très belle personnalité avec un grand cœur. Ne change rien et surtout continue de rendre heureuse ma copine.

À vous, Justine, Lisa, Louise, Constance, Julie, Coralie,

Je suis si heureuse d'avoir pu partager tant de jolis moments à vos côtés. En soirée, en amphi, en appartement, à discuter, à rigoler, à danser et à boire je garde de si beaux souvenirs de nos années étudiantes. J'espère en revivre d'autres, je vous souhaite le meilleur à chacune d'entre vous.

À vous Charlie, Alex, Antoine, Léandre, Mathis, Tom, Craig, Baptiste, Lucas, Guillaume, Elliott,

Merci pour toutes ces soirées de folies en votre compagnie. Merci pour vos blagues « beauf » et votre bonne humeur quotidienne. Mes années étudiantes n'auraient pas été si belles sans vous.

Enfin, à toi Samy,

Comme on dit, le meilleur pour la fin !

Mais alors par où commencer ? Comment puis-je formuler ici tout ce dont je ressens pour toi ? Mon pilier, mon partenaire, mon double. Un simple merci ne suffira jamais pour te faire part de toute la gratitude que j'éprouve à ton égard. Toi qui m'as inspiré ce sujet, toi qui m'as tant aidée, soutenue, et encouragée. Que ce soit pour cette thèse ou durant ces quatre dernières années d'études, tu m'as toujours tirée vers le haut avec force et conviction. Ça n'a pas toujours été facile et pourtant, regarde, aujourd'hui nous avons le plus beau des projets en commun. Je suis si fière d'avancer à tes côtés, et si chanceuse de t'avoir dans ma vie. Tu es une vraie belle personne : toujours bienveillant, gentil, attentionné, respectueux, à l'écoute, drôle... tant de qualités que j'aime et que j'admire. À présent, il est temps pour nous de nous envoler vers une nouvelle vie, un nouveau départ, qui, j'en suis sûre, ne fera que confirmer que l'avenir c'est à tes côtés que je le conçois. Et puis, comme le dit si bien Cécé, « J'irai où tu iras, qu'importe la place, qu'importe l'endroit ». Samy, sois en sûr, je t'aime.

SOMMAIRE

Avertissement.....	5
Engagement de non plagiat	6
Liste des enseignants de la faculté de santé d'Angers	6
Remerciements	15
Sommaire	22
Table des illustrations	24
Table des graphiques.....	25
Liste des abréviations	26
I. Introduction	1
II. Matériel et méthode	4
2.1 Le choix de la méthode.....	5
2.2 Les intérêts de la méthode.....	5
2.3 Les patients mystères	6
2.4 L'échantillon	7
2.5 Le scénario	7
2.6 Le guide d'instruction	9
2.7 La grille de conseils attendus par le pharmacien.....	10
2.8 Les critères d'inclusions	12
2.9 Le recueil des données	13
III. Résultats	14
3.1 Prise en charge globale dans les dix premières pharmacies (échantillon 1)	15
3.2 Prise en charge globale dans les dix dernières pharmacies (échantillon 2)	17
3.3 Le temps approximatif des échanges	21
3.4 La qualité de la prise en charge et des conseils apportés	21
IV. Discussion des résultats et propositions d'outils à destination des pharmaciens et des patients	33
4.1 Premier constat : un manque de prise en charge, analyse et interprétation des résultats quantitatifs	33
4.2 Deuxième constat : un manque de connaissance sur la pathologie	
37	
4.3 Conséquences : impact et ressenti du patient.....	53
4.4 les limites de l'étude	56
4.5 Les forces de l'étude	58
4.6 Proposition de pistes et outils d'amélioration de la prise en charge officinale d'un patient psoriasique.....	59
CONCLUSION	60
Annexes.....	63
Annexe 1 : Schéma simplifié de l'étiologie du psoriasis.....	63

Annexe 2 : Tableau de comparaison psoriasis, DA et dermatite séborrhéique.....	64
Annexe 3 : Formulaire de calcul de score PASI.....	65
Annexe 4 : Échelle DLQI.....	66
Annexe 5 : Score TOPICOP	67
Annexe 6 : Tableau récapitulatif des principales croyances erronées et des vraies idées à véhiculer à propos des dermocorticoïdes (DC)	68
Annexe 7 : Ordonnance du patient mystère.....	70
Annexe 8 : Guide d'instruction du patient mystère	71
Annexe 9 : Grille de conseils attendus par le pharmacien	75
Annexe 10 : Memo d'accueil et de confidentialité à l'officine	79
Annexe 11 : Flyer à destination des patients	81
Bibliographie.....	83
Table des matières	90
Résumé.....	94
Abstract	94

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Récapitulatif du matériel et méthode utilisé 14

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Jauge représentant le nombre de conseils apportés spontanément dans les 10 premières pharmacies	15
Graphique 2 : Histogramme représentant la répartition des catégories professionnelles des personnes rencontrées, en fonction du nombre total de personnes rencontrées (échantillon 1)	16
Graphique 3 : Répartition graphique du nombre de conseils apportés spontanément ou de l'absence de ceux-ci, en fonction de la catégorie professionnelle des personnes rencontrées (échantillon 1).....	17
Graphique 4 : Jauge représentant le nombre de conseils apportés spontanément dans les 10 dernières pharmacies	18
Graphique 5 : Jauge représentant le nombre de conseils apportés par les professionnels, après demande des enquêteurs (échantillon 2)	19
Graphique 6 : Histogramme représentant la répartition des catégories professionnelles des personnes rencontrées, en fonction du nombre total de personnes rencontrées (échantillon 2)	20
Graphique 7 : Répartition graphique du nombre de conseils présents, absents ou apportés après demande, en fonction de la catégorie professionnelle des personnes rencontrées (échantillon 2)	21
Graphique 8 : Effectifs de pharmaciens en activité de 2012 à 2021 (selon le dossier de la DREES n°76)	37

LISTE DES ABREVIATIONS

SFD	Société Française de Dermatologie
DP	Dossier Pharmaceutique
CSP	Code de la Santé Publique
DPC	Développement Professionnel Continu
PASI	Psoriasis Area and Severity Index
DC	Dermocorticoïdes
TOPICOP	TOPical COrticosteroid Phobia
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DLQI	Dermatology Life Quality Index
SAPASI	Self Administrated Psoriasis Area Severity Index

I. INTRODUCTION

En France, les maladies de peau sont extrêmement fréquentes. Une étude réalisée en 2017 par la SFD (Société Française de Dermatologie) (1) estime qu'un français sur trois souffre d'une pathologie cutanée. Le psoriasis arrive en troisième position après l'acné et l'eczéma. Il est estimé à 2,4 millions le nombre de français atteint de cette maladie (2).

L'étiologie du psoriasis bien qu'encore méconnue en partie, semble multifactorielle (ANNEXE 1). Cette pathologie non contagieuse, s'explique par un dérèglement du système immunitaire provoquant un phénomène inflammatoire chronique associé à un renouvellement trop rapide de l'épiderme, sous l'influence de facteurs exogènes tels qu'un stress, la pollution, la fatigue, une prise de médicament (3,4), une infection... chez des sujets génétiquement prédisposés (5). L'hyperprolifération des kératinocytes se fait entre trois et sept jours au lieu de vingt et un jour normalement (6). Des traumatismes physiques peuvent conduire à l'apparition de nouvelles plaques sur une région saine à la suite d'une agression mécanique comme une blessure, un frottement, un tatouage... Ceci s'appelle le phénomène de Koebner (7).

Les lésions ressemblent à des plaques bien définies, rouges, en reliefs et très squameuses. Les sensations de démangeaisons et de brûlures sont fréquentes. Celles-ci peuvent toucher toutes les parties du corps et en particulier les articulations, les ongles, le visage, le cuir chevelu, les plis et enfin les muqueuses. On parle de psoriasis en plaque, en goutte ou nummulaire. De façon plus rare, il existe aussi les rhumatismes psoriasiques, le psoriasis pustuleux et érythrodermique (7–9). Les confusions sont fréquentes avec la dermatite atopique (DA) et la dermatite séborrhéique mais des points de comparaisons tels que la localisation, l'aspect, l'âge d'apparition et les symptômes associés peuvent permettre un diagnostic différentiel (ANNEXE 2).

La pathologie est chronique (10) et évolue le plus souvent par poussées. Des formes légères, modérées et graves sont référencées selon l'importance des lésions et l'impact sur la qualité de vie du patient. Des scores de sévérité sont utilisés par les spécialistes ; l'un des plus connu est sans doute le score PASI (=Psoriasis Area and Severity Index (11)) (ANNEXE 3) qui évalue les caractères cliniques des lésions et leurs localisations. Mais il en existe d'autres prenant davantage en compte l'impact sur la vie quotidienne tels que DLQI (Dermatology Life Quality Index)(12) (ANNEXE 4) ou SAPASI (Self Administreated Psoriasis Area Severity Index). L'intensité des symptômes détermine le stade de la maladie : le psoriasis est considéré comme mineur si la surface du corps totale atteinte est inférieure à 10%. Il est considéré comme modéré si la surface est comprise entre 10 et 20% et il est sévère si l'atteinte représente plus de 20% de la surface corporelle totale.

Lors des crises, des traitements locaux en première intention sont proposés (13) (6) (14). Ceux-ci comprennent principalement des dermocorticoïdes (DC), des kératolytiques et des dérivés de la vitamine D. En cas d'efficacité insuffisante, des traitements systémiques par voie orale ou injectable sont envisagés. Les rétinoïdes, le méthotrexate, les immunosuppresseurs, et les traitements biologiques tels que les anti TNF alpha, ou les anti interleukines sont utilisés selon une stratégie thérapeutique adaptée (15). La photothérapie fait également partie de la thérapeutique. Un suivi dermatologique est nécessaire pour la mise en place de ces thérapies.

Le psoriasis est une pathologie sous-estimée engendrant beaucoup de stigmatisation et de rejets chez les patients atteints. La seule mesure de la surface corporelle atteinte ne peut à elle seule évaluer la gravité du psoriasis (16). En effet, dans une étude menée en 1998 auprès de patients de la fondation nationale de psoriasis concernant l'impact du psoriasis sur leur qualité de vie : 79% ont déclaré que le psoriasis avait un impact négatif (17). De plus, comme le montre l'étude qualitative réalisée en 2011 par Madame L.Brogniart intitulée « *Le vécu des patients atteints de psoriasis : une enquête qualitative en soins primaires* » (18) ;

les principaux handicaps perçus par les patients sont : les relations professionnelles et personnelles, le regard des autres, la visibilité des lésions, la contagiosité, l'absence de guérison et la chronicité de la maladie. Sur le plan professionnel, l'étude PsoPRO menée par l'entreprise IPSOS à l'initiative de l'association France psoriasis en 2016 atteste que « *les actifs atteints de psoriasis sont victimes de discrimination insidieuse en entreprise* » avec près de « *70% des actifs atteints de psoriasis [qui] ont déjà subi des moqueries sur leur apparence physique sur leur lieu de travail* » (19). Tous ces maux peuvent alors entraîner des angoisses et des comportements d'évitement à l'origine de troubles de l'humeur accompagnés d'idées suicidaires. Ainsi, cette pathologie au fort retentissement socioprofessionnel et psychoaffectif doit nécessiter une prise en charge psychologique adaptée dans certains cas. Une réorientation vers des associations de patients peut également être proposée pour aider le patient à sortir de l'isolement.

Outre le fait que le psoriasis soit une maladie très peu connue(20) et donc stigmatisée, elle est souvent mal soignée. Selon une étude multinationale réalisée en 2012 : « *85% des patients déclarent un traitement insuffisant* » (21). Ceci peut s'expliquer par une mauvaise orientation des patients, un manque de prise en charge dû à une carence en professionnels de santé, une stratégie thérapeutique inadaptée, ou encore une mauvaise utilisation des traitements. Les DC étant le traitement de référence dans le cadre d'un psoriasis léger à modéré, leur bonne utilisation nécessite une information suffisante et uniforme de la part de tous les professionnels de santé. En effet, bien que leur efficacité ne soit plus tant à prouver, ce sont leurs effets secondaires qui, certes fondés, sont bien souvent surestimés. Une étude permettant d'évaluer la phobie des corticoïdes topiques chez des patients atteints de dermatite atopique a vu le jour en 2013, elle s'intitule TOPICOP (=TOPical COrticosteroid Phobia(22)) (ANNEXE 5). Elle détermine un score sur la base de douze questions portant sur les craintes, les croyances et l'utilisation des DC pour dépister la corticophobie et améliorer l'adhésion aux traitements(23,24). Ce questionnaire peut être intéressant à réaliser par les professionnels de santé afin d'évaluer leurs propres croyances et ainsi rester

vigilants à la qualité de leurs conseils sans être vecteur de corticophobie. Un tableau placé en annexe (ANNEXE 6) a été effectué par l'investigatrice à la suite de recherches bibliographiques (25) (26) et d'une formation en e-learning intitulée « POP Training » réalisée par le laboratoire Pierre Fabre (27). Il recense les principales croyances erronées à ne pas transmettre et les idées à retenir et à véhiculer.

Devant toutes les problématiques en lien avec cette pathologie : ses traitements et les réticences liées à leur utilisation, son évolution souvent incertaine, ses symptômes pourvoyeurs de rejets sociaux... le pharmacien d'officine a tout son rôle à jouer. La disparité et la difficulté d'accès aux soins étant de plus en plus problématique sur le territoire (28) la fonction de pharmacien se renforce. Avec une moyenne de 80 à 160 patients psoriasiques entrant dans une officine chaque jour en France, il paraît essentiel que les équipes officinales soient en mesure de répondre à leurs besoins. En tant que professionnel de santé de proximité, le pharmacien est souvent le premier interlocuteur initiateur d'une bonne prise en charge. Ses multiples missions : accueil et écoute bienveillante, empathie, posture rassurante et éducative, conseils généraux sur la pathologie et les traitements, réorientation médicale et psychologique... prennent alors une importance non négligeable. C'est ainsi, par ces rôles fondamentaux et valorisants, que l'investigatrice à l'initiative de ce travail a souhaité confronter la théorie à la réalité. Pour ce faire, une enquête d'évaluation de la prise en charge réelle dans les officines des patients atteints de psoriasis a été mise en place. Dans un premier temps, l'objectif est d'évaluer les pratiques officinales face à la dispensation d'une prescription destinée à un patient souffrant de psoriasis. Puis dans un deuxième temps l'intérêt se porte sur la qualité des conseils dispensés.

II. MATERIEL ET METHODE

Afin de répondre aux deux objectifs fixés par ce travail, un cas de comptoir d'un patient psoriasique a fait l'objet d'une étude qualitative.

2.1 LE CHOIX DE LA METHODE

Pour commencer, il a fallu choisir la méthode la mieux adaptée à l'étude et aux objectifs. L'idée directrice étant de collecter des données les plus authentiques et objectives possibles, la visite en direct dans les pharmacies par le biais d'un « patient mystère » (29) a vite été envisagée et retenue. Cette approche vise à faire une évaluation et un état des lieux des pratiques de prises en charges officinales sur un domaine précis : le psoriasis. Un patient se présente spontanément à un instant T, pour recueillir des données qui seront ensuite analysées et interprétées afin d'envisager d'éventuelles pistes d'améliorations.

Les passages à l'insu des pharmaciens ont permis de quantifier de manière discrète le nombre de professionnels de santé qui associent la délivrance d'un médicament à une dispensation de conseils. Aucune donnée déclarative à l'aide d'un entretien ou d'un formulaire n'existe dans ce travail.

L'ajout d'une prescription (ANNEXE 7) au scénario avait pour objectif de mettre le professionnel de santé sur la voie d'une pathologie cutanée sans l'énoncer clairement, et d'attendre les réactions de ces derniers.

2.2 LES INTERETS DE LA METHODE

La méthode du « patient mystère » s'apparente à un audit qualité. Ce dernier se définit selon la certification Qualité-Sécurité-Environnement comme : « *un processus méthodique et indépendant [...] permettant d'obtenir des preuves tangibles et d'évaluer de manière objective [...] participant à l'amélioration continue* » (30).

Ce type d'étude très utilisé dans une démarche de management et d'amélioration continue de la qualité dans les secteurs publics (31) et privés comme les banques et assurances, fait petit à petit son arrivée dans le domaine de la santé. En effet, l'une des premières fois en France, fut en 2011 dans un centre hospitalier à Saint Etienne (32). Puis, en 2014 la HAS inaugure cette méthode dans treize centres hospitaliers de France et conclut dans un rapport d'expérimentation de : « *méthode de patient traceur en établissement de santé : une méthode*

d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » que cette approche « *permet aux professionnels d'analyser leur pratique [...] en intégrant le regard du patient dans le processus d'évaluation* » (33). L'enquête se voulant neutre et impartiale est donc d'autant plus novatrice, quelle permet d'apprécier la satisfaction et les sentiments du patient (34).

Enfin, dans le domaine de la pharmacie d'officine cette démarche existe également depuis peu. En effet, en février 2015, le Journal Officiel de l'Ordre annonçait que des « visites patients qualités » réalisées par une société mandatée par l'Ordre avaient débuté en Janvier 2015. L'objectif étant d'évaluer l'accueil et la prise en charge dans près de 3 000 officines (35).

Ce type d'étude qualitative permet de suivre une démarche inductive : elle est initiée par des données descriptives et tend à tirer des hypothèses. C'est l'objectif de ce travail qui a pour but de comprendre la manière dont sont pris en charge les patients psoriasiques. Elle permet d'obtenir des résultats objectifs grâce à l'utilisation d'une situation réelle et prend en compte les sentiments du patient, dans le but d'aspirer à une amélioration continue. C'est donc pour obtenir une évaluation la plus authentique possible de la prise en charge officinale que la technique du patient mystère a été favorisée.

Enfin, ce travail a également volonté de souligner les qualités et compétences requises des pharmaciens d'officines (36) ; à savoir : la disponibilité, la capacité d'écoute et d'empathie, la bienveillance, les conseils pharmaceutiques, l'orientation vers d'autres professionnels de santé si nécessaire, la dispensation de médicaments et bien d'autres encore.

2.3 LES PATIENTS MYSTERES

Le premier élément requis pour rendre cette démarche réaliste a été la participation d'un tiers à l'étude. En effet, un jeune homme de 27 ans, réellement atteint de psoriasis en goutte depuis une dizaine d'années a participé à l'enquête. Son médecin traitant, qui le suit depuis son plus jeune âge, a accepté de faire deux

prescriptions d'un dermocorticoïde d'action très forte : Clarelux® (37), avec mention « à renouveler ». Le patient disposait de sa carte vitale, de sa carte de mutuelle, mais d'un dossier pharmaceutique (DP) (38) fermé afin de ne pas interférer dans la prise en charge. Les ordonnances ont été photocopiées avant les premières délivrances afin d'éviter la présence de plusieurs tampons de pharmacies à la même date et potentiellement induire des refus de délivrances. Lors de chaque début de visite, le patient précisait que l'ordonnance était une copie.

Le « patient mystère » était accompagné de l'investigatrice, à l'initiative de ce travail, lors de chaque visite afin de réaliser un dialogue prédéfini lors de l'entretien. De plus l'un des avantages de réaliser les passages en duo est de doubler les données retenues lors de la retranscription des verbatim pour les besoins de l'enquête.

2.4 L'ECHANTILLON

Les visites de « patient mystère » étant une méthode longue et loin d'être exhaustive, le premier échantillon choisi comprenait dix pharmacies de Maine et Loire. Cependant à la fin de ces dix expériences, l'investigatrice a jugé nécessaire au vu des premiers résultats ne comprenant que peu d'interactions verbales, d'ajouter un échantillon de dix pharmacies. Le but recherché était d'avoir plus de matière à discuter et suffisamment d'éléments à apporter à ce travail.

Évidemment l'échantillon n'étant pas représentatif du nombre de pharmacies dans la région et encore moins en France, ce travail se veut essentiellement qualitatif.

2.5 LE SCENARIO

L'un des principaux enjeux de cette méthode est la reproduction à l'identique des dialogues et des réactions des protagonistes dans chacune des pharmacies. La

fidélité, la fiabilité, la crédibilité, et la transférabilité de l'étude sont autant de critères importants à mettre en place avant le début de l'enquête.

Ainsi, afin de reproduire de manière homogène les entrevues, un scénario a été réalisé avant le début de l'enquête :

Le patient accompagné de sa petite amie entre dans la pharmacie, et s'adresse à la première personne libre derrière son comptoir :

M.S = le patient / M.D = sa petite amie

M.S : Bonjour, serait-il possible de me dépanner d'un tube de **Clarelux®** avec cette ordonnance s'il vous plaît ?

Je suis en weekend dans la région, je n'ai rien d'autre sur moi, je suis en crise et je n'ai que la copie de cette ordonnance que ma maman m'a envoyée en photo.

[Laisser le professionnel de santé poser les questions, prendre la carte vitale, prendre la décision de délivrer, créer le dossier et remplir les informations administratives. Si aucune autre question n'est posée, au moment où le tube est posé sur le comptoir, lancer le dialogue suivant à HAUTE voix :]

M.D : Ah mais c'est celle-ci la crème ? pourquoi tu prends toujours ça il me semblait qu'elle n'était pas efficace ?

M.S : *[tenant un air désespoiré et en haussant les épaules]* Bah oui elle n'est pas super, mais je n'ai pas trop le choix, c'est mon médecin traitant qui me prescrit toujours ça...

M.D : Oui mais bon, au vu de la taille du tube tu ne peux pas en mettre partout de toute façon ?

M.S : Non c'est pour ça que j'en mets vraiment que sur les plaques qui me font trop mal, j'ai abandonné l'idée d'en mettre partout de tout façon.

[L'objectif du dialogue est d'interpeler le professionnel sur la non efficacité du traitement, et l'impasse dans laquelle se trouve le patient. Si le pharmacien intervient, répondre à ses questions avec les réponses présentes dans le tableau du « Guide d'instruction du patient mystère » (ANNEXE 8)].

Volontairement aucune demande spécifique de s'adresser à un professionnel de santé plutôt qu'un autre en fonction de son diplôme n'a été ajoutée afin d'apporter une composante supplémentaire à l'étude et rester le plus proche de la réalité.

Lors des passages dans les dix pharmacies supplémentaires une modification de la fin du scénario a été apportée afin d'obtenir plus d'échanges et donc une quantité de matière supérieure à analyser. Ainsi, la première partie du dialogue était identique jusqu'à la délivrance du tube de crème de Clarelux®. Mais, si aucune intervention ni question n'était apportée par le professionnel de santé, l'investigatrice devait s'adresser à lui en ajoutant :

M.D : Excusez-moi, savez-vous s'il existe d'autres produits, d'autres médicaments pour traiter son psoriasis car là cette crème elle n'est pas adaptée. Il ne peut pas s'en mettre seul, sur tout le corps tout le temps ?

L'objectif d'interpeler la personne derrière le comptoir est de l'intégrer pleinement dans le problème rencontré par le patient. De surcroit, l'accompagnatrice donne des informations jusque-là méconnues, notamment : l'indication, l'étendue des lésions, et l'utilisation inadaptée du médicament. L'aide du pharmacien est donc explicitement attendue.

Enfin, dès lors que le dialogue était instauré, une autre remarque de la part de l'enquêtrice était lancée : **MD : En plus tout le monde dit qu'appliquer de la cortisone tous les jours sur le corps ce n'est pas bon, c'est vrai ?** Cette question a pour but d'évaluer le degré de corticophobie du professionnel rencontré et analyser son discours et le message qu'il véhicule.

2.6 LE GUIDE D'INSTRUCTION

Outre le dialogue des deux protagonistes, un « guide d'instruction du patient mystère » contenant le contexte et une liste de questions attendues, leurs objectifs et les réponses à apporter a été établi. L'intérêt étant d'anticiper un maximum les questions des professionnels afin de répondre uniformément dans chaque officine. Les réponses apportées par le patient mystère ont pu paraître naturelles, puisqu'elles sont le résumé de sa véritable histoire. Ce tableau servant de « mode d'emploi » au patient se divise en dix principaux axes, qui correspondent aux attentes de l'étude. Ces « grands thèmes » reflètent les points essentiels retrouvés lors du travail bibliographique du début d'enquête. Évidemment toutes les questions n'ont pas été posées à chaque fois, et si le

pharmacien ne les abordait pas, le patient n'apportait pas les éléments de réponses.

2.7 LA GRILLE DE CONSEILS ATTENDUS PAR LE PHARMACIEN

Dans le but d'avoir une idée précise et condensée sur un même document des attitudes, réflexions et conseils sur chaque point attendu par les pharmaciens une « grille de conseils attendus par le pharmacien » (ANNEXE 9) a été réalisée. Celle-ci s'est faite à la suite des recherches bibliographiques et reprend les questions attendues concernant l'accueil et la prise en charge initiale du patient par le pharmacien. En effet, pour débuter l'entrevue, certaines questions et attitudes étaient attendues. Celles-ci se sont basées sur la méthode d'accueil d'un patient : ACROPOLE (39) décrite dans le livret des recommandations d' « *accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance* » ; ou sur la fiche *MEMO M16* du site DQO (=Démarche Qualité à l'Officine (40)) relative à l'accueil du patient. (ANNEXE 10).

La méthode ACROPOLE permet de : « *A = Accueillir ; C = Collecter ; R = Rechercher ; O = Ordonner ; P = Préconiser ; O = Optimiser ; L = Libeller et E = Entériner*

. De ce fait, elle permet de garantir un accompagnement et une prise en charge générale organisée et structurée. Évidemment elle s'applique également pour un patient ayant une ordonnance. Le point primordial pour débuter le cas est de collecter et rechercher les informations relatives à la requête. Pour cela, en plus d'une écoute attentive lors de l'arrivée du patient, le professionnel se doit de poser des questions supplémentaires à l'aide de questions ouvertes comme : « Que vous arrive-t-il ? » ou fermées telles que : « est-ce que le traitement prescrit est pour vous ? » « Prenez-vous d'autres médicaments ? ». Afin de sécuriser la dispensation, une structure de questionnement comme « QuiDAM » (41) peut être retenue ; elle permet de savoir : pour QUI s'adresse le médicament, DEPUIS quand souffre-t-il de la pathologie / des symptômes, quelles sont les ACTIONS qu'il a déjà entreprises, quels MEDICAMENTS sont pris de façon chronique et ce qu'il déjà pu essayer.

Une fois les questions posées, le pharmacien se doit de vérifier si l'ordonnance est valide et recevable (42). Pour cela il contrôle les informations relatives au prescripteur, au patient, au médicament (dénomination, posologies, durée du traitement), la date de l'ordonnance, et la signature du prescripteur. Il a pour obligation de respecter les bonnes pratiques de dispensation (43).

Par la suite, la « grille de conseils attendus par le pharmacien » présente des points précis de conseils relatifs à la prise en charge générale comprenant les conseils d'utilisation du traitement prescrit et les habitudes de vie à adopter en cas de psoriasis.

Puis vient la capacité à réorienter vers une personne adaptée. En effet, comme le stipule l'article R4235-62 du CSP (=Code de la Santé Publique) : « *Chaque fois qu'il lui paraît nécessaire, le pharmacien doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié* » (44). De fait, dans ce travail, le pharmacien fait face à un patient découragé, presque en errance médicale, qui ne se soigne pas correctement. Le rediriger vers un professionnel de santé adapté tel qu'un dermatologue apparaît alors comme une nécessité (45) (46). En effet, la SFD présente le dermatologue comme « *le spécialiste des maladies de peau* » (47). Bien que le patient en ait déjà consultés il y a quelques années, il paraît essentiel qu'un nouveau bilan soit établi, car la pathologie continue de progresser, et les traitements ne semblent plus suffisants.

Par ailleurs, le patient mystère devait paraître totalement désespéré, perdu et découragé lors des dialogues. Évidemment ce trait n'était perçu que si le pharmacien s'intéressait à la personne et à sa pathologie. En effet, les lésions peu esthétiques engendrées par le psoriasis peuvent impacter considérablement l'estime de soi et la vision personnelle qu'à le patient sur son corps (48) (18). Une prise en charge psychologique, une orientation vers des associations de patients, des sites internet, des brochures, des applications étaient alors souhaités.

Ensuite, la partie « stratégie thérapeutique » est à évaluer. Le pharmacien est très souvent présenté comme « l'expert du médicament ». En effet, en plus de ses six années d'études, le pharmacien a l'obligation d'actualiser ses connaissances régulièrement et notamment avec le Développement Professionnel Continu (DPC) (49). Ceci doit lui permettre de rester informé des nouvelles thérapeutiques arrivant sur le marché français, et améliorer ses pratiques. Ainsi des connaissances globales sur la pathologie, les traitements, l'étiologie, les symptômes et l'évolution sont désirés.

Pour terminer, une attention particulière de la grille est portée sur les craintes et idées véhiculées par les professionnels concernant les DC. L'objectif étant d'évaluer leur corticophobie.

2.8 LES CRITERES D'INCLUSIONS

Les critères d'inclusions étaient étendus dans le but d'analyser la plus grande variété possible des profils d'officines existantes : pharmacies de centre commercial, de quartier, de centre-ville, en milieu rural et semi rural. L'enquête se voulant principalement qualitative ce n'est pas le nombre de pharmacies qui primait, mais bien la diversité d'échantillonnage représentatif du plus d'officines possibles. L'importance s'est principalement portée sur une équité du nombre de pharmacies en milieu urbain : 10/20 et autant en milieu rural et semi rural. Au total ce sont quatre officines de centre commercial qui ont été évaluées.

Dans un premier temps seules les officines du Maine et Loire ont été incluses dans l'étude, puis pour des raisons d'ordre pratiques des officines de Vendée et d'Indre et Loire ont également été ajoutées lors des dix dernières pharmacies étudiées.

Seules les pharmacies où les protagonistes s'étaient déjà rendus en tant que patient ou employé ont été exclues.

L'étude a débuté le 7 Novembre 2021, les différents passages dans les pharmacies n'étant possibles que le samedi elle s'est faite sur tout le mois de Novembre pour les dix premières officines. Puis l'étude a repris après la 4^{ème} vague

de Covid du mois de Janvier. Autrement dit, les dix autres pharmacies ont été visitées du 29 Janvier 2022 au 9 Mars 2022.

2.9 LE RECUEIL DES DONNEES

Les réactions des pharmaciens, préparateurs, et étudiants rencontrés ont été répertoriées sur un tableau Excel qui comptait initialement dix critères attendus. La retranscription s'est faite presque mot à mot en toute objectivité par l'intermédiaire des deux enquêteurs après chaque visite. Afin d'anonymiser l'étude, un code a été attribué à chaque pharmacie. Ce code comporte la lettre P pour « pharmacie », suivie d'un point et d'un nombre allant de 1 à 20 correspondant à l'ordre des pharmacies visitées : « P.1 ». Ainsi les données brutes constituées des conseils et questions des professionnels de santé, ont été notées avant de faire des liens et des associations lorsque cela était possible pour faciliter l'analyse.

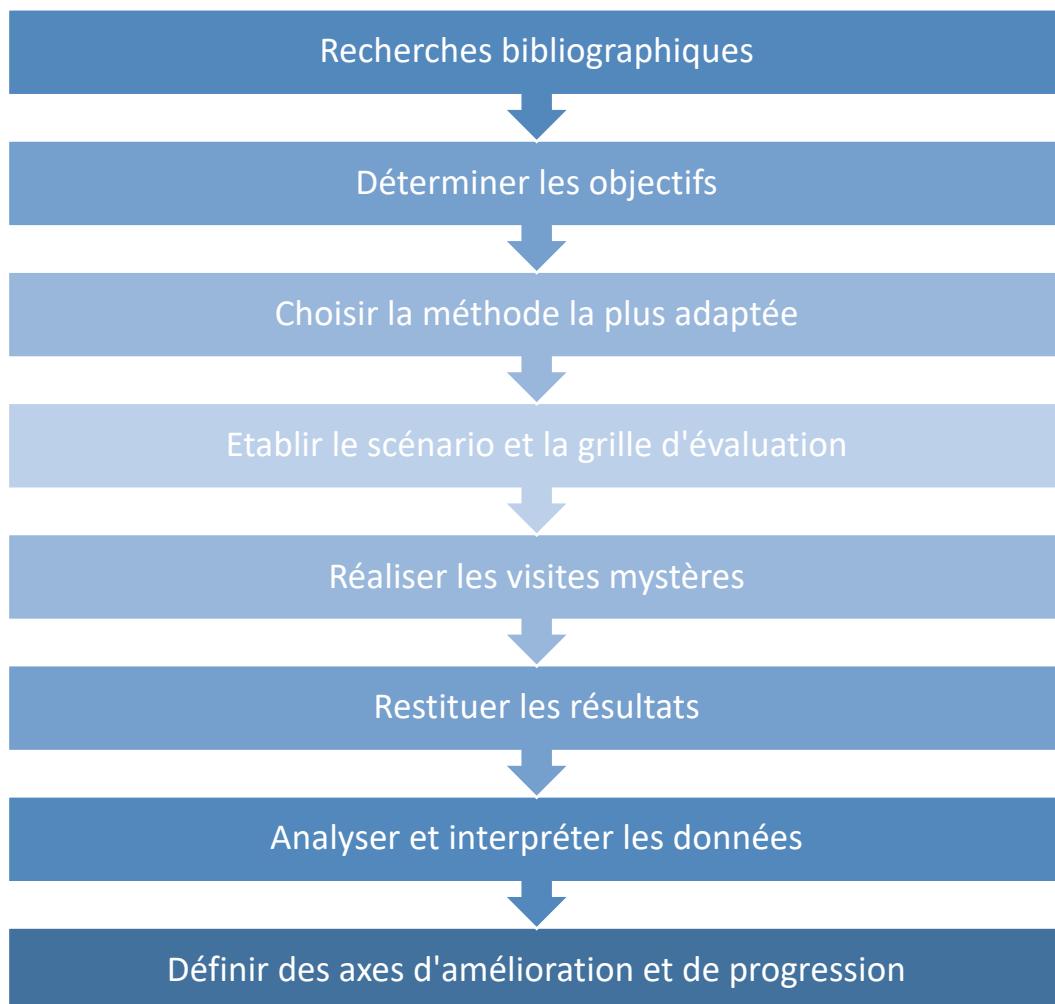


Figure 1 : Récapitulatif du matériel et méthode utilisés

III. RESULTATS

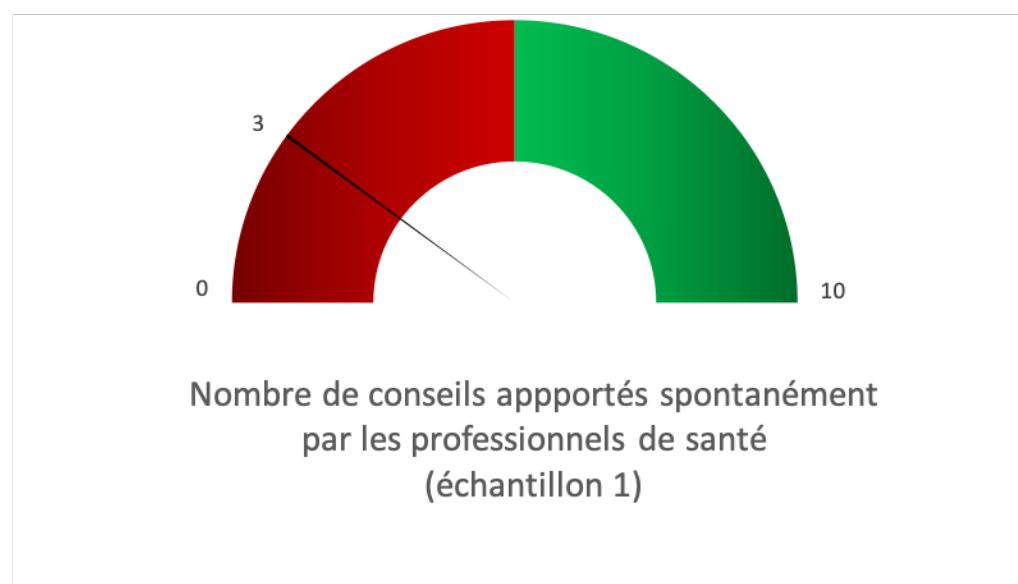
Les résultats des vingt pharmacies sont traités séparément puisque deux scénarii et donc deux méthodes différentes ont été utilisées au cours de l'étude. Les critères de sexe, d'âge et de statut (pharmacien titulaire ou adjoint) ne sont pas retenus dans les résultats qui vont suivre. Ces résultats répondent à la première problématique d'évaluation des pratiques officinales face à une dispensation d'ordonnance pour un patient souffrant de psoriasis. Ils illustrent plus précisément combien d'officinaux prennent du temps pour s'intéresser au patient, à sa pathologie et donnent des conseils. Ils représentent donc la partie "quantitative" de l'étude, mais cet aspect est à nuancer puisque si peu de résultats ne peuvent prétendre à une réelle valeur quantitative.

3.1 PRISE EN CHARGE GLOBALE DANS LES DIX PREMIERES PHARMACIES (ÉCHANTILLON 1)

Pour ce premier échantillon, trois graphiques représentant respectivement : le nombre de conseils apportés de façon spontanée, la catégorie professionnelle des personnes rencontrées et la répartition du nombre de conseils apportés en fonction du diplôme, sont présentés.

3.1.1 Conseils apportés spontanément (1)

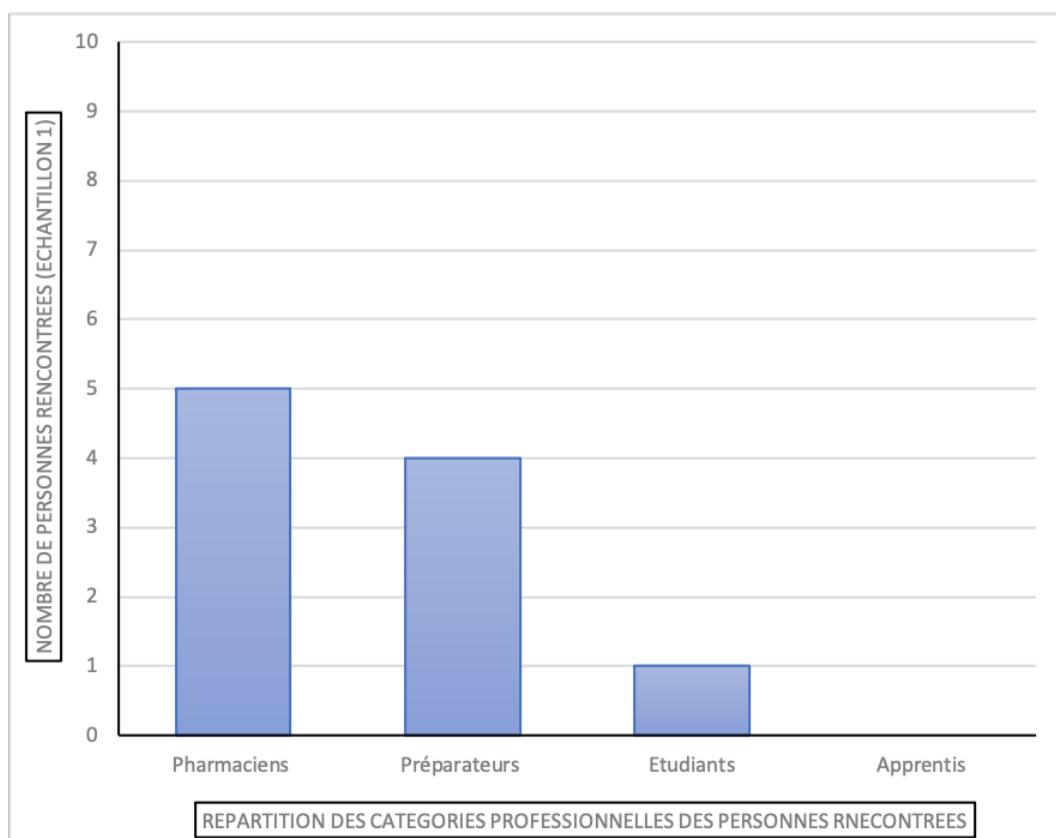
Durant le mois de novembre, l'enquête auprès du premier échantillon de pharmacie de Maine et Loire a été effectuée. Sur dix pharmacies de la première et deuxième couronne de l'agglomération Angevine : trois professionnels de santé ont spontanément donné des conseils et posé des questions à la suite du scénario et de la présentation de l'ordonnance. Pour permettre une meilleure visualisation, un graphique sous forme de jauge a été réalisé. Celui-ci représente le nombre de pharmacies ayant spontanément apporté des conseils ou posé des questions sur un total de dix pharmacies visitées.



Graphique 1 : Jauge représentant le nombre de conseils apportés spontanément dans les 10 premières pharmacies

3.1.2 Catégories professionnelles des personnes rencontrées au comptoir (1)

Au comptoir d'une officine il est possible de rencontrer des pharmaciens, des préparateurs, des étudiants en pharmacie, ou bien encore des apprentis préparateurs en pharmacie. Puisqu'aucune demande particulière de s'adresser à une certaine catégorie professionnelle n'a été réalisée, les investigateurs ont eu l'occasion de rencontrer : cinq pharmaciens, quatre préparateurs, et une étudiante en pharmacie sur un total de dix pharmacies, représentant le premier échantillon.



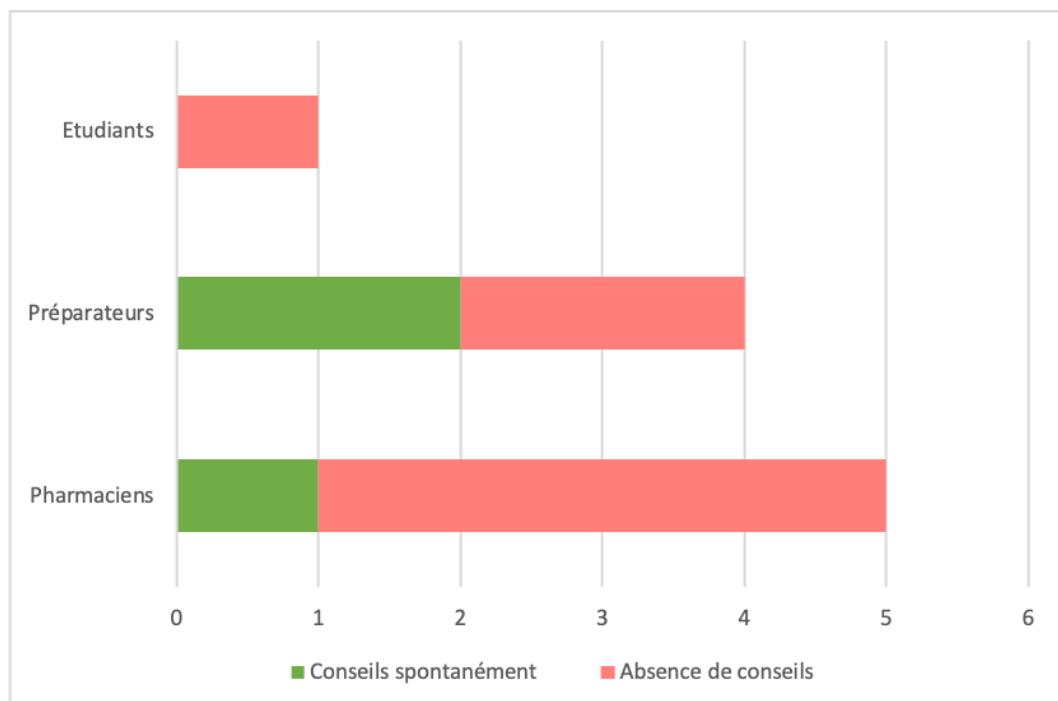
Graphique 2 : Histogramme représentant la répartition des catégories professionnelles des personnes rencontrées, en fonction du nombre total de personnes rencontrées (échantillon 1)

3.1.3 Répartition des conseils apportés en fonction du diplôme (1)

Parmi les trois professionnels de santé ayant apporté des conseils spontanément à la suite du scénario et de l'ordonnance, une personne était pharmacienne. Les deux autres étaient préparatrices en pharmacie.

Afin de permettre une meilleure visualisation du pourcentage de conseils donnés par les personnes au comptoir en fonction de leur diplôme, un histogramme emboîté a été réalisé :

- S'agissant des pharmaciens 1/5 a apporté des conseils spontanément ;
- Pour les préparateurs 2/4 en ont donné ;
- Enfin, 0 étudiant sur 1 a conseillé les enquêteurs.



Graphique 3 : Répartition graphique du nombre de conseils apportés spontanément ou de l'absence de ceux-ci, en fonction de la catégorie professionnelle des personnes rencontrées (échantillon 1)

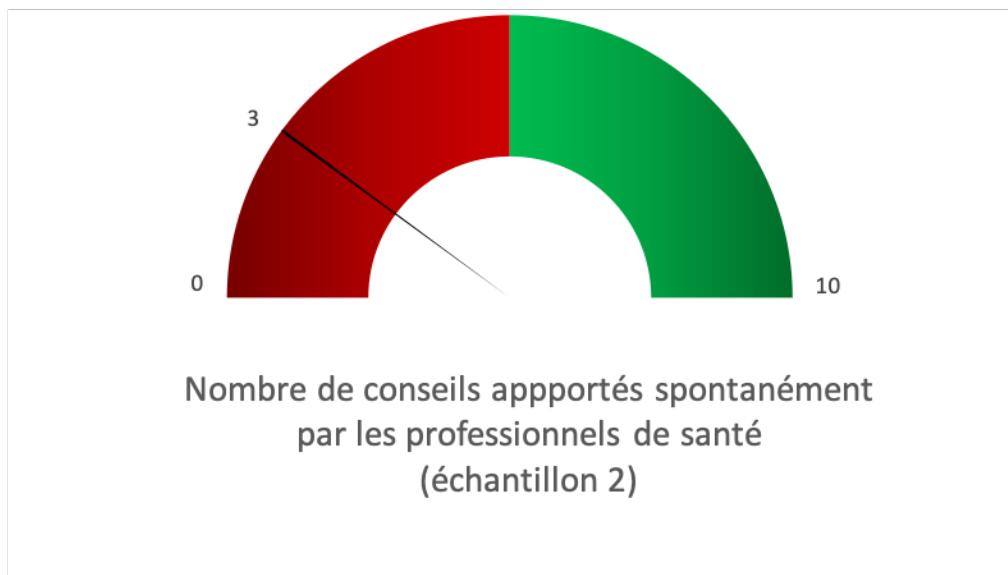
3.2 PRISE EN CHARGE GLOBALE DANS LES DIX DERNIERES PHARMACIES (ÉCHANTILLON 2)

Concernant le deuxième échantillon de pharmacies étudiées, le scénario a été modifié et rallongé. Ainsi quatre graphiques sont présentés ci-après afin

visualiser la prise en charge du patient mystère dans les dix officines visitées entre fin janvier et début février.

3.2.1 Conseils apportés spontanément (2)

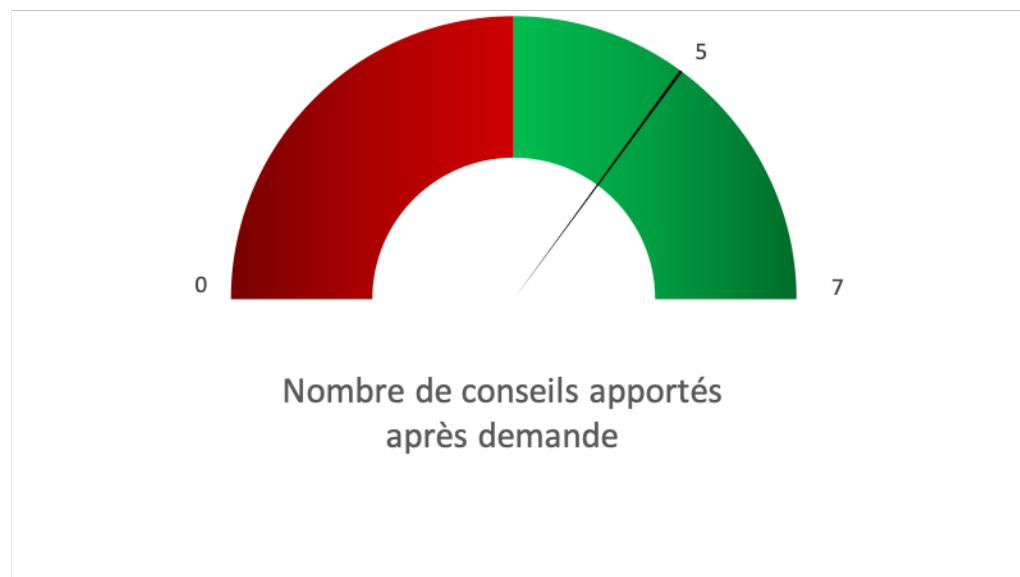
Sur dix pharmacies : trois professionnels de santé ont donné spontanément des conseils et se sont intéressés au patient contre sept qui n'en ont pas donné d'eux-mêmes. De la même manière que pour la présentation des dix premières pharmacies, un graphique jauge a été réalisé.



Graphique 4 : Jauge représentant le nombre de conseils apportés spontanément dans les 10 dernières pharmacies

3.2.2 Conseils apportés après demande des enquêteurs

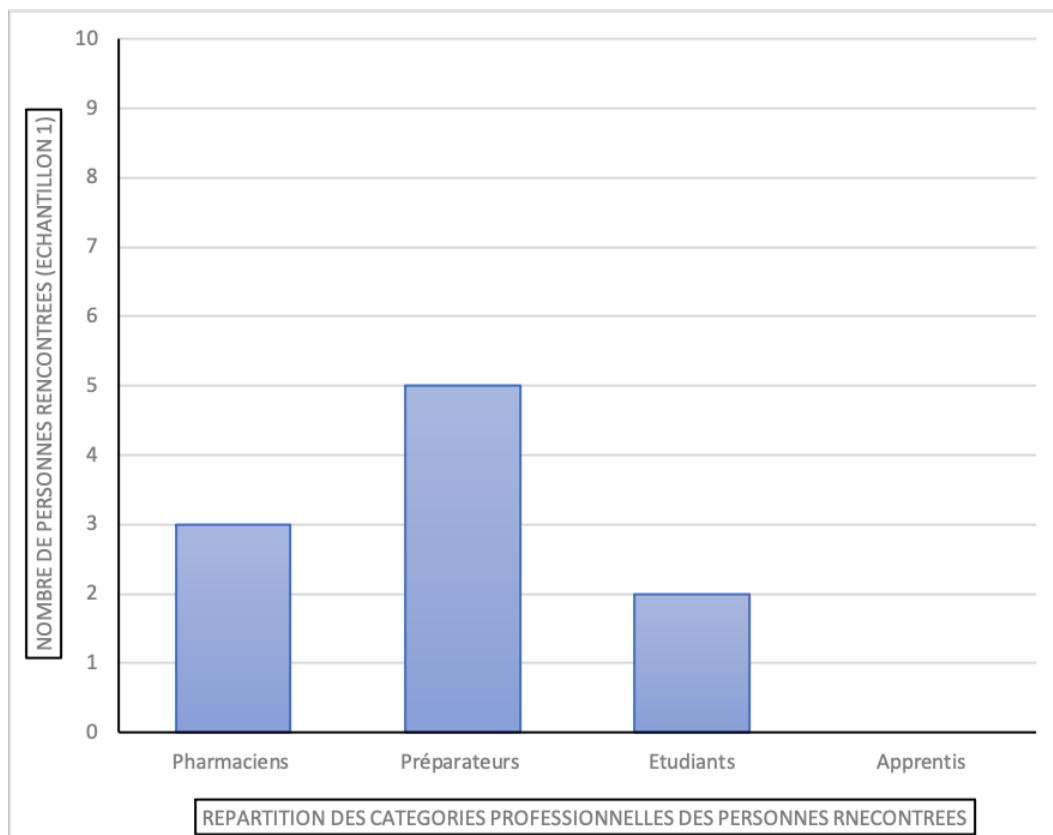
Sur les sept pharmacies qui n'ont pas donné de conseils spontanément, la deuxième partie du scénario a été appliquée. L'enquêtrice a ainsi demandé directement des renseignements au professionnel de santé qui les servait. De ce fait, l'étude a montré que : cinq ont pris le temps de répondre aux interrogations, ont apportés des conseils et des renseignements. En revanche, deux n'ont pas été en mesure de répondre, mais ont tout de même réorienté le patient vers un dermatologue.



Graphique 5 : Jauge représentant le nombre de conseils apportés par les professionnels, après demande des enquêteurs (échantillon 2)

3.2.3 Catégories professionnelles des personnes rencontrées au comptoir (2)

Durant cette deuxième partie d'enquête, trois pharmaciens, cinq préparateurs et deux étudiants ont été rencontrés et évalués.

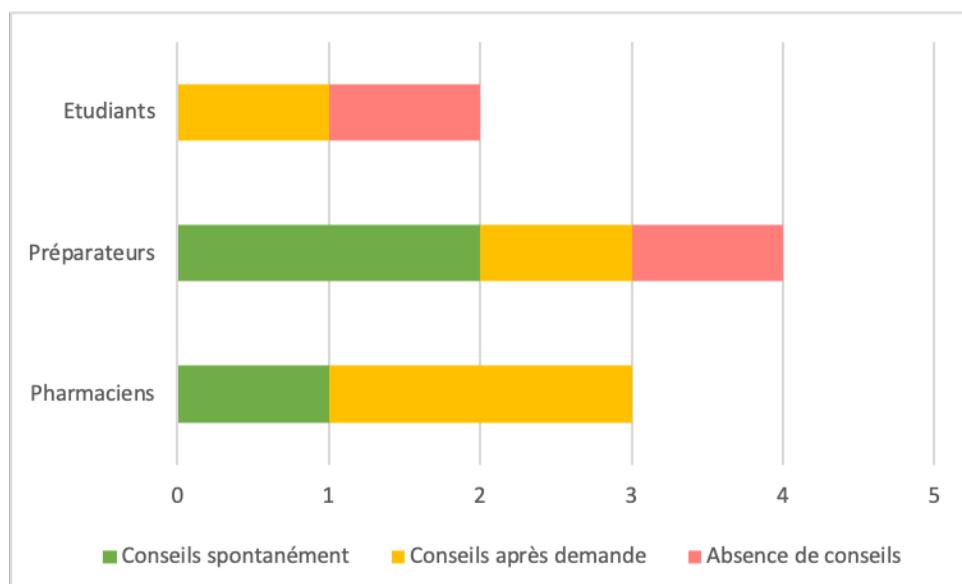


Graphique 6 : Histogramme représentant la répartition des catégories professionnelles des personnes rencontrées, en fonction du nombre total de personnes rencontrées (échantillon 2)

3.2.4 Répartition des conseils apportés, en fonction des catégories professionnelles (2)

Comme pour le premier échantillon, un histogramme emboîté a été réalisé afin de classer les réponses obtenues spontanément, et après demande en fonction des diplômes.

- Pour les pharmaciens 1/3 a donné des conseils de lui-même, et 2/3 après demande des enquêteurs ;
- 2 préparateurs sur 4 rencontrés ont apporté des conseils spontanément, 1/4 après demande et 1/4 n'en a pas donné ;
- Enfin concernant les étudiants en pharmacie, 1/2 a conseillé les protagonistes après qu'ils aient demandé des explications supplémentaires, et 1/2 n'en a pas apporté malgré la demande.



Graphique 7 : Répartition graphique du nombre de conseils présents, absents ou apportés après demande, en fonction de la catégorie professionnelle des personnes rencontrées (échantillon 2)

3.3 LE TEMPS APPROXIMATIF DES ECHANGES

Au début et à la fin de chaque entretien, l'heure a été regardée et notée par les enquêteurs. Ainsi le temps approximatif des échanges a été très variable : de 3 minutes et 30 secondes à près de 17 minutes et 45 secondes. Le temps moyen passé avec les patients est de 7 minutes environ.

3.4 LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DES CONSEILS APPORTES

Lors de l'initiation de ce travail, simultanément à l'écriture du scénario, les conseils essentiels attendus ont été répertoriés. Au total dix principaux axes ont été retenus. La suite du travail a donc été de déterminer de quelle nature et de quelle qualité étaient les conseils dispensés spontanément ou après demande des patients. Les réponses brutes données par les personnes rencontrées sont retranscrites par la suite entre guillemets, en caractère italique et en police de couleur grise.

3.4.1 Accueil et prise en charge initiale globale

Afin de présenter les différentes méthodes d'accueil de façon synthétique, des liens ont été effectués lors de la synthèse. Ceux-ci se divisent en cinq points :

3.4.1.1 L'indication

Avant toute chose, sept pharmacies de l'étude ont demandé quelle était l'indication et pourquoi cette crème était prescrite.

La plupart du temps, lorsqu'ils posent la question les professionnels rencontrés supposent qu'il s'agit d'eczéma : « *C'est pour quoi ? C'est de l'eczéma ?* » (P.1). Ou bien ils partent d'une localisation pour avoir plus d'informations sur l'origine de cette prescription : « *C'est parce que ça gratte sur les mains, c'est ça ?* » (P.19). D'autres fois, l'indication a été demandé clairement « *Qu'est-ce qu'il vous arrive ?* » (P.16).

En revanche personne n'a demandé si l'ordonnance était pour le patient lui-même.

Par ailleurs, pour sept pharmacies (dont six du deuxième échantillon de l'étude), l'indication a été donnée directement par les protagonistes. En effet, si aucun conseil n'était donné spontanément, l'investigatrice annonçait qu'il s'agit de psoriasis : M.D : « *Excusez-moi, savez-vous s'il existe d'autres produits, d'autres médicaments pour traiter son psoriasis [...] ?* »

3.4.1.2 Fréquence des crises

Afin de savoir à quel stade est la pathologie, certaines pharmacies ont questionné sur la fréquence d'apparition des crises : « *Les crises sont-elles régulières ?* » (P.9). « *Est-ce qu'il y a des moments où vous n'avez plus de plaques ?* » (P.18). « *C'est par crises ou bien les plaques c'est tout le temps ?* » (P.15).

3.4.1.3 Quantité de tubes nécessaire

Une question régulièrement revenue afin de satisfaire le patient, tout en limitant le gaspillage, est la quantité souhaitée : « *Est-ce qu'il vous faut plus qu'un tube ? car ce sont de tout petits tubes* » (P.9). « *Combien de tubes voulez-vous ?* » (P.10). « *Je peux vous mettre plus de tubes si vous voulez ?* » (P.11). « *C'est pour quelle surface du corps ? C'est pour savoir combien de tubes je vous mets* » (P.20).

3.4.1.4 Surface à traiter

D'autres professionnels ont demandé quelle est la zone touchée « *est-ce que la zone d'application est grande ?* » (P.18). « *Du psoriasis, où ça ?* » (P.16). « *C'est pour quelle zone ?* » (P.17).

3.4.1.5 Efficacité du traitement

Une des remarques citées dans le scénario des protagonistes est l'inefficacité de la crème. Ainsi, une pharmacie a demandé clairement au patient si le traitement était efficace : « *Est-ce que cette crème calme un peu ?* » (P.18).

3.4.2 Conseils relatifs à l'application et l'utilisation des dermocorticoïdes

S'agissant des conseils directement liés à l'application des traitements, une attention particulière était accordée puisqu'il s'agit du rôle fondamental du pharmacien d'officine : s'assurer de la bonne compréhension et de la bonne utilisation et application des traitements.

3.4.2.1 La connaissance du produit

Afin d'introduire les conseils pour une bonne utilisation du médicament, certains professionnels de santé ont d'abord demandé si le patient connaissait la crème présente sur l'ordonnance : « *est-ce vous connaissez cette crème ?* » (P.1), « *Vous connaissez ce traitement ?* » (P.16).

3.4.2.2 La zone à traiter

Pour limiter les mésusages d'utilisation du médicament, une préparatrice a énoncé les zones où il est nécessaire d'appliquer la crème : « *Il est important d'en mettre uniquement sur les lésions, pas sur la peau saine* » (P.13).

3.4.2.3 La quantité de crème à appliquer

Les conseils d'applications souvent revenus concernent la quantité de crème à mettre sur la peau : « *Cette crème est à appliquer sur une peau propre et sèche en fine couche* » (P.1). « *Il ne faut pas l'utiliser en grosse quantité* » (P.2) « *La crème se met en petite quantité* » (P.17). « *Il ne faut pas en mettre beaucoup, c'est assez puissant, c'est de la cortisone. [...] Il faut en mettre suffisamment mais pas trop non plus, il faut en mettre en forme de croix sur les grosses plaques* » (P.16).

3.4.2.4 La durée de traitement

Un autre point régulièrement abordé a été la durée d'utilisation. Certains préconisent d'en appliquer longtemps : « *Même si les lésions ont disparu continuez un petit peu* » (P.2). Quand d'autres mettent en garde l'utilisateur d'une durée d'application la plus courte possible : « *Il faut vraiment l'utiliser sur une courte période* » (P.20). « *Il faut en mettre tous les jours mais que sur une courte période donnée* » (P.16). Enfin d'autres insistent sur l'utilisation uniquement lors des périodes de crises : « *N'utilisez cette crème que pendant les moments de crises* » (P.9). « *Pendant la crise vous mettez la crème à base de cortisone puis vous passez sur une émolliente par la suite* » (P.15).

3.4.2.5 L'arrêt du traitement

La diminution a fréquemment été abordée, et selon les conseils donnés, elle doit se faire de manière progressive. Afin d'illustrer cette diminution progressive, des exemples précis sont donnés par les professionnels, avec un jour d'application et un jour d'arrêt : « *Diminuez progressivement, un jour sur deux, puis un jour sur trois* » (P.5). « *Il ne faut jamais arrêter du jour au lendemain, il faut diminuer progressivement un jour sur deux etc...* » (P.17).

3.4.2.6 La photosensibilité

Une pharmacienne a alerté rapidement le patient sur l'utilisation de la crème et l'exposition au soleil : « *Faites attention avec le soleil* » (P.1)

3.4.2.7 La posologie

Enfin, une pharmacie a parlé de la fréquence d'application : « *la crème est à mettre deux fois par jour* » (P.20)

3.4.3 Conseils généraux associés à l'ordonnance

Les conseils généraux les plus fréquemment retrouvés s'apparentent à l'hydratation de la peau et la vigilance apportée aux produits utilisés pour l'hygiène quotidienne, et notamment l'utilisation d'une huile de douche.

3.4.3.1 L'hydratation cutanée

Tout d'abord les équipes officinales accordent un point d'importance à l'hydratation continue de la peau. En effet, certains ont insisté sur cette nécessité quotidienne : « *Pensez à hydrater votre peau avec des crèmes tous les jours* » (P.5). « *Appliquez un émollient en permanence, en relais des dermocorticoïdes* » (P.15). « *Est-ce que vous hydratez votre peau en dehors des crises ? C'est important d'hydrater tout le temps la peau, même avec une crème hydratante basique* » (P.18). D'autres ont précisé quels types de produits il est intéressant d'utiliser en cas de psoriasis « *Il faut hydrater au quotidien, une à deux fois par jour, en utilisant des baumes ou des crèmes qui ne contiennent pas de corticoïdes et qui aident contre les démangeaisons* » (P.13). « *Toujours hydrater la peau pour espacer les crises, avec des crèmes au quotidien ou des baumes si la peau est très sèche* » (P.20). Enfin, quelques professionnels ont expliqué l'intérêt d'hydrater la peau : « *C'est très important d'hydrater votre peau un maximum pour limiter les poussées et leur intensité. Cela fait aussi parti du traitement* ». (P.1). « *Au quotidien, il faut vous hydrater de la tête aux pieds en prévention. Plus vous hydraterez, plus vous espacerez*

les crises. Hydrater avant de mettre le traitement permet de ramollir les plaques afin qu'il pénètre mieux » (P.17).

3.4.3.2 L'huile lavante

En plus de l'hydratation de la peau, beaucoup de pharmacies ont insisté sur l'importance d'utiliser une base lavante adaptée pour la douche : « *Lavez-vous avec une huile lavante pour douche* » (P.18). Des arguments pour expliquer l'intérêt d'une huile de douche ont souvent été évoqués : « *utilisez une huile lavante, ça restaure le film cutané* » (P.1). « *Utilisez des huiles de douche pour faire un film protecteur sur la peau et anti démangeaison* » (P.20). Une pharmacienne a déconseillé l'usage de produits de grandes surfaces : « *Oubliez tous les savons de centre commercial qui sentent bons. Vous il faut partir sur des huiles de douche* » (P.17). Deux personnes ont expliqué ce qu'il faut éviter dans les produits de douche : « *Attention aux produits que vous utilisez au quotidien, bien laver votre peau sans agents moussants qui décapent et assèchent la peau et qui accentuent les crises. Utilisez une huile lavante qui dépose un film protecteur sur la peau et qui limite le dessèchement. Attention l'huile lavante mousse moins qu'un savon mais elle dépose un film lipidique très bien pour les peaux sèches et atopiques* » (P.13). « *Faites bien attention à tout ce que vous mettez sur votre corps, lavez-vous avec une huile de douche, sans parfum* » (P.15).

3.4.3.3 Les produits d'hygiène

Parmi les produits de parapharmacie recommandé par les pharmacies, plusieurs grandes gammes ont été citées :

- Avène Xera Calm AD
- Dexeryl
- Bepanthen Sensicalm
- Ducray kertyol pso
- La roche posay iso urea

Certaines pharmacies ont simplement cité leurs noms. D'autres les ont montrés, et enfin quelques-unes ont donné gracieusement des échantillons afin de soulager pour le weekend et faire essayer le produit au patient.

Enfin, de manière plus générale une personne a donné quelques conseils sur l'hygiène de vie : « *Il faut essayer des crèmes, pour trouver la bonne. Il faut de la rigueur. Évitez les douches chaudes, tamponnez-vous en sortant de la douche mais ne frottez pas* » (P.17).

3.4.4 Capacité à réorienter vers un autre professionnel de santé

L'ordonnance que le patient présentait dans chaque pharmacie avait été rédigée par son médecin traitant. Le scénario qui insiste sur la non efficacité de la crème avait pour objectif d'alerter le pharmacien sur l'impasse dans laquelle se trouve le patient. Une réorientation vers un autre professionnel de santé était attendue. Ainsi, ce sont plus de la moitié des pharmacies : onze au total qui ont suggéré aller voir un dermatologue. « *Allez voir un dermatologue, un spécialiste du CHU qui pourra vous prescrire des traitements plus adaptés pour limiter les crises* » (P.9). Pour répondre au problème d'inefficacité du produit prescrit, et comme les pharmaciens ne peuvent pas dispenser un produit listé différent de celui présent sur l'ordonnance, ils ont souvent réorienté afin d'avoir un traitement médicamenteux plus adapté : « *Il faut voir un dermatologue qui sera spécialisé dans le psoriasis et qui trouvera des traitements plus adaptés* » (P.17). Quelques pharmaciens ont suggéré l'importance d'avoir plusieurs avis de médecin et spécialiste pour une prise en charge plus spécifique : « *Il faut aller voir un dermatologue qui saura mieux vous aiguiller. En médecine il y a toujours des évolutions de prise en charge, et c'est toujours bien d'avoir deux avis* » (P.15). « *Ça fait combien de temps que vous êtes traités par votre généraliste sans avoir vu de spécialiste ? [...] 5-6 ans c'est une période assez longue, vous n'avez jamais essayé de changer de praticien ou de voir des médecins plus spécifiques ?* » (P.16).

Outre les dermatologues, une pharmacie a renvoyé les patients vers des collègues de parapharmacie « conseillères en dermatologie » pour un conseil

complet sur l'hydratation cutanée. Et une étudiante a demandé les conseils de la pharmacienne au comptoir d'à côté pour répondre aux questions.

3.4.5 Connaissances des traitements utilisés contre le psoriasis

Bien souvent en réorientant vers un dermatologue, les pharmaciens ou préparateurs ont parlé d'autres traitements existants et plus adaptés. L'investigatrice en profitait alors pour demander quelles classes thérapeutiques ou quelles galéniques existent sur le marché afin de traiter le psoriasis. Si les conseils n'étaient pas spontanés, il s'agissait de la question d'accroche posée par l'enquêtrice. Ainsi les réponses ont été variées. Certains ont affirmé l'inexistence d'autres traitements autres que cutanés : « *Pour le psoriasis c'est que du local, il n'existe que des crèmes, des mousses à base de corticoïdes et en plus gros formats.* Je ne connais pas de traitement par voie orale pour un traitement de fond » (P.13). D'autres ont parlé seulement des médicaments à base de cortisone, que ce soit en local ou en systémique : « *Il existe d'autres crèmes à base de cortisone pour les crises aussi ou bien de la cortisone par voie orale* » (P.20). « *Là c'est une crème faiblement dosée, il existe d'autres crèmes plus dosées en cortisone. Mais en comprimé il ne vaut mieux pas* » (P.19). Quelques pharmaciens ont évoqué l'existence de thérapeutiques autres que médicamenteuses : les cures thermales par exemple « *Oui il existe d'autres traitements, soit des crèmes, par voie orale ou des cures thermales si c'est vraiment handicapant* » (P.17). Ou encore l'utilisation d'UV : « *Je ne sais pas trop s'il existe d'autres traitements, il faudrait que je me replonge dans mes cours. Je sais qu'il y a la photothérapie qui existe pour brûler un peu les plaques* » (P.15). Un seul pharmacien a donné un nom de médicament en local également utilisé dans le psoriasis : « *Il existe un traitement plus adapté : le DAIVOBET® constitué de deux molécules : la cortisone et un dérivé de la vitamine D, sous forme de gel. Sinon il existe aussi des traitements injectables prescrits par des spécialistes en cas d'échec aux traitements locaux ou de psoriasis très important* » (P.16). A l'instar de ce pharmacien, un autre a suggéré l'existence de traitements plus spécifiques sous d'autres formes qu'en application locale, mais à prescription initiale hospitalière : « *Il existe d'autres traitements anti*

inflammatoires et d'autres plus spécifiques. Mais au début on commence toujours avec des traitements cutanés et après des traitements hospitaliers » (P.12). Beaucoup ne sont pas rentrés dans les détails et ont prétendu qu'il existait d'autres traitements mais sans préciser de nom, de forme galénique, ni de condition d'utilisation et de prescription : « *Il existe pleins d'autres traitements que le dermato pourrait prescrire pour espacer les crises. Ça existe en crème et en comprimés* » (P.9). Enfin, un étudiant s'est basé sur son expérience personnelle pour conclure sur les formes de traitements existantes : « *Mon petit cousin a du pso aussi, et il n'a que des crèmes aussi. Elles sont plus dosées mais je pense qu'il n'existe que des crèmes* » (P.19).

3.4.6 Connaissances de l'origine de la pathologie

Les protagonistes ont interrogé les pharmaciens lorsqu'ils l'ont pu, sur les origines plausibles de la pathologie. La cause la plus souvent revenue est le stress : « *Le psoriasis c'est difficile à soigner, c'est en fonction du stress, de l'état* » (P.5). L'état général de fatigue du patient a aussi été évoqué : « *Les plaques apparaissent en fonction du stress, de la fatigue. A vous de voir les facteurs déclenchant* » (P.11). Des facteurs environnementaux comme la météo ont été suggéré également : « *Selon la météo, le stress* » (P.20). Peu de personne, une seule a parlé du caractère génétique : « *Le psoriasis sort à cause du stress, de l'angoisse. Le terrain héréditaire aussi* » (P.18). Et une seule a évoqué le fait qu'il s'agit d'une pathologie qui implique le système immunitaire et qui est multifactorielle : « *Le psoriasis on sait que c'est immunitaire, il y a pleins de composantes derrière* » (P.1). Pour terminer, une préparatrice a expliqué succinctement la physiopathologie « *C'est la peau qui se renouvelle trop vite* » (P.13).

3.4.7 L'aspect et la localisation de la pathologie

Outre l'origine, certaines pharmacies ont abordé la clinique et l'aspect que peut prendre la maladie sur le corps : « *Le pso c'est des plaques de peau sèche qui rougissent et qui peuvent être en relief* » (P.18). Ils ont aussi souvent parlé des localisations les plus fréquentes des plaques « *Souvent c'est au niveau des coudes,*

du cuir chevelu ou des mains » (P.13). « *On a un patient lui, c'est sur toutes les mains* » (P.17). Enfin, après avoir vu des plaques sur le corps du patient, une pharmacienne a donné un avis de diagnostic : « *Pour moi le psoriasis c'est plus au niveau des plis, ce n'est pas comme ça pour moi* » (P.15)

3.4.8 Évolution de la pathologie

L'évolution de la maladie a souvent été abordée naturellement par les pharmaciens et préparateurs. Des avis opposés et des remarques contradictoires ont été relevés. En effet, une personne a parlé de guérison possible : « *Je pense que c'est une maladie qui peut se soigner* » (P.5). Mais la plupart ont parlé d'un caractère plutôt chronique de la maladie et des faibles résultats encourus par l'utilisation des traitements : « *Il n'existe rien de miraculeux, ça n'éradiquera pas la maladie* » (P.20). « *A ce jour, il n'y a pas de traitement pour complètement éradiquer* » (P.1).

3.4.9 L'évaluation de la corticophobie

Un bon nombre de pharmacies rencontrées ont insisté sur l'utilisation à court terme des DC. De ce fait, les protagonistes en ont profité pour demander quels pouvaient être les effets d'une utilisation prolongée. Les réponses se sont souvent portées sur l'effet rebond des dermocorticoïdes utilisés sur le long terme : « *Non, il ne faut pas en mettre sur tout le corps car c'est un AIS, le problème des corticoïdes quand on en met tout le temps c'est l'effet rebond et après on ne peut plus s'en passer* » (P.15). « *Il faut en appliquer sur une petite période car à force d'en appliquer tout le temps, la peau s'habitue et ça peut provoquer l'apparition de nouvelles plaques ailleurs* » (P.13). « *Si on l'utilise sur du long terme et qu'on arrête d'un coup ça fait un effet rebond, et ça peut revenir encore plus des fois* » (P.20). Une pharmacienne a parlé de l'effet systémique possible si l'utilisation est prolongée et a insisté sur l'inefficacité de la crème en traitement de fond : « *C'est un traitement symptomatique qui agit sur les crises mais pas sur la cause. Il ne faut pas en appliquer toute l'année car même en local il y a un passage circulatoire* » (P.1). Puis quelques-uns ont été plus précis dans les effets locaux rencontrés à la

suite d'application quotidienne de dermocorticoïdes « *Ce sont des petits tubes car la cortisone il ne faut pas l'utiliser tout le temps sinon à l'arrêt il peut y avoir un effet rebond [...] Ce n'est pas bien car ça fragilise la barrière cutanée naturelle qui est donc ouverte à tout et n'importe quoi. [...] Il n'y a pas un gros effet systémique. [...] Tout est déséquilibré sur la peau avec la cortisone, il n'y a plus de bactéries qui protègent la peau* » (P.5). « *La cortisone non ce n'est pas bon sur du très long terme, ça affine la peau* » (P.17). Une personne a parlé d'accoutumance : « *Non ce n'est pas bon de mettre de la cortisone tous les jours sur la peau, le risque c'est l'accoutumance en local* » (P.18). Enfin, un étudiant a énoncé les effets retrouvés avec des corticoïdes par voie orale : « *Là avec les crèmes l'effet est local, mais si vous prenez des comprimés l'effet immunosupresseur ne sera pas qu'en local et vous aurez des effets sur tout le corps comme la prise de poids* » (P.19).

3.4.10 Autres réactions et conseils psychologiques

Pour terminer, quelques réactions marquantes sur le plan psychologique ont été répertoriées ci-dessous. Par exemple, une préparatrice a indiqué son étonnement et a mis en garde le patient quant à la nécessité d'une meilleure prise en charge dès maintenant : « *Il faut reprendre les choses en mains et sérieusement [...] si ça gratte vous ne devez pas être bien [...] Il ne faut pas rester comme ça, vous êtes jeunes, ça va donner quoi sinon à 50 ans, ce n'est pas possible* » (P.5). Une autre préparatrice a fait preuve de bienveillance, d'écoute attentive et de conseils rassurants : « *Je comprends, ça doit être gênant pour vous les démangeaisons et c'est inesthétique. Mais les gens ne connaissent pas votre vie, il ne faut pas se préoccuper de ce que disent les gens* ». (P.13). Une autre préparatrice a insisté sur la « différence » avec les personnes sans psoriasis « *Vous, il faut oublier les savons de grandes surfaces qui sentent bon, c'est triste, mais ce n'est pas pour vous* ». (P.17). Enfin, une dernière personne s'est interrogée sur d'autres alternatives thérapeutiques possibles sans ordonnance à l'instant T et a fait preuve de compassion mais également d'arguments peu rassurants : « *Avez-vous déjà eu des anti-histaminiques pour les démangeaisons ? Je ne sais pas si ça pourrait agir sur le psoriasis. [...] Vous*

devrez peut-être vivre toute votre vie avec, mais certains arrivent à ne plus avoir de plaques du tout. Des fois ça part tout seul. [...] Pour le moral ce n'est pas sympa quand les plaques se voient. Ce n'est pas toujours facile, je comprends » (P.18).

IV. DISCUSSION DES RESULTATS ET PROPOSITIONS D'OUTILS A DESTINATION DES PHARMACIENS ET DES PATIENTS

Afin de répondre à l'objectif principal de cette thèse qui est d'évaluer la prise en charge officinale d'un patient atteint de psoriasis, une analyse des résultats a été réalisé. En regard d'un travail qualitatif, la discussion va porter sur l'émission d'hypothèses pouvant interpréter les données recueillies. Dans une optique d'amélioration continue, une analyse de la méthode et des moyens utilisés pour ce travail a été effectuée. Enfin, deux outils seront proposés à destination des patients et des pharmaciens. L'objectif étant d'accroître les connaissances générales de la population et faciliter la prise en charge officinale d'un patient souffrant de psoriasis.

4.1 PREMIER CONSTAT : UN MANQUE DE PRISE EN CHARGE, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS QUANTITATIFS

Une première partie d'analyse porte sur les résultats quantitatifs et tente d'apporter des éléments de réflexion capables d'expliquer le faible nombre de conseils reçus lors des visites.

4.1.1 Le nombre de conseils spontanés

Pour commencer, le premier bilan de cette étude concerne le nombre de professionnels de santé délivrant un médicament sur ordonnance sans dispenser de conseils d'utilisation, d'informations supplémentaires sur les posologies, ou avertir sur les effets souhaités et non désirés.

Comme le montrent les graphiques présents dans la première partie d'analyse des résultats, seulement trois pharmacies sur dix ont donné spontanément des conseils. Fort de ce résultat, un deuxième échantillon de dix autres pharmacies a été inclus à l'étude et le résultat fut le même : seulement trois pharmacies sur dix ont dispensé des conseils. Face à cela, les investigateurs souhaitant évaluer les connaissances des personnes rencontrées au comptoir ont posé directement des questions aux sept pharmacies n'ayant pas dispensé de conseils naturellement. Ainsi, bien que les demandes aient été précises, deux pharmacies n'ont pas apporté d'élément de réponse.

La première conclusion de l'enquête concerne le taux similaire de conseils spontanés dans les deux échantillons de pharmacies : 30% dans les deux cas. De plus, même si les patients ont eu affaire à plus de pharmaciens dans le premier échantillon, et davantage de préparateurs et étudiants dans le deuxième, ceci n'interfère pas non plus. En effet, les résultats restent inchangés : 10% des pharmaciens rencontrés et 20% des préparateurs ont donné spontanément des conseils dans les 2 situations. De fait, il est possible d'affirmer que dans les deux échantillons étudiés à quelques mois d'intervalle, ni le diplôme, ni la période à laquelle les visites ont eu lieu n'impactent les résultats.

Enfin, il est important de notifier la similitude du taux de prise en charge quelle que soit la localisation géographique de la pharmacie. En effet, l'attention portée d'étudier autant de pharmacies en milieu rural et urbain montre que sur les six officines totales ayant dispensé spontanément des conseils, trois se trouvent en ville et trois en milieu rural ou semi rural.

En revanche, le temps d'échange moyen n'est pas le même : 6,43 minutes pour les pharmacies de centre-ville contre 8,68 minutes en moyenne pour le milieu rural et semi rural. Il en est de même concernant la structure de la pharmacie. En effet, aucune pharmacie de centre commercial n'a apporté de conseils spontanément aux patients. Cela signifie-t-il que les pharmacies rurales accordent plus de temps à leurs patients et que les pharmacies de centres commerciaux ne s'intéressent pas autant à ces derniers ? Il ne paraît pas opportun de généraliser cette conclusion, puisque seulement 4 officines sur 20 visitées font parties d'un centre commercial, ce qui n'est pas représentatif de l'échantillon et

qu'un panel de 20 officines sur plus de 21 000 en France ne reflète encore moins la réalité.

Cependant, dans l'éventail des pharmacies étudiées, ni le diplôme, ni la période, ni la localisation n'interfèrent dans les résultats, ce qui n'est pas le cas de la structure et du temps moyen d'échange qui semblent quant à eux apporter une différence de prise en charge.

4.1.2 Les causes d'une telle carence

La question qui se pose alors est la suivante : pourquoi plus de la moitié des pharmaciens et préparateurs rencontrés délivrent un médicament sans dispenser de conseils ?

En effet, la distinction entre délivrance et dispensation prend tout son sens, puisque selon les bonnes pratiques de dispensation : « *La dispensation est l'acte pharmaceutique qui associe à la délivrance des médicaments l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments. Le pharmacien a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par ses conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient*

 » (article R. 4235-48 du code de la santé publique(50)). La dispensation et l'association de conseils n'est donc pas seulement un droit, mais un devoir retrouvé dans 30% des officines visitées. Afin de tenter de répondre à la problématique de cette carence en termes de conseils, deux hypothèses sont à creuser :

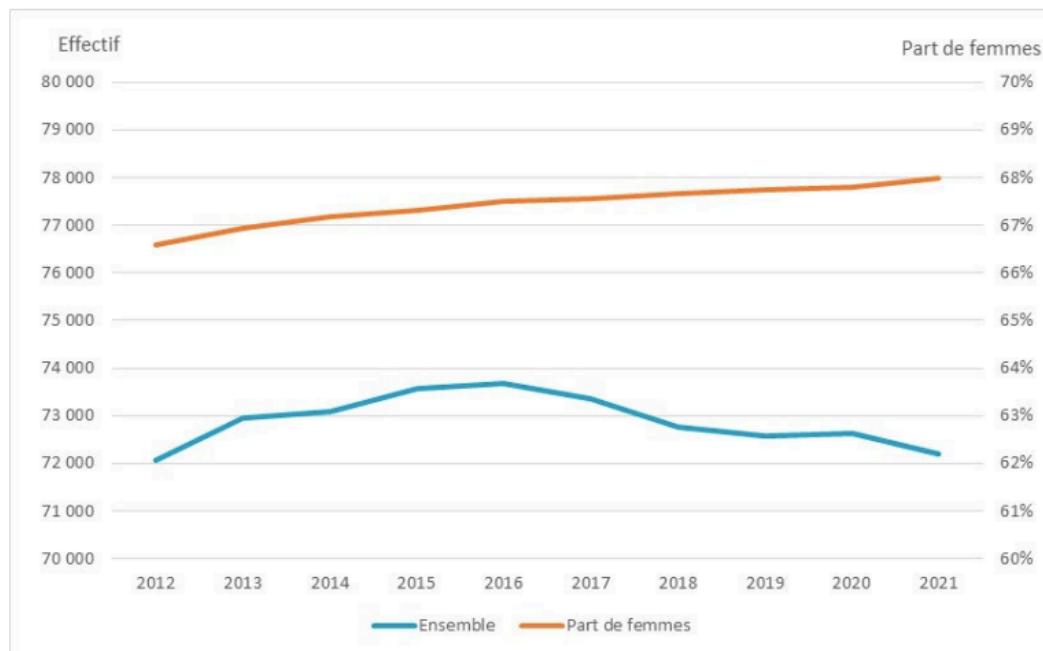
1. Le manque de temps

Tout d'abord : le temps ; L'étude ayant été réalisée sur la période de Novembre 2021 à Mars 2022, il est possible d'imaginer qu'il s'agit de la « haute saison » dans les officines. L'hiver est souvent synonyme d'augmentation d'afflux de patients avec des pathologies saisonnières comme la grippe, les

rhumes, la toux, la gastro entérite etc... De plus, l'hiver 2021-2022 a été particulièrement redoutable dans les pharmacies à cause de la vaccination antigrippale mais aussi et surtout des tests antigéniques et vaccination contre la COVID-19. Les gestes barrières étant moins présents, les pathologies hivernales ont également fait leur grand retour. Ainsi comme en témoignent les chiffres tirés de GERS Data publiés dans le journal « *le quotidien du pharmacien* » le 22/02/22, il y a eu une hausse de +5% des prescriptions de ville, de +14% pour les prescriptions hospitalières et +26% du conseil en pharmacie par rapport à 2021(51). L'activité étant donc en nette croissance, un manque de temps des équipes peut être envisagé comme une des causes de la faible prise en charge du patient mystère.

2. Le manque de personnel

La deuxième hypothèse retenue est celle du manque de personnel au sein des officines. En effet, malgré un excellent maillage territorial, les tensions de recrutement se font sentir au sein des pharmacies, et principalement depuis 2016. Comme le montre le *Graphique 8* ci-dessous, paru dans le dossier N°76 de la DREES (=Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en mars 2021, la diminution du nombre d'actifs dans la profession s'explique notamment par les départs en retraite des pharmaciens formés en quantité dans les années 70-80, avant l'instauration du numerus clausus(52).



Graphique 8 : Effectifs de pharmaciens en activité de 2012 à 2021 (selon le dossier de la DREES n°76)

De plus, depuis le début de la crise sanitaire, beaucoup de nouvelles missions ont été attribuées à la profession et nécessitent une augmentation du nombre de pharmaciens ainsi que de préparateurs en pharmacie. Or, ces derniers se font également rares. Bien qu'ils représentent près de la moitié (47%) des effectifs salariaux des officines en France, le peu d'études estimant leur démographie montrent une diminution : 62 000 en 2012 selon une étude de l'OMPL (Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales(54,55)) contre 60 000 en 2019 selon « *Le quotidien du Pharmacien* ».

De ce fait, il est légitime de se demander si les pharmacies dans lesquelles les visites mystères ont été réalisées n'étaient pas en sous-effectif, causant ainsi un manque de temps pour réaliser toutes les tâches d'une officine, et impactant considérablement la prise en charge au comptoir.

4.2 **DEUXIÈME CONSTAT : UN MANQUE DE CONNAISSANCE SUR LA PATHOLOGIE**

Le principal bilan mis en exergue par l'étude est le défaut de connaissance des professionnels sur le psoriasis. Plusieurs prémisses de réflexions apparaissent alors : les pharmaciens ne se sentent-ils pas à l'aise avec le sujet ? Préfèrent-ils ne pas intervenir dans le dialogue par peur d'être indiscrets ou par faiblesse sur ces notions ? Y a-t-il eu un manque de formation ? Durant les études, ou bien lors la formation continue ? Rappelons tout de même que comme le stipulent les bonnes pratiques de dispensation, le pharmacien a : « *Le devoir d'actualiser ses connaissances (article R. 4235-11 du code de la santé publique(56)) et l'obligation de satisfaire au développement professionnel continu* ».

4.2.1 La pertinence des conseils apportés : analyse et interprétation des résultats qualitatifs

Afin de rentrer davantage dans les détails, une analyse et une interprétation des propos recensés dans la partie résultats ont été réalisées. L'analyse reprend séparément les six grands axes de la « grille des conseils attendus par le pharmacien » (ANNEXE 9).

4.2.1.1 Analyse de la méthode d'accueil et des questions initiales

Pour commencer, l'accueil et les questions de bases attendues qui suivent la méthode ACROPOLE et le questionnement QuiDAM ont été relativement discrètes. S'agissant de la question « pour qui est l'ordonnance ? » aucun professionnel ne l'a demandé mais ceci n'est pas surprenant puisque le patient dans son discours l'énonçait de lui-même : « *Je suis en weekend dans la région, je n'ai rien d'autre sur moi, je suis en crise* ». Ainsi, il est aisément de comprendre que le traitement est pour lui.

Concernant l'indication, elle a été demandée dans 35% des cas ce qui reste faible puisque pour apporter des conseils il est nécessaire de savoir quelle est l'origine de la venue du patient. Une seule pharmacie a posé clairement la question « *qu'est-ce qu'il vous arrive ?* » (P.16), les autres ont principalement fait des suppositions ou ont posé des questions fermées « *c'est pour de l'eczéma ?* » (P.17).

Aucune pharmacie n'a interrogé le patient sur sa maladie et surtout depuis combien de temps était-il atteint de psoriasis. Au cours de quelques conversations, le patient en a parlé spontanément mais cela n'a jamais été une question posée.

A propos des actions et des médicaments déjà pris par le patient, là encore personne ne s'y est intéressé. Certaines ont pourtant pris la carte vitale et ont sûrement consulté si un DP ou un historique était présent, mais rien ne s'affichait de façon volontaire. En revanche, une pharmacienne a demandé si le patient connaissait le traitement prescrit sur l'ordonnance « *vous connaissez ce traitement ?* » (P.16). Il est possible de présumer que les autres se sont abstenus de poser cette question, car ils connaissaient la réponse grâce au dialogue des deux protagonistes :

M.D : Ah mais c'est celle-ci la crème ? pourquoi tu prends toujours ça il me semblait qu'elle n'était pas efficace ?

M.S : *[prenant un air désemparé et en haussant les épaules]* Bah oui elle n'est pas super, mais je n'ai pas trop le choix, c'est mon médecin traitant qui me prescrit toujours ça

A propos de l'inefficacité du traitement, les protagonistes l'énonçaient aussi dans leur dialogue. Ainsi, une seule pharmacie a posé la question « *est-ce que cette crème calme un peu ?* » avant que le scénario ne soit joué. Pour les autres, la réponse était explicite dans le dialogue, donc ne pas interroger dessus semble compréhensible. En revanche, ce qui l'est moins, concerne le peu de personnes réagissant lorsqu'ils entendent que le traitement ne fonctionne pas. En effet, toutes les pharmacies ont délivré le produit, et 40% l'ont fait sans poser de questions mais en entendant que ce dernier n'était pas efficace. Bien sûr, ce chiffre est à nuancer, car même si les protagonistes ont fait l'effort de parler fort, certains professionnels n'ont peut-être pas entendu cette information cruciale. D'autres ont possiblement feint de ne pas entendre. Enfin, quelques-uns se sont peut-être retenu d'intervenir par volonté de ne pas mettre en cause la prescription et la prise en charge médicale.

Pour finir, à propos du nombre de tubes de crème nécessaire au traitement, la question a été soulevée presque à chaque délivrance.

Effectivement, l'ordonnance ne stipulait pas de nombre de tube précis, afin que le pharmacien s'y intéresse et entame une discussion avec le patient. La demande s'est souvent faite en questionnant sur la fréquence des crises, la surface à traiter ou directement combien de tubes désirait avoir la personne. Ainsi, les pharmaciens accordent une importance particulière à l'intensité de la pathologie et sont soucieux de satisfaire le patient afin de lui délivrer suffisamment de médicaments pour le soulager. Mais il est important de ne pas s'acquitter d'une prise en charge globale, et d'une attention particulière portée à l'histoire du patient et sa maladie pour optimiser l'accompagnement.

4.2.1.2 Les croyances et connaissances de la pathologie

Lors des échanges, les enquêteurs ont été attentifs aux propos des pharmaciens sur l'étiologie, la physiopathologie, et l'évolution possible du psoriasis. L'origine principale avancée par les pharmaciens est psychosomatique : près de 70% de ceux ayant donné des conseils spontanément ont parlé du stress. Cette cause est beaucoup documentée et selon certains auteurs, si elle est maîtrisée elle permet une période de rémission plus longue et une diminution des risques de rechutes (13). La capacité à exprimer ses émotions et faire face au stress semble déterminant. Ainsi, il est important de l'identifier et d'en parler au comptoir.

Viennent ensuite respectivement la fatigue, le caractère héréditaire, et les facteurs environnementaux comme la météo. Ces éléments étant les principaux, il est rassurant de voir qu'ils sont bien connus des pharmaciens. Il semble tout de même important de rappeler au patient que cette maladie est multifactorielle et qu'il s'agit de plusieurs facteurs associés à la composante génétique qui peuvent initier son apparition. Les autres éléments essentiels, et non abordés dans l'étude sont : les traumatismes physiques (phénomène de Koebner), les médicaments, les agents infectieux, l'environnement (pollution, UV) et l'hygiène de vie (tabac, alcool, obésité). Leur absence incite à se questionner : pourquoi n'ont-ils jamais été abordés ? Ne sont-ils pas connus ? Ont-ils été oubliés ? Les pharmaciens font-

ils la différence entre le psoriasis et l'eczéma ? Puisqu'ils citent essentiellement les origines de cette dernière pathologie. Ne sont-ils pas assez fréquents pour être énoncés au comptoir ? Pourtant selon les études, le phénomène de Koebner serait retrouvé chez 38 à 76% des patients.

Une pharmacie a énoncé : « *Les plaques apparaissent en fonction du stress, de la fatigue. A vous de voir les facteurs déclenchants* » (P.11). Donner l'idée au patient de rechercher ses propres facteurs déclenchants est une bonne initiative à préserver au comptoir, et qui peut s'élargir par un accompagnement plus complet et personnalisé. Afin d'aider le patient à les identifier, il aurait pu être intéressant que la préparatrice énumère d'autres causes et lui donne un flyer, une brochure, un document, un site internet où trouver d'autres exemples d'étiologie. L'important est qu'il garde en tête qu'aucune source n'est exhaustive, que chaque personne est singulière et que si aucune étiologie ne lui correspond, il peut en parler avec un professionnel adapté.

Outre les composantes psychiques et environnementales il paraît important que le patient comprenne la physiopathologie de sa maladie. Pour cela, une explication sommaire mais efficace a été donnée au patient par une préparatrice « *c'est la peau qui se renouvelle trop vite* » (P.13). Vulgariser pour le grand public et synthétiser comme elle l'a fait, est un des rôles majeurs des professionnels de santé. Il aurait été apprécié de retrouver cet aspect plus régulièrement lors des visites dans les pharmacies. De plus, évoquer l'aspect des lésions ainsi que leurs localisations peut permettre au patient d'être rassuré quant à ses propres symptômes. Attention tout de même à ne pas lui soumettre des doutes et remettre la parole des médecins en question comme a pu le faire une pharmacienne : « *Pour moi le psoriasis c'est plus au niveau des plis, ce n'est pas comme ça pour moi* » (P.15). D'autant que selon le CSP : « *Le pharmacien s'abstient de formuler un diagnostic sur la maladie au traitement duquel il est appelé à collaborer* » (article R. 4235-63 du code de la santé publique).

Enfin, s'agissant de l'évolution de la pathologie des éléments contradictoires ont été répertoriés. En effet, bien que la plupart des pharmacies ont évoqué le

caractère chronique de la pathologie, une préparatrice a tout de même dit « *Je pense que c'est une maladie qui peut se soigner* » (P.5). Comment le patient doit-il interpréter cela ? Que voulait-elle réellement dire ? Voulait-elle aborder le fait qu'il existe d'autres traitements pour prendre en charge le psoriasis ? Affirme-t-elle que la maladie peut disparaître définitivement ? Autant de questions que peut se poser un patient, surtout lorsqu'à côté d'autres affirment le contraire. Bien qu'elle ait nuancé son propos par la formule : « *je pense* », il paraît essentiel de faire attention à ne pas avancer des propos pouvant être mal compris ou interprétés au risque d'impacter négativement la prise en charge du patient. D'autant qu'il est attendu de la part de chaque professionnel de santé de n'avancer que des informations vérifiées, et ne pas se baser sur ses propres croyances.

4.2.1.3 Controverse autour des traitements

A l'issu des visites, un élément majeur de la prise en charge du patient mystère a attiré l'attention des enquêteurs : la discordance des propos au sujet des traitements contre le psoriasis. En effet, la question « **Savez-vous s'il existe d'autres produits, d'autres médicaments pour traiter son psoriasis ?** » a été posée directement par l'investigatrice dans les dix dernières pharmacies, et les trois pharmacies du premier échantillon qui ont dispensé des conseils spontanément. Les réponses furent totalement opposées puisque certaines affirment qu'il n'existe que des traitements locaux lorsque d'autres parlent de comprimés, d'injections, de photothérapie et de cures thermales. Ainsi, en tant que patient, que faut-il retenir ? Une telle disparité de réponses de la part des « experts du médicament » participe à l'incompréhension et la perte de confiance du patient dans le système de soin. Une précision importante à souligner, est de rappeler qu'il s'agit d'une enquête qui a volontairement confronté plusieurs réponses. La réalité est souvent différente. En effet, les patients ne posent sûrement pas la même question à vingt pharmacies différentes en si peu de temps. L'effet contradictoire est donc très nettement mis en valeur dans ce travail, et est peut-être supérieur à la réalité. Néanmoins, chaque patient étant libre de se rentrer dans

une officine différente à chaque nouvelle délivrance, il pourrait également être exposé à des informations contradictoires dans la réalité.

En analysant de plus près les résultats, il est possible de remarquer que, dans le deuxième échantillon où 100% des pharmacies ont été interrogés à ce sujet : 50% n'ont parlé que de crèmes, et de traitements locaux. Ce pourcentage correspond à des prises en charges par des préparatrices en pharmacie et un étudiant en pharmacie. La deuxième moitié de l'échantillon ayant évoqué l'existence d'autres voies d'administrations concernent trois pharmaciens, une préparatrice et une étudiante. Ainsi un élément rassurant à souligner est qu'aucun pharmacien n'a affirmé d'erreur ; une pharmacienne a même avoué devoir « *se replonger dans ses cours* » et cette réponse paraît tout à fait recevable et plus appropriée que le fait d'avancer des propos erronés. Attention tout de même à l'ancienneté des dits « cours », et la nécessité de privilégier les sources récentes vérifiées.

Même si aucune réponse ne fut complète de la part des pharmaciens comme des préparateurs, le simple fait d'informer le patient sur la présence d'autres traitements que la voie locale, peut lui redonner espoir et envie de se soigner. D'après plusieurs études, l'utilisation des traitements topiques est souvent source de découragement amenant à un arrêt définitif des traitements. Il est donc essentiel que chaque personne au comptoir en ait conscience et soit en mesure d'informer les patients sur les différentes voies d'utilisations des médicaments contre le psoriasis.

Mais alors, comment expliquer et interpréter ces lacunes ? Tout d'abord le temps d'étude et l'exigence requise ne sont pas équitables entre les deux professions : deux ans après le bac pour obtenir le BP (brevet professionnel) et devenir préparateur en pharmacie, contre six ans pour les pharmaciens. Évidemment ceci s'explique essentiellement par une différence de responsabilités, mais pour limiter ces disparités, et revaloriser les compétences des préparateurs, dès la rentrée 2022 : le DEUST (=Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques(57,58)) remplace le BP. D'autre part, il semblerait qu'aucune matière consacrée à la dermatologie ne soit obligatoire durant les

études des préparateurs. Il s'agit cependant d'une spécialisation possible intitulée : *CPQ dermo cosmétique pharmaceutique*. A propos du diplôme d'état de docteur en pharmacie, celui-ci comprend dans la section IV.1.9 du *programme des études pharmaceutiques et modalités d'enseignement*(59), un module consacré à la dermatologie. Ainsi, le psoriasis étant une pathologie dermatologique, elle est vraisemblablement étudiée lors des études de pharmacie, mais reste un choix pour les préparateurs. Cette différence pourrait expliquer les contrastes observés lors de l'étude. Néanmoins, cette enquête loin d'être quantitative, n'a pas pour but de généraliser ce constat. Dans l'échantillon deux préparatrices avaient connaissances d'autres traitements : « *ça existe en crème et en comprimés aussi* » (P.9) « *il existe d'autres traitements, soit des crèmes, par voie orale ou des cures thermales si c'est vraiment handicapant* » (P.17).

Par ailleurs, deux personnes ont abordé la chronologie de la thérapeutique en fonction de la sévérité de la maladie : « *Sinon il existe aussi des traitements injectables prescrits par des spécialistes en cas d'échec aux traitements locaux ou de psoriasis très important* » (P.16). « *Mais au début on commence toujours avec des traitements cutanés et après des traitements hospitaliers* » (P.12). Ceci permet de rassurer le patient et lui redonner de l'espoir afin qu'il comprenne que si son traitement d'aujourd'hui ne lui convient pas, d'autres solutions existent et peuvent lui être proposées. Le nom ou les classes thérapeutiques des autres médicaments sur le marché n'ont été que très rarement retrouvés au cours des visites. Cela ne semble pas étonnant car des termes scientifiques ne sont pas toujours compréhensibles du grand public, et les principales attentes concernaient l'existence des voies d'administrations plutôt que les DCI des médicaments.

De façon générale il paraît important que les formations continues proposées aux préparateurs et obligatoires dans le DPC [42] pour les pharmaciens soient réalisées, afin que tous les patients puissent être conseillés et orientés de la même façon au comptoir. De plus, il est absolument nécessaire de vérifier ses sources, et n'affirmer que des choses référencées et documentées, auquel cas, demander au reste de l'équipe ou requérir un petit temps de recherche afin d'être

sûr de la réponse semble la meilleure des solutions. Comme le dit le philosophe allemand J.W. Goethe « *Celui qui reconnaît consciemment ses limites est le plus proche de la perfection* ».

Les carences à propos des connaissances liées à la pathologie et aux traitements ont également été mis en lumière dans les travaux de thèse réalisés par madame L.Carillo s'intitulant « *Le psoriasis : état des lieux des connaissances et besoins en formation des pharmaciens d'officine* » (60). Cette dernière a en effet relevé des « *connaissances hétérogènes à propos du psoriasis* » lors des entretiens avec des pharmaciens d'offices. Ces derniers déclarent être insuffisamment informés sur les nouvelles thérapeutiques et avouent un besoin impérieux en formation.

A l'instar du livre blanc (61) publié par la SFD en 2018 qui converge vers des résultats similaires de manque de connaissance, il paraît urgent d'adapter la formation initiale et continue des professionnels de santé de proximité pour permettre de répondre aux besoins de la population.

4.2.1.4 L'atout des conseils associés (62)

Une bonne prise en charge au comptoir passe avant tout par la sécurisation de la dispensation relative à l'ordonnance mais aussi par l'apport de conseils et recommandations générales. Ainsi une place importante était accordée à ce point lors de l'étude, et a été de bonne qualité dans les pharmacies ayant dispensé des conseils. En effet, le premier élément attendu concernait l'hydratation cutanée [27] : près de 65% des pharmacies ayant discuté avec les patients en ont parlé. C'est donc le conseil numéro un retrouvé dans l'étude, et, à juste titre, puisqu'il participe pleinement aux traitements du psoriasis ; l'hydratation permet de prévenir et limiter les sensations de démangeaisons et de tiraillements de la peau et ainsi de limiter les risques de rechute. Plusieurs pharmacies ont parlé du fait que cela permet de limiter les crises, et espacer la prise de DC ; d'autres ont précisé la posologie, et/ ou la galénique (crème ou baume).

Le deuxième conseil le plus souvent retrouvé concerne les produits de douche. Toutes les pharmacies, à l'exception d'une, ayant abordé l'hydratation cutanée ont évoqué l'importance d'utiliser une huile de douche. L'argumentation était homogène avec l'idée d'un « *film protecteur* » sur la peau. Le couple : crème ou baume hydratant + huile de douche semble donc bien maîtrisé par les équipes officinales. Des formations fréquentes réalisées par les laboratoires de parapharmacie peuvent expliquer l'attention portée à ces produits. En revanche, rares ont été les autres conseils attendus d'ordres plus généraux. Une seule pharmacie a évoqué les douches tièdes à privilégier, et se sécher en tapotant plutôt que frotter. Les recommandations attendues par les enquêteurs font surtout preuve de bon sens, et les pharmaciens les ont peut-être omis involontairement. Mais leur absence dans la majorité des pharmacies fait défaut.

S'agissant, des conseils pharmacologiques : un pharmacien a semblé à l'aise avec les thérapeutiques, puisqu'il a proposé un autre médicament listé à demander au médecin lors d'une prochaine consultation. Cependant, il n'a pas apporté de conseils associés du tout et cela a manqué à sa prise en charge. D'autant que cette démarche n'est pas légitime : ce n'est pas le rôle du pharmacien de proposer un autre médicament que celui prescrit. De plus, remettre la prescription en cause n'est sûrement pas la meilleure attitude. De fait, il est aisément de percevoir l'importance de la polyvalence des connaissances pharmacologiques et hygiéno-diététiques, en alliant des recommandations dans les deux sphères afin de garantir une prise en charge globale et optimale, mais il est impératif de rester dans son champ de compétence et de légitimité, afin de maintenir un travail pluridisciplinaire adapté aux besoins du patient.

4.2.1.5 La réorientation : rôle majeur du pharmacien d'officine

Un autre aspect de la prise en charge extrêmement attendu des enquêteurs était la réorientation vers un dermatologue. Celui-ci a été très bien réalisé par les

professionnels rencontrés, puisque toutes les pharmacies à l'exception d'une seule, ayant échangé avec les enquêteurs, ont conseillé au patient d'aller consulter un spécialiste. Cela représente un total de 60% du nombre de pharmacies totales. Il s'agit donc du conseil le plus constant au cours des visites. La prescription, rédigée volontairement par le médecin traitant a bien alerté les pharmaciens. Ces derniers ont analysé l'ordonnance, et perçu l'importance de la pathologie qui nécessite une prise en charge spécifique par un dermatologue. Le rôle de réorientation du pharmacien est alors bien maîtrisé.

En revanche, en plus d'un dermatologue, les enquêteurs souhaitaient que les pharmacies abordent un suivi psychologique. Malheureusement, aucun pharmacien n'a énoncé cet aspect. Plusieurs hypothèses s'offrent alors : est-ce que le patient mystère paraissaient suffisamment « perdu et découragé » pour nécessiter une prise en charge psychologique ? Les pharmaciens ont-ils perçu son désarroi ? N'ont-ils pas osé aborder ce sujet, étant donné qu'il s'agissait de la première venue de ce patient ? Le comptoir d'une officine est-il suffisamment propice à la « confidence » et individualisé pour parler d'un tel suivi ?

Autant d'hypothèses, que de biais à sujet. En effet, le premier pourrait concerner le rôle de « patient mystère ». Les enquêteurs n'ayant jamais joué ce rôle auparavant qui s'apparentait presque à une scène de théâtre, il fut compliqué quelques fois de faire passer des émotions. D'autant que le rôle de « patient mystère » ou même de « client mystère », est un métier à part entière réalisé par des gens expérimentés et entraînés, dans le cadre d'audits et d'évaluation de la qualité.

Un autre biais, peut concerner la sélection des pharmacies. Aucune d'entre elles ne connaissait le patient, il se présentait plutôt comme « de passage », il n'est donc peut-être pas évident de parler de suivi ou soutien psychologique à un patient que nous ne reverrons jamais.

Enfin, la proximité de chaque comptoir, les gens patientant dans la file d'attente derrière les enquêteurs, ne favorisent pas une prise en charge confidentielle et ne permettent pas d'évoquer tous les sujets(63). Ainsi, il aurait été apprécié que les pharmaciens proposent de s'isoler dans un espace

confidentiel(64). Ce dernier étant obligatoire dans chaque officine depuis l'arrêté du 4 mai 2012, article 8 (65): « *Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients.* »

Pour terminer, un dernier élément attendu était le fait d'orienter le patient vers des associations, des groupes d'entraide afin de l'aider à accepter sa maladie(66). Ce point n'ayant jamais été retrouvé, il peut s'expliquer peut-être par une méconnaissance des associations existantes sur le psoriasis ou l'oubli d'énoncer le nom de certaines d'entre elles.

Les associations de patients psoriasiques sont nombreuses, mais peu connues du « grand public ». Il est possible d'en citer quelques-unes comme : *France psoriasis, Europoso...* Des applications aussi telles que *daily pso*, des sites internet comme : *monpso.fr, jenemecacheplus.com*, des sites scientifiques comme *Resopso, la SFD*...ou encore des réseaux sociaux comme *psolidaires* existent et peuvent être proposés aux patients. L'idéal serait que les associations régionales, prospectent dans les officines et laissent à disposition des flyers, des cartes, des numéros afin de faciliter le conseil du pharmacien. Il pourrait même être envisagé que des « pubs » ou « animations » de la part de ces associations soient diffusées sur les écrans numériques des pharmacies qui sont de plus en plus présents dans les officines d'aujourd'hui. Enfin, des jeux éducatifs tel que « *Théo et les psorianauts* » à destination de patients plus jeunes peuvent être montrés aux parents et pourquoi pas diffusés sur les tablettes ou écrans des espaces jeux d'enfants dans les officines lorsque ceux-ci existent. Le but est de toucher un large public, améliorer la communication et les connaissances afin de populariser le psoriasis et permettre une meilleure qualité de vie des patients sans se sentir stigmatisé. La différence étant le principal facteur de rejet et de peur, il est important que le pharmacien participe à la lutte contre la discrimination en éduquant et instruisant les populations.

4.2.1.6 Débat autour des corticostéroïdes topiques : pro ou anti dermocorticoïdes ?

Le dernier critère évalué lors de cette enquête concerne les idées renvoyées par les pharmaciens à propos des DC. L'investigatrice a tenu à estimer si ces derniers participent ou non à la corticophobie. A l'ère du numérique et des réseaux sociaux, beaucoup d'informations concernant les traitements, mais aussi des « fake news » sont à disposition des patients. Il est absolument nécessaire en tant que professionnel de santé de réussir à élucider le vrai du faux, et diffuser uniquement des informations vérifiées scientifiquement.

La corticophobie désigne la peur et les « *crointes erronées des médecins à l'égard des corticoïdes [...] inhalés ou locaux* »(67). Ce terme fut employé pour la première fois par le Docteur Tuft en 1979 pour parler des craintes qui paraissent rationnelles mais souvent exacerbées amenant à un mésusage des traitements et des problèmes d'observance. Cette crainte très répandue chez les patients : près de 60% dans le monde entier selon les études, touche également les professionnels de santé, et les pharmaciens n'y échappent pas : 48% des pharmaciens ayant participé à l'étude belge de 2019 qui utilisait le TOPICOP ont eu des réponses corticophobes (68). De plus, une étude menée par une équipe de Tours sur 500 officines de France en 2016, qui évaluait le degré de confiance de 0 à 10 des pharmaciens envers les corticoïdes, a montré un faible score avec une moyenne de 4,46/10 (69)[57].

C'est pour ces raisons que l'investigatrice a jugé nécessaire de demander dès que possible aux professionnels : « **MD : En plus tout le monde dit qu'appliquer de la cortisone tous les jours sur le corps ce n'est pas bon, c'est vrai ?** » Ainsi, les réponses des pharmaciens ont été confrontées au tableau de l'annexe 6 intitulé : « *Tableau récapitulatif des principales croyances erronées et des vraies idées à véhiculer à propos des DC* »

Le premier élément marquant concerne l'effet rebond. Ces termes sont retrouvés à plusieurs reprises, et sont associés à des mots anxiogènes « *ça peut revenir encore plus des fois* » (P.20) « *après on ne peut plus s'en passer* » (P.15). Ces mots s'apparentent à un phénomène de dépendance, et peuvent renvoyer un

sentiment de culpabilité poussant le patient à limiter très nettement leur utilisation. De plus, les arguments énoncés par la première pharmacie ne sont pas tout à fait justes ou peut-être trop ambigus, puisqu'elle affirme le fait que les DC n'agissent pas sur la cause de la maladie mais uniquement sur les symptômes de la crise. Or, le psoriasis étant une maladie inflammatoire et les DC étant des anti-inflammatoires, ils agissent sur l'origine de la pathologie, d'où leur recours en première intention. De surcroît, elle évoque un passage systémique sans nuancer son propos, ce qui peut contribuer à accentuer les craintes d'effets secondaires reliés par amalgame aux corticoïdes per os. Dans le même sens, beaucoup ont parlé des effets secondaires retrouvés au niveau local notamment l'atrophie cutanée : « *ça fragilise la barrière cutanée* » « *tout est déséquilibré sur la peau* » (P.5), « *ça affine la peau* » (P.17), l'accoutumance : « *le risque c'est l'accoutumance en local* » (P.18), « *la peau s'habitue* » (P.13) et la surinfection « *ça fragilise la barrière cutanée naturelle qui est donc ouverte à tout et n'importe quoi.* » (P.5). Ces effets secondaires sont les principaux craints par les patients, et sont, au vu des résultats, largement véhiculés par les pharmaciens rencontrés au cours de l'étude. Ceci pose un réel problème de santé publique. Ces effets bien qu'existant, peuvent être énoncés si les patients sont demandeurs, mais doivent impérativement être nuancés par le fait qu'ils n'apparaissent pas si l'utilisation reste modérée, et que le bon corticoïde est appliqué au bon moment, au bon endroit, en bonne quantité et pendant la bonne période. L'objectif étant de rassurer, et de motiver le patient à suivre son traitement.

C'est à ce moment-là, que la posture éducative et le rôle de conseiller doivent être renforcés. Par ailleurs, un autre argument énoncé par une préparatrice ne trouve aucun sens ici. En effet elle émet le fait que d'appliquer des DC tout le temps pourrait provoquer l'apparition de nouvelles plaques ailleurs. Pourtant, à aucun moment l'application de DC ne va entraîner une aggravation et une apparition de nouvelles lésions sur une partie du corps saine. Ceci est une information infondée. La personne s'est peut-être mal exprimée et ses propos relèvent sûrement plus d'un manque de précision que d'une mauvaise formation, mais le résultat peut être catastrophique sur l'adhésion aux traitements.

De même, l'individualisation de la prise en charge est essentielle. Plusieurs pharmaciens ont dit au patient de ne mettre la crème que lors des crises. Or, ce dernier répondait qu'il était constamment en crise et qu'il n'existait pas de moment où les lésions disparaissaient. Il est donc important que le pharmacien prenne le temps d'expliquer à quoi correspond une crise, et comment la traiter correctement.

Par ailleurs, avant que les pharmaciens déconstruisent la corticophobie chez les patients, il serait préférable d'évaluer d'abord si eux-mêmes ont des croyances erronées afin d'éviter de les véhiculer. Car comme le montrent les études, ce sont les professionnels de santé les plus corticophobes. Comment expliquer cela ? Un manque de formation ? Un surplus de retours négatifs des patients au comptoir, favorisant une généralisation des pharmaciens ? Une prédominance des croyances personnelles ?

Pour y remédier, il semble important d'adapter la formation des pharmaciens et des préparateurs sur ces traitements. Mais aussi d'inviter et impliquer les pharmaciens d'offices aux congrès portant sur la dermatologie et les DC afin qu'ils restent informés des dernières recommandations.

Les solutions pour lutter contre la corticophobie des patients se portent davantage sur un consensus de la part de tous les professionnels de santé, adopter une posture empathique sans jugement, promouvoir l'éducation thérapeutique du patient [57], et inviter les professionnels garants des résultats médico-scientifiques à intervenir sur les forums et sites internet afin de contrer les « fake news » nuisant à la bonne information de la population générale.

Une citation importante à garder en tête et à véhiculer est la suivante : « *si elles sont bien utilisées, à la bonne posologie, avec la bonne dose et pendant la bonne durée, les crèmes à la cortisone ont pour principal effet secondaire d'améliorer la qualité de vie !* » D'après la fondation Pierre Fabre (70).

D'autre part, en plus des propos énoncés, le non verbal, les expressions, l'intonation et le lexique utilisés jouent une part importante de l'information transmise. Dans les réponses retrouvées, beaucoup de paroles sont sous la forme

de phrases négatives : « non il ne faut pas en mettre sur tout le corps » (P.15), « il ne faut pas en appliquer toute l'année » (P.1), « il ne faut pas l'utiliser tout le temps » (P.5), « la cortisone non ce n'est pas bon » (P.17). De plus les mots « risques », « ce n'est pas bon », « peuvent provoquer » « tout est déséquilibré » renvoient au champ lexical de la peur. Un sentiment d'incertitude et de danger peut alors être adressé au patient et ainsi concourir à une mauvaise observance de son traitement. Malheureusement, les enquêteurs n'ont pas pu relever le langage corporel des professionnels, ils se sont concentrés sur leurs paroles afin de retranscrire au mieux les propos. Même si la plupart de leurs réponses sont vraies ils ne sont pas suffisamment précis. Que veut dire « une petite période ? » S'agit-il de quelques jours ? Quelques semaines ? Quelques mois ? Il en est de même lorsqu'ils disent « il faut en appliquer en fine couche » (P.1). Qu'est-ce que cela représente ? Ce n'est pas quantifiable comme prendre un comprimé tous les matins. Les propos des pharmaciens doivent être clairs et dénués d'ambiguïtés. Ces derniers doivent être convaincus pour convaincre de l'intérêt des DC dans le traitement du psoriasis, afin de renvoyer une image rassurante et encourageante pour se soigner. Il apparaît difficilement acceptable de recevoir autant de divergences et de discordances au niveau des discours. D'autant qu'il est aisément de remarquer que les professionnels de santé ont du mal à verbaliser pourquoi ce n'est pas bon d'appliquer quotidiennement des DC. Ils commencent pour la plupart du temps par répondre « non ce n'est pas bon » et ne trouvent qu'un seul argument, souvent incomplet, pour appuyer leur propos. Ils semblent donc intimement convaincus que ce n'est pas bon, mais n'arrivent pas à l'exprimer clairement. N'oublions pas que les croyances et convictions de chacun ne doivent pas porter préjudices à la santé de la population. De plus, il est primordial qu'en tant que scientifiques, leurs propos soient soutenus par des données médicales prouvées. Un climat de confiance doit être restauré avec les patients. Cela doit commencer par déconstruire les conceptions erronées de chaque professionnel de santé dans le but d'obtenir un consensus clair.

Pour conclure, avoir un discours uniforme de la part de tous les acteurs de santé paraît capital afin de favoriser une bonne confiance, une meilleure

observance et ainsi garantir une augmentation de réponses favorables aux thérapeutiques.

4.3 CONSEQUENCES : IMPACT ET RESSENTI DU PATIENT

De telles discordances de discours à propos des traitements et de l'étiologie de la pathologie ne peuvent qu'alimenter les craintes et le manque de confiance des patients envers le système de soin. Les conséquences peuvent être désastreuses, tant sur le plan de l'adhésion au traitement que sur leur état psychologique.

4.3.1 Impact sur le traitement

En effet, ce manque de consensus, peut conduire à des mésusages, et une inobservance des traitements(71). Les patients vont en règle générale utiliser trop tard les DC et les arrêter trop tôt. Ainsi, ils rentrent dans un cercle vicieux d'inefficacité thérapeutique et de découragement total. Ces traitements étant locaux, ils sont à l'origine plus contraignants qu'une prise par voie orale. En effet, il faut être assidu, appliquer quotidiennement de la crème qui peut compromettre l'habillage immédiat derrière. Ce n'est pas possible d'appliquer sa crème comme il est possible d'avaler un comprimé au milieu d'un repas par exemple. De fait, il paraît nécessaire que les pharmaciens et tout autre acteur de santé, fasse preuve d'encouragement, d'explication, d'éducation et de motivation pour améliorer l'observance des traitements topiques.

4.3.2 Impact psychologique

Au-delà de cet aspect purement médical, l'impact psychologique perçu par le patient a été étudié. A la fin des visites, un retour d'expérience entre le patient mystère et l'investigatrice a été réalisé. Ce qui ressort est un sentiment de désorientation. Le patient semble dérouté des divergences de discours, il ne sait plus ce qu'il faut croire, ce qu'il faut faire, ni comment s'en sortir.

Un sentiment encore plus fort a frappé les deux enquêteurs : celui de l'illégitimité, de ne pas être considéré, ni pris au sérieux. En effet, le peu de réactions et de conseils apportés par les équipes rencontrées ont marqué un manque d'intérêt porté au patient et à son histoire. Le simple fait que les personnes posent quelques questions a été apprécié. Un manque général de bienveillance et d'empathie s'est fait ressentir.

Mais alors plusieurs interrogations font surface : Ce manque d'intérêt est-il dû à la pathologie traitée ? Une pathologie chronique dermatologique non grave (en général) nécessite-t-elle peu d'attention et d'accompagnement ? L'attitude du patient, plutôt jeune en bonne santé et accompagné ne permet-elle pas d'interpeller le soignant sur un risque d'errance thérapeutique et d'isolement social ? Comment percevoir les sentiments d'un patient au comptoir ? Beaucoup d'interrogations qui portent l'attention sur des paramètres psycho-sociaux. Certains travaux de thèses ont justement étudié ces éléments plus en détail(72). Quelques facteurs relatifs aux émotions et à la communication à l'officine peuvent être énoncés et demandent une attention particulière de la part des pharmaciens : la posture, les expressions de visage, le regard, le ton, les silences, les gestes(73). Des guides d'attitudes à adopter ont été établis par une étudiante et méritent d'être étudiés par les pharmaciens pour améliorer leur prise en charge. En effet, lors des visites, certaines personnes ont paru manquer de tact. Pourtant il est important que les soignants prennent conscience que l'impact des mots peut être très différent d'une personne à une autre. Certaines, en voulant remotiver le patient ont tenu des propos qui peuvent avoir l'effet inverse escompté : *Il ne faut pas rester comme ça, vous êtes jeunes, ça va donner quoi sinon à 50 ans, ce n'est pas possible*" (P.5). La préparatrice paraît stupéfaite, et est très alarmante. Son objectif était peut-être de faire réagir le patient pour qu'il retrouve l'envie de se soigner. Mais les mots utilisés peuvent aussi conforter ce dernier dans son désarroi, et son manque de confiance. La question « *ça va donner quoi sinon à 50ans* », a peut-être été imaginée des dizaines de fois dans la tête du patient. L'entendre de la part d'une tierce personne n'est pas inopérant et peut à l'inverse accentuer sa peur concernant l'évolution de sa maladie. De plus, de nombreux

termes négatifs s'apparentant à la tristesse, et peu encourageants ont été relevés « *vous ne devez pas être bien* » (P.5), « *ça doit être gênant* » (P.13), « *Vous devrez peut-être vivre toute votre vie avec [...] ce n'est pas sympa [...] Ce n'est pas toujours facile* ». (P.18). Ceci conforte le patient dans son malaise, et ne l'invite pas à déceler du positif dans sa situation. Une préparatrice a même porté un jugement sur les plaques « *c'est inesthétique* » (P.13). Là encore, il est préférable de rester neutre et de laisser à chacun sa propre appréciation de la situation. Les phrases injonctives sous forme d'impératif et d'ordres peuvent accroître la culpabilité du patient. En effet, les formules « *il faut* » « *il ne faut pas* » peuvent lui laisser penser qu'il est le seul responsable de son état et de l'évolution de sa pathologie. Il est donc très important que chacun fasse preuve de bienveillance et mesure ses propos au comptoir afin de ne pas maintenir le patient dans une spirale de négativité.

Cependant, c'est aussi lors de ces trois visites que le patient s'est senti le plus compris et écouté. En effet, les personnes rencontrées ont fait preuve d'empathie avec des remarques comme « *je comprends* » *il ne faut pas se préoccuper de ce que disent les gens* ». (P.13). L'empathie est désignée selon Carl Rogers en 1959 comme la « *capacité de percevoir avec exactitude le cadre interne de référence de quelqu'un comme si on était cette autre personne en veillant à ne pas perdre le « comme si »* ». Cette attitude est bénéfique pour les patients, et importante à valoriser.

De fait, la complexité de la prise en charge des sentiments, et du vocabulaire à adopter au comptoir se fait vite percevoir. Ainsi, étant donné que « *c'est en pratiquant qu'on apprend le mieux* » il pourrait être envisagé qu'une sensibilisation plus importante soit effectuée au cours des études de pharmaciens et préparateurs. La reformulation, les entretiens motivationnels, les questions ouvertes, le savoir-être, les reflets, le renforcement positif, le style de communication collaboratif, l'importance d'une atmosphère altruiste, sans jugements sont autant de critères qui semblent essentiels à acquérir le plus rapidement possible. L'objectif étant d'intégrer ce comportement dans la pratique

quotidienne de manière naturelle pour créer une alliance thérapeutique et favoriser la motivation.

Pour terminer, il est possible de se demander si les réponses retrouvées sont propres aux pharmacies visitées ? Ou bien si elles sont propres aux personnels rencontrés dans chaque officine ? De plus, aurait-ce été différent si une demande spécifique de s'intéresser au titulaire, à un pharmacien, ou à un préparateur avait été réalisée ? Est-ce que les réponses ont été différentes d'un type d'officine à une autre ? Est-ce que les réponses sont biaisées à cause de la méthode utilisée ? A priori, selon les résultats de la première partie d'interprétation ni le diplôme, ni la période, ni la localisation n'interfèrent dans les résultats, mais la structure de l'officine semble impacter la prise en charge. En réalité, comme précisé auparavant il est très difficile d'établir un lien de corrélation entre les différents diplômes, les âges, le sexe des participants, la structure et l'environnement de l'exercice puisque l'échantillon analysé ne concerne que vingt pharmacies. Telle est l'une des limites d'une étude qualitative.

4.4 LES LIMITES DE L'ÉTUDE

A propos des limites de l'enquête certains biais sont à préciser et à garder en tête. Le premier concerne celui de l'interprétation. En effet, une étude qualitative par définition puise sa source dans un recueil de données descriptives pour en faire des hypothèses. Dans ce travail, c'est l'investigatrice seule qui a interprété les résultats. Et comme chaque chercheur, il est possible d'orienter le travail comme il lui plaît, et comme il lui paraît important.

D'autre part, un biais très important est celui du recueil des données. Bien que les enquêteurs étaient deux au moment de la retranscription il est possible que certaines informations n'aient pas été exhaustivement rapportées. Ils se sont tous les deux concentrés sur certains points attendus et sur les paroles des soignants afin de les retranscrire aussitôt de la manière la plus juste et la plus

proche de la réalité possible. Cependant, sur des entretiens de plusieurs minutes, certaines informations manquent toujours, et d'autres peuvent être modifiées ou interprétées avant même l'étape de retranscription. Ces éléments déjà nombreux à retenir n'ont pas permis de recueillir le langage non verbal et les attitudes des pharmaciens rencontrés. De plus, la « grille des conseils attendus par le pharmacien » présente en annexe 9 aurait pu servir de grille d'évaluation en plus de servir de support d'attentes. En effet, chacun des enquêteurs aurait pu cocher si tel ou tel conseil avait été dispensé. De cette manière la retranscription aurait pu être plus complète, et l'analyse facilitée. Cependant elle ne permet pas de recueillir les verbatim des soignants. Associer les deux méthodes de recueil de données aurait apporté un aspect plus crédible et fiable à l'enquête.

Un autre biais s'apparentant aux enquêteurs concerne le caractère novice de ces derniers dans ce genre d'étude. Aucun des deux investigateurs n'avait réalisé un tel travail, ni joué ce rôle de « patient mystère ». Des codes de savoir-faire et de savoir-être auraient été essentiels et appréciés avant d'entamer le travail (74).

De plus, l'analyse qualitative à l'inverse de la quantitative étudie souvent des petits échantillons ne permettant pas de généraliser les conclusions. Ici, l'étude ne concerne que vingt pharmacies, ce qui est très loin de représenter l'entièreté des officines françaises. De plus, celles-ci sont concentrés dans l'ouest de la France et de façon non équivalente entre trois régions (Vendée, Indre-et-Loire et Maine-et-Loire). Il y a donc un biais de sélection important à prendre en compte.

Enfin, le dernier aspect déformé est celui de la fiabilité et de la reproductibilité de l'enquête. Effectivement, le scénario contenant le dialogue était-il suffisamment fiable et approprié à toutes les officines ? Bien qu'il ait été identique durant toute la durée de l'étude à l'aide du « guide d'instruction du patient mystère » il a semblé contraindre certaines réactions. Par exemple, dans une officine, le dialogue est en train de se faire, lorsque le téléphone retentit. La

pharmacienne étant seule, porte son attention sur la sonnerie et perd l'essentiel des informations du dialogue. Malheureusement afin de rester naturel, et le plus fidèle possible au script, il n'a pas été envisagé de reprendre ou compléter le dialogue. D'autant que, le moment choisi pour réaliser les visites : le samedi après-midi, ne semble ni le plus judicieux ni le plus représentatif de l'activité d'une officine. Un passage à différents jours de la semaine pourrait être apprécié.

Pour terminer, un mot sur la place de l'éthique dans ce travail. Il est probable que certaines personnes n'apprécient guère une « évaluation sans consentement ». Mais il est important de rappeler que l'objectif ici, s'inscrit plutôt dans une démarche d'amélioration continue. Les anomalies relevées dans cette thèse n'ont pas pour objectif de mettre en exergue un manque de compétence chez les pharmaciens mais plutôt de faire un état des lieux sur ce qui est maîtrisé et à poursuivre, et ce qui mérite plus d'approfondissement et de précisions.

4.5 LES FORCES DE L'ETUDE

Évidemment ce travail ne comporte pas que des freins, et il est aisément possible de soulever un atout majeur : l'impartialité de l'évaluation. En effet, l'anonymat et le secret de cette enquête permettent d'analyser les faits dans leur réalité et dans leur contexte. Aucune donnée n'est déclarative, rien n'a été préparé ou modifié pour l'occasion. Aucun professionnel de santé ne s'est préparé à l'avance, avant l'arrivée des enquêteurs.

De plus, cette méthode permet d'intégrer le ressenti du patient et permet aussi à l'investigatrice, pharmacienne dans la vie, de passer de l'autre côté du comptoir. Ainsi elle a pu percevoir les mêmes sentiments que les patients qu'elle rencontre au quotidien.

Au vu de l'organisation, l'étude semble se rapprocher de la réalité puisqu'elle a inclus tous les professionnels de santé travaillant au comptoir d'une officine : titulaires, pharmaciens adjoints, préparateurs, étudiants. De surcroît une

variation des typologies d'officine a été respectée afin d'étudier toutes les possibilités de prise en charge.

Enfin, ce travail semble intéressant et novateur puisque, la méthode utilisée apporte une originalité aux objectifs de l'étude, et lui confère un caractère plus authentique.

4.6 PROPOSITION DE PISTES ET OUTILS D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE OFFICINALE D'UN PATIENT PSORIASIQUE

Pour permettre à ce travail de s'étendre et s'améliorer, il serait intéressant de refaire l'étude sur un plus grand nombre d'officines, en vue d'obtenir un regard plus représentatif de la réalité sur la prise en charge officinale du psoriasis. Une étude quantitative serait alors la bienvenue.

De plus, obtenir le ressenti des patients atteints de psoriasis sur la façon dont ils sont pris en charge par leurs pharmaciens d'officines pourrait s'avérer intéressant et apporterait un côté plus subjectif et personnel à l'étude.

Enfin, refaire ce travail par l'intermédiaire d'auditeurs qualifiés pour le recueil de données et de professionnels objectifs pour l'analyse permettrait d'apporter une valeur qualitative supplémentaire.

4.6.1 Vidéo à destination des pharmaciens

Cette étude a permis de souligner quelques carences au niveau des connaissances des pharmaciens et des préparateurs rencontrés. Ainsi, l'investigatrice a jugé important de proposer en fin de travail une rapide formation à ces derniers afin d'améliorer leur prise en charge. Cette dernière n'ayant aucune compétence dans l'enseignement, ni aucune prétention à émettre l'idée de « faire mieux qu'eux » il a simplement été proposé de partir des points manquants

retrouvés et de proposer des réponses et des solutions faisant suite au travail bibliographique réalisé en début d'étude. Ainsi, une vidéo sous la forme d'un « quizz » a été réalisée.

Les principaux points abordés concernent :

- Le taux de patients atteint en France
- L'étiologie
- L'évolution
- La physiopathologie
- Les traitements
- Les conseils associés à l'application d'un DC
- Les conseils généraux sur une pathologie cutanée
- Les éléments déclencheurs et ou aggravants
- Le suivi des patients

4.6.2 Flyer à destination des patients

Enfin, toujours dans le but de faciliter la prise en charge à l'officine, une brochure pour les patients pouvant être donnée par les officinaux a été réalisée par l'enquêtatrice. Celle-ci reprend globalement les mêmes points importants que la vidéo. Certains patients n'étant pas à l'aise pour parler de leur pathologie au comptoir, ou trop pressés pour entamer une discussion, il peut être intéressant que les pharmaciens proposent ce flyer. Ceci peut se faire lors de la dispensation des traitements ou bien lors de manifestations, ou d'animations dans les officines portant sur la pathologie. Ce dernier est également disponible sous forme de PDF afin d'être projeté si besoin sur les écrans numériques des officines. Le but étant de rendre accessible et généraliser les connaissances sur le psoriasis et apporter des clés de prise en charge aux patients.

CONCLUSION

Le psoriasis est une pathologie qui requiert de solides connaissances de la part des équipes officinales afin d'offrir une prise en charge optimale à chaque patient.

L'étude qualitative réalisée de Novembre 2021 à Mars 2022 auprès de vingt pharmacies, même si elle comporte de nombreux biais, permet d'établir un faible taux d'accompagnement officinal. Celui-ci semble s'expliquer par un manque de temps, un manque de personnel, et un manque de connaissance de la pathologie.

L'évaluation de la qualité des conseils dispensés a montré des lacunes concernant les traitements, l'étiologie et l'évolution de la pathologie. En revanche, les conseils d'ordre général associés, et la réorientation vers un professionnel adapté ont été réalisés avec succès. Une attention particulière portée sur la corticophobie met en exergue l'excès de croyances erronées et d'idées reçus diffusées massivement par les soignants.

Ainsi, l'importance d'une formation initiale robuste et le développement continu semble nécessaire. Une prise en charge plus globale tournée vers le patient et son histoire est souhaitée afin de créer une alliance thérapeutique ancrant le malade comme principal acteur de sa prise en charge.

Le rôle de conseiller et d'éducateur de la santé du pharmacien est à renforcer et à valoriser. Dans le cadre de cette pathologie, un « point conseil psoriasis en pharmacie » à l'initiative de l'association France Psoriasis en 2012, a permis de former des « experts du psoriasis » et de favoriser la réintégration des patients en errance thérapeutique, dans un parcours de soin adapté (75)[4]. Ces initiatives seraient intéressantes à poursuivre et à étendre au plus grand nombre d'officines.

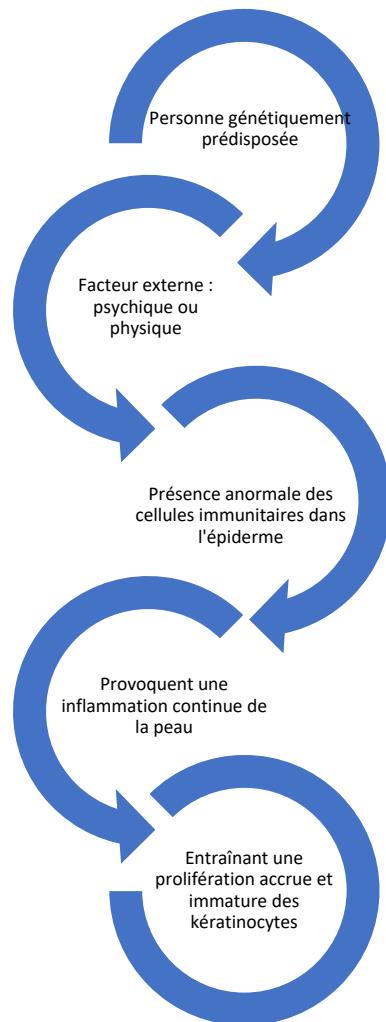
Le psoriasis provoque des lésions cutanées peu esthétiques à l'origine d'une forte stigmatisation et de rejets des personnes atteintes. L'impact psychologique étant très fort, il est du devoir de chaque professionnel de santé impliqué dans la prise en charge, d'informer et d'éduquer la population afin d'améliorer la qualité de vie des patients touchés.

Enfin, le pharmacien étant le premier professionnel de santé accessible à tous, doit continuer d'accroître son rôle de prévention et de santé publique. A l'occasion de la journée mondiale du psoriasis : le 29 octobre, il serait intéressant que chaque professionnel de santé tente de se mobiliser afin de sensibiliser le grand public et de soutenir les patients.

Ce travail initie et met en lumière des constats alarmants de prise en charge sur une pathologie donnée. L'étendre à un échantillon plus large de pharmacies et associer une étude qualitative et quantitative réalisée par des professionnels habitués à la méthode de « patient mystère » apporterait une crédibilité supérieure à l'enquête. Enfin, élargir ces évaluations de prise en charge à d'autres pathologies pourrait s'avérer intéressant pour permettre une amélioration continue des formations et des pratiques quotidiennes de l'exercice officinal.

ANNEXES

ANNEXE 1 : SCHEMA SIMPLIFIE DE L'ETOLOGIE DU PSORIASIS



ANNEXE 2 : TABLEAU DE COMPARAISON PSORIASIS, DA ET DERMATITE SEBORRHEIQUE

	Psoriasis	Dermatite atopique [1][2]	Dermatite séborrhéique[3]
Étiologie	Inflammation ++ de la peau provoquant un renouvellement trop rapide des kératinocytes + terrain génétique + facteurs aggravants	Système immunitaire trop réactif car barrière cutanée altérée provoquant une inflammation à la suite de l'exposition à un facteur externe. Terrain prédisposant : associé à des allergies, ou de l'asthme.	Le sébum favorise la prolifération de levures : <i>Malassezia</i> qui provoquent une inflammation de la peau.
Fréquence dans la population générale	2 à 4%	10-20% des nourrissons Pour décroître jusqu'à 3% chez les plus de 50ans.	1 à 3%
Âge d'apparition le plus fréquent	Adolescence	Bébés, enfants	Jeunes adultes
Aspect des lésions	Plaques bien définies, squameuses. Épaississement de la peau	Éruptions rouges, sèches et squameuses. Petites surélévations puis vésicules jusqu'à une phase de suintement.	Plaques érythémateuses, peu prurigineuses et squames grasses et jaunâtres.
Localisation des lésions	++ Coudes, genoux ; cuir chevelu	++ au niveau des plis (fesses, coudes, genoux)	++ cuir chevelu, front, sillon naso-génien, sourcils

[1] D. Staumont, « la dermatite atopique », *dermato-info.fr*, 29 mai 2021. <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-dermatite-atopique> (consulté le 16 octobre 2021).

[2] « Dermatite atopique (Eczéma) - symptômes, causes, traitements et prévention », *VIDAL*, 10 décembre 2021. <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/dermatite-eczema-atopique.html> (consulté le 16 octobre 2021).

[3] « Qu'est-ce que la dermatite séborrhéique de l'adulte ? », 23 avril 2021. <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/themes/dermatite-seborrheique/definition-causes-facteurs-favorisants> (consulté le 16 octobre 2021).

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CALCUL DE SCORE PASI



Psoriasis

Formulaire de calcul de score PASI

Caractéristiques des plaques	Score d'atteinte	Régions corporelles			
		Tête et cou	Membres supérieurs	Tronc	Membres inférieurs
Erythème	0 = aucun				
Induration	1 = léger				
Desquamation	2 = modéré				
	3 = sévère				
	4 = très sévère				
Sous-totaux		A1 =	A2 =	A3 =	A4 =
<i>Multiplier chaque sous-total par le facteur associé à chaque région corporelle</i>					
Score d'atteinte (%) pour chaque région corporelle (score pour chaque région de 0 à 6)	A1 x 0.1 = B1	A2 x 0.2 = B2	A3 x 0.3 = B3	A4 x 0.4 = B4	
	B1 =	B2 =	B3 =	B4 =	
<i>Multiplier chaque sous-total B1, B2, B3 ou B4 par le score d'atteinte déterminé pour chaque région corporelle</i>					
	B1 x score = C1	B2 x score = C2	B3 x score = C3	B4 x score = C4	
	C1 =	C2 =	C3 =	C4 =	
Le score PASI du patient est la somme de C1 + C2 + C3 + C4			PASI =		

PASI : Psoriasis Area and Severity Index – 0 à 72

ANNEXE 4 : ÉCHELLE DLQI



DLQI

DLQI – Dermatology Life Quality Index

Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle **démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e)** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout
2. Vous êtes-vous senti(e) **gêné(e) ou complexé(e)** par votre problème de peau ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout
3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour **faire des courses**, vous occuper de votre **maison** ou pour **jardiner** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le **choix de vos vêtements** que vous portiez ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos **activités avec les autres** ou vos **loisirs** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
6. Avez-vous eu du mal à faire du **sport** à cause de votre problème de peau ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
7. Votre problème de peau vous a-t-il **complètement empêché de travailler ou étudier** ?
 3 Oui 0 Non 0 Non concerné(e)
 Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre **travail** ou vos **études** ?
 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre **conjoint(e)**, vos **amis** ou votre **famille** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

Score final DLQI :(0-30)

ANNEXE 5 : SCORE TOPICOP

TOPICOP*

simplifié

Merci de cocher une seule réponse pour chaque proposition

1. Les dermocorticoïdes passent dans le sang
pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
2. Les dermocorticoïdes favorisent les infections
pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
3. Les dermocorticoïdes font grossir
pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
4. Les dermocorticoïdes abîment la peau
pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
5. Les dermocorticoïdes ont des effets sur ma santé future
pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
6. Les dermocorticoïdes favorisent l'asthme
pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
7. J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine comme les paupières
pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
8. Je n'en connais pas les effets secondaires mais j'ai peur des dermocorticoïdes
pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
9. J'ai peur d'utiliser une dose trop importante
pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
10. Je me traite le plus tard possible
jamais parfois souvent toujours je ne comprends pas la question
11. Je me traite le moins longtemps possible
jamais parfois souvent toujours je ne comprends pas la question
12. J'ai besoin d'être rassuré(e) vis-à-vis du traitement par dermocorticoïdes
pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

*Questionnaire inspiré de la publication : Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, Le Rhun A, Leux C, Mazereeuw-Hautier J, Stalder JF, Barbarot S. TOPICOP® : a new scale evaluating topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents. PLoS One. 2013 Oct 16;8(10):e76493. doi: 10.1371/journal.pone.0076493.

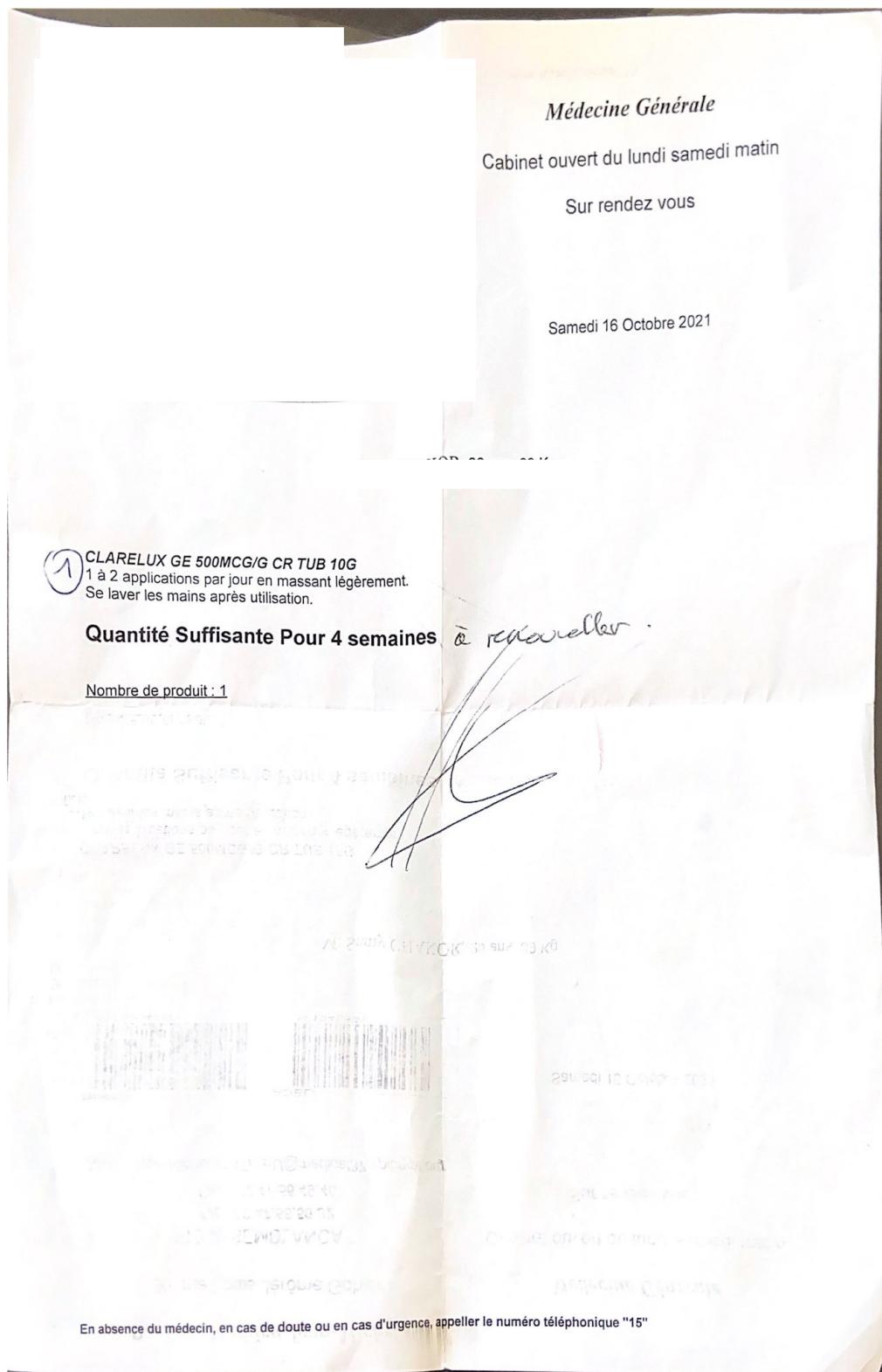
**ANNEXE 6 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPALES
CROYANCES ERRONEES ET DES VRAIES IDEES A VEHICULER
A PROPOS DES DERMOCORTICOÏDES (DC)**

 Les croyances reçues à ne pas transmettre	 Les idées à retenir et à véhiculer
« Attention avec l'utilisation des DC ils sont à utiliser sur le temps le plus court possible et avec parcimonie »	Si la forme galénique, la dose, la puissance, la localisation, la durée d'application et l'étendue des lésions sont respectées alors aucune crainte n'est à percevoir [1] [2]. La durée du traitement dépend de l'évolution des lésions.
« Les DC sont à appliquer en fine couche »	La quantité dépend de la surface à traiter : fine couche sur les paupières, couche plus épaisse sur les paumes de mains. Il est préférable de quantifier précisément à l'aide de la règle de « l'unité phalangette » pour traiter l'équivalence de deux paumes de mains. Aucune quantité seuil ni maximale n'a été établie.
« Diminuer progressivement, 1 jour sur 2, puis 1 jour sur 3 »	Normalement la diminution se fait naturellement au fur et à mesure que les lésions diminuent, la surface à traiter est diminuée.
« Attention à l'effet rebond des DC »	Si les lésions réapparaissent après l'arrêt des DC, cela s'apparente plutôt au caractère chronique de la pathologie qui évolue par poussées. Si la force et la quantité du DC sont adaptées à la localisation alors il n'y a pas d'effet rebond.
« Ne vous exposez pas au soleil pendant la durée du traitement, il y a un risque de photosensibilisation »	L'application est privilégiée le soir sur une peau propre et sèche, mais aucune donnée ne conduit à un effet photosensibilisant des DC. Une confusion avec les AINS est souvent retrouvée [3].
« Appliquez matin et soir avec un léger massage pour aider à la pénétration »	Une application par jour en massage léger est suffisante car il y a un effet réservoir de la peau.
« Il ne faut pas en appliquer chez les nourrissons »	Les DC peuvent être utilisés chez les nourrissons dès le plus jeune âge.
« Hydrater la peau avec un bon émollient suffit pour traiter les crises »	Il est important de traiter l'inflammation responsable des démangeaisons par les DC et ensuite l'hydratation cutanée va permettre de réparer la barrière cutanée, normaliser la peau et espacer les poussées.

« Les DC passent dans la circulation sanguine et peuvent provoquer des retards de croissances, une prise de poids, un diabète, de l'asthme... »	Les DC passent très peu dans la circulation sanguine, en respectant les doses prescrites : il n'y a pas d'effet sur la croissance, ou autre. Ces craintes font échos aux corticoïdes par voie orale. C'est le terrain génétique de la personne qui favorisera l'apparition d'asthme et non le traitement.
« Les DC favorisent le risque d'infection car ils diminuent le système immunitaire »	Les DC ne favorisent pas les infections. Ce sont les démangeaisons et le fait de gratter qui favorisent les surinfections. Quand il y a une infection, on suspend l'application des DC et on traite avec un antibiotique s'il y a une surinfection bactérienne. Il est possible d'appliquer les DC sur des lésions suintantes ou qui saignent.
« Les DC peuvent faire blanchir la peau et la rendre plus fine »	La fragilité cutanée et la dépigmentation surviennent si les DC sont appliqués trop longtemps et/ ou en trop grande quantité.
« Ne les utilisez pas plus de 5 jours »	L'application des DC doit se faire jusqu'à disparition complète des lésions [4]. Et reprendre dès l'apparition des lésions.
« Attention le corps s'habitue si l'utilisation est trop longue »	Il n'y a pas d'accoutumance lié à l'application des DC. Ce phénomène peut survenir si le DC est mal utilisé ou inadapté (la classe, la localisation, l'âge du patient...)

- [1] Abbvie Care, « Impact sur la qualité de vie ». <https://www.abbviepro.com/fr/fr/services-pharmacies/services-pharmacies/pathologies-and-environment/le-psoriasis/impact-qualite-vie.html> (consulté le 13 novembre 2021).
- [2] CHUM, « Les corticostéroïdes topiques - pour calmer une inflammation de la peau », nov. 2016, Consulté le: 10 novembre 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2018-06/454-1-corticost%C3%A9roïdes-topiques.pdf>
- [3] A. Sacko, E. Bourrat, O. Bourdon, et S. Prot-Labarthe, « [Dermocorticoides and sun exposure: A misunderstanding?] », *Ann. Pharm. Fr.*, vol. 79, n° 5, p. 589-596, sept. 2021, doi: 10.1016/j.pharma.2021.01.001.
- [4] L. Réfabert, « Le bon usage des dermocorticoïdes », *Dr Luc Réfabert*, 22 juillet 2016. <https://www.refabert.fr/maladies-patients/le-bon-usage-des-dermocorticoïdes/> (consulté le 21 octobre 2021).

ANNEXE 7 : ORDONNANCE DU PATIENT MYSTÈRE



ANNEXE 8 : GUIDE D'INSTRUCTION DU PATIENT MYSTERE

Guide d'instruction du patient mystère

Contexte :

Un jeune homme de 26 ans, atteint de psoriasis en goutte depuis 10 ans, arrive au comptoir avec une ordonnance. Il est accompagné de sa petite amie.

- Il a une copie d'une ordonnance de son médecin traitant.
- Il a sa carte vitale et sa carte de mutuelle. Le DP est fermé.
- Il n'est pas connu de la pharmacie, et n'a pas d'historique.
- Il a l'habitude d'utiliser la crème clarelux®.

Tableau des questions/réponses attendues

Axes	Questions attendues par le pharmacien	Objectifs de la question	Réponses à apporter par le patient
1/Méthode d'accueil + Questionnement sinitiaux	Pour qui est l'ordonnance ? Que vous arrive-t-il ?	Identifier à qui s'adresse le traitement. Connaître l'indication.	C'est pour moi. C'est pour mon psoriasis.
	Depuis quand souffrez-vous de psoriasis ? Comment est apparue votre première plaque ?	Comprendre et connaître l'histoire du patient.	Je fais du psoriasis depuis un peu plus de 10 ans environ. J'ai eu ma première plaque au lycée, en sport étude de judo. Au tout début on pensait que c'était une plaque dû aux frottements du kimono.
	De combien de tubes avez-vous besoin ? Quelle surface de peau est à traiter ? Où avez-vous des plaques ?	Déterminer l'efficacité du traitement, l'étendue des lésions, la surface de peau à traiter.	Je ne vais prendre qu'un tube c'est juste pour me soulager ce weekend. J'ai des plaques sur tout le corps mais je ne peux pas en mettre partout de toute façon. J'en mets uniquement sur les plaques très douloureuses.
	Êtes-vous en crise actuellement ? Faites-vous régulièrement des crises ?	Évaluer l'intensité de la maladie, et la place de la thérapeutique dans la prise en charge.	Je suis toujours en cirse, c'est ça le problème. Je n'ai pas de moment de répit où je n'ai plus de plaques du tout.

2/Conseils sur l'application et l'utilisation médicament prescrit	<p>Connaissez-vous cette crème ?</p> <p>Avez-vous déjà utilisé ce médicament ?</p> <p>Comment utilisez-vous la crème ?</p>	Évaluer les connaissances et la pratique d'application de la crème. Comprendre d'où vient le problème d'inadéquation du traitement.	<p>Oui j'utilise cette crème depuis toujours, mon médecin traitant me prescrit toujours la même, bien qu'elle ne soit pas efficace.</p> <p>Je la mets seulement sur les plaques qui me font le plus mal, je masse jusqu'à pénétration.</p>
3/Conseils généraux associés à l'ordonnance	<p>Quelle est votre routine hygiénique ?</p> <p>Quels produits de douche utilisez-vous ?</p> <p>Utilisez-vous une crème émolliente en permanence ?</p> <p>Pratiquez-vous une activité physique régulière ?</p>	Comprendre le quotidien du patient afin cerner ce qu'il fait et ce qu'il pourrait modifier.	<p>J'utilise un gel douche classique de grande surface. J'ai une crème pour hydrater ma peau, mais ça ne fait rien de plus je trouve alors je n'en mets plus.</p> <p>Oui je fais du crossfit 4 à 5 fois par semaine.</p>
4/Réorientation vers un autre professionnel de santé	<p>Comment avez-vous su qu'il s'agissait de psoriasis ?</p> <p>Qui a posé le diagnostic de psoriasis ?</p> <p>Avez-vous déjà vu un dermatologue ?</p> <p>Quels sont les professionnels de santé qui vous suivent ?</p>	<p>Comprendre le parcours de soin du patient.</p> <p>Connaître les personnes qui le prennent en charge.</p> <p>Orienter vers le bon professionnel de santé en fonction des besoins du patient.</p>	<p>C'est mon médecin généraliste il y a une dizaine d'années qui m'a dit que mes plaques ressemblaient à du psoriasis et m'a envoyé voir un dermatologue. Depuis j'ai dû en voir 3 différents, mais actuellement je n'ai plus de suivi.</p>
5/Connaissance d'autres traitements contre la maladie	<p>Prenez-vous d'autres traitements ?</p> <p>Avez-vous essayé autre chose que cette crème ?</p> <p>Avez-vous fait des séances de photothérapie ?</p> <p>Avez-vous eu d'autres types de crèmes ? Lotion ? Gel ?</p> <p>Avez-vous déjà pris des comprimés ou fait des injections pour traiter votre psoriasis ?</p>	<p>Connaître l'histoire médicamenteuse de sa maladie, pour mieux l'orienter.</p> <p>Appréhender ses connaissances.</p> <p>Sécuriser la délivrance de l'ordonnance.</p>	<p>Non aujourd'hui je ne prends rien d'autres que cette crème.</p> <p>J'ai déjà essayé tout un tas de crèmes, et lotions si vous saviez...</p> <p>Et puis j'ai aussi fait des séances d'UV. Sur le moment ça fonctionne plutôt bien mais dès qu'on arrête ça revient. Et c'est très contraignant je ne peux pas en faire toute l'année.</p>
	<p>Que savez-vous de votre maladie ?</p>	Évaluer les connaissances du patient sur sa propre maladie. Évaluer son	<p>Je sais que c'est une maladie héréditaire. Oui ma sœur et mon oncle ont également du psoriasis</p>

6/Connaissance de l'origine de la pathologie	<p>Qu'est-ce que le médecin vous a dit sur votre psoriasis ?</p> <p>Y a-t-il d'autres personnes dans votre entourage familial qui souffrent de psoriasis ?</p> <p>Avez-vous identifié des facteurs aggravants et des facteurs améliorants l'aspect de vos plaques ?</p>	<p>implication dans la maladie.</p> <p>Comprendre l'origine de son psoriasis.</p>	<p>mais bien moins important que moi.</p> <p>L'été avec le soleil c'est un petit peu mieux.</p>
7/Aspect et localisation des lésions	<p>Où avez-vous du psoriasis ?</p> <p>Comment décririez-vous vos lésions ?</p>	<p>Évaluer la sévérité du psoriasis pour anticiper et identifier ce qu'il va être possible d'expliquer au patient.</p>	<p>J'en ai partout, mais surtout sur les jambes, les bras et le dos.</p> <p>Ça fait des grosses plaque rouges et sèches qui grattent beaucoup.</p>
8/Évolution, formes de psoriasis et caractère chronique de la maladie.	<p>Savez-vous s'il existe d'autres formes que les plaques sur le corps pour le psoriasis ? Si oui, présentez-vous certaines de ces formes ?</p> <p>Savez-vous si cette maladie se guérit ?</p>	<p>Évaluer les connaissances du patient et comprendre la sévérité de la maladie.</p>	<p>Oui j'ai du psoriasis au niveau des ongles, et dans les cheveux aussi. Les gens pensent que j'ai des pellicules à chaque fois. Non c'est une maladie dont je ne guérirai pas, malheureusement...</p>
9/Freins et effets secondaires liés à l'utilisation des dermocorticoïdes	<p>Que pensez-vous des crèmes que vous prescrit votre médecin ? Ou celles que vous avez-pu essayer ?</p>	<p>Évaluer l'adhérence du patient avec son traitement.</p> <p>Identifier les freins à l'utilisation des corticoïdes. Percevoir les idées reçues du patient.</p>	<p>Elles ne sont clairement plus suffisamment efficaces. Je pense que mon corps s'est habitué. Et puis c'est de la cortisone, on m'a dit que ce n'était pas bon d'en utiliser tous les jours car ça peut faire grossir.</p>
10/Autres réactions et conseils psychologiques	<p>Comment le vivez-vous au quotidien ?</p> <p>Est-ce que certaines de vos activités sont limitées à cause de votre maladie ?</p> <p>Avez-vous déjà fait des recherches sur internet ? Connaissez-vous ou faites-vous partit d'associations ?</p> <p>Avez-vous déjà vu un professionnel de santé pour parler de ce qui vous</p>	<p>Évaluer l'impact psychologique et social de la maladie sur la vie quotidienne du patient.</p>	<p>Pas très bien. J'en ai marre d'avoir toujours des plaques qui apparaissent. Si un jour j'en ai une sur le visage je ne sors plus de chez moi. Les gens me regardent toujours comme si j'étais sale. Je n'ose plus mettre de short ni aller à la piscine ou à la plage. Je suis gêné quand on me demande ce que c'est et je dis juste que j'ai une maladie de peau qui n'est pas contagieuse pour ne pas leur faire peur.</p> <p>Oui j'ai fait quelques recherches sur internet quand j'étais plus jeune,</p>

	handicap dans vos activités quotidiennes ?	mais on trouve de tout... Et non je n'ai jamais fait appel à une association, ni un psychologue si c'est ce que vous voulez dire.
--	--	---

ANNEXE 9 : GRILLE DE CONSEILS ATTENDUS PAR LE PHARMACIEN

Grille de conseils attendus par le pharmacien :

1) Méthode d'accueil et de prise en charge globale (selon les méthodes ACROPOLE et QuiDAM) :

- Que vous arrive-t-il ?
- Pour qui est le traitement prescrit ?
- Depuis quand souffrez-vous de cette pathologie ?
- Qu'avez-vous déjà essayé/entrepris de manière générale pour contenir l'évolution ?
- Que savez-vous de votre maladie ?
- Prenez-vous d'autres médicaments ?
- Souffrez-vous d'autres maladies ?
- Avez-vous des allergies ?
- Connaissez-vous le traitement qui vous est prescrit ?
- Vérification légale de l'ordonnance

2) Conseils et explications relatives à l'utilisation du médicament prescrit : Clarelux® :

- Crème à base de corticoïde d'action très forte ;
- Traitement local du psoriasis qui a pour but de diminuer l'inflammation des plaques et limiter le renouvellement trop rapide de la peau ;
- Posologie : une fois par jour en fine couche uniquement sur les plaques à traiter ;
- Faire pénétrer par léger massage, jusqu'à ce que la crème soit entièrement absorbée ;
- Quantité : une « unité phalangette » [1] correspond à 0,5g de crème et permet de traiter l'équivalence à deux paumes de mains [2] ;
- Appliquer le soir sur une peau propre et sèche ;
- Se laver les mains avant et après application pour limiter un risque de surinfection et de véhiculer de la crème partout après l'utilisation ;
- Pas de durée maximale, l'important est d'en appliquer jusqu'à disparition complète des lésions ;
- Ne pas appliquer sur des lésions ulcérées ou infections de la peau.

3) Conseils associés concernant les habitudes de vie à adopter pour un patient psoriasis

- Hydrater quotidiennement la peau avec une crème émolliente sans parfum pour peau sèche et atopique ;
- Concernant la douche :
 - Utiliser une huile de douche permet de garder le film lipidique de la peau et lutter contre le dessèchement de celle-ci ;
 - Ou privilégier un gel ou pain « sans savon » à un pH proche de celui de la peau ;

- Ne pas frotter, mais tamponner pour se sécher ;
- Se laver avec les mains plutôt qu'un gant qui peut agresser et irriter la peau ;
- Privilégier une douche plutôt qu'un bain et une eau à tendance tiède, car la chaleur augmente la sécheresse et l'inflammation cutanée [3].
- Bien choisir ses produits [4]: lait ou crème pour hydrater et maintenir le film lipidique de la peau ; baume : plus riche et plus épais pour réparer l'équilibre de la peau et limiter l'évaporation de l'eau ;
- Porter des vêtements amples en coton pour ne pas être gêné en journée ;
- Boire suffisamment d'eau car l'hydratation commence par l'ingestion d'eau ;
- Adopter une bonne hygiène de vie :
 - Limiter le tabac qui favorise l'inflammation [5] [6], l'alcool, et le surpoids [7] ;
 - Pratiquer une activité physique régulière, mais une activité qui ne provoque pas de lésions cutanées pour limiter le phénomène de Koebner [8]. Ce dernier contribue à l'apparition d'une plaque de psoriasis sur une région saine, à la suite d'une agression mécanique comme une blessure, une piqûre, un frottement, une cicatrice, un tatouage...
- Conseils alimentaires :
 - Privilégier les oméga3, adopter un régime méditerranéen : beaucoup de fruits, légumes et poissons, éviter les aliments transformés. Privilégier les céréales complètes ;
 - Supplémenter en **vitamine D**, en **silicium** (apaisant, cicatrisant et augmente l'adhésion des kératinocytes à la membrane) et en **magnésium** (qui participe au métabolisme de l'AMPc. Puisqu'en cas de diminution de l'AMPc, il existe un risque d'hyperprolifération des kératinocytes) [9].
- S'exposer aux rayons du soleil car les UV améliorent l'aspect des plaques, mais toujours appliquer une protection solaire avant ;
- Éviter de gratter ou arracher les squames ;
- Se couper les ongles courts ;
- Appliquer du froid ou de l'eau thermale sur les lésions permet de diminuer la sensation de démangeaison ;
- Camoufler les lésions à l'aide d'un maquillage adapté hypoallergénique et non comédogène ;
- Limiter le rasage, l'épilation, les tatouages sur les lésions car ils peuvent agresser et irriter la peau ;
- Possibilité de faire des cures thermales pour contenir la pathologie, apprendre à gérer le stress...

4) Capacité à réorienter vers un professionnel de santé adapté :

- Dermatologue ;
- Psychologue ;
- Autres : associations, sites internet, applications...

5) Connaissances globales de la pathologie :

- Traitements :

- Locaux :
 - Dermocorticoïdes (DC) ;
 - Kératolytiques ;
 - Dérivés de la vitamine D.

- Systémiques :
 - Rétinoïdes ;
 - Méthotrexate ;
 - Immunosuppresseurs ;
 - Traitements biologiques tels que les anti TNF alpha, ou les anti interleukines.

Étiologie :

- Multifactorielle ;
- Inflammation continue ;
- Renouvellement cellulaire trop rapide ;
- Personne génétiquement prédisposée ;
- Présence anormale de cellules immunitaire dans l'épiderme ;
- Facteurs exogènes psychique (stress, pollution, fatigue, infection ; médicament...) ou physique = phénomène de Koebner.

Symptômes :

- Plaques bien définies ;
- Rouge en relief ;
- Squames ;
- Démangeaisons ;
- Brûlures ;

Localisation :

- Articulations ;
- Ongles ;
- Visage ;
- Cuir chevelu ;
- Plis ;
- Muqueuses.

Évolution :

- Chronique
- Par poussées
- Incurable

6) Pro ou anti dermocorticoïdes ?

- Si la forme galénique, la dose, la puissance, la localisation, la durée d'application et l'étendue des lésions sont respectées alors aucune crainte n'est à percevoir ;
- Aucune quantité seuil ni maximale n'a été établie ;
- La durée du traitement dépend de l'évolution des lésions ;

- Pas de nécessité de diminuer progressivement les applications car elle se fait naturellement au fur et à mesure que les lésions régressent ;
- Pas d'effet rebond existant ;
- Pas de risque de photosensibilisation (uniquement avec les AINS) ;
- Utilisation possible dès le plus jeune âge ;
- Les DC passent très peu dans la circulation sanguine, en respectant les doses prescrites aucun effet général n'est à percevoir ;
- Il n'y a pas d'accoutumance lié à l'application des DC. Ce phénomène peut survenir si le DC est mal utilisé ou inadapté (la classe, la localisation, l'âge du patient...) ;
- La fragilité cutanée et la dépigmentation surviennent si les DC sont appliqués trop longtemps et/ou en trop grande quantité.

Bibliographie des parties 2) et 3) :

- [1] A. Nosbaum, « L'unité phalangette », p. 1, juin 2018.
- [2] Fondation eczéma, « Comment utiliser les dermocorticoïdes ? », p. 2, <https://www.pierrefabreeczemafoundation.org/sites/default/files/-/CARTELETTE-DOUBLE-UNITE-PHALANGETTE-210x74mm-ouvert-VF.pdf> 2020.
- [3] A. F. Psoriasis, « Fiche conseil : Hygiène et hydratation », p. 2, déc. 2016.
- [4] A. F. Psoriasis, « L'hydratation », Association France Psoriasis, 28 avril 2016. <https://francepsoriasis.org/la-maladie/soigner/le-psoriasis/lhydratation/> (consulté le 8 octobre 2021).
- [5] A. W. Armstrong, C. T. Harskamp, J. S. Dhillon, et E. J. Armstrong, « Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis », *Br. J. Dermatol.*, vol. 170, n° 2, p. 304-314, févr. 2014, doi: 10.1111/bjd.12670.
- [6] C. M. Mills *et al.*, « Smoking habits in psoriasis: a case control study », *Br. J. Dermatol.*, vol. 127, n° 1, p. 18-21, juill. 1992, doi: 10.1111/j.1365-2133.1992.tb14818.x.
- [7] Abbvie Care, « Psoriasis : prise en charge globale et parcours de soins », *AbbVie Care*, 21 novembre 2019. <https://www.abbviecare.fr/prise-en-charge-globale/conseils-psoriasis/> (consulté le 8 septembre 2021).
- [8] L. Dubertret, « Le psoriasis : évolution et révolution », *médecine/sciences*, vol. 22, n° 2, p. 164-171, févr. 2006, doi: 10.1051/medsci/2006222164.
- [9] A. Parsy, « Le psoriasis: les nouveautés physiopathologiques et les différentes stratégies thérapeutiques », 2018. Consulté le: 9 octobre 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731715/document>

ANNEXE 10 : MÉMO D'ACCUEIL ET DE CONFIDENTIALITÉ À L'OFFICINE



MÉMO

M.16 L'ACCUEIL & LA CONFIDENTIALITÉ À L'OFFICINE

LES RÈGLES À RESPECTER AU SEIN DE L'ÉQUIPE

La Présentation Personnelle

- Tenue propre et soignée
- Port obligatoire du badge
- Il est interdit de boire ou de manger à la vue du patient

Les Comptoirs

- En nombre suffisant
- Equipés des matériels adéquats
- Non encombrés
- Précédés d'une ligne de confidentialité (1m50)
- Des places assises à proximité pour l'attente

La prise en charge des personnes à mobilité réduite

- Un comptoir adapté (hauteur, espace...)
- Un passage vers le comptoir dégagé de toute entrave

L'espace de Confidentialité

- Clairement signalé
- Adapté aux personnes à mobilité réduite
- Propre et rangé

Les Informations Pratiques

- Horaires d'ouvertures (en façade & sur le répondeur tél.)
- Nom des pharmaciens
- Numéros d'urgences & Informations gardes (en façade)
- Croix verte allumée lorsque l'officine est ouverte
- Coordonnées de l'officine à jour sur les moteurs de recherche

L'accueil

- Contact visuel dès l'entrée du patient
- Sourire
- Bonjour Madame, Bonjour Monsieur
- Ne jamais s'adresser au patient depuis l'arrière de l'officine (échanger toujours en face-à-face)
- Ne jamais quitter son poste avant le départ du patient
- Au revoir Madame, Au revoir Monsieur

L'accueil téléphonique

- Se présenter et présenter l'officine
- Ne pas interrompre la prise en charge des patients au comptoir (mise en attente des appels si nécessaire)
- Converser avec discréption
- Activer le répondeur lorsque l'officine est fermée

La Discréption (respect du secret professionnel)

- Au comptoir rester discret afin que les autres patients ne puissent obtenir des informations protégées par le secret professionnel
- Proposer au patient l'alternative de l'espace confidentialité si nécessaire
- Préserver le secret lors des échanges avec les éventuels tiers du patient qui viendraient à l'officine
- Détruire de manière appropriée les documents comportant des informations sur les patients (broyeur par ex.)
- Toujours solliciter l'accord du patient avant de transmettre des informations le concernant à d'autres professionnels de santé

La Relation Client

- Être à l'écoute
- Reformuler ou faire reformuler pour s'assurer de la bonne compréhension des attentes du patient
- Expliquer systématiquement tout refus ou impossibilité de satisfaire une demande
- Argumenter ses choix produits (indication, effets, conseils d'utilisations)
- Rappeler les précautions d'emploi
- Retranscrire par écrit si nécessaire les points clefs
- Information prix (remboursement, dépassement...)



Prise en charge et information de l'usager de santé

Version 2.01 – Novembre 2019

Pharmacie :



MÉMO

M.16 L'ACCUEIL & LA CONFIDENTIALITÉ À L'OFFICINE

Les Clés du Dialogue : S'aider de la démarche ACROPOLE

- **ACCUEILLIR** : Se rendre entièrement disponible pour prendre en charge son interlocuteur est une exigence prioritaire.
- **COLLECTER** : Bien apprécier l'objet de l'entretien nécessite de laisser au demandeur le temps de s'exprimer. L'écoute doit être attentive.
- **RECHERCHER** : Compléter les demandes exposées par des questions ouvertes et des questions fermées est indispensable.
- **ORDONNER (reformuler)** : Remettre en ordre les déclarations permet de s'assurer que rien n'a été omis.
- **PRÉCONISER** : L'analyse de l'ensemble des informations collectées permet une évaluation qui détermine la conduite à tenir.
- **OPTIMISER** : Expliquer les raisons de la décision prise pour favoriser l'adhésion au traitement. Associer les conseils hygiéno-diététiques pour en renforcer l'efficacité.
- **LIBELLER** : Plan de prise et/ou posologie sur les boîtes.
- **ENTÉRINER** : S'assurer de la compréhension et de l'absence de questions du patient, ouvrir sur une autre demande et prendre congé.

Le Dévouement

- Le pharmacien en tant que professionnel de santé doit faire preuve du **même dévouement envers toutes les personnes** qui ont recours à son art.
- Le pharmacien doit **traiter les patients de manière égalitaire sans discrimination aucune et leur dispenser la même qualité de soins et de prestations**, indépendamment par exemple de caractéristiques liées à l'âge, au sexe ou à tout autre critère subjectif.
- Les convictions personnelles du pharmacien ne doivent pas s'opposer à la mise en œuvre de ces principes.

Le Secret Professionnel

- Il s'impose à tous les professionnels de santé.
- Il protège les informations relatives à la **dimension médicale** du patient et au **respect de la vie privée**. Il couvre également l'**identité du patient**.
- **Toute personne prise en charge par l'officine** a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.
- Il concerne l'**ensemble des collaborateurs de l'officine**.
- La conservation et la divulgation des informations sur support informatique sont strictement **réglementées (RGPD)**.
- En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret professionnel ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, **sauf opposition de sa part**.

Références :

Accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance - ONP



Prise en charge et information
de l'usager de santé
Version 2.01 – Novembre 2019

Pharmacie :

ANNEXE 11 : FLYER A DESTINATION DES PATIENTS

LES 10 ÉLÉMENTS CLÉS À SAVOIR SUR LE PSORIASIS




1



Tu n'es pas seul, entre **1,5 et 3 millions** de personnes dans le monde souffrent de psoriasis.



2



Le psoriasis n'est pas dû à un manque d'hygiène, mais est la conséquence d'un **renouvellement trop rapide** des cellules de la peau entraînant alors une **inflammation chronique**.

3



Les symptômes ressemblent à des **plaques en relief, rouges et squameuses** provoquant des **démangeaisons**.



4



Le psoriasis peut prendre plusieurs formes (en **plaque, en goutte, érythrodermique...**) et atteindre différents organes: **articulations, ongles, visage, cuir chevelu, muqueuses...**

5



Ce n'est pas une maladie contagieuse. Elle se développe chez des personnes **génétiquement** prédisposées à la suite de facteurs tels qu'un **stress, une infection, la prise de certains médicaments...**



Psoriasis léger :

- Corticoïdes, dérivés de la vitamine D, kératolytiques

Psoriasis modéré :

- Photothérapie (UVA, UVB)

Psoriasis sévère :

- Immunosuppresseurs, biothérapies...

6 La pathologie évolue par poussées mais des facteurs externes comme la **pollution**, les **traumatismes physiques**, la **fatigue**, **l'alcool**, le **tabac...** peuvent aggraver les lésions.

7 Les traitements utilisés en première intention sont principalement des **crèmes**. En cas d'efficacité insuffisante des traitements par **voie orale** ou **injectable** existent.

8 Pour limiter les crises, il est important **d'hydrater** quotidiennement sa peau et utiliser des **produits de douche adaptés** sans parfum, et favoriser l'exposition aux **UV**.

9 Au delà de l'aspect inesthétique de la maladie, **l'impact psychologique, social et professionnel** peut être important. Le manque d'estime de soi et la stigmatisation sont fréquents.

10 Il est donc essentiel de pouvoir parler de sa maladie et ses conséquences avec des professionnels qualifiés : **médecins, dermatologues, pharmaciens, psychologues**. Les **associations** de patients, les **sites internets**, les **applications** peuvent aussi être d'une grande aide.

Vous n'êtes pas seul, parlez-en !



BIBLIOGRAPHIE

1. **SFD, FFFCEDV, EDEF.** Dossier de presse 2017 : Dans la peau des français. 2017 [Internet]. [cité 20 août 2022]; Disponible sur: <https://www.sfdermato.org/upload/presse/sfd-dossier-de-presse-dans-la-peau-des-francais-698b341f63725ea142271ed9b39e0980.pdf>
2. **Parier J.** Le psoriasis en chiffres - patients touchés par le psoriasis [Internet]. Resopso. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://www.resopso.fr/le-psoriasis-en-chiffres/>
3. **Dubertret L.** Le psoriasis de la clinique au traitement. Med'com. 2009. 158 p. (Guide Pratique de Dermatologie).
4. **Basavaraj KH, Ashok NM, Rashmi R.** The role of drugs in the induction and/or exacerbation of psoriasis. Int J Dermatol. déc 2010;49(12):1351-61.
5. **Masson E.** Le psoriasis : physiopathologie et immunogénétique [Internet]. EM-Consulte. 2014 [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/872563/le-psoriasis -physiopathologie-et-immunogenetique>
6. **Beylot-Barry M, Ly S, Viguier M.** Le psoriasis [Internet]. dermato-info.fr. 2019 [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/le-psoriasis>
7. **Parsy A.** Le psoriasis: les nouveautés physiopathologiques et les différentes stratégies thérapeutiques [Internet]. 2018 [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731715/document>
8. **Vidal.** Quels sont les types de psoriasis ? [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/psoriasis/types.html>
9. **Association France Psoriasis.** Les formes et localisations du psoriasis [Internet]. Association France Psoriasis. 2016 [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: <https://francepsoriasis.org/la-maladie/comprendre/psoriasis/formes-et-localisations-du-psoriasis/>
10. **Hospices civils de Lyon.** Psoriasis cutané | Fiche santé HCL [Internet]. 2022 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/psoriasis-cutane#toc--causes-et-facteurs-de-risques-du-psoriasis->
11. **Masson E.** Les critères d'efficacité pour l'évaluation de la réussite du traitement : Efficacy criteria for psoriasis treatments [Internet]. EM-Consulte. [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1479206/les-criteres-d-efficacite-pour-l-evaluation-de-la->

12. **Mattei PL, Corey KC, Kimball AB.** Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. mars 2014;28(3):333-7.
13. **Évrard B.** Le psoriasis: physiopathologie, traitements et conseils à l'officine en 2016. 2016;182.
14. **Ameli.** Psoriasis : quel traitement ? [Internet]. Ameli. 2022 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/themes/psoriasis/traitement>
15. **Vidal.** Recommandations Psoriasis en plaques de l'adulte [Internet]. VIDAL. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/psoriasis-en-plaques-de-l-adulte-1625.html>
16. **De Arruda LH, De Moraes AP.** The impact of psoriasis on quality of life. Br J Dermatol. avr 2001;144 Suppl 58:33-6.
17. **Krueger G, Koo J, Lebwohl M, et al.** The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. Arch Dermatol. mars 2001;137(3):280-4.
18. **Brogniart L.** Le vécu des patients atteints de psoriasis : une enquête qualitative en soins primaires [Internet]. 2011 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/these-le-ve%CC%81cu-des-patients-atteints-de-psoriasis.pdf>
19. **Association France Psoriasis.** Enquête inédite sur l'impact du pso dans la vie professionnelle [Internet]. Association France Psoriasis. 2017 [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: <https://francepsoriasis.org/actualites/enquete-inedite-sur-l-impact-du-pso-dans-la-vie-professionnelle/>
20. **Opinion Way.** La perception du psoriasis auprès des jeunes Français de 15-30ans [Internet]. 2019 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.opinion-way.com/en/opinion-political-surveys/published-surveys/opinionway-pour-france-psoriasis-les-jeunes-et-le-psoriasis-octobre-2019/viewdocument/2157.html>
21. **Association France Psoriasis.** 11ème journée Mondiale du Psoriasis. Dossier de presse : Psoriasis, ne vous laissez pas contaminer par les idées reçues. [Internet]. Association France Psoriasis. 2014 [cité 20 août 2022]. Disponible sur: https://francepsoriasis.org/wp-content/uploads/2016/08/DOSSIER_PRESSE_JOURNEE_MONDIALE_PSORIASIS_RHUMATISME_PSORIASIQUE_2014.pdf
22. **Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, et al.** TOPICOP©: a new scale evaluating topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents. 2013;8(10):6.

23. **Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, et al.** Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *Br J Dermatol.* oct 2011;165(4):808-14.
24. **Masson E.** Corticophobie dans la dermatite atopique : étude internationale de validation du score TOPICOP [Internet]. EM-Consulte. 2016 [cité 21 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1095448/corticophobie-dans-la-dermatite-atopique -etude-in>
25. **Berrubé C.** Corticophobie dans la prise en charge de la dermatite atopique chez l'enfant : impact du pharmacien d'officine [Internet]. 2017 [cité 21 oct 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2017/2017LIL2E023.pdf
26. **Laval M.** Les dermocorticoïdes [Internet]. 2007 [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/4262346d-ed82-442f-bb5c-ed9e2a0fcf42/blobholder:0/P20073335.pdf>
27. **Dreyfus I, Cardinal-Galera I, Juchet A et coll.** Pierre Fabre fondation eczema module 2 : Dépister et gérer la corticophobie et les croyances [Internet]. 2019 [cité 20 nov 2021]. Disponible sur: <https://poptraining.fondationeczema.org/enrol/index.php?id=3>
28. **Handicap.fr.** Psoriasis : trop de disparité d'accès aux soins en France [Internet]. Handicap.fr. 2021 [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/a-psoriasis-disparites-acces-soins-france-31751.php>
29. **Client mystère.** Le client mystère en pharmacie d'officine ou parapharmacie [Internet]. Clienmystere.fr. [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.clientmystere.fr/client-mystere-para-pharmacie.html>
30. **C-QSE.** Définition audit, audit interne, audit qualité [Internet]. Certification QSE. 2017 [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.certification-qse.com/definition-audit-audit-interne-audit-qualite-audit-certification/>
31. **Henneaux D, Schiffino N.** Le client mystère : une technique d'évaluation pour le secteur public ? 2018;6(1):13-31.
32. **Ministère de la Santé et de la Prévention.** Patients mystères [Internet]. 2011 [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/auvergne-rhone-alpes/article/patients-mysteres>
33. **HAS.** Rapport de l'expérimentation Méthode du patient-traceur en établissement de santé : une méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. 2014;41.
34. **Flottorp SA, Jamtvedt G, Gibis B, et coll.** Utilisation de l'audit et du feedback aux professionnels de santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé. 2010;56.

35. **Ordre national des pharmaciens.** Le journal de l'Ordre des pharmaciens - Février 2015 n° 44 [Internet]. calameo.com. 2015 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0024493958129b90098ac>

36. **Ordre national des pharmaciens.** Pharmacien titulaire d'officine - Les pharmaciens [Internet]. 2021 [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Officine/Pharmacien-titulaire-d-officine>

37. **Base de données publique des médicaments.** Résumé des caractéristiques du produit - CLARELUX 500 microgrammes/g, crème [Internet]. 2022 [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63339576&typedoc=R>

38. **Ordre national des pharmaciens.** Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique [Internet]. 2022 [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>

39. **Ordre national des pharmaciens.** Accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance [Internet]. 2013 [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinaires/Accueil-pharmaceutique-des-patients-sans-ordonnance>

40. **Démarche qualité à l'officine.** Le kit d'outils à votre disposition [Internet]. DQO. [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.demarchequaliteofficine.fr/outils>

41. **SSPF.** Outils d'aide à la prescription. 2010;1.

42. **Ameli.** Lire une ordonnance de médicaments [Internet]. Ameli. 2022 [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/medicaments/utiliser-medicaments/lire-ordonnance-medicaments>

43. **Ordre national des pharmaciens.** Bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières. 2021;24.

44. **Code de la santé publique.** Article R4235-62 - Légifrance [Internet]. 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913719/

45. **Kim WB, Jerome D, Yeung J.** Diagnostic et prise en charge du psoriasis. 2017;63(4):e210-8.

46. **Maccari F.** La première consultation psoriasis [Internet]. Resopso. 2017 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.resopso.fr/premiere-consultation-psoriasis/>

47. **Amici JM.** La consultation de dermatologie [Internet]. dermato-info.fr. 2019 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/le-dermatologue,-la-consultation-de-dermatologie/la-consultation-de-dermatologie>
48. **Balkrishnan R, Bhosle M, Kulkarni A, et al.** Quality of life in patients with psoriasis | Health and Quality of Life Outcomes [Internet]. 2006 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-4-35>
49. **Ordre national des pharmaciens.** Le développement professionnel continu (DPC) - Nos missions [Internet]. 2022 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu-DPC>
50. **Code de la santé publique.** Article R4235-48 - Légifrance [Internet]. 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913703/
51. **Mazière M.** Économie : un hiver au beau fixe [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. 2022 [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/economie-un-hiver-au-beau-fixe>
52. **Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, et al.** Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
53. **Ordre national des pharmaciens.** Démographie des pharmaciens [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/597948/2758011/version/1/file/Demographie-2022-Brochure-nationale.pdf>
54. **Winka T.** Etat des lieux du recrutement en pharmacie début 2022 [Internet]. Team Officine. 2022 [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://www.team-officine.fr/blog-recrutement-pharmacie/article/etat-des-lieux-recrutement-pharmacie-2022/>
55. **Observatoire des métiers dans les professions libérales.** Etude de pharmacie : portrait statistique [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.ompl.fr/images/Publications/EtudesBranches/sante/pharma/2012-etude_pharma-portrait_statistique.pdf
56. **Code de la santé publique.** Article R4235-11 - Légifrance [Internet]. 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913662
57. **France compétences.** Répertoire national des certifications professionnelles - DEUST - Préparateur/Technicien en pharmacie [Internet]. France compétences. 2021 [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: <http://https%253A%252F%252Fwww.francecompetences.fr%252Frecherche%252F>

58. **ANPPO.** Le préparateur en pharmacie [Internet]. Association Nationale des Préparateurs en Pharmacie d'Officine. [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://anppo.fr/le-preparateur-en-pharmacie/>
59. **Légifrance.** Arrêté du 17 juillet 1987 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie [Internet]. 1987. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000657132/>
60. **Carillo L.** Le psoriasis : état des lieux des connaissances et besoins en formation des pharmaciens d'officine [Internet]. 2022 [cité 5 nov 2022]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/15001483/2022PPHA15913/fichier/15913F.pdf>
61. **SFD.** Livre blanc. « Les défis de la dermatologie française ». 2018 [cité 5 juill 2022]; Disponible sur: <https://www.sfdermato.org/actualite/140-le-livre-blanc>
62. **Académie européenne de dermatologie et de vénérologie.** Livret d'information pour les patients : conseils pour les soins de la peau dans le psoriasis [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.therapeutique-dermatologique.org/IMG/pdf/9635-eadv_psoriasis-2-skin_care_tips_for_psoriasis_fr.pdf
63. **Baussand V.** Réflexions sur la confidentialité à l'officine : un impératif pour le commerçant, un atout pour l'acteur de santé publique [Internet]. 1999 [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01291176/document>
64. **Ordre national des pharmaciens.** Locaux de l'officine [Internet]. 2019 [cité 28 août 2022]. Disponible sur: [https://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Les-fiches-professionnelles/Toutes-les-fiches/Locaux-de-l-officine/\(language\)/fre-FR](https://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Les-fiches-professionnelles/Toutes-les-fiches/Locaux-de-l-officine/(language)/fre-FR)
65. **Légifrance.** Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025804248>
66. **Académie européenne de dermatologie et de vénérologie.** Livret d'information pour les patients : le psoriasis aux différentes étapes de la vie [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.therapeutique-dermatologique.org/IMG/pdf/9635-eadv_psoriasis-5-psoriasis_through_life_fr.pdf
67. **Aubert H.** Dermocorticoïdes : comment vaincre la corticophobie ? [Internet]. Réalités Pédiatriques. 2018 [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://www.realites-pediatriques.com/dermocorticoïdes-comment-vaincre-la-corticophobie/>
68. **Lambrechts L, Gilissen L, Morren MA.** Topical Corticosteroid Phobia Among Healthcare Professionals Using the TOPICOP Score. 2019;99(11):1004-8.

69. **Raffin D, Giraudeau B, Samimi M, et al.** Corticosteroid Phobia Among Pharmacists Regarding Atopic Dermatitis in Children: A National French Survey. 2016;96(2):177-80.
70. **Pierre Fabre Eczema Foundation.** Comment bien appliquer son dermocorticoïde? [Internet]. 2022 [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://www.pierrefabreeczemafoundation.org/etre-accompagne/conseils-pratiques/comment-bien-appliquer-son-dermocorticoide>
71. **Aubert H, Barbarot S.** Non-adhésion et corticothérapie. 2012;139:S7-12.
72. **Quesnel É.** Étude des émotions dans la relation pharmacien patient: gestion de la colère au comptoir [Internet]. 2016 [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01637842/document>
73. **Caddeo B.** Communication pharmacien-patient à l'officine : situation actuelle et édition d'un guide pratique [Internet]. 2017 [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01578199/document>
74. **Sens L.** Patient mystère & secteur santé : les clefs d'un projet bien réussi [Internet]. 2021 [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://blog.refletclient.fr/client-patient-mystere-secteur-sante-hopital/>
75. **Association France Psoriasis.** « Point Conseil Psoriasis » en pharmacie [Internet]. Association France Psoriasis. 2014 [cité 22 août 2022]. Disponible sur: <https://francepsoriasis.org/lassociation/actions-et-services/campagnes-de-communication/point-conseil-psoriasis-en-pharmacie/>

TABLE DES MATIERES

Avertissement.....	5
Engagement de non plagiat	6
Liste des enseignants de la faculté de santé d'Angers	6
Remerciements	15
Sommaire	22
Table des illustrations	24
Table des graphiques.....	25
Liste des abréviations	26
I. Introduction	1
II. Matériel et méthode	4
2.1 Le choix de la méthode.....	5
2.2 Les intérêts de la méthode.....	5
2.3 Les patients mystères	6
2.4 L'échantillon	7
2.5 Le scénario	7
2.6 Le guide d'instruction	9
2.7 La grille de conseils attendus par le pharmacien.....	10
2.8 Les critères d'inclusions.....	12
2.9 Le recueil des données	13
III. Résultats	14
3.1 Prise en charge globale dans les dix premières pharmacies (échantillon 1)	15
3.1.1 Conseils apportés spontanément (1).....	15
3.1.2 Catégories professionnelles des personnes rencontrées au comptoir (1).....	16
3.1.3 Répartition des conseils apportés en fonction du diplôme (1)	
16	
3.2 Prise en charge globale dans les dix dernières pharmacies (échantillon 2)	17
3.2.1 Conseils apportés spontanément (2).....	18
3.2.2 Conseils apportés après demande des enquêteurs	18
3.2.3 Catégories professionnelles des personnes rencontrées au comptoir (2).....	19
3.2.4 Répartition des conseils apportés, en fonction des catégories professionnelles (2).....	20
3.3 Le temps approximatif des échanges	21
3.4 La qualité de la prise en charge et des conseils apportés	21
3.4.1 Accueil et prise en charge initiale globale.....	22
3.4.2 Conseils relatifs à l'application et l'utilisation des dermocorticoïdes.....	23
3.4.3 Conseils généraux associés à l'ordonnance	25

3.4.4 Capacité à réorienter vers un autre professionnel de santé...	27
3.4.5 Connaissances des traitements utilisés contre le psoriasis	28
3.4.6 Connaissances de l'origine de la pathologie	29
3.4.7 L'aspect et la localisation de la pathologie.....	29
3.4.8 Évolution de la pathologie.....	30
3.4.9 L'évaluation de la corticophobie.....	30
3.4.10 Autres réactions et conseils psychologiques.....	31
IV. Discussion des résultats et propositions d'outils à destination des pharmaciens et des patients	33
4.1 Premier constat : un manque de prise en charge, analyse et interprétation des résultats quantitatifs	33
4.1.1 Le nombre de conseils spontanés	33
4.1.2 Les causes d'une telle carence	35
4.2 Deuxième constat : un manque de connaissance sur la pathologie	
37	
4.2.1 La pertinence des conseils apportés : analyse et interprétation des résultats qualitatifs	38
4.2.1.1 Analyse de la méthode d'accueil et des questions initiales .	38
4.2.1.2 Les croyances et connaissances de la pathologie	40
4.2.1.3 Controverse autour des traitements	42
4.2.1.4 L'atout des conseils associés (62)	45
4.2.1.5 La réorientation : rôle majeur du pharmacien d'officine....	46
4.2.1.6 Débat autour des corticostéroïdes topiques : pro ou anti dermocorticoïdes ?	48
4.2.3 Conséquences : impact et ressenti du patient	53
4.3.1 Impact sur le traitement.....	53
4.3.2 Impact psychologique	53
4.4 les limites de l'étude.....	56
4.5 Les forces de l'étude.....	58
4.6 Proposition de pistes et outils d'amélioration de la prise en charge officinale d'un patient psoriasique	59
4.6.1 Vidéo à destination des pharmaciens.....	59
4.6.2 Flyer à destination des patients	60
CONCLUSION	60
Annexes	63
Annexe 1 : Schéma simplifié de l'étiologie du psoriasis	63
Annexe 2 : Tableau de comparaison psoriasis, DA et dermatite séborrhéique.....	64
Annexe 3 : Formulaire de calcul de score PASI.....	65
Annexe 4 : Échelle DLQI.....	66
Annexe 5 : Score TOPICOP	67
Annexe 6 : Tableau récapitulatif des principales croyances erronées et des vraies idées à véhiculer à propos des dermocorticoïdes (DC)	68

Annexe 7 : Ordonnance du patient mystère	70
Annexe 8 : Guide d'instruction du patient mystère	71
Annexe 9 : Grille de conseils attendus par le pharmacien.....	75
Annexe 10 : Memo d'accueil et de confidentialité à l'officine	79
Annexe 11 : Flyer à destination des patients	81
Bibliographie	83
Table des matières	90
Résumé	94
Abstract.....	94

RESUME

Évaluation de la pratique officinale de prise en charge du psoriasis : propositions d'outils à destination des pharmaciens et des patients.

Alors que le psoriasis arrive en troisième position des pathologies dermatologiques les plus courantes en France, son étiologie multifactorielle, et ses thérapeutiques évoluant sans cesse, n'en font pas moins l'une des maladies les plus difficiles à appréhender. Outre le caractère chronique et l'inconfort permanent des patients, c'est l'aspect inesthétique des lésions, provoquant rejet et stigmatisation qui impactent le plus négativement leur quotidien. Devant des malades démunis, souvent en errance thérapeutique, le pharmacien, comme premier professionnel de santé disponible pour tous, à entièrement son rôle à jouer. Dans le but de mettre en relation la théorie avec la pratique, une enquête qualitative d'évaluation de la prise en charge réelle dans les officines des patients atteints de psoriasis a été mise en place. Ce travail ayant nécessité des visites surprises de 2 patients mystères dans 20 officines a permis de mettre en lumière d'importantes disparités de connaissances et de prise en charge. Les principaux constats sont un manque de conseils et une carence des connaissances sur la pathologie. La pertinence mitigée des conseils apportés et les controverses rencontrés à propos des dermocorticoïdes mettent en exergue un besoin urgent de formation initiale et continue plus robustes. L'impact psychologique, l'observance et le parcours général du patient étant en jeu, une uniformisation des discours de la part de tous les professionnels de santé doit être établis. Pour ce faire, un quizz vidéo et un flyer ont été conçus. Afin de parfaire les pistes d'améliorations initiées, une enquête de plus grande envergure par des auditeurs qualifiés pourrait être bénéfique.

Mots-clefs : Psoriasis, enquête qualitative, prise en charge, officine, patients mystères, corticophobie, outils d'amélioration

ABSTRACT

Evaluation of pharmacy practice in the management of psoriasis: proposed tools for pharmacists and patients.

While psoriasis is the third most common dermatological disease in France, its multifactorial aetiology and constantly evolving treatments make it one of the most difficult diseases to understand. In addition to the chronic nature and permanent discomfort of patients, it is the unsightly appearance of the lesions, causing rejection and stigmatisation, which have the most negative impact on their daily lives. Faced with helpless patients, often in therapeutic wandering, the pharmacist, as the first health professional available to all, has a role to play. In order to compare theory with practice, a qualitative survey was carried out to evaluate the actual management of patients with psoriasis in pharmacies. This work, which involved surprise visits by 2 mystery patients in 20 pharmacies, revealed major disparities in knowledge and management. The main findings were a lack of advice and a lack of knowledge about the disease. The mitigated relevance of the advice given, and the controversies encountered regarding dermocorticoids highlight the urgent need for more robust initial and continuing education. As the psychological impact, compliance and the overall patient journey are at stake, a uniformity of discourse from all health professionals must be established. To this end, a video quiz and a flyer have been created. In order to perfect the initiated improvements, a larger survey by qualified auditors could be beneficial.

Key words : Psoriasis, qualitative survey, management, pharmacy, mystery patients, corticophobia, improvement tools.