



HAL
open science

Inquiétudes et difficultés face à la prescription de dermocorticoïdes en médecine générale dans le cadre de la dermatite atopique

Isabel Flores Urey

► **To cite this version:**

Isabel Flores Urey. Inquiétudes et difficultés face à la prescription de dermocorticoïdes en médecine générale dans le cadre de la dermatite atopique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03253520

HAL Id: dumas-03253520

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03253520>

Submitted on 8 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER – NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Isabel FLORES UREY

Le 11 mars 2021

**INQUIÉTUDES ET DIFFICULTÉS FACE A LA PRESCRIPTION DE
DERMOCORTICOIDES EN MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LE CADRE
DE LA DERMATITE ATOPIQUE.**

Directeur de thèse : Docteur Aurélie DU THANH

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Docteur Aurélie DU THANH

Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Docteur Muriel LALANDE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER – NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Isabel FLORES UREY

Le 11 mars 2021

**INQUIÉTUDES ET DIFFICULTÉS FACE A LA PRESCRIPTION DE
DERMOCORTICOIDES EN MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LE CADRE
DE LA DERMATITE ATOPIQUE**

Directeur de thèse : Docteur Aurélie DU THANH

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Docteur Aurélie DU THANH

Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Docteur Muriel LALANDE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	DATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORiot Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoit	MARTY ANE Charles	SANGHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIER Jean Pierre

Professeurs Emerites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFÉ Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Remy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emerites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean-Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HÉRISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MÉUNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUÈRE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PRUDHOMME Michel

Anatomie

PUJOL Jean Louis

Pneumologie ; addictologie

PURPER-OUAKIL Diane

Pédopsychiatrie ; addictologie

ROGER Pascal

Anatomie et cytologie pathologiques

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Héléne

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline

Cancérologie ; radiothérapie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIÉ Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FÜCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire

Rhumatologie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JEZORSKI Eric

Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurencé	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BRŪILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin

Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine

Biologie cellulaire

RAVEL Christophe

Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris

Physiologie

STERKERS Yvon

Parasitologie et mycologie

THEVENIN-RENE Céline

Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUGNOUX Anne

Génétique

CHIRIAC Anca

Immunologie

DE JONG Audrey

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DU THANH Aurélie

Dermato-vénérologie

FITENI Frédéric

Cancérologie ; radiothérapie

GOUZI Farès

Physiologie

HERRERO Astrid

Chirurgie viscérale et digestive

HUBERLANT Stéphanie

Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTÉL Alix

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique ; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe :

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale :

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne-Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danièle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurèle	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Malina	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie-Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Annie	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laëtitia	MILESI Christophe



MORAU Estelle SEGURET Fabienne
MOSER Camille SENESSE Pierre
MOUSTY Eve SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël SOLA Christelle
PANSARD Nicole SOULLIER Camille
PERNIN Vincent STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine THIRION Marina
PICARD Eric VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine VERNES Eric
PIERONI Laurence VINCENT Laure
POQUET Hélène WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence
QUANTIN Xavier
RAFFARD Laurence
RAPIDO Francesca
RIBRAULT Alice
RICHAUD-MOREL Brigitte
RIDOLFO Jérôme
RIPART Sylvie
RONGIERES Michel
ROULET Agnès
RUBENOVITCH Josh
SANTONI Fannie
SASSO Milène
SCHULDINER Sophie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MÏOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

Au président du jury le Professeur Philippe LAMBERT, merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et d'apporter votre regard critique sur ce travail.

A ma directrice de thèse le Dr DU THANH Aurélie, je tiens à t'exprimer toute ma reconnaissance d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour tes conseils, ta bienveillance et de m'avoir appris tellement de choses pendant mon stage dans le service de dermatologie.

Aux membres du jury le Dr OUDE ENGBERINK Agnès et le Dr LALANDE Muriel, merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et d'apporter votre appréciation à ce travail en tant que médecin généraliste et pédiatre.

Aux médecins qui ont accepté de participer à mon travail de thèse, merci de m'avoir consacré votre temps.

Aux équipes médicales et maîtres de stage qui m'ont accueilli dans leurs services et cabinets pendant les années d'internat.

A mes parents et à mon frère, merci pour votre soutien tout au long de ces études. Si j'en suis arrivée là, c'est grâce à vous.

Mamita, merci pour ton amour inconditionnel et ton réconfort dans les moments difficiles. Tu as toujours les mots exacts, ceux qui réchauffent le cœur.

Papito, merci pour ta confiance absolue en mes capacités, cela m'a toujours motivé à avancer. Ton caractère paisible me donne de la sérénité.

Ber, merci pour tes précieux conseils et ton regard critique devant toute situation, c'est pour ça que je t'admire.

A Guillaume, merci d'avoir été à mes côtés pendant ces longues études, pour ton soutien, ta patience et ta générosité. A nos prochaines aventures !

A tous mes colocs qui depuis mon arrivée en France, sont devenus comme une famille pour moi, merci !

Aux filles de la Citea, merci pour votre bienveillance et pour toutes les soirées sushis mochis mochis !

Au Krou, merci pour toutes ses soirées de fête, de rigolades et de révisions. A notre amitié si unique !

A tous mes amis boliviens, perpignanais, montpelliérains, toulousains et ceux qui se trouvent un peu partout dans le monde, merci pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir !

SOMMAIRE

Remerciements	20
Abréviations	24
Introduction	25
1. Contexte	25
1.1. La dermatite atopique	25
1.2. Les dermocorticoïdes	33
1.3. Stratégie thérapeutique	35
2. Inquiétudes face aux dermocorticoïdes	40
2.1. Corticophobie chez les patients	41
2.2. Corticophobie chez les professionnels de santé	42
3. Question de recherche	43
Matériels et méthode	43
1. Type d'étude	43
2. Population de l'étude	44
3. Les entretiens	44
3.1. Création du guide d'entretien	44
3.2. Déroulement des entretiens	45
3.3. Recueil des données	46
4. Analyse	46
Résultats	47
1. Caractéristiques de la Population	47
2. Facteurs responsables d'une difficulté de prescription de dermocorticoïdes dans la dermatite atopique	48
2.1. Facteurs relatifs au vécu du médecin	48
2.2. Éléments en lien avec la dermatite atopique	55
2.3. Facteurs propres aux dermocorticoïdes	61
2.4. Influence des patients	67
3. Information donnée au patient	72
Discussion	78
1. Discussion de la méthode	78
2. Discussion des résultats	80
2.1. Une attitude prudente et attentiste, influencée par la formation médicale	80

2.2. Le manque de connaissances autour de la dermatite atopique	82
2.3. Le manque de connaissances autour des dermocorticoïdes.....	83
2.4. Des prises en charges complexes et une difficulté d'accès aux soins spécialisés	85
2.5. Des effets secondaires redoutés.....	87
2.6. L'influence des patients.....	88
2.7. Discordance dans les discours et adhésion thérapeutique.....	89
3. Perspectives.....	91
Conclusion	92
Bibliographie.....	94
Annexes	98
Serment d'Hippocrate.....	104

Abréviations

CHP : centre hospitalier de Perpignan

DA : dermatite atopique

DC : dermocorticoïde

DLQI : dermatology life quality index

DPC : développement professionnel continu

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

EVA : échelle visuelle analogique

HAS : haute autorité de santé

HSV1 : virus herpès simplex de type 1

HTA : hypertension artérielle

IgE : immunoglobuline E

PO : per os

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisée

SCORAD : scoring of atopic dermatitis

S. aureus : staphylococcus aureus

Th 2 : T helper 2 cells

TOPICOP : TOPICAL CORTICOSTEROIDS PHOBIA

Introduction

La dermatite atopique est une maladie cutanée inflammatoire chronique, sa fréquence croissante et le coût global de sa prise en charge en font un problème de santé publique. La prévalence de cette dermatose chronique en France est de l'ordre de 12 à 15%, ce chiffre a triplé en 30 ans dans les pays industrialisés (1). En 2017, l'étude « Objectif Peau », menée par la Société Française de Dermatologie, a mis en évidence que 2,5 millions de français de plus de 15 ans souffraient d'eczéma et environ un patient sur deux déclarait que cela avait un impact important sur sa vie personnelle et professionnelle.

Le médecin généraliste est donc fréquemment confronté au diagnostic, à la prise en charge initiale et à l'orientation des formes sévères vers des spécialistes (2).

Malgré l'établissement de recommandations de prise en charge nationales (3) et des recommandations européennes (4)(5), les stratégies diagnostiques et thérapeutiques sont encore très différentes selon les praticiens. La discordance des discours entre les soignants ainsi que les nombreuses croyances répandues autour de cette maladie et de son traitement, rendent sa prise en charge difficile. (6)

1. Contexte

1.1. La dermatite atopique

i. Définitions

La littérature médicale antique, des textes grecs, égyptiens et chinois, évoquent l'existence de dermatoses prurigineuses chroniques qui correspondaient déjà probablement à la dermatite atopique (DA) actuelle.

L'eczéma infantile a été décrit pour la première fois en 1856. Ce terme trouve ses origines du grec *ekzema* pour « éruption ». Le terme de dermatite atopique n'a été inventé qu'en 1933, en attachant une grande importance aux réactions allergiques que l'on commençait à étudier à cette époque. Les incertitudes physiopathologiques de l'époque sur l'origine de la dermatite atopique ont eu des conséquences sur sa

thérapeutique. Auparavant, selon la théorie des humeurs d'Hippocrate, on craignait que soigner l'eczéma « fasse sortir » l'asthme ou d'autres maladies. On a longtemps cru qu'un régime alimentaire particulier pouvait améliorer l'eczéma. Nous savons, à ce jour, que cela n'est vrai qu'exceptionnellement dans des cas particuliers. Ainsi, d'autres termes utilisés auparavant tels que eczéma atopique et eczéma constitutionnel, restent encore d'usage (7).

ii. Physiopathologie

La DA est une pathologie plurifactorielle, due à l'association de facteurs génétiques environnementaux et immunologiques.

- Facteurs génétiques : L'atopie se définit par la prédisposition personnelle et/ou familiale à une hyperréactivité immunologique médiée par les anticorps IgE vis-à-vis d'allergènes environnementaux. Ce terrain génétique favorise l'apparition de pathologies telles que les allergies alimentaires et l'asthme. 50 à 70 % des patients atteints de DA ont un parent au premier degré atteint de cette même pathologie cutanée, d'asthme ou de rhinite allergique (3).

- Anomalie innée de la barrière cutanée : La fonction de la barrière cutanée des patients atteints de DA est défectueuse en peau lésée ainsi qu'en peau non lésée. Il s'agit d'une dysfonction de la filaggrine, protéine importante pour la structure et le rôle de la barrière épidermique. Des études récentes ont montré que les patients ayant une mutation inactivatrice du gène codant pour cette protéine avaient un risque trois fois plus important de développer une DA, et qu'un tiers des patients avec une DA étaient porteurs d'une telle mutation, avec formes plus sévères et association plus fréquente à un asthme.(6)

- Réaction inflammatoire : Celle-ci est activée grâce au passage d'allergènes à travers la barrière cutanée défectueuse. Des facteurs irritants chimiques externes peuvent induire une réaction inflammatoire cutanée plus rapidement que chez un sujet sain. Lors d'une poussée aiguë, on observe une polarisation de l'activation lymphocytaire T vers un profil de type Th2 puis, une augmentation consécutive de la production d'IgE par les cellules de Langerhans. Lors de la phase chronique, une activation lymphocytaire T de type Th1 s'associe à une activation Th2. Il semblerait que la peau

d'un patient atteint de DA est le siège d'une inflammation chronique par agrégation de nombreux lymphocytes et cytokines pro-inflammatoires au niveau du derme (6) (8).

- Facteurs environnementaux : La théorie hygiéniste, élaborée en 1989, soulève l'hypothèse que des facteurs tels qu'une famille nombreuse et une situation socio-économique précaire contribuent à une diminution des maladies atopiques. Une exposition précoce à une quantité importante de microorganismes variés durant l'enfance semble être un facteur protecteur. On observe au contraire, une augmentation de la prévalence de la DA dans les populations au niveau de vie élevé et en milieu urbain. (6) (8)

iii. Diagnostic clinique

Le diagnostic de dermatite atopique est clinique. Il est défini par les critères de Hanifin et Rajka établis en 1979. Ceux-ci seront simplifiés et validés au niveau international en 1994. (9) Il s'agit des critères suivants :

<p>Critère obligatoire</p> <hr/> <p>Dermatose purigineuse ou parents rapportant que l'enfant se gratte ou se frotte.</p> <p>Associé à au moins 3 critères suivants :</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none">- antécédents personnels de dermatite des plis de flexion (fosses antécubitales, creux poplités, faces antérieures des chevilles, du cou) et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans- antécédents personnels d'asthme ou de rhinite allergique (ou de maladie atopique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans)- antécédent de xérose cutanée diffuse au cours de l'année précédente- eczéma des plis atteignant les joues, le front ou la convexité des membres chez l'enfant de moins de 4 ans- début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable pour un enfant de plus de 4 ans)
--

Tableau 1 : **Critères de la dermatite atopique de l'UK Working party.** (Société Française de Dermatologie)

L'aspect clinique varie en fonction du stade et de l'âge du patient.

Lors d'une poussée aiguë, les lésions sont érythémateuses, œdématisées, en placards, associant des lésions élémentaires telles que des vésicules, des excoriations avec suintement puis des croûtes.

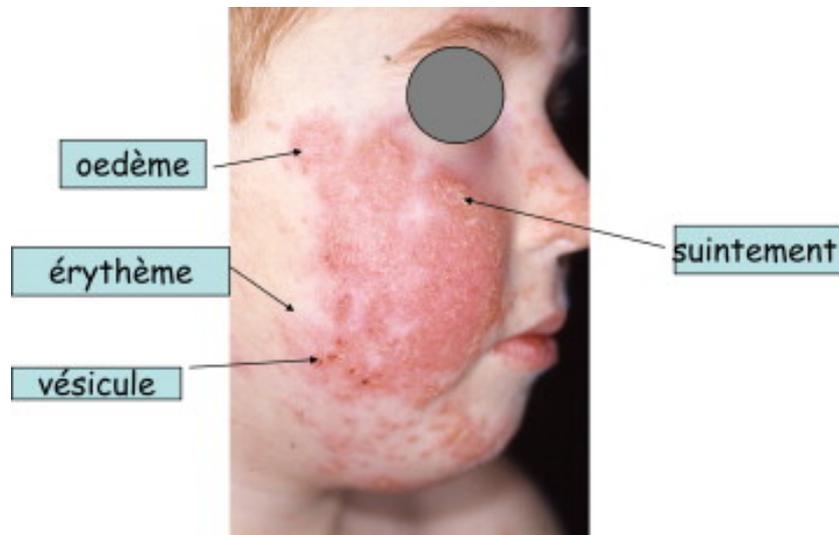


Image 1 : **Lésions élémentaires dans la dermatite atopique.** Archives de Pédiatrie Vol 19 2012

Lors de la phase chronique, les lésions sont érythémateuses et squameuses. La peau peut s'épaissir et prendre un aspect quadrillé ou pigmenté en cas de grattage chronique, c'est la lichénification. (10)



Image 2 : **Eczéma lichénifié.** Collège des enseignants en dermatologie de France

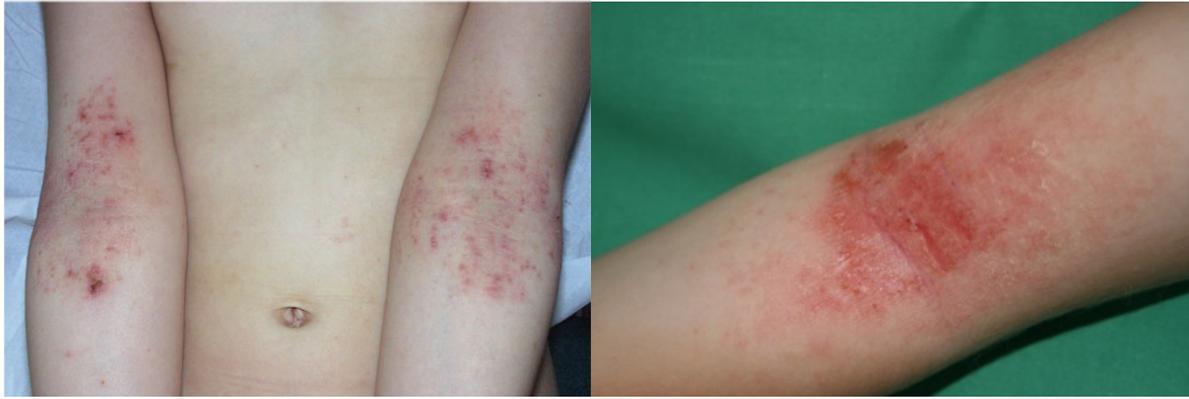
Chez le nourrisson jusqu'à 2 ans : les lésions débutent vers trois mois et même parfois dès les premières semaines de vie. Il s'agit d'une atteinte symétrique, prédominant sur les convexités, le visage (respect médio-facial), les plis du cou et des membres. L'aspect des lésions est variable, les lésions aiguës sont érythémateuses, suintantes puis croûteuses. Les lésions peuvent prendre un aspect « nummulaire » bien limité (en pièces de monnaie). Le prurit est présent, souvent responsable de troubles du sommeil.



Image 3 : **Dermatite atopique du nourrisson en poussée**

www.dermatologytimes.com

Chez l'enfant après 2 ans : les lésions sont davantage localisées au niveau des plis de flexion, le long des membres, des mains et des chevilles (on parle de « zones bastion »). Parfois, les lésions deviennent plus étendues et ont un aspect de prurigo (papules prurigineuses) sur les membres. Une atteinte des faces d'extension des membres est possible. L'épaississement de la peau, appelé lichénification, prédomine sur l'érythème et l'œdème. Après 2 ans, la xérose cutanée est plus nette que chez le nourrisson. Certaines dermatoses localisées telles que la dermatite péri orale, la dyshidrose, les chéillites et vulvites peuvent être des signes associés à la DA.



Images 4 et 5 : **Lésions sur les plis de flexion.** www.chu-nantes.fr

Chez l'adolescent : un cas sur deux des DA de l'enfance disparaît vers l'âge de deux ans. Parmi les cas qui persistent dans l'adolescence, on observe que la lichénification et la xérose sont les atteintes les plus fréquentes. (3) (6)

Chez l'adulte : la dermatite atopique n'est pas une maladie exclusivement infantile. L'apparition ou la persistance de celle-ci à l'âge adulte est possible. Il semblerait, que les présentations cliniques de type dermatites du pied sont plus fréquentes chez l'adulte. Au contraire, les localisations au niveau des plis de flexions seraient moins fréquentes. Ainsi, les diagnostics différentiels chez l'adulte peuvent parfois être trompeurs. (11)

Il n'est pas recommandé de réaliser des examens complémentaires avant de débiter la prise en charge d'une DA, le diagnostic est clinique. Il n'existe à ce jour, aucun biomarqueur pathognomonique pour le diagnostic de DA. L'élévation du taux d'IgE totales ou spécifiques est un marqueur retrouvé de façon fréquente dans le sérum. Cependant, celui-ci n'est pas présent chez tous les individus atteints de DA. En revanche, des explorations allergologiques par prick tests, IgE spécifiques ou patch tests, peuvent être envisagés afin d'éliminer une éventuelle allergie associée. Le bilan allergologique s'effectue dans les cas suivants :

- Stagnation ou cassure de la courbe staturo-pondérale.
- DA sévère avec échec d'un traitement bien conduit.
- DA accompagnée d'une ou de plusieurs manifestations associées suivantes :

- . Signes cliniques évoquant une allergie alimentaire après ingestion ou contact avec un aliment. (Choc anaphylactique, angioedème, urticaire, asthme, vomissements ou diarrhées)
- . Signes cliniques évoquant une allergie respiratoire. (Asthme rhinite et conjonctivite)
- . Signes évoquant une allergie de contact par atteinte de zones inhabituelles (mains, siège). DA étendue ne répondant pas au traitement habituel bien conduit ou récurrence de DA en rémission. (3) (6)

Les principaux diagnostics différentiels à évoquer chez le nourrisson sont la dermatite séborrhéique et la gale. Elles se présentent par des lésions vésiculeuses et pustuleuses des paumes des mains et des plantes des pieds. Chez l'enfant et l'adulte, il faut évoquer les dermatites de contact, le psoriasis ou le lymphome cutané, pouvant parfois être de diagnostic difficile. (10)

Afin d'évaluer la gravité de la DA, un groupe d'experts a établi et validé en 1990, un score de gravité ; le SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis). Ce score prend en compte trois critères : l'intensité des signes cliniques, l'extension de la dermatose et la sévérité des signes fonctionnels (prurit et troubles du sommeil). Il peut être reproduit lors de chaque consultation et permet, ainsi, le suivi de la dermatite atopique. Une DA légère est définie par un SCORAD <25, une DA modérée par un SCORAD entre 25 et 50 et une DA sévère pour un SCORAD > 50. Le PO-SCORAD (*patient-oriented SCORAD*) est un outil qui permet l'évaluation de la gravité par le patient lui-même.(4) (5)

Table 1 SCORing Atopic Dermatitis index for classification of severity of eczema [15]

Severity	SCORAD index
Mild	<25
Moderate	25–50
Severe	>50

SCORAD, SCORing Atopic Dermatitis.

Tableau 2 : **SCORAD index**

Cependant, si ces scores évaluent la pathologie à un instant donné, ils ne permettent pas d'apprécier la sévérité globale. L'échelle de qualité de vie DLQI permet, quant à elle, d'avoir une appréciation qualitative de l'évaluation de la maladie par le patient. Cela n'est pas nécessairement corrélé à la gravité clinique. Il existe aussi des échelles de qualité de vie, spécifiques à la DA, destinées et adaptées aux enfants. (3)

iv. Évolution, complications

La DA évolue par poussées et phases de rémission et une aggravation est classique lors de l'hiver. Les formes sévères de la maladie évoluent de façon continue. Près d'un cas sur deux guérit à l'âge adulte. 3 à 5% des formes présentes chez l'enfant évoluent vers une forme de l'adulte. Un début tardif est possible mais rare. En effet, environ 1/3 des cas chez les adultes se développent après l'adolescence (4)(10).

Les complications dans la DA sont essentiellement d'ordre infectieux. Un aspect clinique de croûtes jaunâtres ou purulentes, des lésions vésico-bulleuses ou pustuleuses inhabituelles, doit faire suspecter une surinfection par *Staphylocoque doré*.

Une des complications les plus redoutées est le syndrome de Kaposi-Juliusberg. Il s'agit d'une surinfection grave par le virus Herpès HSV1. Elle doit être suspectée devant toute modification rapide des lésions, avec un aspect de vésicules ou pustules ombiliquées, regroupées en placards devenant crouteux et parfois nécrotiques. L'association de fièvre et d'une altération de l'état général nécessite une prise en charge en urgence (3) (10).

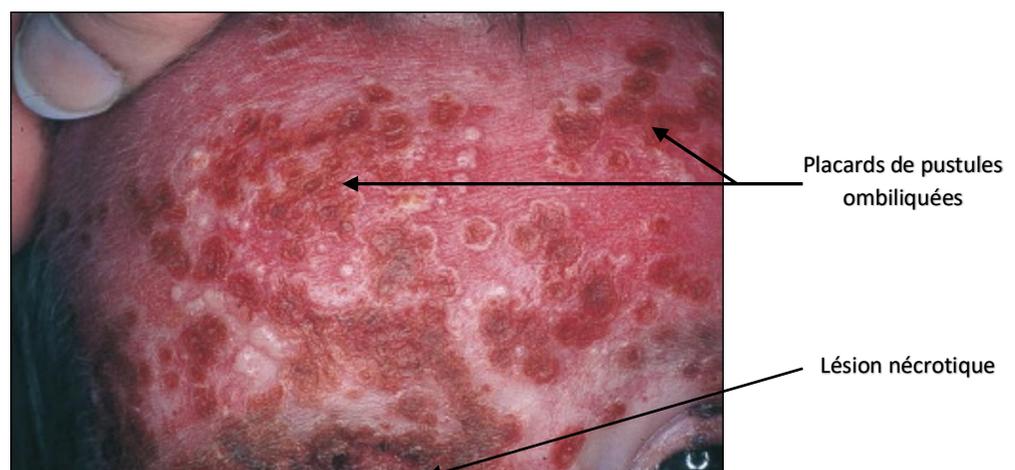


Image 6 : **Syndrome de Kaposi-Juliusberg**. Collège des enseignants de dermatologie

1.2. Les dermocorticoïdes

Le traitement de la DA est symptomatique. Il a pour but de traiter les poussées et de prévenir les rechutes au long terme. Les recommandations établies lors de la conférence de consensus de 2004 par la société Française de Dermatologie (3), ainsi que les recommandations européennes de 2018 (4)(5), préconisent le traitement des poussées de DA par des dermocorticoïdes (DC) en première intention.

i. Définitions, classifications

Les dermocorticoïdes sont des topiques à base de glucocorticoïde. Leurs propriétés anti-inflammatoires sont utilisés dans la dermatite atopique depuis les années 1950. Ils permettent une diminution des lésions et du prurit en provoquant une vasoconstriction locale, ce qui permet une diminution de l'érythème et de l'œdème.

Leur effet anti-inflammatoire et leurs propriétés immunosuppressives proviennent de l'activité directe sur l'ADN, l'activation de protéines anti-inflammatoires et l'inhibition de protéines pro-inflammatoires.

Par ailleurs, ils possèdent un effet antimitotique sur les cellules de la peau, étant responsable d'effets secondaires tels que l'atrophie épidermique, dermique (vergetures) et l'hypo pigmentation par diminution de mélanocytes. (12)

Les DC sont classés en 4 groupes en fonction de leur puissance d'action et à travers le degré de vasoconstriction induite. Initialement, la classification française des DC se présentait de façon décroissante. La classe I correspondant aux DC de très forte activité et la classe IV à ceux de faible activité. Une harmonisation des classifications avec celle proposée au niveau international a été réalisée en 2005 lors de la conférence de consensus sur la prise en charge de la DA de l'enfant (3) (12). Elle se présente actuellement dans le sens inverse (classe I faible, classe IV très forte) comme le montre ce tableau :

Classification internationale	DCI	Concentration	Nom commercial (formes galéniques)	
Classe IV très forte	Clobétasol propionate	0,05 p. 100	Dermoval (C, G)	
	Bétaméthasone dipropionate	0,05 p. 100 (propylène glycol)	Diprolène (C, P)	
	Bétaméthasone dipropionate	0,05 p. 100	Diprosone (C, P, L)	
Classe III, forte	Bétaméthasone valérate	0,1 p. 100	Betneval (C,P, L) Celestoderm (C)	
	Désonide	0,1 p. 100	Locatop (C)	
	Diflucortolone valérate	0,1 p. 100	Nerisone (C, P) Nerisone C (C) Nerisone gras (P)	
	Difluprednate	0,05 p. 100	Epitopic (C, G)	
	Fluticasone propionate	C 0,05 p. 100 P 0,005 p. 100	Flixovate (C,P)	
	Hydrocortisone butyrate	0,1 p. 100	Locoid (C, E, L, P)	
	Hydrocortisone acéponate	0,127 p. 100	Efficort (C)	
	Classe II, modérée	Fluocortolone	0,05 p. 100	Ultralan (CP)
		Difluprednate	0,02 p. 100 0,05 p. 100	Epitopic (C, G)
		Désonide	0,1 p. 100	Locapred (C)
Désonide		0,05 p. 100	Tridesonit (C)	
Bétaméthasone valérate		0,05 p. 100	Celestoderm, relais (C)	
Fluocinolone acétonide		0,01 p. 100	Synalar (S)	
Classe I, faible		Hydrocortisone	1 p. 100	Hydrocortisone Kerapharm (C) Hydracort (C)

Tableau 3 : **Classification internationale des DC selon leur puissance**

Conférence de consensus 2004

C : crème, P : pommade, L : lotion, E : Émulsion, G : gel, S : Solution pour instillation

Nous pouvons observer, sur ce tableau, les différentes présentations galéniques et les multiples noms commerciaux existant en France.

ii. Effets secondaires

Les effets secondaires des DC peuvent être d'ordre local ou systémique, ils sont notamment présents lors d'utilisations prolongées et/ ou fortes puissances thérapeutiques.

L'atrophie cutanée est l'effet indésirable local le plus fréquent, constant mais réversible à l'arrêt du traitement (12). Elle est souvent plus marquée au niveau des plis et des zones d'occlusion. D'autres effets secondaires sont décrits tels que les télangiectasies, la dermatite péri-orale ou péri-oculaire, les vergetures, une hypo

pigmentation, l'acné, l'hyperpilosité et l'eczéma de contact (13). Une application de DC de longue durée et de façon répétée sur les paupières, pourrait entraîner dans des cas exceptionnels une cataracte ou un glaucome (12). En ce qui concerne les effets indésirables infectieux, nous observons dans la littérature, que l'utilisation de DC serait un facteur favorisant la survenue d'infection virales (VZV), à pyogènes (impétigo), ainsi qu'à dermatophytes (13). De même, l'usage des DC sous occlusion augmenterait de façon significative la pénétration du produit par majoration de l'hydratation et de la durée de contact. Une vigilance supplémentaire doit être portée lors d'applications importantes et répétées au niveau du siège et sous occlusion chez le nourrisson. (12)

Les effets locaux sont rarement observés en pratique. La conférence de consensus de 2004 préconise que la crainte théorique de ces effets ne doit pas limiter la prescription de DC (3). Les craintes sur les effets secondaires trouvent leurs origines dans les années 70. Lors des débuts d'utilisation des DC, la survenue de multiples effets secondaires, ainsi que l'apparition de cas de mésusage chez des personnes souhaitant blanchir leur peau à des fins esthétiques, met en alerte les professionnels de santé. (13)

En ce qui concerne les effets secondaires systémiques, ils surviennent rarement et surtout en cas d'utilisations prolongées de DC de puissances élevées et sur des surfaces étendues (14). Les enfants sont plus sensibles que les adultes du fait d'un rapport surface/poids plus élevé. Les effets secondaires décrits sont essentiellement, une freination temporaire de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et un retard de croissance (3). Cependant les effets présumés sur l'axe hypothalamo-hypophysaire ont été surestimés. Ils sont directement dépendants de la quantité de DC utilisée et réversibles à l'arrêt du traitement (6). On sait par ailleurs qu'une DA sévère peut entraîner, par elle-même, un retard de croissance. Celui-ci est réversible grâce à un traitement efficace des poussées de DA. (4)

1.3. Stratégie thérapeutique

La stratégie thérapeutique initiale, dans la DA, repose sur 3 piliers fondamentaux : les soins cutanés, les traitements anti-inflammatoires locaux et l'éducation thérapeutique.

i. Soins cutanés

Les émoullients sont des topiques ayant un effet occlusif et hydratant. Ils ont un impact sur la sècheresse cutanée et restaurent transitoirement la fonction barrière cutanée (6). Leur efficacité sur la xérose cutanée a été démontré. Leur utilisation est recommandée par accord professionnel en traitement de fond, quel que soit la gravité de la DA. Ils constituent la base du maintien des rémissions, grâce à une hydratation dermique suffisante.(4) Leur tolérance est souvent bonne, mais parfois en période de poussées très inflammatoires, leur utilisation doit être arrêtée quelques jours si des sensations de brulures, prurit ou rougeurs surviennent. Il est recommandé d'utiliser des émoullients sans parfums et sans conservateurs afin d'éviter les sensibilisations de contact (6). L'application d'émoullients doit être, si possible, réalisée deux fois par jour juste après le séchage de la peau. La dose d'émoullient doit être réchauffée dans le creux de la main et appliquée sans mouvements de friction. Lorsque ces soins cutanés sont correctement effectués, un effet d'épargne en dermocorticoïdes peut être observé, grâce à la diminution de la fréquence des poussées.

Par ailleurs, il est conseillé d'associer aux émoullients, des mesures d'hygiène pour éviter le dessèchement de la peau. Lors de la toilette, l'usage d'eau tiède pendant de courtes périodes est recommandée. Il convient aussi d'utiliser, de préférence, les textiles en coton et des détergents non agressifs (15).

Des études ont démontré le lien entre le tabagisme et la dermatite atopique chez les adolescents et les adultes. La prévalence du tabagisme est élevée dans les DA graves. Cependant, ces études ne peuvent pas conclure sur l'imputabilité du tabagisme comme facteur de déclenchement dans la DA. Le sevrage tabagique est pourtant recommandé en prévention primaire. (4)

ii. Traitement anti-inflammatoires locaux

A l'heure actuelle, il existe deux traitements anti-inflammatoires locaux dans le cadre de la dermatite atopique : les dermocorticoïdes et les inhibiteurs de la calcineurine.

En ce qui concerne les DC, le choix de la molécule se fait en fonction du site à traiter, de l'âge du patient, de l'étendue des lésions et de la sévérité. Il faut ainsi tenir compte de certaines recommandations d'emploi :

- Les contre-indications générales sont : les infections bactériennes, fongiques, virales et parasitaires, l'acné, la rosacée et les lésions ulcérées. (14)
- Les DC de classe IV sont contre-indiqués chez le nourrisson le jeune enfant, le visage, les plis et le siège.
- Les DC de classe III peuvent être utilisés en cure courte chez l'enfant sur des lésions lichénifiées, les extrémités et sur les lésions résistantes aux DC de classe II.
- En l'absence de données, les DC de classe III sont recommandés chez le nourrisson uniquement à partir 3 mois.
- Puisqu'il existe une absorption plus importante au niveau du visage, des paupières, des zones génitales et des plis, les DC de classe II sont préférés dans ces topographies (6) (12)(4).
- La quantité de DC à appliquer dépend de la surface à traiter. Ainsi, l'unité phalangelette permet une estimation de cette quantité. Cette unité correspond à la quantité de topique déposée sur toute la longueur de la dernière phalange de l'index d'un adulte. Cela équivaut à la quantité nécessaire pour traiter une surface de deux paumes de main d'un adulte (15).
- Concernant les différentes galéniques, les pommades sont indiquées sur les lésions sèches et lichénifiées, les crèmes sur les zones suintantes les plis ou sur des surfaces cutanées importantes. Les lotions peuvent être utilisés pour les plis ainsi que pour les zones pileuses, les gels pour le cuir chevelu. (6) (12) (4)

Les DC, peuvent être prescrits en suivant un schéma de prescription en deux axes.

Traitement d'attaque : il s'agit d'une phase courte, de quelques semaines, qui a pour objectif une rémission clinique rapide. Dans cette phase le DC est prescrit une fois par jour, jusqu'à disparition des lésions érythémateuses et du prurit. Ce dernier schéma de prescription facilite l'application et favorise l'adhésion thérapeutique. A ce stade, une évaluation initiale de l'efficacité et de la tolérance est nécessaire avant de passer à la phase d'entretien(6). La réduction progressive de la dose initiale, est généralement conseillée par de nombreux praticiens afin d'éviter un effet rebond au sevrage. A ce

jour aucune étude contrôlée n'a vraiment démontré son utilité. Les stratégies de réduction progressive consistent à réduire la fréquence d'application ou à choisir un DC de classe inférieure avant l'arrêt (4).

Traitement d'entretien : il s'agit d'une phase de rémission clinique mais à risque de récurrence. Le but de cette phase est d'obtenir une rémission au long cours grâce à l'application quotidienne d'émollients et l'utilisation de DC selon deux modalités.

-Un traitement réactif précoce, par applications quotidiennes de DC dès les premiers signes inflammatoires et jusqu'à disparition des lésions. (6)

-Un traitement proactif, par application systématique de DC de classe forte, 2 fois par semaine pendant 4 mois sur les localisations touchées habituellement. En effet, l'efficacité de ce schéma a été démontré par une étude randomisée en double aveugle. Cette modalité permettrait de réduire le nombre de poussées, chez les patients ayant des récurrences fréquentes supérieures à quatre par an. Le traitement proactif permet une épargne cortisonique, en produisant des périodes de rémission plus longues, par diminution de traitements intensifs d'attaque lors des poussées. (4)(16)

Tableau 2
Stratégie de traitement de la DA en fonction de l'âge et de la gravité de la maladie.

z	DA mineure	DA modérée	DA grave
Avant 3 mois	Education Th.	Emollients	DC modérés
3 mois-2 ans	Education Th.	Emollients	DC modérés
2 ans-10 ans	Education Th. Emollients DC modérés	Seconde intention: DC forts Première intention: Education Th. Emollients DC modérés DC forts (sur zones lichénifiées et extrémités)	Education Th. Emollients DC forts
Adolescent et adulte	Première intention: Education Th. Emollients DC modérés Seconde intention: DC forts	Première intention: Education Th. Emollients DC forts Seconde intention: DC très forts (sur zones lichénifiées et extrémités) Photothérapie Traitement systémique	Recherche alimentaire systématique Prise en charge psychologique des parents Seconde intention: DC forts Première intention: Education Th. Emollients DC forts Prise en charge multidisciplinaire en centre spécialisé (psychologique, dermatologique, allergologique) Seconde intention: Hospitalisation pour soins locaux Traitement systémique DC très forts sur zones lichénifiées et extrémités Première intention: Education Th. Emollients DC forts et très forts Prise en charge multidisciplinaire en centre spécialisé (psychologique, dermatologique allergologique) Seconde intention: Hospitalisation pour soins locaux Traitement systémique

DC : dermatocorticoïdes ; éducation Th. : éducation thérapeutique.

Tableau 4 : **Récapitulatif de la prise en charge de la DA en fonction de l'âge et la gravité.**

Th : thérapeutique, DC : dermocorticoïdes, DA : dermatite atopique

DA enfant ado 2020 (6)

Le Tacrolimus topique, inhibiteur de la calcineurine, est un traitement antiinflammatoire local, indiqué dans la DA modérée à sévère en cas d'échec ou de contre-indications aux DC. Il peut être instauré chez l'enfant après l'âge de 2 ans et chez l'adulte. Il est indiqué lors des poussées inflammatoires, ainsi qu'en traitement d'entretien chez les patients présentant au moins 4 poussées par an à travers le même schéma d'application que les DC.

Les effets secondaires sont essentiellement des sensations de brûlure et une augmentation du prurit. Le tacrolimus peut être utilisé sur le visage chez l'adolescent et l'adulte, puisqu'il n'induit pas d'atrophie cutanée. La prescription du tacrolimus est cependant réservée aux dermatologues et aux pédiatres. (6)

iii. Éducation thérapeutique

Un grand nombre de maladies dermatologiques chroniques ont un fort retentissement sur la qualité de vie des patients, c'est le cas de la DA. L'éducation thérapeutique a pour but d'améliorer la prise en charge et le vécu de ces maladies chroniques, en développant les compétences des malades (17). Elle comprend une évaluation initiale des connaissances et des croyances du patient et/ou de sa famille, sur la pathologie et son traitement. L'éducation thérapeutique intègre ainsi, une explication des mécanismes de la DA, de son évolution, des principaux objectifs du traitement et des mesures d'hygiène associées.(6)

En 2004, un groupe thématique de la Société Française de Dermatologie a travaillé sur la création d'un référentiel à disposition des soignants, afin d'instaurer et de développer l'éducation thérapeutique dans la DA. Les compétences et connaissances de patients et/ou de leur entourage, étaient évaluées dans trois domaines. Tout d'abord, les connaissances théoriques, ensuite le savoir-faire (réalisation des soins), enfin, le savoir être. Ce, afin de pouvoir expliquer la maladie aux proches et savoir à

quel moment contacter un professionnel de santé. Ce référentiel n'a pas pour but d'exiger l'ensemble des compétences, mais permet au soignant de choisir quels points travailler avec son patient, l'autonomiser et améliorer l'adhérence thérapeutique. (17) (cf. Annexe 2)

En ce qui concerne la connaissance et l'utilisation des dermocorticoïdes, il est important de transmettre aux patients quelques règles à respecter pour un bon usage du médicament :

- Appliquer les DC dès l'apparition des rougeurs et uniquement sur les plaques d'eczéma.
- Arrêter les DC lors de la disparition complète des lésions.
- Mettre en quantité suffisante, selon la règle de l'unité phalange. Il n'existe pas de dose maximale, une dose insuffisante peut rallonger la durée du traitement.
- Arrêter le traitement si apparition de signes de surinfection. (1)

Au stade du traitement d'entretien, il est capital d'expliquer au patient ou à ses parents, la notion de poussées récurrentes au cours de cette phase. L'objectif est d'obtenir la rémission et la maintenir au long cours.

2. Inquiétudes face aux dermocorticoïdes

Le terme « corticophobie » a été évoqué pour la première fois par Tuft L. (18) en 1979. Ce terme provient des craintes qu'avaient les médecins à l'époque face au traitement de l'asthme par corticoïdes inhalés. David TJ. (19) reprend ce terme en 1987 et alerte les médecins du risque de sous-traiter, en corticoïdes inhalés, les enfants asthmatiques par crainte de la survenue d'effets secondaires.

Le terme de corticophobie ne doit pas être rattaché au sens psychiatrique du terme « phobie », soit une peur irréaliste provoquée par un objet, un événement ou une situation, avec des répercussions dans la vie quotidienne.

2.1. Corticophobie chez les patients

Plusieurs études se sont intéressées à la corticophobie aux DC chez les patients atteints de dermatite atopique. En 2000, l'étude de CHARMAN (20), réalisée sur 200 patients en Angleterre, montrait que 73,2% des parents d'enfants atopiques et 70% des adultes atteints de DA avaient des craintes au sujet des DC. 24% avouaient ne pas avoir été compliants au traitement à cause d'inquiétudes diverses concernant ce traitement.

En 2006, une étude réalisée à Hong Kong, sur 233 patients, mettait en évidence une prévalence de corticophobie à 60% et uniquement un patient sur deux évoquait leurs craintes à leur médecin référent (21).

Une étude transversale et interventionnelle, sur 643 patients atteints de pathologies dermatologiques diverses, montre que leurs inquiétudes principales, provenaient des effets secondaires des DC tels que : l'atrophie cutanée, les effets systémiques et un affaiblissement du système immunitaire (22). Les sources de leurs craintes étaient les avis négatifs émis par les médias, internet, la famille, les amis, ainsi que les diverses informations provenant des professionnels de santé, tels que les médecins et les pharmaciens (22)(21)(20).

Ainsi, le manque de connaissances concernant l'utilisation des DC et les craintes, fondées ou non, sur ces derniers, sont les principaux facteurs à l'origine d'une mauvaise adhésion thérapeutique dans la DA (23). En effet, le taux d'adhésion thérapeutique en dermatologie varie entre 30 et 60%. Des études suggèrent une meilleure adhésion thérapeutique aux traitements par voie orale qu'aux DC dans la DA (24).

C'est ainsi qu'un outil pour évaluer la corticophobie chez les patients et les parents d'enfants atopiques a été élaboré en 2003 grâce à un questionnaire simple et composé de 12 questions : le TOPICOP score (*TOPical CORTicosteroids Phobia score*) (cf. Annexe 1). A travers cet outil, le praticien peut identifier, comprendre et agir sur les facteurs de réticence propres à chaque patient, en vue d'une meilleure adhérence thérapeutique (25). Le questionnaire a été validé au niveau international en plusieurs langues et a permis de constater la présence de ce problème dans différents pays(26).

2.2. Corticophobie chez les professionnels de santé

Il existe une grande variabilité de protocoles et d'habitudes de prescription parmi les médecins, concernant l'utilisation de DC dans la DA. En 2004, une enquête nationale « d'intention de pratiques sur la prise en charge de la dermatite atopique » a été réalisée auprès de dermatologues, pédiatres, médecins généralistes et allergologues afin de préparer la conférence de consensus sur la dermatite atopique. Cette enquête montrait une grande diversité d'habitudes de prescription parmi les différents médecins. En effet, l'instauration du traitement, sa durée, les modalités d'arrêt, le choix de classe thérapeutique et la quantité de produit prescrit étaient très diverses (27). Les différentes modalités de prise en charge peuvent être à l'origine d'inquiétudes chez les patients, favorisant leur méfiance et participant au nomadisme médical (5). L'enquête de pratiques a ainsi relevé que, 28% de médecins généralistes prescrivent un dermocorticoïde en première intention contre 60% pour les dermatologues (27).

Une étude observationnelle transversale, réalisée en 2017, a évalué les préoccupations d'utilisation de DC des médecins à travers une échelle visuelle analogique (EVA). Le chiffre 0 correspondait à : « aucune préoccupation » et 10 correspondait à : « préoccupation majeure ». Parmi les différents médecins interrogés, 74% signalaient avoir des préoccupations pour la plupart mineures (EVA à 3) mais aussi majeures (EVA entre 7 et 9) (22) .

Dans la littérature, peu d'études se sont intéressées à l'origine des préoccupations chez les médecins généralistes envers les DC.

Une étude récente a évalué la corticophobie chez des pharmaciens, des médecins généralistes, des pédiatres et des dermatologues à travers un TOPICOP score adapté aux professionnels de santé. L'étude rapporte l'existence d'une importante corticophobie parmi les professionnels de santé et en particulier chez les médecins généralistes et chez les pharmaciens (28).

3. Question de recherche

Ces derniers points nous laissent penser qu'à ce jour, un certain nombre de médecins généralistes éprouvent des difficultés lors de la prescription des dermocorticoïdes et de la transmission d'informations relatives à ces produits. Les médecins généralistes jouent un rôle clé dans ce contexte, puisqu'ils peuvent réduire ou renforcer les inquiétudes et l'adhérence thérapeutique des patients vis à vis du traitement. Par ailleurs, le recours à un spécialiste en dermatologie rencontre actuellement un important obstacle démographique sans réelle perspective d'amélioration dans les années à venir.

A travers cette thèse, nous voulons mieux caractériser les inquiétudes des médecins généralistes vis-à-vis de la prescription de DC dans la prise en charge de la DA, en se rattachant à leur vécu et leur expérience.

Ainsi, nous nous sommes demandé quelles étaient les inquiétudes concernant la prescription de dermocorticoïdes dans la dermatite atopique chez les médecins généralistes.

L'objectif principal de notre étude est de comprendre les difficultés et les inquiétudes lors de la prescription de dermocorticoïdes dans la dermatite atopique à travers leur expérience vécue.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'information donnée aux patients sur les DC par les médecins généralistes et l'impact de celle-ci sur l'éducation thérapeutique.

Matériels et méthode

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude de type qualitative par l'intermédiaire d'entretiens individuels semi-directifs, auprès de médecins généralistes. Dans le cadre de notre

étude, la recherche qualitative nous a paru la plus appropriée afin de pouvoir identifier les difficultés vécues par chaque médecin, lors de la prescription de DC dans la DA. Le choix de réaliser des entretiens individuels semi-directifs, nous a permis un échange personnalisé avec chaque intervenant et une plus grande liberté d'expression. Le sujet de notre étude touche aux pratiques des médecins. Ce sujet peut être difficile à aborder à travers un format de focus groupe. En effet, nous n'avons pas fait ce choix afin de ne pas limiter la parole du médecin par peur du jugement de ses confrères.

2. Population de l'étude

Dans le cadre de cette étude, les médecins généralistes ont été recrutés dans le département des Pyrénées Orientales par différents moyens. La plupart des médecins ont été contactés par appel téléphonique, en cherchant leur numéro sur Internet et en notant « médecin généraliste pyrénées orientales » sur un moteur de recherche. Dans la plupart des cas, un message était laissé à la secrétaire afin d'être recontacté par le médecin. Pour avoir un échantillon hétérogène, le choix des médecins s'est fait en fonction de leur sexe et leur lieu d'exercice. Quelques médecins ont été contactés personnellement, par mail ou par appel téléphonique, à travers le réseau confraternel personnel.

Le thème général de la thèse, « les dermocorticoïdes en ambulatoire », était précisé spontanément ou sur demande du médecin. Afin de limiter un biais lié à la connaissance du sujet, le thème était volontairement cité de façon imprécise, sauf si le médecin souhaitait des précisions.

3. Les entretiens

3.1. Création du guide d'entretien

Nous avons élaboré le guide d'entretien (cf. Annexe 2) de façon à pouvoir répondre à la problématique. Il a, en premier lieu, été testé sur deux médecins, ce qui nous a

permis de faire des modifications concernant l'ouverture, l'ordre des questions et des relances. Nous avons ainsi recueilli le consentement du médecin à l'oral en lui assurant l'anonymat de l'enregistrement et l'utilisation des données. Les quatre questions principales du guide d'entretien étaient des questions ouvertes afin d'obtenir des réponses spontanées de la part du médecin. Des questions de relance étaient formulées à chaque question principale si l'interviewé rencontrait des difficultés à répondre. La première question était d'ordre général. Tout d'abord, nous avons demandé au médecin de décrire les différentes étapes de sa dernière consultation pour dermatite atopique. Les deux questions suivantes portaient sur la prise en charge de la dermatite atopique sur deux axes ; la prescription de dermocorticoïdes et la prise en charge d'une dermatite atopique qui relève d'une difficulté particulière. La quatrième question était plus globale et portait sur les craintes envers les DC. Nous avons recueilli les données sociodémographiques en fin d'entretien.

3.2. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu durant deux périodes, de mars à avril 2020 et d'octobre à novembre 2020. A cause du contexte sanitaire et des périodes de confinement pendant l'épidémie de COVID-19, tous les entretiens n'ont pas pu se dérouler en présentiel. Cinq entretiens se sont déroulés dans le cabinet médical de chaque médecin, 7 ont été réalisés par appel téléphonique et un seul a eu lieu sur une plateforme de vidéoconférence. Avant chaque entretien, le consentement de chaque médecin était obtenu à l'oral et l'anonymat des données recueillies était assuré.

Les entretiens avaient une durée moyenne de 19 minutes et demie, 12 minutes étant la durée d'entretien la plus courte et 46 minutes la durée d'entretien la plus longue. L'entretien était semi dirigé grâce au guide d'entretien et permettait au médecin interviewé de développer sa pensée librement et sans interruption. Les questions de relance variaient en fonction de la réponse aux questions principales, le but étant d'approfondir celles-ci.

3.3. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à travers un enregistrement unique pour chaque entretien et grâce à un dictaphone. Après chaque entretien, des verbatims ont été retranscrits grâce au logiciel Microsoft Word® (présentés en Annexe 4). Le recueil des données a été fait jusqu'à saturation des données. Ce phénomène a eu lieu au douzième entretien puis un entretien supplémentaire a permis de confirmer cela.

4. Analyse

Nous avons choisi pour cette étude l'analyse thématique de chaque entretien. Pour cela, nous nous sommes inspirés de la méthodologie de M. Paillé sur l'analyse qualitative (29).

Une première lecture intuitive du verbatim, nous a permis d'avoir l'idée générale de l'entretien. Lors de la deuxième lecture, le verbatim était découpé en segments composant des unités de sens. Ces dernières ont ensuite été regroupées en sous thèmes, puis ceux-là ont été regroupés en thèmes. Une fois que l'analyse indépendante de chaque entretien était réalisée, les thèmes et sous thèmes étaient regroupés en arbres thématiques. Ce travail a été réalisé systématiquement à la fin de chaque entretien afin d'obtenir une thématisation continue et ininterrompue pour une meilleure analyse du corpus.

Ce moyen d'analyse thématique nous paraissait le plus approprié afin de mettre en évidence les facteurs responsables d'inquiétudes et difficultés, lors de la prescription de dermocorticoïdes dans la dermatite atopique par les médecins généralistes.

Résultats

1. Caractéristiques de la Population

Au total, vingt-deux médecins généralistes ont été contactés pour la réalisation de cette thèse. Deux médecins ont refusé de répondre à l'entretien, le premier parce qu'il ne « *prescrivait presque jamais des dermocorticoïdes* », et le deuxième « *puisqu'il n'avait pas été confronté à une dermatite atopique depuis des années* ». Quatre médecins n'ont pas donné suite au message laissé à leur secrétaire. Trois médecins avaient accepté de répondre à l'entretien par mail ou message téléphonique mais les rendez-vous ont été annulés puisqu'ils ont été reportés à plusieurs reprises.

L'échantillon est composé de 7 femmes et 6 hommes. L'âge moyen est de 46 ans, les différents âges allant de 30 ans à 62 ans. Les médecins sont installés en moyenne depuis 15 ans avec des extrêmes de 1 an et 35 ans. 5 médecins travaillent en semi-rural, 4 ont une pratique rurale et 4 sont installés en zone urbaine.

Parmi les 13 médecins, 5 avaient eu une formation en dermatologie, 3 dans le cadre d'une formation DPC (développement personnel continu), un pendant l'internat et le dernier au sein de son cabinet lors d'une formation par les dermatologues du centre hospitalier de Perpignan. Les huit restants, n'avaient jamais eu de formation en dermatologie tout au long de leur cursus ni pendant leur activité professionnelle.

Une estimation de leur patientèle pédiatrique était demandée aux médecins. Sept d'entre eux suivaient entre 15 et 20% d'enfants tout âge confondus, trois en voyaient entre 10 et 15% et seulement trois suivaient moins de 10% d'enfants. En 2002, une enquête menée par la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) montre qu'environ 13% des consultations en médecine générale sont dédiés aux enfants de moins de 16 ans au niveau national.

Les caractéristiques sociodémographiques des treize médecins interviewés sont résumées dans le tableau récapitulatif présenté en Annexe 3.

2. Facteurs responsables d'une difficulté de prescription de dermocorticoïdes dans la dermatite atopique

Les facteurs responsables d'une difficulté lors de la prescription de DC dans la DA ont été classés en quatre thèmes principaux : les facteurs relatifs au vécu du médecin, les éléments en lien avec la dermatite atopique, les facteurs propres aux dermocorticoïdes et l'influence des patients.

2.1. Facteurs relatifs au vécu du médecin

i. Attitude du médecin

. Prudente

Plusieurs médecins adoptent une posture prudente envers la prescription de dermocorticoïdes. Souvent, cela concerne la quantité de produit à appliquer. Deux des médecins A et J constatent que les dermatologues prescrivent des doses plus fortes de DC et pendant plus longtemps. Cependant malgré les durées de prescription établies par le spécialiste, ces médecins restent prudents et prescrivent les DC le moins longtemps possible.

J : « En général j'essaye de les mettre sur quinze jours pas forcément plus, les dermato ils mettent parfois un mois ! Voilà ! J'essaye de faire le moins longtemps possible. »

A : « C'est vrai que je me suis rendu compte après, (pause) que les dermatologues derrière n'hésitent pas à mettre de la cortisone dans des doses beaucoup plus fortes parce que ça marche beaucoup mieux. (Rires) Donc je suis sans doute trop prudent là-dessus moi ! »

B : « Ah ! Moi j'ai toujours des craintes sur les corticoïdes. C'est toujours à prendre avec euh, enfin il faut y aller doucement. Donc en général c'est surtout euh, une petite quantité, moi je n'en mets pas beaucoup ! »

. Méfiante

Certains médecins se montrent méfiants vis-à-vis des puissances thérapeutiques élevées, la prise en charge des enfants ou concernant la durée du traitement.

H : « ... je vous avoue que chez les petits ça me plait pas trop. Chez les enfants, ça, je l'utilise avec parcimonie. (...) Alors je mets des dermocorticoïdes d'activité modérée déjà, pour essayer d'être le moins agressif possible par rapport à la cortisone. »

E : « ... mettre des doses plus fortes de dermocorticoïdes sur plusieurs mois euh... j'aurai tendance à demander un avis spécialisé, voire pour éviter d'abuser des dermocorticoïdes. »

. Attentiste

Une attitude attentiste est très souvent retrouvée chez les médecins interrogés, ceux-ci prescrivent des DC en deuxième intention lors d'une poussée de DA.

H : « J'essaye d'éviter de mettre des dermocorticoïdes d'emblée. »

C : « Mais c'est vrai que je n'en prescris pas tout de suite, surtout chez un petit, je me dis j'essaye de voir si la poussée passe simplement en hydratant. »

B : « ... je n'en met pas en premier lieu, enfin j'avoue que je mets plutôt des... traiter la sécheresse...des choses comme ça, des émoullients. »

M : « ...je pense, je suis pas sûr de moi qu'il fallait pas mettre plus fort que les émoullients, mais je pense quand même... moi, je me voyais pas mettre des corticoïdes à ce stade-là ! Pour moi c'était pas très évolué. »

. Ambivalente

L'ambivalence est aussi présente lors de la prescription de DC. Un des médecins admet avoir des craintes à prescrire les DC forts chez les enfants mais il pense que cela ne doit pas être vraiment un problème en pratique.

C : « ... les tout petit oui, qui peuvent poser problème, plus parce que justement je n'oserai pas mettre des dermocorticoïdes trop forts, alors qu'en plus je pense que c'est pas si problématique. »

A : « Mais je me rends compte que c'est vrai après 35 ans maintenant (pause, réfléchit) d'exercice que je suis peut-être trop prudent et qu'effectivement la plupart du temps il faudrait mettre des doses plus fortes. »

J : « Alors j'ai peut-être moins de mal chez les adultes, parce que souvent ils ont plus l'habitude et ils connaissent bien ! (...) et quoi que, je n'en prescris pas non plus beaucoup chez les adultes. »

ii. Sentiments générés

La DA et sa prise en charge, génère des sentiments divers chez les interviewés.

. Incertitude

L'incertitude est le sentiment le plus souvent retrouvé parmi les différents médecins. Les médecins C et J expriment des doutes concernant la classification des dermocorticoïdes. Cela semble entraîner une certaine confusion.

C : « ... je ne sais jamais les catégories... un deux trois quatre... ? Je me souviens plus si un, c'est la plus faible ou la plus forte, c'est quoi déjà ? (...) ça c'est quelque chose que je fais un peu au pifomètre j'ai pas cherché les recos, je sais pas si c'est bien ou pas. (...) c'est vrai que moi je considère qu'une semaine ça serait bien que ça commence à disparaître et alors après, je sais pas si c'est vraiment juste ou pas. »

J : « ... j'utilise souvent la Diprosone® en fait c'est celui que j'ai enregistré dans la tête. Après en fonction de l'activité de savoir si c'est fort ou pas fort ?? bof ! moi je sais pas pourquoi je fais plutôt celui-là... »

En ce qui concerne la décroissance des dermocorticoïdes, plusieurs médecins la préconisent, mais se questionnent sur la nécessité de celle-ci.

I : « Je pense qu'à partir de quatre semaines je vais faire une décroissance. (...) Alors c'est plus euh, c'est comme un traitement corticoïde, même si, je ne suis pas certaine que ça soit nécessaire. »

La notion de quantité de produit à appliquer, est parfois un élément qui soulève des questions.

F : « ...comment calculer la quantité par rapport à une surface etc... donc là... ça devient un petit peu plus compliqué. Voilà donc là ! bien malin ! C'est totalement piffométrique ! »

M : « ...alors après au niveau de la dose je le dis pas forcément au patient. Il y a une histoire de... une petite phalange ? Pour une surface de main ? je crois...mais je ne suis pas certain. »

. Étonnement

Un des médecins semble impressionnée par la quantité de lésions chez une de ces patientes. L'atteinte diffuse est repérée pour ce médecin comme une situation dans laquelle un avis spécialisé est souhaité.

I : « ... je suis ! (Pause, ouvre grand les yeux) étonnée qu'on puisse rester comme ça ! Le fait marquant c'est que j'étais juste effarée par la quantité qu'elle avait ! Parce qu'elle en avait sur tout enfin... c'était très diffus ! (...) une dermatite atopique très étendue je pense que je vais faire des photos et les envoyer à un dermato ça c'est sûr. »

. Inquiétude

Nous avons retrouvé un sentiment d'inquiétude chez 5 médecins interrogés. Ce sentiment est souvent en relation à la quantité de dermocorticoïde à appliquer.

I : « Je suis toujours un peu inquiète d'en mettre trop ! de dermocorticoïde, chez les enfants. »

F : « ...je vais plutôt les freiner moi ! je suis plus inquiet qu'eux. (...) Toujours pareil, j'ai le pied sur le frein ! S'ils ont besoin de plus on se revoit ! »

. Détresse

Deux des médecins signalent un sentiment de détresse lorsque le traitement par DC s'avère inefficace au bout de plusieurs semaines et en cas d'atteinte sévère.

I : « ...si au bout d'un mois et demi, de quatre semaines c'est pas passé... ! Voilà ! je suis un peu désemparée, je vais passer à une activité plus forte tout ça... ! mais je suis un peu désemparée !! Si ça ne répond pas, même si je suis sûre du diagnostic et que ça répond pas aux dermocorticoïdes, je suis un peu désemparée ça c'est sûr ! »

M : « Je dirais, une grosse atteinte ou que ça n'arrive pas à passer avec les dermocorticoïdes. Là, je me sentirai peut être un peu dépassé et je demanderai un avis dermato quoi. »

. Appréhension

Nous avons observé de l'appréhension chez un médecin, par peur de l'apparition d'une réaction adverse de type « sensibilisation au soleil ».

C : « ...je sais pas si c'est vrai ce que je dis, c'est plus une appréhension moi que j'ai. Euh comme les crèmes antiinflammatoires, ou ce genre de chose, j'aurais plus peur d'une réaction qui se fasse, voilà, type allergie. »

iii. Acquis professionnels

. Formation universitaire

Trois des médecins, expliquent que lors de leur formation universitaire (il y a environ 30 ans pour G, H et il y a dix ans pour J), le message d'une utilisation prudente des dermocorticoïdes était très répandu. Ce message influence toujours à l'heure actuelle leurs prescriptions.

G : « ...ça date un peu, mais quand moi j'étais étudiant on nous martelait quand même : méfiance avec la cortisone ! notamment des topiques à la cortisone quoi. »

H : « ... sur les dermocorticoïdes, ils mettaient l'attention sur les enfants les nourrissons. Il faut pas que... d'en mettre de trop, voilà. C'était plutôt ça dans l'enseignement et on parle d'il y a 30 ans en arrière ! »

J : « ... moi je pense que c'est ma formation, qu'on m'a fait peur avec les dermocorticoïdes et du coup j'en n'en prescrit pas peut-être pas assez. »

. Formation post universitaire

Le manque de formation post universitaire, à ce sujet, était également repéré comme un frein lors de la prescription de DC pour cette pathologie.

I : « ... c'est peut-être lié à ma formation, peut-être aussi mon manque de formation en dermato. Voilà, je me suis pas non plus formée sur ça moi aussi. »

A : « ... c'est vrai que je suis pas non plus, fort non plus en dermato, en fait je ne m'estime pas très fort en dermato. »

. Expérience

Les craintes sur les DC peuvent aussi être influencées par l'expérience vécue. Un médecin signale une mauvaise expérience lors d'une utilisation inappropriée de DC par un patient, tandis qu'un autre médecin, considère ne pas avoir assez d'expérience concernant la prescription de dermocorticoïdes forts chez l'enfant.

G : « Avec mon expérience, j'ai des utilisations d'automédication assez inappropriées on va dire ! Notamment sur des dermatites péri-orales ou des choses comme ça. »

H : « Je suis par très à l'aise si je dois prescrire des corticoïdes très forts chez un gamin voire un nourrisson, donc je pense effectivement que ça soit quelqu'un qui a un peu plus d'habitude que moi. »

iv. Représentations

La prescription de DC peut être influencée par les représentations de certains médecins vis-à-vis des DC.

. Analogies avec la cortisone par voie orale

Quelques médecins font une analogie entre les effets secondaires des DC et ceux de la cortisone par voie orale.

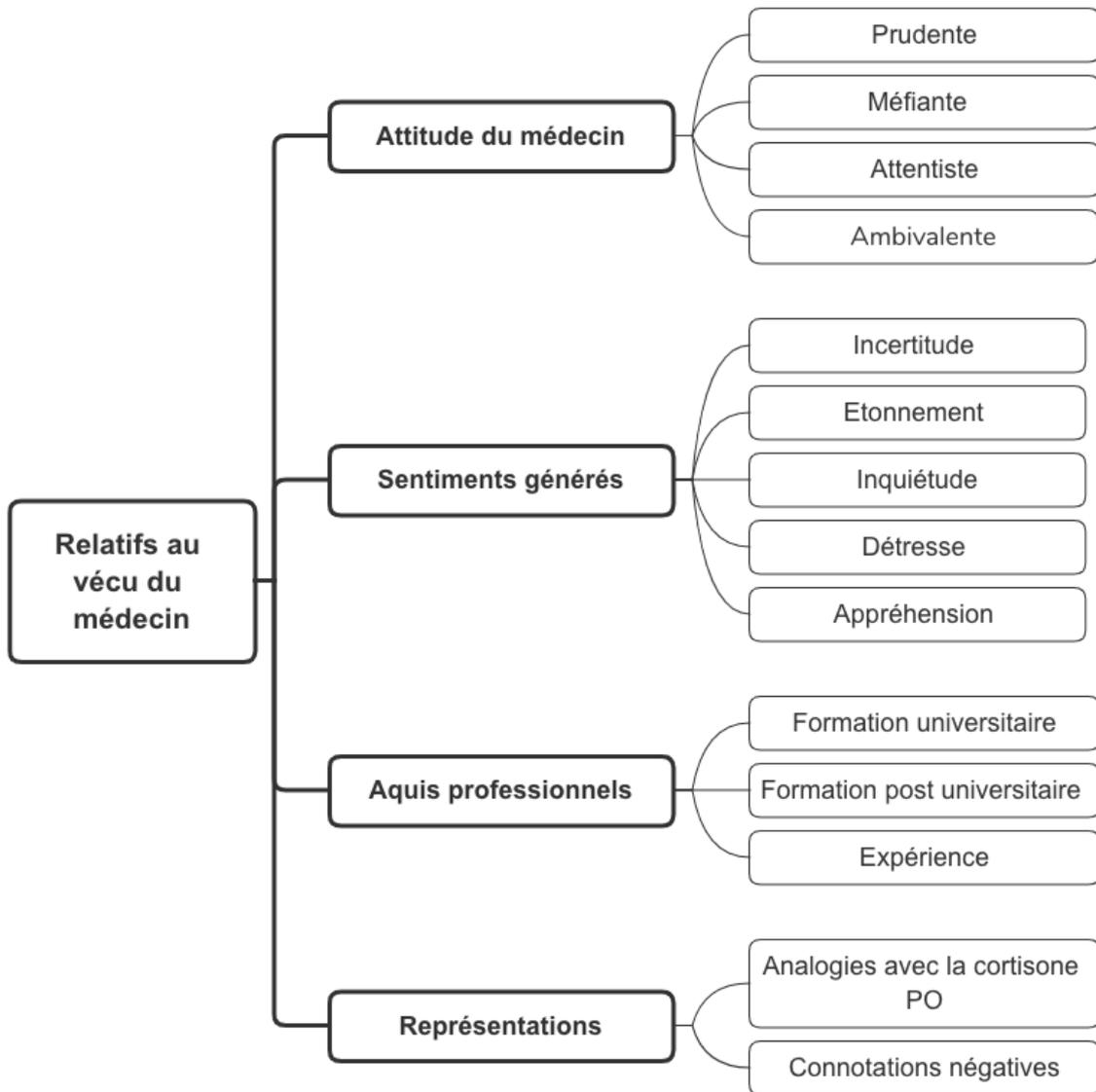
E : « *Bah on va dire sur des grandes quantités, où pourraient se trouver les problèmes de la cortisone au... long cours. (...) tout ce qu'on peut avoir. Pareil avec les corticoïdes oraux. »*

. Connotations négatives

On constate également différentes connotations négatives autour de la cortisone et des DC parmi deux des médecins interviewés.

H : « *Alors je suis de la génération qui a été peut-être un peu... euh, où la cortisone a été un peu diabolisée. Ça retenti peut-être sur son utilisation. »*

A : « *Bah c'est vrai qu'on a une crainte de se tromper et que la cortisone abîme...c'est un petit peu un principe général de précaution j'ai envie de dire. Parce que c'est un produit... c'est une hormone, (pause) c'est agressif la cortisone est une image de produit dopant de voilà ! et d'agressivité, c'est un anti. »*



2.2. Éléments en lien avec la dermatite atopique

i. Définition de la maladie

. Différentes dénominations

Les termes « dermatite atopique » et « eczéma » sont parfois source de confusion chez certains médecins. Un de médecins ne connaît pas le terme de dermatite atopique, tandis qu'un autre médecin trouve que le mot « eczéma » peut recouvrir différentes formes cliniques.

A : « *Mon problème... c'est la dermatite atopique ! Je n'ai pas de souvenir récent... d'un dermatologue ou de quelqu'un qui me parle d'un diagnostic de dermatite atopique. Alors pouvez-vous me le définir ? (...)* AHH (étonné) *c'est ça la dermatite atopique dont vous parlez j'avoue que je n'avais pas fait le rapprochement, ce lien pour moi c'était assez subtil.* » « *Bon ! c'était pas une dermatite atopique mais en même temps... c'est un eczéma variqueux, je sais pas si ça rentre dans ce type-là de dermatite ?* »

G : « *... mais bon l'eczéma... est un terme un peu générique qui va recouvrir plein de formes cliniques.* »

Le médecin K, assimile l'eczéma de contact avec la dermatite atopique.

K : « *La dermatite atopique c'est une réaction allergique au niveau de la peau, donc euh bah soit eczéma de contact, soit quelqu'un qui a un terrain atopique asthmatique qui fait aussi des poussées d'eczéma.* »

. Causes

Les questionnements sur l'origine de la DA semblent être un facteur qui influence la prise en charge de cette pathologie. Quatre des médecins interrogés pensent que la cause de la DA est allergique.

F : « *Donc là on avait une dermatite atopique, probablement liée au ciment, c'est pas du cobalt, qui est très allergisant dans le ciment ? (...)* Après *c'est une supposition !! C'est vrai que je l'ai pas envoyé faire des... euh, bilans allergologiques...* »

G : « *...c'est vrai que souvent on connaît pas la cause... l'inflammation on ne sait pas exactement d'où elle vient... on a toujours ce questionnement (...)* donc *on ne traite pas la cause, on traite les symptômes et bon ça aussi c'est une difficulté.* »

ii. Diagnostic

. Erreur diagnostique

La possibilité de faire une erreur diagnostique et prescrire des DC pour des pathologies infectieuses telles que les mycoses, fait partie des craintes chez la plupart des médecins généralistes.

A : « Bah c'est vrai qu'on a une crainte de se tromper ! ... mais si on se trompe ça peut faire flamber une mycose, une surinfection, c'est surtout ça quoi. Si on se trompe sur ce plan-là, infectieux ou mycosique. »

C : « ...puis oui et si je me trompe de diagnostic bien sûr que..., mettre de la cortisone sur un champignon par exemple. »

I : « Mes craintes ? A part de faire une erreur diagnostique et mettre (des dermocorticoïdes) dans une pathologie contre-indiquée... »

. Diagnostics différentiels difficiles

Plusieurs des médecins évoquent les difficultés à établir le diagnostic de dermatite atopique et énumèrent les différents diagnostics différentiels trompeurs qui pourraient modifier la prise en charge.

F : « après comme en dermatologie je me méfie toujours parce que les aspects diagnostics... Voilà !... Derrière il peut y avoir une maladie de système ... » « Euh parfois ça peut être un Pso ! parfois ça peut être un... enfin ... chez les gens âgées il y a des situations auto-immunes... bon ! ça pose question ! »

A : « C'est quelques fois pas facile de faire la différence avec une mycose. »

I : « ... j'ai toujours un doute diagnostic sur euh ne pas passer à côté d'une autre pathologie, ou infectieuse... »

G : « ... entre des lésions type psoriasis... euh qui peuvent être proches ! Enfin voilà ! Le diagnostic il n'est jamais facile à faire pour moi ! »

. Variabilité des lésions

Deux médecins généralistes évoquent, aussi, la difficulté diagnostique face à une sémiologie variée dans le cadre de la dermatite atopique, ainsi que des lésions sur peau noire.

G : « *Bon c'est vrai que, il y a des formes cliniques un peu polymorphes il y a des présentations assez différentes, donc euh voilà ! La clinique pour moi n'est pas univoque quoi ! donc euh c'est pas toujours évident de poser ce diagnostic-là !* » « *j'ai eu une autre difficulté, c'est surtout la clinique sur peau noire (...) c'était assez compliqué de faire un diagnostic !* »

L : « *... je reviens à l'histoire de peau un peu différente un peu sèche... où... par rapport au reste de la peau tu as des zones, qui sont pas pareilles qui sont pas franchement inflammatoires, euh là je vais être embêté.* »

iii. Prises en charge complexes

. Sévérité des poussées

Une poussée sévère avec des lésions de DA étendues est une situation dans laquelle certains des médecins interrogés éprouvent des difficultés.

I : « *Si c'est très étendu, chez un enfant, surtout chez un nourrisson... je demande l'avis d'un dermatologue ça c'est sûr.* »

E : « *... c'était une atteinte qui était assez importante ! notamment au niveau du visage (...) vu l'atteinte qu'il y avait, et les traitements qui avaient été instaurés, moi je ne me sentais pas forcément... euh, le meilleur recours pour elle.* »

. Poussées récidivantes

Deux médecins évoquent la fréquence et la récurrence des poussées comme étant une difficulté au niveau de la prise en charge de la DA, à cause des prescriptions répétées ou prolongées en DC.

E : « ... sur des poussées qui ont tendance à revenir de manière très régulière et qui pousseraient peut-être à mettre des doses plus fortes de dermocorticoïdes sur plusieurs mois ou sur une année, où là j'aurai tendance à demander un avis spécialisé voir, pour éviter d'abuser des dermocorticoïdes et avoir un avis sur les quantités et maximales. »

B : « c'est souvent par poussées donc c'est toujours un peu difficile à traiter. C'est long !! (Expire) Et oui ! parce que c'est par poussées, on est emmené souvent euh, enfin à prescrire souvent des dermocorticoïdes. »

. Lésions surinfectées

La prise en charge de l'eczéma surinfecté est repérée par les médecins comme une situation complexe dans laquelle l'instauration ou la poursuite du DC est remise en question. Les médecins C et J craignent l'aggravation d'une surinfection avec les DC. De plus, le médecin J se demande si le DC peut être mis en place de façon concomitante à l'antibiotique per os.

C : « ... oui, je crains que si l'eczéma, effectivement, prend une forme un peu surinfectée, il faudrait pas que le patient continue à en mettre mais j'espère quand même qu'il verrait que ça s'aggrave et donc qu'il redemanderait un avis médical. »

J : « Je vais mettre des antibio per os et après je vais les revoir quand même pour voir comment ça évolue et puis mettre le dermocorticoïde. Je crains que ça aggrave l'infection en cours, après, je sais pas, s'il est déjà sous antibiotiques si on peut le mettre en même temps. »

K : « Et par exemple dans le cas de lésions infectés, effectivement, euh ça pose toujours le problème des cortico quand on a le doute sur une infection. Euh la dernière fois, on avait mis des antibiotiques en plus et euh, pas de dermocorticoïdes au moment où s'est infecté, et on les a mis à distance. Mais c'est une question qui est restée en suspens la dernière fois. »

Un des médecins expose le syndrome de Kaposi-Juliusberg, comme situation de surinfection complexe, difficile à gérer et qui nécessite un avis dermatologique urgent.

M : « ... s'il y a des signes de surinfection des trucs un peu du style Kaposi Juliusberg, oui ! je demanderai un avis dermato en urgence même ! »

. Stagnation pondérale

La stagnation pondérale de l'enfant, est repérée par un seul médecin comme situation complexe nécessitant d'un avis spécialisé pour orienter la prise en charge.

I : « ... s'il y a un contexte d'altération de l'état général chez un enfant qui grossit pas, que ça s'inscrit dans un contexte de... ou de diversification alimentaire qui peut euh, qui a généré ce genre de chose... là, je ferais peut être appel à un pédiatre »

. Accès aux soins spécialisés

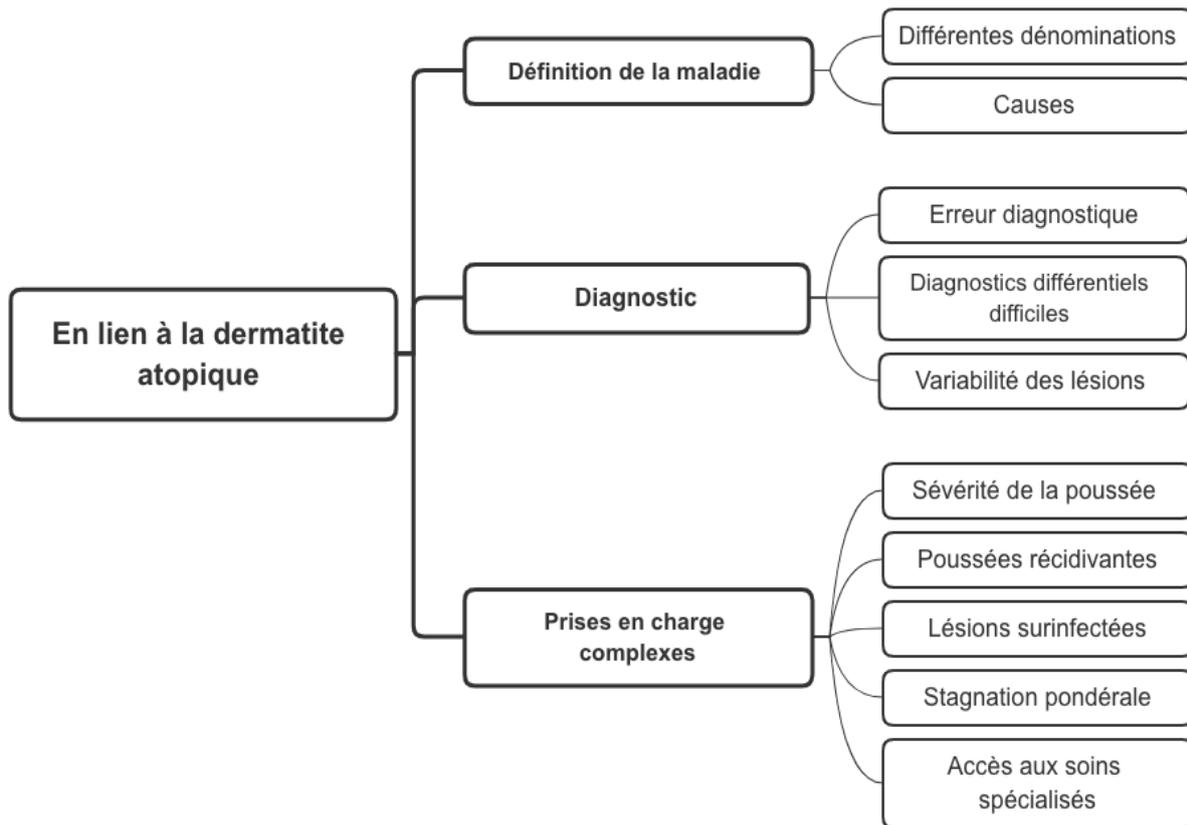
Face à des prises en charges complexes, certains médecins éprouvent une difficulté à avoir un avis spécialisé dermatologique. Cela entrave la prise en charge dans certaines situations.

F : « ... le recours au dermato, mais là dans notre coin c'est devenu très très compliqué, l'accès au dermatologue ! Attention !!! c'est impossible d'avoir un dermato au téléphone, c'est... là, c'est même pas la peine ! »

G : « Après la difficulté c'est aussi l'accès aux soins pour les dermatos, c'est super long ! (...) au mieux c'était 8 mois de délai pour avoir une consultation... »

H : « Sur perpignan il faut à peu près un an pour voir un dermatologue et ici, donc on est à Saint Paul ça fait 40km euh... donc ! »

D : « ... j'adresse souvent au pédiatre parce qu'ils sont plus accessibles pour les petits, parce que les dermatos, j'ai envie de dire dans les PO pour les enfants c'est un peu compliqué. »



2.3. Facteurs propres aux dermocorticoïdes

i. Difficultés de prescription

. Choix de la puissance thérapeutique

Lors de la prescription de dermocorticoïdes, les médecins interrogés reconnaissent avoir des difficultés lors du choix de la puissance thérapeutique en fonction de la localisation des lésions et de l'âge du patient.

C : « Ça, (le choix de puissance thérapeutique) c'est plus difficile, (rires) parce que je sais jamais... j'ai toujours une petite fiche dans un petit cahier, car je ne sais jamais les catégories... un deux trois quatre... ? (...) suivant la poussée euh, je mets plutôt

classe 3, ça m'est déjà arrivé de mettre 4, mais c'est vrai que ça, c'est quelque chose que je fais un peu au pifomètre, j'ai pas cherché les recos, je sais pas si c'est bien ou pas. »

D : « Pour le visage j'utilise Flixovate® en fait parce que c'est un dermocorticoïde euh... je sais plus qu'elle classe... c'est inversé. Je sais plus comment ça marche... j'avais un carnet... je sais plus si c'est grade 1 grade 4. Après pour l'enfant je mets du Flixovate® c'est tout »

I : « ...ma difficulté c'est de mettre en place des..., je ne sais jamais si des derma..., la quantité de dermocorticoïde que je peux mettre et effectivement le niveau. Je regarde toujours dans le Doroz®, les différents niveaux d'activité. »

. Escalade thérapeutique

Certains médecins évoquent une réticence à prescrire des dermocorticoïdes de classe très forte.

E : « J'ai quelques réticences parfois à utiliser la classe 4 euh, je sais pas pourquoi... euh, en me disant que ça risque d'être peut être trop fort ? »

H : « ...j'aurai tendance à vous dire que je préfère que ça soit lui (en parlant du dermatologue) qui s'engage sur les dermocorticoïdes à activité forte plutôt que moi ! »

L : « Donc Dermoval® c'est extrêmement rare que je prescrive, j'en prescris s'il y a déjà eu une prescription avant d'un dermato. Mais euh voilà ! Je me cantonne à ce que je connais. »

I : « ...et par quel niveau d'activité je peux commencer ? ou jusqu'où je peux aller ? (...) la quantité de corticoïde euh, qui peut devenir dangereuse au niveau cutané... »

. Quantité à appliquer

En ce qui concerne la quantité nécessaire de DC à appliquer, les médecins reconnaissent ne pas savoir l'estimer et ne la précisent pas sur les ordonnances.

A : « Je précise la durée, le nombre d'application par jour, mais c'est vrai qu'il faudrait mettre la surface pour le pharmacien... encore que... il ne sait pas quelle quantité on met sur la surface... mmm difficile à dire. »

C : « ... je précise pas (la quantité). Je leur dis juste qu'il faut en mettre comme il faut, sur toutes les lésions, mais euh mais c'est vrai que je sais pas si c'est, une noisette ou si ... »

E : « ... c'est vraiment compliqué de savoir exactement la quantité j'ai tendance à dire, limiter à une petite noisette par application et par zone (...) c'est pas là-dessus que je me juge la plus comment dire, euh la plus précise »

ii. Précautions d'emploi en fonction des localisations

En ce qui concerne la localisation des lésions, certains médecins admettent avoir des difficultés à prescrire et choisir le niveau de classe thérapeutique adapté aux localisations.

. Visage

Plusieurs des médecins ont des craintes et prennent des précautions lors de l'application de dermocorticoïdes, au niveau du visage.

C : « Le visage ouais, ça, j'aime pas trop. (...) c'est que ça abîme la peau en fait ouais que ça la fragilise trop que ... euh ouais, je sais pas, j'ai peur que ça... c'est pas très médical ce que je dis mais que ça s'abîme tout simplement. »

H : « Sur le visage... sur le visage c'est aussi un peu gênant mais c'est la souvent aussi que se localisent aussi les problèmes de dermatite atopique. »

I : « Ma difficulté est ce que je peux mettre sur le visage. Voilà ouais. »

. Paupières

Les paupières sont aussi une localisation qui pose problème lors de la prescription de dermocorticoïdes. Un des médecins évoque le risque de glaucome à ce niveau et ne prescrit jamais de DC.

B : « *C'est surtout le visage autour des yeux c'est toujours... Faut faire attention !!* »

F : « *... c'est surtout les paupières, c'est le glaucome voilà ! (...) Donc pas les paupières, éviter le visage et jamais les paupières !* »

. Zones d'occlusion

Un des médecins redoute l'application de dermocorticoïdes au niveau des zones d'occlusion.

H : « *Là où je redoute, c'est quand c'est sur des zones... Ah ! comment on dit bah quand c'est sous les couches des trucs comme ça, comment ça s'appelle ? D'occlusion ! c'est plutôt à ce niveau-là !* »

iii. Effets secondaires

Les différents effets secondaires des DC sont source d'inquiétudes pour presque l'ensemble des médecins. Cela a un retentissement sur leur prescription de DC.

. Corticodépendance et effet rebond

Une des inquiétudes principales, évoquée par la majorité des médecins (6/13), est la corticodépendance aux DC et la récurrence des lésions à l'arrêt. Certains appellent ce phénomène, l'effet rebond.

D : « *Bah une corticodépendance ! De suite, dès qu'on les arrête ça flambe ! ... je me dis que justement, peut être après qu'il y ait des corticodépendances quoi. Si on en met trop, la peau va s'habituer et du coup on en aura besoin tout le temps. Pour moi c'est ça.* »

J : « *Alors c'est vrai que je trouve toujours ça un peu compliqué de prescrire les dermocorticoïdes euh parce que moi toujours ce qu'on m'a appris, si t'en met trop, tu fini par créer une dépendance ! Fin voilà ! Du coup je peux pas en utiliser trop et du coup je dois pas en prescrire beaucoup !* »

G : « ...il faudra l'arrêter progressivement, et donc... effectivement... quand c'est pas le cas et bah il y a cet effet rebond et ça repart ! Donc après on repart dans une espèce de cercle vicieux avec dès qu'on arrête la cortisone il faut la redémarrer donc ! Après ! ce qui me motive aussi pour appeler le dermatologue, c'est effectivement quand on a des situations comme ça, où les corticoïdes sont utilisés depuis longtemps et où on a l'impression que le sevrage n'est pas possible quoi ! »

. Locaux

Parmi les effets secondaires locaux des DC, les médecins redoutent principalement l'atrophie cutanée, le vieillissement de la peau et une réaction de photosensibilité.

C : « Et bien euh, que ça abîme la peau en fait, avec des vergetures. Que ça la fragilise. »

I : « Bah ma crainte c'est d'entraîner des lésions euh, (...) c'est d'entraîner une atrophie et des cicatrices fin voilà ! »

F : « ...il y a toujours une prudence sur la dermocorticothérapie parce que euh, ça emmène, si utilisé de façon très récurrente euh, ça équivaut à faire vieillir la peau plus rapidement ça... euh c'est un équivalent du vieillissement plus rapide. »

C : « ... c'est-à-dire, réaction au soleil mais voilà ! (...) J'aurais plus peur d'une réaction qui se fasse voilà type allergie. »

. Systémiques

Chez quelques médecins (3/13), il existe une crainte de développer des effets secondaires systémiques tels que du diabète, une insuffisance corticosurrénalienne, ou un retard de croissance suite à une utilisation prolongée de DC.

B : « Les effets secondaires ! Euh les atrophies ou les... euh les effets systémiques. (Pause silence) Sur la croissance aussi, je pense que comme les corticoïdes inhalés. (...) je crois que ça fait des trucs comme ça, des problèmes cutanés, oui les retards de croissance et les effets systémiques. Et oui ! Parce que c'est par poussées, on est emmené à prescrire souvent »

E : « *Euh, bah on va dire sur des grandes quantités, le passage systémique finalement. Où pourraient se trouver les problèmes de la cortisone au long cours. (...) Euh le risque de diabète mais bon c'est sur des doses, des doses assez importantes... Éviter effectivement les applications trop prolongées. »*

. Surdosage

L'inquiétude sur le surdosage et l'accumulation du produit, lors d'applications répétées de DC, est présente chez quelques médecins et plus particulièrement dans le cas de la prise en charge de l'enfant.

E : « *Euh (pause) le risque... voilà, on va dire que sur le surdosage, c'est vrai que ça c'est pareil, c'était ma crainte, de l'utiliser de manière... trop répété, et parfois j'ai tendance à recourir à l'avis spécialisé »*

H : « *Bah (chez l'enfant) ma crainte c'est l'accumulation. L'accumulation !! Oui. L'accumulation du produit ouai ! (...) Oui euh, si ça s'accumule, oui surdosage. »*

I : « *Bon ! je suis toujours un peu inquiète d'en mettre trop ! de dermocorticoïde... chez les enfants. »*

iv. Action thérapeutique

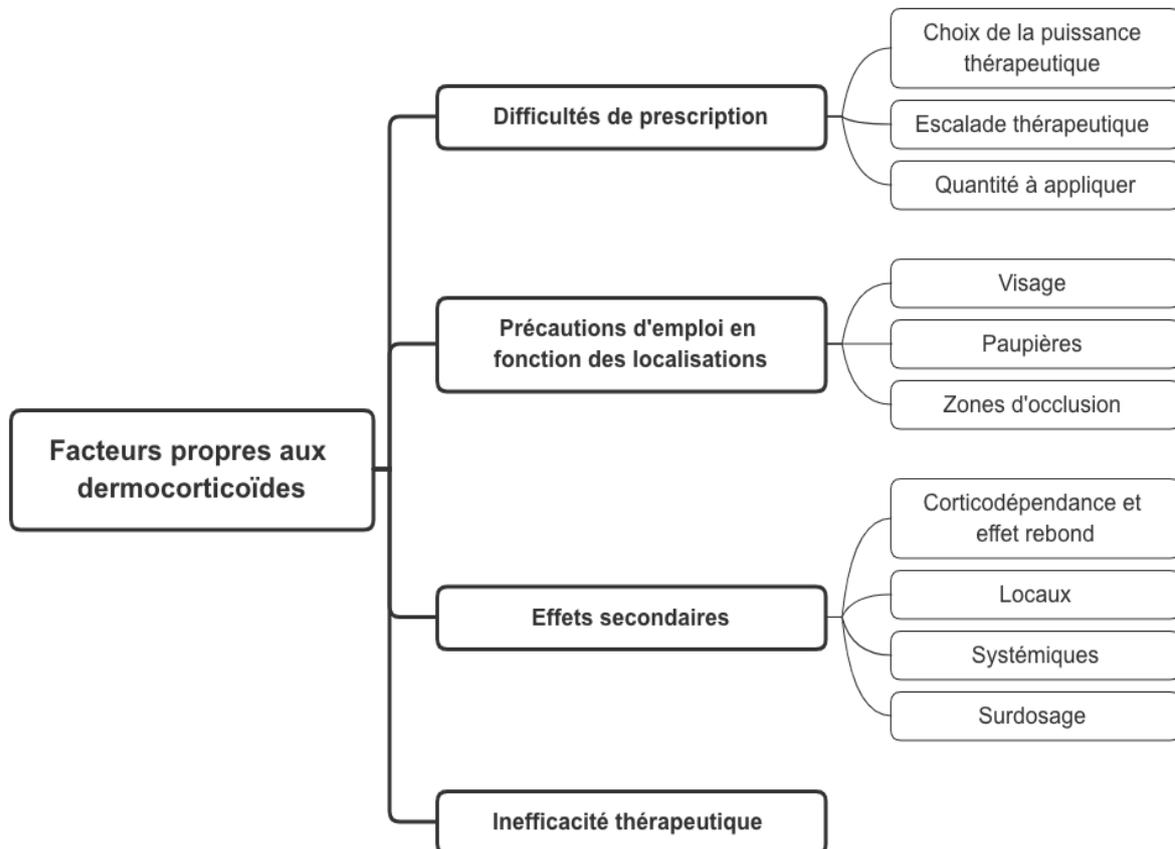
. Inefficacité thérapeutique

L'inefficacité thérapeutique est une situation dans laquelle certains médecins sont en difficulté et doivent confier leurs patients à un spécialiste.

E : « *...une maman qui était un peu désespérée parce qu'il avait déjà eu plusieurs prises en charge avec des dermocorticoïdes mmm sans vraiment d'effet (...) vu l'atteinte qu'il y avait et les traitements qui avaient été instaurés, moi je me sentais pas forcément.... Euh, le meilleur recours pour elle. »*

C : « *Et bah dans ces cas-là (que malgré la thérapeutique on n'y arrive pas), j'oriente vers un spécialiste là, parce que je sais que ça peut être vraiment euh compliqué psychologiquement pour le patient. »*

H : « Si je vois que je n'ai pas de résultats, je confie mon petit à l'allergologue ou au dermatologue. »



2.4. Influence des patients

i. Terrain

. Enfants et nourrissons

En ce qui concerne le terrain, un tiers des médecins interrogés signalent une difficulté diagnostique ou thérapeutique chez les enfants de bas âge et chez les nourrissons.

G : « Chez les tout petits c'est pas évident je trouve à diagnostiquer. »

I : « ...quand ça apparaît dès nourrisson forcément j'ai toujours un doute diagnostique... Si c'est très étendu, chez un enfant, surtout chez un nourrisson... je demande l'avis d'un dermatologue ça c'est sûr. »

Pour certains, la prise en charge diffère en fonction de l'âge du patient. Les adultes peuvent avoir un traitement plus long avec des doses plus importantes.

H : « ... parce que c'est rare que j'utilise des corticoïdes chez l'enfant ou chez le nourrisson. ... j'essaye d'éviter de mettre des dermocorticoïdes d'emblée. (...) Bah déjà chez l'adulte j'aurai tendance à être plus euh plus long et avec une posologie plus importante. »

J : « C'est peut-être un peu bête comme réaction, mais j'aurai moins mal, à en mettre chez les adultes que chez les enfants quand même. »

. Personnes âgées

Ainsi, chez les personnes âgées, un seul médecin signale une difficulté diagnostique.

F : « ...parfois ça peut être un... enfin ... chez les gens âgées il y a des...euh il y a des situations auto-immunes... bon ! ça pose question ! »

. Précarité

La précarité était un sujet abordé par l'un des médecins, pour qui, le terrain précaire de certains patients influence sa prescription de DC.

D : « Étant donné que c'était quand même des patients en peu précaires... j'ai peur qu'ensuite... euh comment dire, euh qu'ils voient pas l'intérêt finalement de passer l'émollient matin et soir, qu'ils utilisent tout de suite les corticoïdes euh, enfin continuellement quoi »

ii. Utilisation inappropriée des DC

. Automédication

Un des médecins redoute l'aggravation d'autres pathologies cutanées à cause de l'automédication en DC chez certains patients.

G : « ...avec mon expérience, j'ai des utilisations d'automédication assez inappropriées on va dire ! Notamment sur des dermatites péri-orales ou des choses comme ça... »

. Mésusage des parents

Quelques médecins redoutent une mauvaise utilisation des DC par les patients ou leur entourage, avec des applications quotidiennes excessives et au détriment des mesures adjuvantes.

D : « J'ai peur qu'après pour eux ça devienne un traitement comme ça, qu'on en met tous les jours tout le temps euh toute la vie quoi. »

F : « ...malgré le discours, je trouve certains... de faire n'importe quoi avec ! ... c'est une mauvaise utilisation, et une utilisation qui ne se fait pas avec le reste ! parce que la prescription ne se limite pas à ça ! il y a d'autres choses... c'est très important le reste. »

. Quantités importantes

D : « La quantité... le problème c'est qu'on n'est pas avec eux pour, euh leur faire la démonstration donc voilà ! euh oui... je redoute qu'ils en mettent des grosses tartines. »

iii. Inquiétudes parentales

. Causes de la dermatite atopique

Parmi les inquiétudes parentales, un médecin généraliste signale une difficulté dans sa démarche diagnostique à cause des questionnements des parents sur les éventuelles causes ou les facteurs déclenchant la DA.

G : « *Souvent des gens qui viennent avec une idée sur la cause éventuelle, par exemple, un exemple c'est euh c'est chez les enfants... on se pose souvent la question d'intolérance aux protéines de lait de vache, le lactose... ou le gluten...enfin voilà ! (...) ça complique un petit peu la démarche diagnostique, parce que voilà ! on a ce type de question qui vient en même temps souvent. »*

. Effets secondaires des DC

Un des médecins souligne la difficulté à prescrire des DC chez des patients qui craignent la survenue d'effets secondaires similaires à ceux de la cortisone par voie orale.

E : « *Oui !! Il y a certains patients, quand on commence à dire que euh dermocorticoïdes, c'est le mot corticoïdes qui est retenu et c'est vrai qu'ils l'associent souvent à toutes les complications de la corticothérapie orale, je vais prendre du poids, le diabète euh voilà ce genre de choses. »*

D : « *... dans la tête des patients, la cortisone... ça peut faire de l'hypertension euh du diabète et tout ça... du coup ils en ont quand même un peu peur. »*

. Échecs thérapeutiques

L'inquiétude parentale face à une inefficacité thérapeutique malgré des traitements par DC est repéré comme un obstacle à la prise en charge de la DA pour 2 des médecins interviewés.

E : « *...l'inquiétude de la maman, euh avec malgré les traitements des poussées qui revenaient de plus en plus fort. »*

C : « *Et bah dans ces cas-là (en cas d'inefficacité thérapeutique) j'oriente vers un spécialiste là, parce que je sais que ça peut être vraiment euh compliqué psychologiquement pour le patient. »*

. Parcours long et difficile

Un médecin souligne la difficulté d'expliquer le traitement et de rassurer les parents qui ont, eux-mêmes, été atteints de DA dans l'enfance et qui connaissent le parcours de cette maladie chronique. Un autre médecin met en évidence la difficulté de faire face à la pression des parents afin que le traitement mis en place soit rapidement efficace.

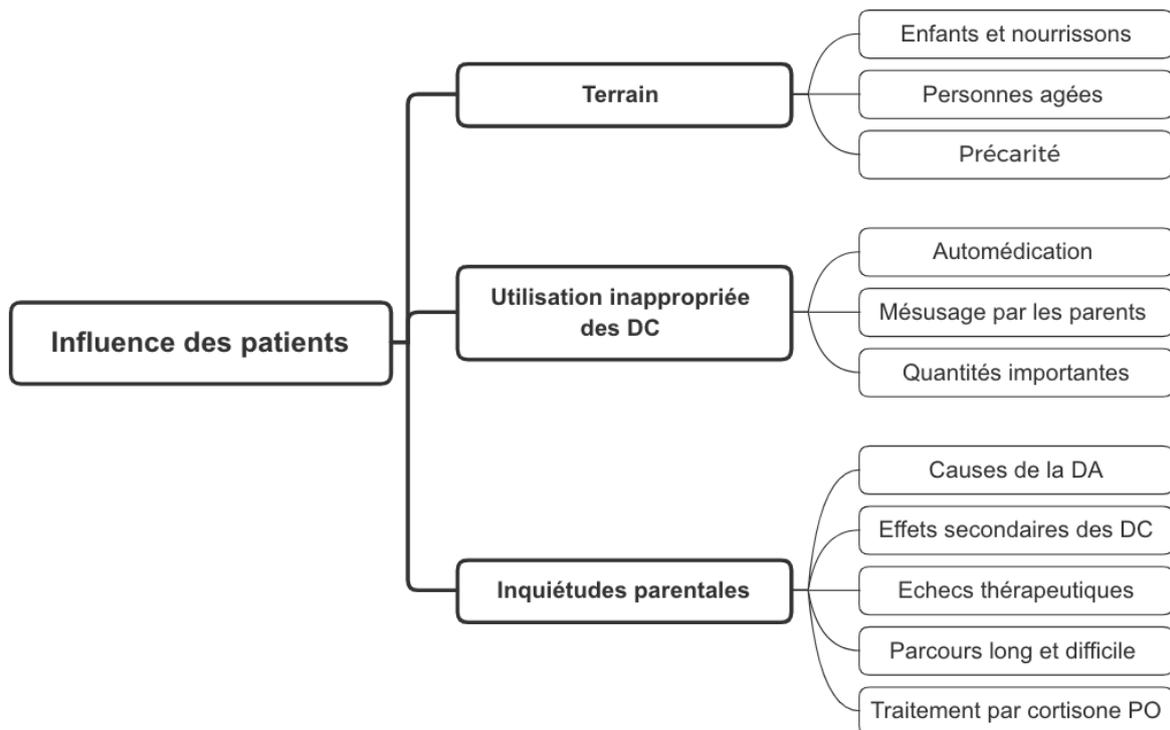
H : « *Affolant ! parce que, il y a parfois les parents qui ont connu ça dans l'enfance, donc ils savent ce que c'est et ils savent le calvaire que ça peut représenter. Parce qu'il faut les rassurer, leur dire que, on a actuellement des moyens plus euh, plus adéquats pour essayer de traiter ce genre de chose, ce qui parfois n'est pas le cas mais bon ! »*

B : « *Oui parce que les gens, les parents sont quand même un peu effrayés, et je sais que ça part pas comme ça, que souvent..., c'est toujours long ! Voilà ! Ils veulent que..., ils voudraient que la poussée...fin que le traitement agisse de suite, c'est pas souvent..., c'est toujours long, c'est un traitement au long cours ça !*

. Traitement par cortisone per os

Un médecin, qui avait prescrit des corticoïdes per os pour un autre motif en même temps qu'une poussée de DA, constate en présence des parents, une amélioration concomitante des lésions. Il éprouve ainsi des difficultés à leur expliquer pourquoi ce traitement ne pourra pas être répété lors d'une nouvelle poussée.

D : « *...ça me dérange un peu parce que les parents le voient aussi que du coup on a donné des cortico per os et que les lésions s'améliorent avec du per os donc voilà ! Il faut leur expliquer que ce n'est pas comme ça qu'on traite quoi, ça, ça me pose problème. »*



3. Information donnée au patient

i. Physiopathologie de la dermatite atopique

Plusieurs des médecins expliquent à leurs patients, le caractère chronique de la DA et les possibles facteurs déclenchants.

C : « ... j'ai expliqué que c'était quelque chose de chronique qu'il fallait, voilà apprendre à vivre avec. Je lui ai expliqué aussi (...) que ça allait revenir et que souvent il allait y avoir des lésions dans des contextes un peu de stress. »

Le médecin D rassure leurs patients, en évoquant la possibilité d'une disparition de la maladie avec l'âge.

D : « Les parents en plus fument tout ça... donc je leur ai dit d'arrêter de fumer à l'intérieur. (...) bon je pense que ça peut être un facteur favorisant pour le petit. Je leur ai dit que c'était chronique hein ! Que peut être ça allait disparaître avec l'âge. »

Le médecin A rassure ses patients en insistant sur la bénignité de la DA et explique que certains patients vont choisir de se traiter avec d'autres méthodes.

A : « *A partir du moment où je leur ai expliqué que ce n'est pas quelque chose de grave ou de cancéreux ou quoi que ce soit, ils se soignent eux-mêmes avec des méthodes plus douces. Moi je leur ai apporté la sécurité du diagnostic entre parenthèses : c'est pas grave. »*

ii. Mesures adjuvantes

La plupart des médecins informent leurs patients sur l'importance des mesures adjuvantes telles que, l'application d'émollients, afin d'hydrater la surface cutanée et d'éviter ainsi les récives inflammatoires.

C : « *J'ai expliqué qu'il fallait bien hydrater, puis après j'ai parlé de la thérapeutique, qu'il fallait bien hydrater la peau de l'enfant, qu'éventuellement on pouvait mettre un peu de cortisone. »*

B : « *... parce que souvent, ils mettent pas assez de protection de sécheresse pour lutter contre la sécheresse cutanée c'est vraiment trois à quatre fois par jour, moi je leur dis d'augmenter les doses, de se protéger. »*

iii. Schéma thérapeutique des dermocorticoïdes

Décroissance des DC

En ce qui concerne la décroissance des DC, les pratiques diffèrent entre les médecins interrogés. La plupart des médecins font une décroissance sur plusieurs semaines et alerte les parents sur l'arrêt brutal du traitement.

D : « *Je leur dis, quand vraiment c'est sévère, je leur dis deux fois par jour pendant une semaine, une fois par jour pendant une semaine et puis ensuite je fais un jour sur deux et puis etc... Mais je leur dis de faire attention et de pas tout le temps les utiliser. »*

E : « Je leur explique alors, que ça va être un traitement qui va avoir pour but de casser la poussée, euh donc il faut avoir quand même... J'ai tendance à faire un traitement d'attaque sur la première semaine avec une application matin et une application le soir et en expliquant que c'est un traitement qu'il faut éviter d'arrêter d'un coup. »

Les médecins C et F, au contraire, ne demandent pas à leurs patients de réaliser une décroissance systématiquement. Le médecin F attire l'attention de ses patients sur la nécessité d'un traitement assez court.

C : « ...je leur explique quand même qu'en général il n'y a pas besoin de décroissance mais que si ça revient trop vite, après, il faudra peut-être envisager un traitement d'entretien. »

F : « C'est pas toujours nécessaire (la décroissance) ça peut être flash euh mais c'est surtout pour attirer l'attention des personnes sur le fait que c'est très court et des fois ça peut être intéressant de remettre un petit peu si il y a des lésions qui persistent, voilà ! mais c'est toujours le message, c'est court. »

Quantités

En ce qui concerne l'information donnée sur la quantité de DC à appliquer, une grande majorité des médecins restent prudents et demandent à leurs patients de ne pas appliquer des quantités importantes de DC.

D : « Je leur dis de pas en mettre des tartines euh voilà ! De faire attention ! alors j'explique aux parents quand même qu'il faut pas tartiner en couche épaisse, c'est pas le but, et qu'il faut mettre une petite noisette sur les zones atteintes. »

B : « ... c'est vrai que la prescription des corticoïdes il faut essayer de pas trop en mettre, j'explique vraiment qu'il faut pas trop en mettre. »

iv. Effets secondaires

Certains médecins rassurent leurs patients concernant leurs inquiétudes sur les possibles effets secondaires des DC, en précisant l'absence de ceux-ci lors d'une courte durée d'utilisation.

D : « *je leur dis que c'est sur des traitements au long cours qu'on observe ce genre d'effets secondaires, que là sur une semaine il y a pas euh, il y aura pas les effets dont ils ont entendu parler.* »

E : « *Alors j'essaye de les rassurer en leur disant que ce n'est pas la même chose effectivement que de prendre de la cortisone per os. (...) même s'il y a un passage systémique, c'est quand même des doses adaptées. On essaye de trouver le plus petit dosage justement pour que ça soit efficace et qu'il y ait le moins d'effets secondaires. Que le but c'est que ça soit un traitement qui soit efficace mais le plus court possible et euh d'éviter effectivement les applications trop prolongées.* »

Deux médecins vont prévenir leurs patients d'un éventuel effet rebond, lors des applications prolongées.

G : « *... j'essaye de prévenir un petit peu de ce qui se passe... bon ! le premier truc c'est effectivement, si c'est quelqu'un qui l'utilise depuis longtemps, dire qu'il ne pourra pas l'arrêter tout de suite comme ça... Ensuite d'expliquer pourquoi moi je prescris ça sur des durées assez courtes...* »

F : « *... je préviens bien, que si on utilise de manière prolongée un dermocorticoïde, à un moment donné il y a un échappement voire un rebond c'est-à-dire que c'est pire qu'au début.* »

Lorsque ses patients sont inquiets sur l'impact d'une utilisation prolongée des DC sur la croissance de l'enfant, le médecin B change de stratégie thérapeutique pour rassurer les parents. Il va donc prescrire des DC en cas de nouvelle poussée, mais avec une puissance thérapeutique moins forte et des quantités moins importantes.

B : « *Je leur dis, on fait, on essaye de reprendre le traitement mais en faisant le minimum, voilà, en prenant une classe la moins forte en mettant un petit peu. Voilà !* »

v. Alternatives thérapeutiques

Face aux inquiétudes parentales lors de plusieurs lignes thérapeutiques prolongées de DC, un des médecins va rassurer les parents en leur évoquant les alternatives thérapeutiques aux DC, telles que la photothérapie UV.

C : « ...*que si jamais malgré tout ça, ça ne va pas, il y a toujours le recours au spécialiste avec des thérapies UV.* »

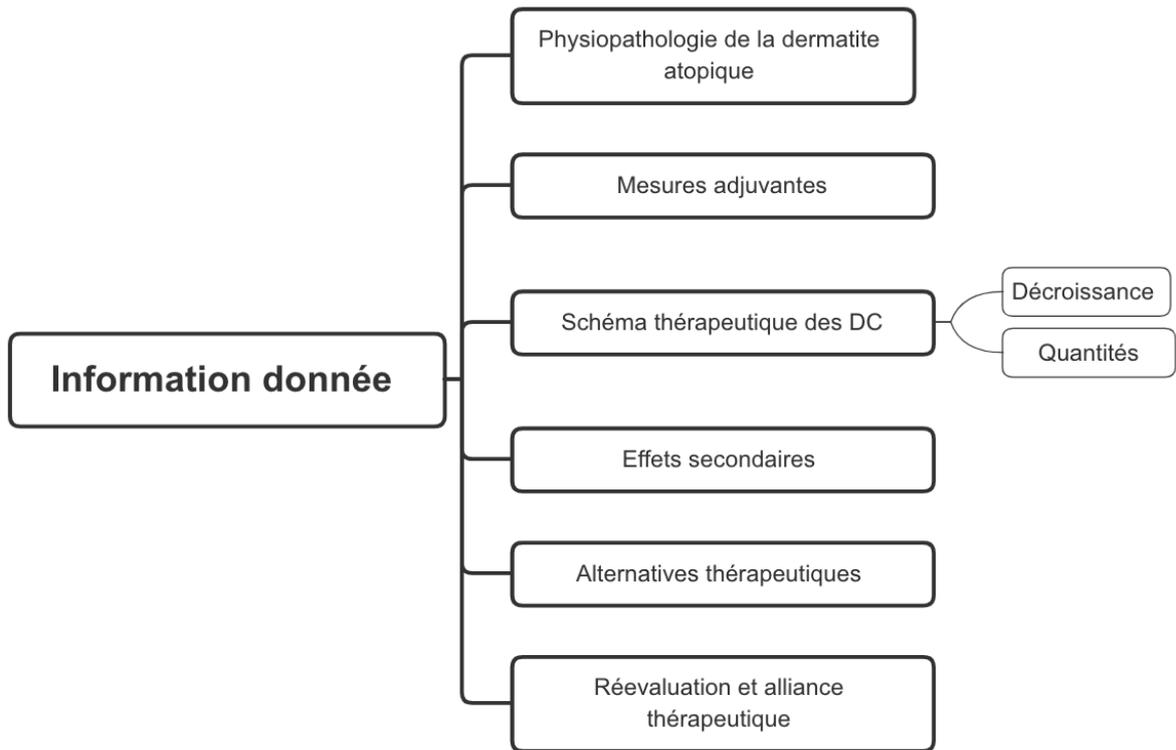
vi. Réévaluation clinique et alliance thérapeutique

Le médecin A explique aux patients le principe de l'efficacité thérapeutique des DC et leur demande de re-consulter en cas d'aggravation ou d'inefficacité.

A : « *S'il y a des complications je précise qu'il faut venir le montrer. (...) Donc si c'est ça, j'explique souvent aux gens quand je prescris un dermocorticoïde de le faire d'une façon correcte d'une façon assez courte, si ça fonctionne assez rapidement, c'est bon, continuez. Si ça ne fonctionne pas revenez.* »

Pour une bonne adhésion au traitement, le médecin C insiste sur l'aspect chronique et récidivant de la DA et établit une alliance thérapeutique avec le patient pour diminuer la fréquence des poussées.

C : « *Et pour la bonne adhésion, j'insiste vraiment sur le fait que c'est quelque chose de chronique qu'il ne faut pas qu'il s'inquiète si ça revient, qu'on essaiera toujours de trouver ensemble le bon moyen, de diminuer les poussées et de les espacer quoi.* »



Discussion

1. Discussion de la méthode

1.1. Forces et faiblesses de l'échantillon

Les différents médecins interviewés ont été recrutés au fur et à mesure des entretiens, afin d'obtenir les caractéristiques sociodémographiques les plus variées possibles concernant l'âge, le sexe et le lieu d'exercice. Notre échantillon est démographiquement représentatif de la population des médecins généralistes dans les Pyrénées Orientales. Dans ce département, l'âge moyen des médecins généralistes en 2015 était de 53 ans (46 ans dans notre étude) et il y avait 40% de femmes (52% dans notre étude) (30).

Plus de la moitié des médecins interrogés recevaient régulièrement des enfants dans leur cabinet et presque la majorité avait été confronté à des prises en charge de dermatite atopique. Deux médecins avaient moins l'habitude de prendre en charge cette pathologie, c'était le cas d'un jeune médecin récemment installé et un médecin de plus de 60 ans qui n'avait presque plus d'enfants parmi ses patients.

Vingt-deux médecins généralistes ont été contactés dans le cadre de cette recherche parmi lesquels, neuf n'ont pas réalisé l'entretien pour différents motifs. Le motif de refus ou d'annulation de rendez-vous pour trois des médecins contactés était : « prescription peu fréquente » ou « absence de prescription de DC dans cette pathologie ». Malheureusement, nous n'avons pas réussi à leur faire changer d'avis, leurs réponses auraient été très intéressantes pour notre étude.

Les refus et/ou annulations ont été nombreux. Cela nous a motivé à utiliser le réseau confraternel personnel et recruter des médecins dans des cabinets où l'investigatrice avait effectué des remplacements auparavant. Ceci a pu favoriser un biais d'échantillonnage mais a aussi permis à ces médecins de s'exprimer avec plus de liberté.

Nous avons interrogé 13 médecins au total et nous sommes arrivés à saturation des données dès le douzième entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour confirmer qu'on avait bien atteint ce phénomène de saturation.

1.2. Forces et faiblesses des entretiens

Les entretiens étaient individuels et semi-dirigés, ce qui a laissé aux interviewés une plus grande liberté de parole, à la différence des focus groupes, par exemple. Dans notre étude, nous évaluons la prise en charge d'une pathologie spécifique. Il peut donc persister un biais de désirabilité sociale, qui consiste à une limitation d'expression d'idées, par peur d'être jugé par l'enquêteur.

Nous avons ainsi remarqué que la durée moyenne des entretiens par voie téléphonique était d'environ 20 minutes, alors que celle des entretiens physiques était de 16 minutes. Nous pouvons supposer que, lors des entretiens par téléphone, les médecins se sentaient « plus à l'aise » et plus libérés pour s'exprimer.

Notre étude comporte très probablement un biais d'investigation, puisqu'il s'agissait du premier travail en recherche qualitative par l'investigatrice. Nous avons essayé de limiter ce biais à travers le guide d'entretien composé uniquement de questions ouvertes. Des questions de relance nous ont permis de préciser les questions principales ou de les reformuler afin qu'elles soient mieux appréhendées. Nous nous sommes documentés préalablement sur les techniques d'entretien afin de limiter au maximum ce biais (29).

1.3. Forces et faiblesses de l'analyse des résultats

Les entretiens ont été retranscrits en verbatims et analysés au fur et à mesure de leur réalisation. Nous avons initialement créé, sans interprétation ni conceptualisation, des unités de signification, par l'intermédiaire des témoignages des personnes interviewés. Nous avons ensuite établi des thèmes proches des unités de signification pour pouvoir réaliser progressivement les arbres thématiques.

Notre étude comporte un biais d'interprétation, puisque l'analyse a été réalisée par une seule personne et la triangulation des données n'a pas été effectuée.

La validité interne d'une étude repose sur la qualité méthodologique de celle-ci et vérifie que les observations soient conformes à la réalité. La diversité de notre échantillon et le respect des méthodes d'analyse qualitative, nous font penser que la validité interne est correcte. Elle peut cependant être diminuée par l'absence de triangulation des données.

La validité externe correspond à la généralisation des observations au contexte. Les résultats de notre étude sont transférables à la population étudiée, puisque nous avons réalisé les entretiens jusqu'à saturation de données. Nous pouvons considérer que de très nombreux points de vue, des médecins généralistes dans les Pyrénées Orientales, ont été recueillis lorsque nous avons atteint cette saturation des données. Cependant, les médecins qui ont refusé de participer à notre étude, parce « qu'ils n'utilisaient pas des dermocorticoïdes », peuvent nous faire penser que la validité externe est diminuée.

2. Discussion des résultats

Nous avons mis en évidence, lors de cette étude, 4 thèmes principaux qui expriment les difficultés de prescription de DC dans la DA. Tout d'abord, le vécu du médecin lors de la prise en charge de cette pathologie, puis les facteurs relatifs à la DA, les facteurs propres aux DC et enfin l'influence des patients. Ces 4 thèmes sont intriqués, nous retrouvons ainsi 7 axes principaux.

2.1. Une attitude prudente et attentiste, influencée par la formation médicale

En analysant le vécu des médecins concernant la prescription de DC dans la DA, nous avons pu repérer des sentiments d'incertitude, de détresse ou encore d'appréhension.

Cela témoigne de l'existence de difficultés et d'inquiétudes lors de la prescription de DC dans ce contexte.

Nous avons pu observer que les médecins interrogés adoptent des attitudes très différentes lors de la prescription des DC. Ces attitudes varient très souvent en fonction du contexte, du patient et de la gravité des lésions. Les deux postures les plus souvent remarquées parmi l'ensemble des médecins sont : la prudence et l'attitude attentiste.

La prudence est souvent liée à la durée du traitement. En effet, les médecins privilégient souvent des protocoles très courts. Les durées de traitement préconisées sont limitées à quelques semaines. Un seul médecin applique des DC jusqu'à la disparition des lésions et ne précise pas de durée limite de traitement. Les médecins interrogés dans notre étude se montrent méfiants face à l'utilisation des DC de classes élevées chez l'enfant.

Le travail de thèse réalisé en 2015 par G. Demarest, sur l'usage des DC, révèle à travers un questionnaire chez 200 médecins généralistes que 43% d'entre eux retardaient la prescription de DC et 70% réduisaient au minimum la durée de prescription. L'âge inférieur à 2 ans et le visage étaient aussi 2 facteurs pour lesquels les médecins apportaient une prudence supplémentaire (31).

Pour la plupart des médecins généralistes interviewés, la prescription de DC dans la DA n'est pas réalisée en première intention. Certains pensent qu'il est préférable, lorsque l'atteinte n'est pas très importante, de temporiser au maximum l'instauration de DC et d'insister sur l'application d'émollients dans un premier temps. Dans la majorité des cas, leur schéma de prescription n'est pas guidé par des recommandations, ils suivent plutôt leur expérience. En 2004, lors de l'enquête nationale de pratiques, seulement 28% des médecins généralistes prescrivaient des DC en première intention (27).

Trois médecins, tout âge confondu, identifiaient que l'origine de leurs réticences envers l'utilisation de DC résidait dans le message de prudence transmis au cours de leur formation universitaire. Un des médecins parle même de la « *diabolisation de la cortisone* » il y a 30 ans. En effet, les premiers résultats cliniques, suite à la découverte

des DC en 1950, soulèvent un fort enthousiasme. Cependant, l'absence de schéma thérapeutique précis a provoqué une utilisation non contrôlée des DC et l'apparition d'effets indésirables inquiétant les prescripteurs (32)(33). A la fin des années 70, certains médecins expriment leurs inquiétudes sur la croissance des enfants asthmatiques lors de l'utilisation au long cours de corticoïdes inhalées. Tuft et David alertent le corps médical sur l'importance de la poursuite de ce traitement et des répercussions négatives dues à l'absence de traitement de fond chez ces enfants. David évoque déjà à l'époque les mêmes inquiétudes venant des médecins en ce qui concerne le traitement de la DA (18) (19).

L'attention particulière sur les effets secondaires et les messages de prudence sur l'utilisation des DC sont toujours transmis de nos jours dans la formation médicale.

2.2. Le manque de connaissances autour de la dermatite atopique

Différentes dénominations ont été données à la dermatite atopique au cours du temps. Ainsi, la dermatite atopique s'inscrit dans un ensemble de pathologies regroupées sous le terme générique « eczéma » ou dermatites inflammatoires. Dans notre étude, nous avons pu observer que les termes « dermatite atopique », « eczéma » et l'existence d'autres étiologies de dermatites (l'eczéma de contact ou variqueux) peuvent être source de confusion pour certains médecins. Ce sujet a été difficile à aborder lors des entretiens. Nous avons remarqué que les interviewés étaient gênés et éludaient les questions sur l'origine de la DA. Cela peut provenir d'une peur de se sentir jugé et constitue une limite dans notre étude. Nous pouvons cependant supposer que la physiopathologie de la DA n'était pas complètement élucidée pour l'ensemble des médecins.

Au début du 20ème siècle, l'hypothèse d'une origine allergique était au premier plan. Aujourd'hui, cela fait toujours partie des croyances sur l'origine de la DA (7). Lors de l'enquête de pratiques de 2004, 49% des médecins généralistes pensent que la cause de la DA provient d'une allergie alimentaire (27). Le travail de thèse de M. POYER

révèle les mêmes chiffres. 40% de médecins généralistes préconisent un régime d'éviction alimentaire dans la DA (34). Une équipe japonaise proposait en 2016 de ne plus inclure la notion de « terrain atopique » dans les critères diagnostiques de DA. Cela pourrait, en effet, minimiser les confusions d'une supposée origine allergique. (35)

Quelques médecins admettent éprouver des difficultés au moment du diagnostic de DA. L'élément qui posait le plus de difficultés était le diagnostic différentiel avec les pathologies infectieuses telles que les mycoses. La crainte d'aggraver une infection sous-jacente avec les DC et de ne pas avoir un diagnostic de certitude est au premier plan. D'autres diagnostics différentiels trompeurs sont évoqués et surtout chez les personnes âgées chez qui l'apparition de lésions eczématiformes tardives peut être à l'origine de maladies de système. Une grande partie des médecins interrogés ne signalait pas de difficulté particulière pour diagnostiquer une DA. Nous pouvons penser que l'absence de difficultés diagnostiques repérées dans notre étude peuvent être sous-estimés. Effectivement, dans la littérature 26% des avis dermatologiques demandés par les médecins généralistes sont pour des lésions d'eczéma. Ainsi, un avis spécialisé est souhaité pour un patient sur six atteint de DA ou d'eczéma (36). En effet, le travail de S. AVOGADRO-LEROY montre qu'un avis dermatologique est sollicité pour ¼ des patients qui consultent pour des pathologies cutanées en médecine générale (37).

Le manque de connaissances, concernant la physiopathologie et la clinique de la DA, semblent être deux facteurs qui influencent la prise en charge de cette pathologie.

2.3. Le manque de connaissances autour des dermocorticoïdes

Peu d'études ont été réalisées afin de déterminer les facteurs de « corticophobie aux DC » chez les professionnels de santé et plus particulièrement chez les médecins généralistes. Le facteur principal retrouvé dans l'étude prospective de l'hôpital universitaire de Louvain, est l'insuffisance de connaissances sur l'utilisation des DC.

Ce facteur est présent chez les médecins généralistes et les pharmaciens (28). Ainsi, en comparaison avec la littérature, notre étude relève des incertitudes et un manque de connaissances autour des DC chez les médecins généralistes interrogés. Ceci participe directement aux difficultés vécues au moment de leur de prescription.

Les médecins interrogés ont, fréquemment, besoin d'une aide à la prescription soit grâce à un référentiel médicamenteux, soit à travers des fiches réalisées au préalable avec la classification des DC. Cette dernière semble être un élément de confusion au moment du choix de puissance thérapeutique à cause de l'existence de multiples molécules (une vingtaine sur le marché en France) (33). L'inversion des classifications françaises et internationales, l'une par rapport à l'autre, semble aussi être source de confusions (12).

De même, le choix du DC est un problème au moment de la prescription puisqu'il dépend de différents facteurs. La plupart des médecins interrogés prennent en compte des précautions concernant les enfants et l'application sur le visage mais ne suivent pas de recommandations spécifiques pour le choix de DC. Ce dernier est parfois réalisé de façon inexacte et aléatoire. Deux des généralistes reconnaissent toujours prescrire le même DC par question d'habitude.

Nous avons pu remarquer l'existence d'une appréhension lors de l'augmentation de puissances thérapeutiques. En effet, certains médecins n'ont pas l'habitude de prescrire des classes plus fortes et ne maîtrisent pas l'utilisation de celles-ci. Souvent, ils préfèrent laisser la gestion de l'escalade thérapeutique aux dermatologues. Concernant la quantité de produit à appliquer, un seul médecin utilise l'unité phalangette pour estimer la quantité de topique à appliquer. Tous les autres interviewés admettent ne pas savoir comment estimer cette quantité et ne précisent pas le nombre de tubes sur l'ordonnance.

La décroissance des DC est aussi un sujet qui soulève des questionnements. Les habitudes ne sont pas univoques. Même si la grande majorité réalise une décroissance, les médecins se questionnent, parfois, sur la pertinence de celle-ci et d'autres l'effectuent pour éviter un effet rebond. En effet, l'enquête de pratiques de

2004 montrait déjà une variabilité concernant les modalités de prescription des DC au sein même de la spécialité (27).

Ainsi, il existe, de la même façon que pour la physiopathologie de la DA, un manque de connaissances autour de l'utilisation des DC qui complique la prise en charge de cette pathologie. Parmi les médecins interrogés, il n'y en avait qu'un seul qui avait réalisé un stage de dermatologie pendant ses études et uniquement 4 avaient eu une formation post universitaire en dermatologie, dans le cadre du DPC ou autre. La formation initiale en dermatologie pendant l'externat et l'internat semble insuffisante pour la médecine générale. Dans le questionnaire de A. ADO CHATAL, 71% des médecins généralistes interrogés déclarent se sentir moyennement compétents pour la prise en charge des pathologies dermatologiques. La formation initiale en dermatologie est jugée insuffisante à 87% (38).

2.4. Des prises en charges complexes et une difficulté d'accès aux soins spécialisés

Les médecins interrogés repèrent certaines situations qui rendent la prise en charge plus complexe. La plupart du temps, dans ces cas-là, un avis dermatologique est souhaité.

La sévérité des poussées, est l'une des situations complexes repérées par les médecins interrogés. L'étendue importante des lésions, survenant chez l'enfant ou localisées au niveau du visage, semble être source d'inquiétudes. Les médecins redoutent les prescriptions de DC récurrentes à cause de l'évolution chronique de la pathologie et la récurrence des poussées. Afin d'éviter ce que certains appellent « *un abus* » de DC, les médecins préfèrent adresser leurs patients au dermatologue pour adapter la prise en charge. Aucun des médecins interrogés n'a évoqué la stratégie proactive d'épargne cortisonique recommandée par les guidelines internationales de 2018 (4)(16). De même, il semblerait que les interviewés n'évaluent pas l'adhérence thérapeutique aux DC chez leur patients. Ceci pourrait être à l'origine d'une survenue plus fréquente des poussées si les DC ne sont pas bien administrés.

Par ailleurs, l'apparition de surinfections cutanées, avant ou pendant l'instauration du traitement par DC, fait partie des situations complexes rencontrées. En effet, il n'existe pas de recommandations précises sur les modalités concernant l'arrêt des DC et l'instauration de traitement antibiotique lors d'une surinfection (39). Les médecins se questionnent sur le fait de savoir si les DC peuvent être poursuivis ou instaurés en même temps qu'un traitement antibiotique, leur crainte étant d'aggraver l'infection. La colonisation cutanée par *S. aureus* est retrouvée chez environ 90% des patients atopiques qui sont susceptibles de développer des surinfections plus fréquemment. Les guidelines européennes recommandent une antibiothérapie courte systémique par céphalosporines en cas de surinfection bactérienne apparente et étendue (5). Les auteurs d'une étude randomisée avec double placebo menée au Royaume-Uni, préconisent de ne pas utiliser des antibiotiques oraux ni cutanés dans les situations de surinfection modérée. Les résultats montrent l'absence d'amélioration significative des lésions modérément surinfectés sous antibiotiques oraux ou topiques. Ces derniers pourraient être à l'origine d'une augmentation des résistances bactériennes (40)(41). La réalisation d'études plus vastes à ce sujet et l'élaboration de recommandations précises sur la gestion des DC lors d'une surinfection de DA semblent indispensables.

Les médecins généralistes adressent leurs patients le plus souvent vers des dermatologues, parfois chez le pédiatre ou l'allergologue. L'ensemble des médecins interrogés éprouve de vraies difficultés concernant l'accès à un avis spécialisé dermatologique. Dans les Pyrénées-Orientales, les délais de prise en charge sont souvent très longs et peuvent aller jusqu'à 1 an d'attente. Quelques médecins possèdent un réseau confraternel déjà en place et peuvent contacter le dermatologue par mail ou téléphone. La plupart du temps, ils envoient les photos des lésions afin que le spécialiste puisse donner un avis téléphonique sur la conduite à tenir ou recevoir le patient dans des plus brefs délais. Cependant, cela n'est pas le cas chez tous les médecins généralistes des Pyrénées-Orientales. Des inégalités d'accès au soin pourraient être accentuées par ce phénomène.

2.5. Des effets secondaires redoutés

Concernant les effets secondaires des DC, la principale inquiétude signalée par la majorité des médecins est celle d'une corticodépendance et d'un effet rebond. Ce phénomène complique la prise en charge pour les interviewés, puisqu'il peut emmener à un « *cercle vicieux* », des poussées qui « *flambent* » ou « *encore plus fortes qu'avant* » avec « *l'impression que le sevrage n'est pas possible* ». Pour pallier cela, certains médecins généralistes vont réaliser un schéma de décroissance de DC sur plusieurs jours voire plusieurs semaines, d'autres feront appel au dermatologue. Cette notion de corticodépendance peut aussi être assimilée aux situations décrites « *d'inefficacité thérapeutique* » malgré un traitement bien conduit. Trois médecins généralistes reconnaissent se sentir particulièrement en difficulté lorsque le traitement n'est plus efficace alors que la puissance thérapeutique en DC avait été augmentée. Des données similaires à notre travail sont retrouvées dans le travail d'analyse qualitative par focus groupe de H. WASTIAUX AUBERT, dans lequel les médecins généralistes ont des inquiétudes diverses sur l'accoutumance au produit, la crainte d'une perte d'efficacité et la non-guérison de la dermatite atopique par les DC (42).

Dans la littérature, le phénomène de dépendance aux DC est décrit mais reste mal compris. Il a été initialement associé à la survenue d'un érythème avec sensation de brûlure calmée par une nouvelle application de DC, le « *red burning skin syndrome* » (43) (24). La perte d'efficacité ou l'accoutumance aux DC sont associés à la notion de tachyphylaxie, phénomène démontré en 1976 par A. DU VIVIER (44). Cependant, en 1999, l'étude de JJ. MILLER et al. sur la tachyphylaxie aux DC dans le psoriasis, ne démontre pas une perte d'efficacité de DC chez les patients traitées et suivis pendant 12 semaines (45). Aucune autre étude n'a démontré ce phénomène à l'heure actuelle. L'hypothèse d'une diminution d'efficacité des DC, due à une diminution de l'adhésion, ne peut pas être exclue (24)(46). Avant de conclure sur l'inefficacité thérapeutique des DC, il est très important de réévaluer avec le patient les modalités d'application, l'adhésion thérapeutique et dépister une éventuelle corticophobie.

La plupart des médecins ont des inquiétudes sur les effets locaux tels que l'atrophie cutanée lors d'applications récurrentes. Celle-ci est davantage redoutée lors de

l'utilisation de DC au niveau du visage. Les craintes sur les effets secondaires systémiques n'étaient pas au premier plan. Cependant, le surdosage chez l'enfant lors d'applications répétées était une des principales craintes. Le travail de thèse de G. DEMAREST met en évidence des résultats similaires à notre étude. 78% des médecins étaient inquiets par des effets secondaires locaux comme l'atrophie cutanée, 81% avaient des craintes concernant les effets au long terme d'une utilisation chronique, 72% redoutaient les applications sur le visage et plus particulièrement sur les paupières. (31)

Une revue de la littérature, établie en 2016 sur la tolérance des DC, confirme l'innocuité au long terme des DC de puissance faible à moyenne chez les enfants atteints de DA et constate l'absence d'atrophie cutanée ou d'effets systémiques. Cependant, il existe à ce jour, peu de données sur l'innocuité au long terme des DC de puissances élevées (47)(48).

2.6. L'influence des patients

La prise en charge de la DA va être influencée par le terrain du patient. Les médecins généralistes interrogés reconnaissent rencontrer plus de difficultés dans la prise en charge d'un nourrisson et d'un enfant en bas âge, que pour un adulte. Chez les enfants l'utilisation de DC était souvent de très courte durée et avec des classes thérapeutiques plus faibles. A l'inverse, la prise en charge de l'adulte ne semble pas poser de problèmes. Les craintes sur les effets secondaires chez l'enfant ne sont pas toujours fondées : « *Je sais que c'est bête comme réaction mais j'aurai moins mal à en mettre chez les adultes que chez les enfants quand même* ». Le sentiment souvent retrouvé est celui de l'incertitude, ce qui induit une prudence supplémentaire lors de la prise en charge de l'enfant.

Nous avons pu observer dans notre étude que la crainte d'une utilisation inappropriée des DC, par les patients ou l'entourage, est présente chez les médecins. Certains redoutent l'automédication pour d'autres pathologies et le mésusage du produit par des applications en quantités trop importantes au détriment des émoullients.

La gestion des diverses inquiétudes parentales, vis-à-vis de la DA et de sa prise en charge, met en difficulté les médecins généralistes. Souvent, les parents ont des questionnements sur les causes de la maladie de leur enfant, pour lesquels les médecins n'ont pas toujours de réponse. Parfois, les inquiétudes des parents face à un traitement qui s'avère inefficace, oblige les praticiens à adresser les enfants rapidement chez le spécialiste. Un médecin évoque même des difficultés face à la pression parentale lors des récives et d'inefficacité thérapeutique.

Nous avons pu remarquer que peu des médecins sont confrontés à des patients réticents à l'utilisation des DC. Quand cela se présente, la plus-part des médecins rassurent les patients sur la sécurité d'une bonne utilisation des DC. Cependant parfois, lorsque les médecins généralistes se retrouvent face à des situations d'inefficacité thérapeutique, ils adressent leurs patients chez le spécialiste sans avoir recherché une corticophobie sous-jacente. En effet, si celle-là existe l'adhérence thérapeutique est compromise et le médecin peut se retrouver face à des impasses thérapeutiques. Il est essentiel lors de chaque consultation, d'évaluer avec le patient les modalités d'application des DC et de dépister une éventuelle corticophobie. Nous avons vu auparavant que seulement un patient sur deux évoquait leurs propres craintes avec leur médecin. (21) Cependant, certains professionnels de santé transmettent toujours à ce jour, des messages de précaution concernant les DC qui pourraient être mal interprétés par les patients.

2.7. Discordance dans les discours et adhésion thérapeutique

L'objectif secondaire de ce travail était d'évaluer l'information donnée aux patients sur les DC et l'impact de celle-ci sur l'éducation thérapeutique.

Dans notre étude, les informations concernant l'aspect chronique de la DA, son évolution par poussées, les facteurs aggravants et les principes des mesures adjuvantes, sont expliquées en détail aux patients dans la grande majorité des cas. Ceci est essentiel dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient. Celle-ci a pour objectif d'apprendre au patient à vivre avec une maladie chronique, l'autonomise

et améliore l'adhésion thérapeutique (17). La Société Française de Dermatologie a ainsi développé un site d'information destinée au grand public : « Dermato-info » (49). Celui-là a pour objectif de transmettre aux patients, une information claire et complète sur les maladies dermatologiques et leurs traitements.

Nous avons observé dans notre étude que le schéma thérapeutique lors de la prescription des DC est très variable et diffère entre les prescripteurs. Le travail de thèse de M. POYER met aussi en évidence la variabilité des modalités de prescription entre médecins généralistes (34). Les différences concernant les quantités, les durées d'application et la réalisation ou pas d'une décroissance, constituent des sources de confusion pour le patient. Ceci est confirmé dans l'étude de SMITH et al. (50) et par le travail de thèse de H. WASTIAUX AUBERT. Ce dernier met en évidence les discours contradictoires, entre médecins généralistes et spécialistes, ainsi qu'entre prescripteurs et pharmaciens, auxquels les patients sont confrontés. Cela renforce les inquiétudes des patients (42).

Les messages retrouvés dans notre étude tels que : « *je leur dis de pas mettre des tartines* », « *j'explique qu'il faut pas trop en mettre* », « *je leur dis de bien se laver les mains après l'utilisation* », « *la durée la plus courte possible* » « *je leur dis on va reprendre le traitement mais en faisant le minimum* », sont susceptibles d'induire des confusions et renforcer les inquiétudes sur les DC chez les patients. Nous pouvons penser que les messages de prudence transmis par les médecins, proviennent d'une appréhension et d'un manque des connaissances sur les DC. De même, concernant les effets secondaires des DC les messages sont partagés. Une partie des médecins rassure leurs patients sur l'innocuité des DC sur le court terme, d'autres préviennent leurs patients d'une possible survenue d'effet rebond et des difficultés de sevrage lors d'applications chroniques. Une enquête évaluant les pratiques de prescription de DC de dermatologues australiens dans le cadre de la DA, a mis en évidence que ces derniers prescrivaient fréquemment des DC de classes forte à très forte lors de la prise en charge de la DA. La plupart d'entre eux constate que les effets secondaires tels que l'atrophie cutanée sont rares à condition que les DC soient appliqués de manière appropriée. Ils préconisent ainsi un retrait de l'expression, « *utiliser avec parcimonie* », des conseils donnés lors de l'utilisation des DC. Ils insistent et informent leurs patients

sur l'absence de durée déterminée lors de l'utilisation des DC. Ceux-ci doivent être poursuivis jusqu'à la disparition des lésions.(51)

3. Perspectives

Les consultations pour des motifs dermatologiques sont fréquentes en médecine générale, environ de l'ordre de 8% tous âges confondus selon les dernières données de l'Observatoire de Médecine générale en 2009 (52). Le manque de connaissances, chez les médecins généralistes interrogés, dans le domaine de la DA et plus particulièrement lors de l'utilisation de DC, est un obstacle à la prise en charge de cette pathologie.

Pour pallier cela, l'enseignement en dermatologie pendant la formation initiale semble être incontournable. Il serait intéressant de pouvoir proposer un stage en dermatologie pendant l'internat de médecine générale. Ainsi une alternative pourrait être de réaliser ce stage pendant le semestre du SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée). Des cours ainsi que des travaux dirigés pratiques en dermatologie et destinés aux internes de médecine générale, sont en cours de développement à l'université de Montpellier.

A l'heure actuelle il n'existe au niveau national, qu'un seul diplôme universitaire de « dermatologie pédiatrique », adressé aux médecins généralistes à l'université de Nantes. Il serait intéressant de pouvoir généraliser ce type de formation dans les autres universités françaises.

Des sites internet ont été créés afin d'aider les médecins généralistes dans les prises en charge en dermatologie, c'est le cas de Dermatoclic® (53) et Dermatokid® (54). Dermatokid® a été créé récemment dans le cadre d'une thèse réalisée par E. RENART (55). Il a pour but d'aider les médecins généralistes dans leur démarche diagnostique et thérapeutique face aux lésions dermatologiques le plus fréquentes chez l'enfant. La promotion de ces sites mériterait d'être approfondie auprès des médecins généralistes, afin que leur utilisation se généralise.

Conclusion

Ce travail de thèse met en évidence l'existence de difficultés et inquiétudes concernant la prescription de DC dans la DA chez les médecins généralistes interrogés.

Ces derniers, sont prudents devant certaines situations particulières : lors de la prise en charge des enfants de moins de 2 ans, lors de l'utilisation de DC au niveau du visage, au moment du choix de classes thérapeutiques fortes et très fortes et lorsque les prescriptions deviennent prolongées ou récurrentes. La plupart du temps, une attitude attentiste est retrouvée. Dans un premier temps, les médecins insistent sur les émoullients et temporisent l'application de DC lors des poussées.

Le manque de connaissances sur la physiopathologie de la dermatite atopique, l'existence de lésions variables, entraînent des doutes diagnostiques et constituent un obstacle à la prise en charge de cette pathologie.

Les origines des réticences sur les DC, proviennent parfois des messages d'alerte au cours de la formation universitaire, sur leurs effets secondaires. Les médecins redoutent la survenue d'atrophie cutanée, de corticodépendance, de surdosage lors d'application répétées et d'un effet rebond à l'arrêt du traitement. Une image négative de la cortisone reste ancrée dans les esprits de certains médecins bien qu'ils reconnaissent que leurs craintes ne sont pas toujours fondées.

Le manque de connaissances et incertitudes au moment de la prescription des DC, constitue ainsi un deuxième obstacle à la prise en charge de la DA. Les médecins éprouvent des difficultés au moment du choix de la puissance thérapeutique, de la quantité de produit à appliquer et de la durée de traitement à prescrire.

Une utilisation prudente de DC en faible quantité et pendant des durées très courtes est préconisée par les médecins. Ceux-là redoutent une utilisation inappropriée des DC par les patients, un surdosage et de survenue d'effets secondaires. Leurs conseils renforcent parfois les craintes des patients autour du traitement et constituent un frein pour l'adhérence thérapeutique.

Notre étude nous a permis d'identifier les diverses inquiétudes des médecins généralistes autour des DC. Ainsi, nous avons détaillé plusieurs leviers d'action pour

faire face à ces difficultés tels que la formation en dermatologie des médecins généralistes et l'éducation thérapeutique autour des DC.

Bibliographie

1. Fondation Eczéma [Internet]. Fondation Eczéma. [Cité 7 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr>
2. Richard MA, Corgibet F, Dupin N, Beylot-Barry M, Misery L, Chaussade V, et al. Caractéristiques épidémiologiques des patients de plus de 15 ans avec une dermatite atopique en France : données de l'étude Objectifs Peau. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1 déc 2017;144(12, Supplement):S108.
3. Société française de dermatologie. Prise en charge de la dermatite atopique chez l'enfant - Texte de recommandations. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2005;132:19-33.
4. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(5):657-82.
5. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(6):850-78.
6. Marniquet M-E, Barbarot S. Dermatite atopique de l'enfant et de l'adolescent. *Rev Fr Allergol* [Internet]. 26 mars 2020 [cité 27 avr 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877032020300464>
7. Bhattacharya T. Historical Perspectives on Atopic Dermatitis: Eczema Through the Ages. :5.
8. Berrubé Charles. Corticophobie dans la prise en charge de la dermatite atopique chez l'enfant: l'impact du pharmacien d'officine. [Lille]; 2017.
9. Williams HC, Jburney PG, Hay RJ, Archer CB, Shipley MJ, Ahunter JJ, et al. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. *Br J Dermatol*. 1994;131(3):383-96.
10. Collège des enseignants de dermatologie de France. Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. In: *Dermatologie*. 7^e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017. p. 416. (Les référentiels des collèges).
11. Lee HH, Patel KR, Singam V, Rastogi S, Silverberg JI. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and phenotype of adult-onset atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 1 juin 2019;80(6):1526-1532.e7.
12. Darrigade A-S. Traitements topiques et photothérapie dans la dermatite atopique. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1 déc 2019;146(12, Supplement 3):12S85-95.
13. Guillot B. Effets indésirables cutanés des glucocorticoïdes. *Wwwem-Premiumcomdatarevues02488663v34i5S0248866312011812* [Internet]. 19 avr 2013 [cité 22 déc 2020]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/802710/resultatrecherche/1>
14. Faure S. Dermocorticoïdes. *Actual Pharm*. 1 juin 2014;53(537):53-6.
15. Laforge P, Buxeraud J, Fougere É. La dermatite atopique, une pathologie particulièrement invalidante. *Actual Pharm*. déc 2019;58(591):20-3.
16. Berth-Jones J, Damstra RJ, Golsch S, Livden JK, Hooteghem OV, Allegra F, et al. Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis: randomized, double blind, parallel group study. *BMJ*. 19 juin 2003;326(7403):1367.

17. Barbarot S, Gagnayre R, Bernier C, Chavigny J-M, Chiaverini C, Lacour J-P, et al. Dermatitis atopique : un référentiel d'éducation du malade. *Ann Dermatol Vénéréologie*. févr 2007;134(2):121-7.
18. Tuft L. « Steroid-phobia » in asthma management. *Ann Allergy*. mars 1979;42(3):152-9.
19. David TJ. Steroid scare. *Arch Dis Child*. sept 1987;62(9):876-8.
20. Charman CR, Morris AD, Williams HC. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *Br J Dermatol*. 2000;142(5):931-6.
21. Hon K-LE, Kam W-YC, Leung T-F, Lam M-CA, Wong K-Y, Lee K-CK, et al. Steroid fears in children with eczema. *Acta Paediatr*. 2006;95(11):1451-5.
22. Mueller SM, Tomaschett D, Vogt DR, Itin P, Cozzio A, Surber C. Topical corticosteroid concerns from the clinicians' perspective. *J Dermatol Treat*. août 2017;28(5):464-8.
23. Beattie PE, Lewis-Jones MS. Parental knowledge of topical therapies in the treatment of childhood atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol*. 2003;28(5):549-53.
24. Aubert H, Barbarot S. Non-adhésion et corticothérapie. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1 janv 2012;139:S7-12.
25. Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, Le Rhun A, Leux C, Mazereeuw-Hautier J, et al. TOPICOP©: A New Scale Evaluating Topical Corticosteroid Phobia among Atopic Dermatitis Outpatients and Their Parents. Szecsi PB, éditeur. *PLoS ONE*. 16 oct 2013;8(10):e76493.
26. Stalder J-F, Aubert H, Anthoine E, Futamura M, Marcoux D, Morren M-A, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: International feasibility study of the TOPICOP score. *Allergy*. 2017;72(11):1713-9.
27. Barbarot S, Beauchet A, Zaid S, Lacour J-P. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant par les dermatologues, pédiatres, médecins généralistes et allergologues : enquête nationale de pratique. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1 janv 2005;132:283-95.
28. Lambrechts L, Gilissen L, Morren M. Topical Corticosteroid Phobia Among Healthcare Professionals Using the TOPICOP Score. *Acta Derm Venereol*. 2019;99(11):1004-8.
29. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
30. Bouet DP. Alas national de la démographie médicale en 2015. Conseil national de l'ordre des médecins. 2015;322.
31. Demarest G. La dermatite atopique chez le nourrisson et le jeune enfant (de 2 à 6 ans): descriptif de l'usage des dermocorticoïdes en médecine générale. [Lille]; 2015.
32. Laurence. Cortisone Info : histoire de la corticothérapie et des corticoïdes [Internet]. Cortisone Info. 2019 [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: <https://cortisone-info.com/generalites/histoire-de-la-corticothérapie/>
33. B. Lebrun-Vignes OC. Dermocorticoïdes. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1 janv 2004;131(1):39-48.
34. Poyer MLC. Évaluation de la prise en charge de la dermatite atopique de l'adulte en soins primaires: enquête régionale de pratique en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2019.

35. Saeki H, Nakahara T, Tanaka A, Kabashima K, Sugaya M, Murota H, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Atopic Dermatitis 2016. *J Dermatol*. 2016;43(10):1117-45.
36. Kerr OA, Tidman MJ, Walker JJ, Aldridge RD, Benton EC. The profile of dermatological problems in primary care. *Clin Exp Dermatol*. 2010;35(4):380-3.
37. Avogadro-Leroy S. Pathologies cutanées en médecine générale: une étude quantitative en Haute-Normandie. :100.
38. Chatal AA. Formation complémentaire de dermatologie en médecine générale: étude quantitative auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor. :43.
39. Alexander H, Paller AS, Traidl-Hoffmann C, Beck LA, Benedetto AD, Dhar S, et al. The role of bacterial skin infections in atopic dermatitis: expert statement and review from the International Eczema Council Skin Infection Group. *Br J Dermatol*. 1 juin 2020;182(6):1331-42.
40. Francis NA, Ridd MJ, Thomas-Jones E, Butler CC, Hood K, Shepherd V, et al. Oral and Topical Antibiotics for Clinically Infected Eczema in Children: A Pragmatic Randomized Controlled Trial in Ambulatory Care. *Ann Fam Med*. 1 mars 2017;15(2):124-30.
41. George SM, Karanovic S, Harrison DA, Rani A, Birnie AJ, Bath-Hextall FJ, et al. Interventions to reduce *Staphylococcus aureus* in the management of eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 29 oct 2019;2019(10).
42. Wastiaux Aubert H. La Corticophobie dans la Dermatite Atopique : Création et Validation d'un Outil d'Evaluation. Nantes; 2009.
43. Rapaport MJ, Lebwohl M. Corticosteroid addiction and withdrawal in the atopic: the red burning skin syndrome. *Clin Dermatol*. juin 2003;21(3):201-14.
44. du Vivier A. Tachyphylaxis to topically applied steroids. *Arch Dermatol*. sept 1976;112(9):1245-8.
45. Miller JJ, Roling D, Margolis D, Guzzo C. Failure to demonstrate therapeutic tachyphylaxis to topically applied steroids in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. oct 1999;41(4):546-9.
46. Taheri A, Cantrell J, Feldman SR. Tachyphylaxis to topical glucocorticoids; what is the evidence? *Dermatol Online J [Internet]*. 2013 [cité 23 déc 2020];19(7). Disponible sur: <https://escholarship.org/uc/item/87v5x7hf>
47. Siegfried EC, Jaworski JC, Kaiser JD, Hebert AA. Systematic review of published trials: long-term safety of topical corticosteroids and topical calcineurin inhibitors in pediatric patients with atopic dermatitis. *BMC Pediatr [Internet]*. 7 juin 2016 [cité 23 déc 2020];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895880/>
48. Abramovits W, Oquendo M. Hydrocortisone butyrate 0.1% cream (proprietary lipid rich cream vehicle) does not significantly suppress hypothalamic-pituitary-adrenal axis and is effective in pediatric patients 3 months and older with extensive atopic dermatitis. *Skinmed*. juin 2010;8(3):150-4.
49. Dermato-Info. la dermatite atopique [Internet]. *dermato-info.fr*. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-dermatite-atopique>
50. Smith SD, Hong E, Fearn S, Blaszczynski A, Fischer G. Corticosteroid phobia and other confounders in the treatment of childhood atopic dermatitis explored using parent focus groups. *Australas J Dermatol*. 2010;51(3):168-74.
51. Smith SD, Lee A, Blaszczynski A, Fischer G. Attitudes of Australian dermatologists to the use

and safety of topical corticosteroids in pediatric atopic dermatitis. *Australas J Dermatol.* 2016;57(4):278-83.

52. OMG - Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/>

53. Dermatocliv [Internet]. dermatoclic. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.dermatoclic.com>

54. DermatoKid [Internet]. DermatoKid. [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <https://dermatokid.com/>

55. Renart E. DERMATOKID : Création d'un site Internet d'aide au diagnostic des pathologies dermatologiques de l'enfant de 0 à 6 ans, à destination des médecins généralistes. [Montpellier]; 2020.

Annexes

Annexe 1 : TOPICOP score

: score de corticophobie : TOPICOP

Questionnaire Eczéma et crèmes corticoïdes

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

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

Cochez une case par ligne

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

CROYANCES : 6 items

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

COMPORTEMENT : 6 items

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

Annexe 2 : Exemple de grille simplifiée d'évaluation du niveau de compétence des malades. (17)

Compétence	Niveau d'acquisition
Nommer la maladie	Acquis non acquis o _____ 10
Expliquer l'eczéma	Acquis non acquis o _____ 10
Reconnaître les différentes lésions	Acquis non acquis o _____ 10
Connaître et savoir utiliser les émollients	Acquis non acquis o _____ 10
Connaître et savoir utiliser les dermocorticoïdes	Acquis non acquis o _____ 10
Exprimer ses craintes vis-à-vis des dermocorticoïdes	Acquis non acquis o _____ 10
Connaître et savoir utiliser le tacrolimus	Acquis non acquis o _____ 10
Adapter ses soins d'hygiène , son habillement	Acquis non acquis o _____ 10
Adapter son environnement	Acquis non acquis o _____ 10
Savoir gérer les démangeaisons	Acquis non acquis o _____ 10
Savoir gérer les troubles du sommeil	Acquis non acquis o _____ 10
Reconnaître les situations à risque : herpès, allergie...	Acquis non acquis o _____ 10
Savoir s'adapter à des conditions particulières : vacances, piscine...	Acquis non acquis o _____ 10
Savoir exprimer ses difficultés, ses émotions, appeler à l'aide	Acquis non acquis o _____ 10

Annexe 3 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de répondre à cet entretien.

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je cherche à comprendre les difficultés et les inquiétudes que vous pouvez rencontrer lors de la prescription de dermocorticoïdes dans le cadre de la dermatite atopique (aussi appelé eczéma atopique ou eczéma constitutionnel).

Cet entretien n'a pas pour but d'évaluer vos connaissances, vos habitudes de prescription ni de vous faire changer d'avis sur les DC, mais de mieux caractériser les obstacles à leur prescription dans votre pratique quotidienne et dans le cadre de cette pathologie.

Consentez-vous à l'enregistrement des données et à l'utilisation de celles-ci dans le cadre de ma thèse ? Ces données resteront anonymes.

1-Je vais tout d'abord vous demander de vous remémorer une consultation qui vous a marqué avec un patient atteint de dermatite atopique en poussée. Pouvez-vous me détailler les différentes étapes de votre consultation ?

QR :

- Quels étaient, le contexte, votre démarche diagnostique et thérapeutique ?
- Avez-vous éprouvé des difficultés lors de cette consultation ?
- Quel était votre état d'esprit lors de cette consultation ?
- Pouvez-vous détailler l'échange que vous avez eu avec votre patient ou les parents de votre patient ?
- (Si pas de souvenir sur une consultation récente) Que représente pour vous la dermatite atopique ?

2-Lorsque vous devez prescrire des dermocorticoïdes pour la DA comment faites-vous ?

QR :

- Que marquez-vous sur votre ordonnance ?
- Comment faites-vous le choix parmi les différents DC ?
- Quels sont les moyens d'aide à la prescription dont vous disposez afin d'établir votre ordonnance ?
- Comment faites-vous pour estimer la quantité de DC à appliquer ?
- Quels conseils d'utilisation donnez-vous à vos patients ?

3-Quelles sont les situations dans lesquelles vous êtes en difficulté pour prendre en charge une DA et que faites-vous ?

QR :

- Quels peuvent être les éléments de la consultation qui vous posent problème par ex le contexte, l'âge du patient, la gravité, le diagnostic... ?
- Ou allez-vous chercher des informations pour vous aider à la prise en charge ?

(Par exemple avis téléphonique, photos, par le biais d'un spécialiste dermatologue, pédiatre, allergologue ou autre...)

4-Quelles craintes avez-vous vis-à-vis des DC et quel est leur origine ?

QR :

-Y a-t-il des effets secondaires qui vous inquiètent ?

-Redoutez-vous des localisations, la durée ou la quantité ?

-Quelles sont les réticences exprimées par vos patients sur les DC ?

-Que pensez-vous de leurs inquiétudes cela vous pose problème pour la prise en charge ? Comment les rassurez-vous ?

Afin de mieux vous connaître je vais vous poser quelques questions personnelles.

Quel est votre âge ?

Votre sexe ?

Votre type d'activité ?

L'année de votre installation ?

Avez-vous suivi des formations en dermatologie lors de votre externat internat ou en formation continue ?

Avez-vous des diplômes universitaires ?

Quel est le pourcentage approximatif de vos patients pédiatriques ?

Annexe 4 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

MG	Sexe	Age	Lieu exercice	Années d'installation	Diplômes universitaires	Formations en dermatologie	Pourcentage patients pédiatriques	Durée entretien
A	M	62	Semi-rural	35 ans	Gériatrie/ TCC	Non	<10%	13:31
B	F	58	Urbain	30 ans	Pédiatrie/ Post-accouchement	Non	25%	15:29
C	F	36	Urbain	6 ans	Pédiatrie	Cancers cutanés en DPC , Formation dermatoscopie	10%	21:35
D	F	37	Rural	5 ans	Médecin correspondant SAMU	Non	15%	20:07
E	F	31	Semi-rural	1 an	Endocrinologie, gynécologie	Internat SASPAS	15-20%	16:05
F	M	56	Semi-rural	27 ans	Coordination de regroupement pluri-professionnel en établissements de soins de premiers recours	DPC	15-17%	46:02
G	M	49	Rural	9 ans	Capacité de médecine d'urgence	Formation personnelle par dermato du CHP	15-20%	24:27
H	M	60	Rural	30 ans	Médecine aéronautique et spatiale	DPC: tumeurs cutanées	20%	20:32
I	F	53	Semi-rural	15 ans	Aucun	Non	20%	16:25
J	F	38	Urbain	3 ans	Santé solidarité précarité, Infectiologie extrahospitalière	Non	<10%	15:37
K	F	30	Rural	2ans	Nutrition, HTA	Non	5%	12:27
L	M	62	Semi-rural	35 ans	Aucun	Non	10%	18:52
M	M	30	Urbain	1 an	Aucun	Non	10%	17:53

Annexe 5 : Entretiens

Vous pouvez accéder aux entretiens à travers le lien suivant :

https://drive.google.com/drive/folders/1L_1sFUHwnN6Dsoj95y1OUSONnRaT8_TF?usp=sharing

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction : La dermatite atopique est une pathologie dont la prévalence ne cesse d'augmenter au cours des dernières années. Les différentes stratégies thérapeutiques, la discordance dans les discours entre soignants et les nombreuses croyances répandues autour de cette maladie et de son traitement, rendent sa prise en charge difficile. L'objectif principal de ce travail était de repérer les inquiétudes et les difficultés lors de la prescription de dermocorticoïdes dans le cadre de la dermatite atopique chez les médecins généralistes des Pyrénées Orientales.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée. Les médecins interrogés ont été recrutés parmi la population des médecins généralistes des Pyrénées Orientales. Les données ont été analysées à travers une analyse thématique.

Résultats : Les résultats ont montré que multiples facteurs sont à l'origine d'inquiétudes et difficultés lors de la prescription de dermocorticoïdes. Les principales craintes chez les médecins interrogés étaient les effets secondaires des dermocorticoïdes tels que l'atrophie cutanée et la corticodépendance. L'application de dermocorticoïdes sur le visage ainsi que leur utilisation chez l'enfant de moins de 2 ans, induisent une prudence particulière lors leur prescription, celle-ci étant retardée le plus possible. Les médecins redoutent les poussées récidivantes, l'inefficacité thérapeutique des dermocorticoïdes au long terme et l'utilisation de puissances thérapeutiques plus élevées. Le manque de connaissances autour de la dermatite atopique et des dermocorticoïdes, ainsi que les messages d'alerte concernant la corticothérapie pendant les études médicales, sont à l'origine des inquiétudes chez les médecins.

Conclusion : Les inquiétudes concernant les dermocorticoïdes chez les médecins généralistes sont multiples et à l'origine d'un probable sous-traitement des patients atteints de dermatite atopique. Elles font écho aux inquiétudes similaires exprimés par les pharmaciens. L'enseignement en dermatologie pendant la formation initiale des médecins généralistes, semble être incontournable pour renforcer leurs compétences dans ce domaine.

Mots clés : Corticophobie, dermocorticoïdes, dermatite atopique, médecine générale