

## INFORMATION AUX PARENTS

L'eczéma atopique est traité par des crèmes contenant des corticoïdes (CC). Cependant beaucoup de patients ont des réticences vis-à-vis des dermocorticoïdes à cause de leur possible effets indésirables.

Un questionnaire (TOPICOP) a été créé afin de mieux comprendre les origines de ces craintes.

Nous vous demandons de participer à cette étude afin de déterminer si ce questionnaire est facile à utiliser et à comprendre.

Merci de compléter les informations suivantes:

- Votre profil
- Le score TOPICOP
- Votre commentaire à propos de ce score

Merci de compléter les informations suivantes

- A : /
- S : /
- Q : /
- A : P : O/N, M : O/N, F : O/N
- C : /

|   |  |
|---|--|
| <b>Cadres et professions intellectuelles supérieures</b> (cadres administratifs et commerciaux, ingénieurs et cadres techniques, professions de l'information, des arts et des spectacles)                      |  |
| <b>Artisans, commerçants et chefs d'entreprises</b> (professions libérales, cadres de la fonction publique, artisans, chefs d'entreprises de 10 salariés ou plus)   |  |
| <b>Professions intermédiaires</b> (professeures des écoles, professions intermédiaires de la santé, clergé, professions administratives de la fonction publique ou de l'entreprise, techniciens, contremaîtres) |  |
| <b>Employés</b> (policiers et militaires, agents de service de la fonction publique, employés administratifs d'entreprise, employés de commerce)  |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Ouvriers</b> (ouvriers qualifiés de type industriel/artisanal, chauffeurs, ouvriers non-qualifié de type industriel/artisanal, ouvriers de la manutention, et du transport) |  |
| <b>Agriculteurs exploitants</b>  |  |
| <b>Retraités</b>   |  |
| <b>Autres personnes sans emploi</b> (sans emploi n'ayant jamais travaillé, élèves, étudiants, personnes diverses sans activité professionnelle)                                |  |

## Questionnaire TOPICOP

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

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

Cochez une case  par ligne

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

1. L CC

pas du tout    pas vraiment    un peu    tout à fait    je ne comprends pas la question

2. L CC

          

3. L CC

          

4. L CC

          

5. L CC

          

6. L CC

          

7. J

          

8. J

              CC

9. J

          

10. J

          

11. J

          

12. J

              CC

### Annexe 3: faisabilité, Acceptabilité

Cochez une case par ligne

|   | Pas du tout difficile | Pas vraiment difficile | Un peu difficile | Tout à fait difficile |
|---|-----------------------|------------------------|------------------|-----------------------|
| <b>Trouvez-vous qu'il est difficile de compléter ce questionnaire ?</b> |                       |                        |                  |                       |

|  | Pas du tout clair | Pas vraiment clair | Plutôt clair | Pas du tout clair |
|--|-------------------|--------------------|--------------|-------------------|
| <b>Les questions sont-elles claires pour vous?</b> |                   |                    |              |                   |

**Combien de temps avez-vous passé pour compléter le questionnaire?**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Moins de 5 minutes    |  |
| entre 5 et 10 minutes |  |
| Plus de 10 minutes    |  |

**Commentaires libres:**

**Avez-vous trouvé difficile de répondre aux questions suivantes:**

|  | <b>Pas du tout<br/>difficile</b> | <b>Un peu<br/>difficile</b> | <b>Assez<br/>difficile</b> | <b>Très<br/>difficile</b> |
|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| les CC passent dans le sang  |                                  |                             |                            |                           |
| les CC favorisent les infections   |                                  |                             |                            |                           |
| les CC font grossir  |                                  |                             |                            |                           |
| les CC abîment la peau   |                                  |                             |                            |                           |
| les CC ont des effets sur ma santé future  |                                  |                             |                            |                           |
| les CC favorisent l'asthme   |                                  |                             |                            |                           |
| J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine comme les paupières |                                  |                             |                            |                           |
| Je n'en connais pas les effets secondaires mais j'ai peur des CC                       |                                  |                             |                            |                           |
| J'ai peur d'utiliser une dose de crème trop importante                                 |                                  |                             |                            |                           |
| Je me traite le plus tard possible   |                                  |                             |                            |                           |
| Je me traite le moins longtemps possible   |                                  |                             |                            |                           |
| J'ai besoin d'être rassuré vis-à-vis du traitement par CC                              |                                  |                             |                            |                           |

## LETTRE D'INFORMATION AUX PATIENTS PARTICIPANT A LA VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE

Vous êtes invité(e) à participer à une étude internationale de recherche clinique dont le but est de valider un score permettant de dépister et de caractériser les craintes et les croyances des patients au sujet des corticoïdes locaux dans la dermatite atopique (encore appelé eczéma atopique), les causes et l'impact de ces craintes sur les soins quotidiens.

En effet l'eczéma atopique est une maladie fréquente dont le traitement de référence sont les corticoïdes locaux. Les craintes des patients ou de leurs parents concernant l'utilisation des dermocorticoïdes semblent fréquentes en pratique quotidienne et à l'origine de difficultés à réaliser le traitement.

Le but de cette étude est d'analyser ces craintes de façon objective afin de mieux les comprendre.

Lors de la première partie de l'étude nous avons élaboré un questionnaire d'évaluation des craintes des patients au sujet des corticoïdes locaux à partir d'entretiens réalisés auprès de plusieurs patients mais aussi de médecin et de pharmaciens (questionnaire TOPICOP). Ce questionnaire permettra ensuite de dépister ces craintes et ainsi d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'eczéma atopique.

Avant cela, ce questionnaire doit être validé par de nombreux patients. C'est à cette deuxième partie de l'étude que nous vous proposons de participer en répondant au questionnaire qui vous est remis.

Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous faut remplir le questionnaire et le ré adresser avec cette lettre d'information signée

Dans tous les cas l'anonymat et la confidentialité des éléments fournis seront respectés.

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance de la lettre d'information au patient concernant l'étude d'évaluation de la corticophobie dans la dermatite atopique, et avoir reçue une information claire.

Il vous sera à tout moment possible de mettre fin à votre participation à l'étude sans que cela n'ait une quelconque influence sur votre prise en charge par le service de dermatologie.

Enfin il vous sera possible de connaître les résultats globaux de l'étude lorsque celle-ci sera achevée.

Ainsi j'accepte de participer à cette étude.

A :

Le :

Signature patient :

Signature médecin :