



**HAL**  
open science

# État des lieux en 2021 de la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant en médecine de premier recours

Adeline Ricard

► **To cite this version:**

Adeline Ricard. État des lieux en 2021 de la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant en médecine de premier recours. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03715171

**HAL Id: dumas-03715171**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03715171>**

Submitted on 6 Jul 2022

**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.

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITÉ**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année : 2022

N°

**THÈSE**

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPÉCIALITÉ PÉDIATRIE

par

Adeline RICARD

---

Présentée et soutenue publiquement le 11/04/2022

---

ÉTAT DES LIEUX EN 2021 DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE DE  
L'ENFANT EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS.

---

Président : Monsieur le Professeur Sébastien BARBAROT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Luc COLAS

# COMPOSITION DU JURY

**Président du jury :** Monsieur le Professeur Sébastien BARBAROT

## **MEMBRES DU JURY :**

Monsieur le Professeur Sébastien BARBAROT (PU-PH en dermatologie)

Madame le Professeur Élise LAUNAY (PU-PH en pédiatrie)

Monsieur le Professeur Cyrille HOARAU (MCU-PH en allergologie)

Madame le Docteur Michèle DEBONS (PH en dermatologie)

# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Pr Barbarot, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je vous remercie pour l'attention que vous avez portée à mon travail.

A Monsieur le Dr Colas, pour avoir accepté de prendre la direction de cette thèse. Je vous remercie de m'avoir fait découvrir le monde de l'Allergologie. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect le plus profond et de ma reconnaissance.

A Madame le Pr Launay, pour avoir accepté de juger cette thèse. Pour votre investissement dans la formation des internes de pédiatrie et vos précieux conseils. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect.

A Madame le Dr Debons, pour avoir accepté de juger cette thèse. Je vous remercie de votre soutien ainsi que pour l'attention que vous avez portée à mon travail.

A Monsieur le Pr Hoarau, pour avoir accepté de juger cette thèse. Je vous remercie pour l'attention que vous avez portée à mon travail.

Aux médecins Dr Colas Hélène, Dr Garrot, Dr Aubert. Je vous remercie pour votre soutien et votre aide dans la réalisation de ma thèse.

A l'URML des Pays de la Loire, que je remercie pour avoir accepté de diffuser notre questionnaire.

A tous les médecins ayant participé au questionnaire, que je remercie grandement sans qui cette étude aurait été impossible.

Enfin, je tiens à remercier tous ceux qui ont participé à ma formation et m'ont accompagné dans celle-ci, depuis mes co-externes du Kremlin-Bicêtre et mes co-internes de pédiatrie à Nantes en passant par les équipes paramédicales rencontrées au cours de mes stages ainsi que tous les médecins qui m'ont accompagnée et guidée tout au long de mon cursus.

# ABBREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché  
DA : Dermatite Atopique  
DC : Dermocorticoïde  
DPC : Développement Professionnel Continu  
EAACI : European Academy of Allergy and Clinical Immunology  
ETP : Education Thérapeutique du Patient  
FLG : Filaggrine  
FNH : Facteur Naturel d'Hydratation  
HSV : Herpes simplex virus  
IgE : Immunoglobuline de type E  
IC : Inhibiteurs de la Calcineurine  
IL : Interleukine  
LEKTI : Lympho-Epithelial Kazal-Type-related Inhibitor  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ORS : Observatoire Régional de la Santé  
PAMP : Motif moléculaire associé aux pathogènes (Pathogen Associated Molecular Pattern)  
PCA : Acide pyrrolidine carboxylique  
PNNS : Programme National Nutrition Santé  
PRR : Récepteurs de reconnaissance de motifs moléculaires (Pathogene Recognition Receptors)  
QCM : Questions à Choix Multiples  
QCS : Questions à Choix Simple  
ROS : Espèces réactives de l'oxygène (Reactive Oxygen Species)  
SA: Stapholocoque doré (Stapholococcus aureus)  
SC : Stratum Corneum  
SFD : Société Française de Dermatologie  
SG: Stratum Granulosum  
TEWL : Perte trans-epidermique en eau (Trans Epidermal Water Loss )  
TNF-alpha: Tumor Necrosis Factor- alpha  
TPO : Test de Provocation Oral  
TSLP : Lymphoprotéines thymiques stromales (Thymic Stromal Lymphopietin)  
UCA : Acide Urocanique  
URML: Union Régionale des Médecins Libéraux

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Table des matières</b>	<b>6</b>
<b>1 Généralités sur la dermatite atopique</b>	<b>7</b>
1.1 Épidémiologie de la dermatite atopique . . . . .	8
1.2 Physiopathologie de la dermatite atopique . . . . .	9
1.2.1 Généralités sur la peau . . . . .	9
1.2.2 Pathogénie de la dermatite atopique . . . . .	12
1.2.3 Défauts la barrière cutanée et développement des allergies . . . . .	16
1.3 Diagnostic . . . . .	18
1.3.1 Phénotypes multiples . . . . .	19
1.3.2 Aspects cliniques . . . . .	20
1.3.3 Evaluation de la gravité . . . . .	24
1.3.4 Diagnostic différentiel . . . . .	25
1.3.5 DA et allergies . . . . .	26
1.4 Complications infectieuses . . . . .	28
1.4.1 Surinfection bactérienne . . . . .	28
1.4.2 Surinfection herpétique . . . . .	29
1.5 Moyens thérapeutiques . . . . .	30
1.5.1 Soins d'hygiène . . . . .	30
1.5.2 Émoullients . . . . .	31
1.5.3 Les dermocorticoïdes . . . . .	31
1.5.4 Autres traitements . . . . .	33
1.5.5 Place de l'éducation thérapeutique . . . . .	34
1.6 Synthèse du rôle du médecin de premier recours dans la prise en charge de la DA de l'enfant . . . . .	37
<b>2 Vers une meilleure prise en charge de la dermatite atopique</b>	<b>40</b>
2.1 Enjeux actuels du médecin de premier recours . . . . .	41
2.2 Justification de l'étude . . . . .	42
<b>3 Matériels et méthodes</b>	<b>44</b>
3.1 Population étudiée . . . . .	45
3.2 Recueil de données . . . . .	45
3.3 Données épidémiologiques et cliniques . . . . .	46
3.3.1 Données épidémiologiques . . . . .	46
3.3.2 Données cliniques . . . . .	46

3.4	Analyse statistique des données . . . . .	48
<b>4</b>	<b>Résultats</b>	<b>49</b>
4.1	Caractéristiques socio-démographiques . . . . .	50
4.2	Diagnostic de dermatite atopique chez l'enfant . . . . .	52
4.2.1	Perception de la maladie . . . . .	52
4.2.2	Aisance dans le diagnostic . . . . .	52
4.3	Prise en charge de la Dermatite Atopique . . . . .	54
4.3.1	Prescription des dermocorticoïdes . . . . .	54
4.3.2	Corticophobie . . . . .	58
4.3.3	Échantillon des non-prescripteurs de DC en première intention . . . . .	58
4.3.4	Soins de support . . . . .	59
4.3.5	Suivi et adressage . . . . .	61
<b>5</b>	<b>Discussion</b>	<b>64</b>
5.1	Taux de participation . . . . .	65
5.2	Données socio-démographiques . . . . .	65
5.3	Biais de l'étude . . . . .	67
5.4	Comparaison de l'évolution de la prise en charge de la dermatite atopique pédiatrique en soins primaires et propositions d'amélioration de la prise en charge . . . . .	68
5.4.1	Aisance du diagnostic de la dermatite atopique . . . . .	68
5.4.2	Mise en place du traitement . . . . .	68
5.4.3	Corticophobie des médecins . . . . .	71
5.4.4	Suivi du patient avec une dermatite atopique . . . . .	71
5.4.5	Prise en charge allergologique dans la dermatite atopique . . . . .	73
	<b>Conclusion</b>	<b>76</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>76</b>
	<b>Annexes</b>	<b>85</b>



---

## GÉNÉRALITÉS SUR LA DERMATITE ATOPIQUE

---

1.1	Épidémiologie de la dermatite atopique . . . . .	8
1.2	Physiopathologie de la dermatite atopique . . . . .	9
1.2.1	Généralités sur la peau . . . . .	9
1.2.2	Pathogénie de la dermatite atopique . . . . .	12
1.2.3	Défauts la barrière cutanée et développement des allergies	16
1.3	Diagnostic . . . . .	18
1.3.1	Phénotypes multiples . . . . .	19
1.3.2	Aspects cliniques . . . . .	20
1.3.3	Evaluation de la gravité . . . . .	24
1.3.4	Diagnostic différentiel . . . . .	25
1.3.5	DA et allergies . . . . .	26
1.4	Complications infectieuses . . . . .	28
1.4.1	Surinfection bactérienne . . . . .	28
1.4.2	Surinfection herpétique . . . . .	29
1.5	Moyens thérapeutiques . . . . .	30
1.5.1	Soins d'hygiène . . . . .	30
1.5.2	Émollients . . . . .	31
1.5.3	Les dermocorticoïdes . . . . .	31
1.5.4	Autres traitements . . . . .	33
1.5.5	Place de l'éducation thérapeutique . . . . .	34
1.6	Synthèse du rôle du médecin de premier recours dans la prise en charge de la DA de l'enfant . . . . .	37

---

## 1.1 Épidémiologie de la dermatite atopique

Avec une augmentation qualifiée "d'épidémique" par l'EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology) au cours des 60 dernières années, les maladies allergiques affectent aujourd'hui la vie de plus d'un milliard de personnes dans le monde. Leur prévalence devrait atteindre jusqu'à 4 milliards en 2050, selon les estimations de l'EAACI [1]. De même, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'en 2050, la moitié de la population mondiale sera concernée par l'allergie.

La dermatite atopique faisant partie du spectre des maladies allergiques, elle suit la même progression. C'est actuellement l'une des dermatoses les plus fréquentes dans le monde avec une prévalence globale estimée entre 2 et 5%. L'étude internationale ISAAC de phase III [2] a permis d'estimer à l'échelle mondiale la prévalence de dermatite atopique chez la population des 13-14 ans à 7,3%, et chez la populations des 6-7 ans à 7,9%.

**En Europe, environ 10 à 15% des enfants sont concernés par la DA.**

La prévalence de dermatite atopique semble avoir atteint un plateau au cours des années 2000 dans certains pays, après avoir augmenté entre 1960 et 1990 [3]. Sa prévalence aurait triplé en 30 ans dans les pays industrialisés [4].

Concernant les causes de cette augmentation fulgurante des maladies allergiques, la théorie dite « hygiéniste » proposée à la fin des années 80 reste toujours d'actualité. Réadaptée depuis, elle suggère aujourd'hui que les changements profonds de mode de vie ont un impact important sur le fonctionnement de notre système immunitaire. Cette théorie oppose deux catégories de personnes : celles vivant en milieu rural dont le système immunitaire est stimulé par des antigènes nombreux et très variés et qui développent peu de manifestations atopiques, et celles vivant en milieu urbain dont le système immunitaire est soumis à peu d'antigènes différents mais en plus grande quantité et plus souvent et qui développent nettement plus de manifestations atopiques. L'une des explications possibles pourrait être une modification de l'équilibre du fonctionnement du système immunitaire. Selon Flohr *et al*[5], les infections parasitaires, le mode de vie rurale, le mode de garde en crèche et l'exposition aux chiens dans la petite enfance étaient associés à un moindre risque de développer une DA.

Le rôle de la pollution environnementale dans le développement et l'aggravation des maladies atopiques a surtout été montré dans l'asthme, mais plusieurs études plaident en faveur de l'implication de la pollution urbaine et domestique (en particulier le tabac) dans la DA.

## 1.2 Physiopathologie de la dermatite atopique

### 1.2.1 Généralités sur la peau

La peau se compose de trois couches, de la plus superficielle à la plus profonde : l'épiderme, le derme et l'hypoderme.[6]

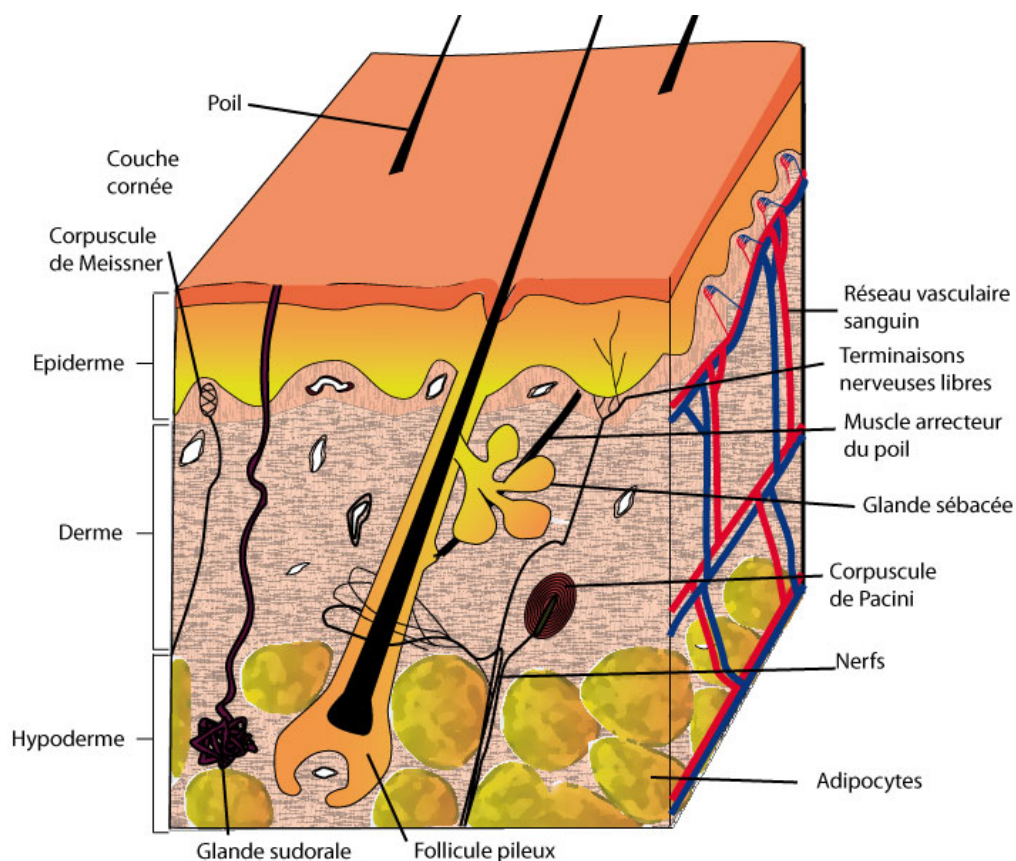


FIGURE1.1 – Composition de la peau

**L'épiderme** est la couche la plus superficielle de la peau. C'est un épithélium squameux stratifié kératinisé qui se renouvelle continuellement. Il constitue la fonction de barrière cutanée et c'est lui qui est principalement touché dans la dermatite atopique.

**Le derme** est un tissu conjonctif principalement composé d'une matrice extracellulaire vascularisée produite par des fibroblastes, la principale population cellulaire dermique.

**L'hypoderme**, ou tissu adipeux, possède deux fonctions principales au sein de l'organisme. Il joue un rôle primordial dans le stockage et la libération des lipides ; c'est aussi un organe endocrinien qui synthétise et sécrète des adipokines. Ces dernières sont impliquées

dans la balance énergétique, le métabolisme glucido-lipidique et dans la physiopathologie de l'inflammation [notamment par la sécrétion de Tumor Necrosis Factor- alpha (TNF- $\alpha$ ) et d'interleukine-6].

## Composition de l'épiderme

Nous allons nous intéresser à l'épiderme qui a un rôle majeur dans la physiopathologie de la dermatite atopique.

On distingue principalement quatre couches dans l'épiderme (Figure 1.2).

**Le stratum basale (ou couche basale)**, couche la plus profonde, est composée de cellules basales qui vont proliférer, se différencier en kératinocytes et migrer vers les couches les plus superficielles de l'épiderme.

Au cours de leur passage à travers **le stratum spinosum (ou couche spineuse)**, les kératinocytes vont progressivement s'aplatir.

Dans **le stratum granulosum (SG, ou couche granuleuse)**, les cellules sont granulaires et sont reliées entre-elles par des jonctions serrées (ou tight junction). Elles contiennent des protéines de structures (profillagrine, cornéodesmosine) et des lipides qui joueront dans la couche cornée un rôle fondamental dans la barrière épidermique.

Dans la couche la plus superficielle, **le stratum corneum (SC, ou couche cornée)**, les cellules changent d'aspect et deviennent de grandes cellules polyédriques plates, leurs membranes sont remplacées des enveloppes cornées : c'est la cornification. Les jonctions entre les différents cornéocytes sont réalisées par les cornéodesmosomes et les lipides intercellulaires.

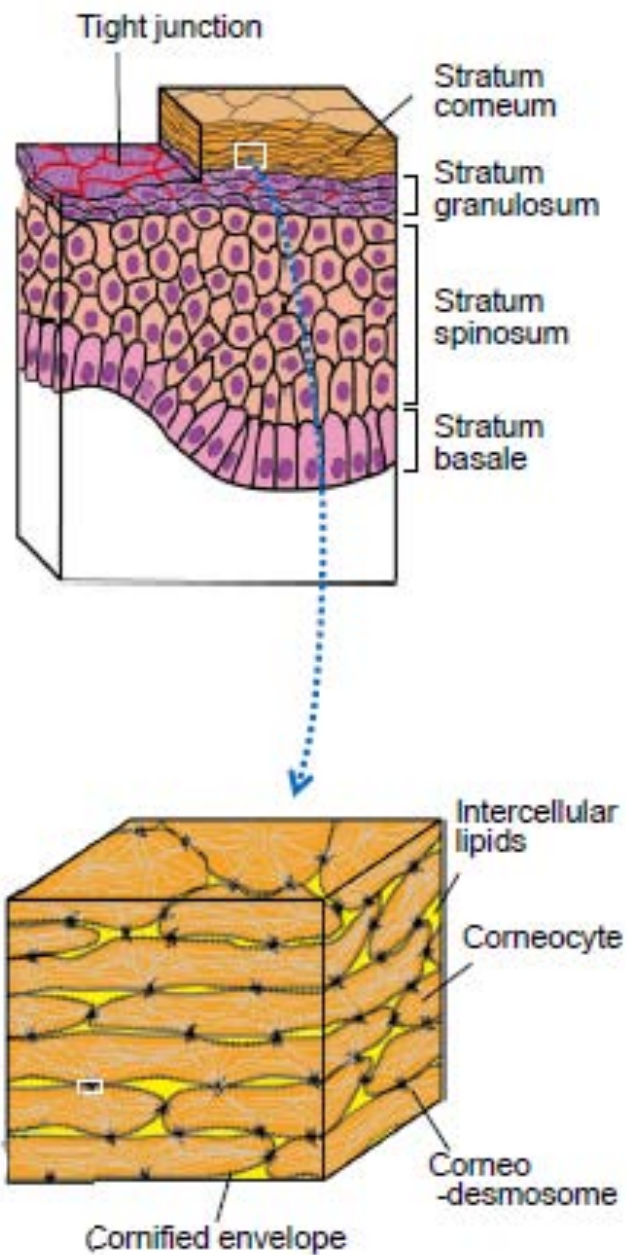


FIGURE1.2 – L'épiderme. [7]

La peau a un rôle de barrière multifonctionnelle, principalement effectué par l'épiderme [8] :

- Elle a un rôle de **barrière hydrique** en permettant le maintien d'un gradient de la teneur en eau entre les couches profondes de l'épiderme et la couche cornée. Ce gradient est assuré par plusieurs éléments qui peuvent tous être affectés dans la DA : les lipides intercornéocytaires, les jonctions serrées et les composants du Facteur Naturel d'Hydratation (FNH) issue de la laggrine.

- Elle a un rôle de **barrière physique** permis par les cornéodesmosomes qui vont maintenir étroitement les cornéocytes entre-eux et permettre la stabilité de la couche cornée. Ils pourront eux aussi être altérés dans la DA.
- Elle a un rôle de **barrière anti-oxydante**, l'action de facteurs oxydants sur la peau (ex : exposition aux UV) se traduit par la production d'espèces réactives de l'oxygène (ROS). Ces réactions d'oxydation physiologiquement sont indispensables mais peuvent, dans certaines conditions, être également nuisibles.
- Elle a un rôle de **barrière photo-protectrice**, en grande partie grâce à la mélanogenèse (processus de synthèse des mélanines).
- Elle a un rôle de **barrière anti-microbienne**, les kératinocytes et les cellules de Langerhans jouent un rôle majeur dans la défense contre les infections. Ce sont de véritables sentinelles immunologiques, reconnaissant des structures moléculaires particulières à la surface des micro-organismes (Pathogen Associated Molecular Pattern, PAMP) grâce à leurs récepteurs de danger, les protéines PRR (Pattern Recognition Receptors). Ces cellules, une fois activées, sont capables de phagocytose et de présentation des antigènes microbiens aux lymphocytes. Elles vont également produire des peptides anti-microbiens, des chimiokines ou d'autres médiateurs chimiques.

La structure de l'épiderme a également un rôle important, en effet la couche cornée est une structure quasi-infranchissable par les micro-organismes et le processus de desquamation assure l'élimination de ceux qui se sont installés.

En plus de cette barrière physique, le pH acide, le faible taux d'humidité de la couche cornée ainsi que la température de la peau inférieure à 37°C sont défavorables à la croissance bactérienne.

## 1.2.2 Pathogénie de la dermatite atopique

La dermatite atopique est une maladie multi-factorielle due à l'association de facteurs génétiques et environnementaux. La pathogénie de la dermatite atopique fait appel à une réponse immunitaire de type 2 exacerbée et à un défaut de la barrière cutanée [9], [10], [11].

### Facteurs génétiques

Le rôle des facteurs génétiques dans les manifestations allergiques atopiques ne fait aucun doute, en particulier dans la DA.

Dans les études de jumeaux, on constate une concordance clinique de la DA plus élevée chez les sujets monozygotes que chez les sujets dizygotes. Dans d'autres études familiales, il est montré qu'en cas d'atteinte biparentale de la DA, la prévalence chez l'enfant est de

81% alors qu'elle est de 59% si un parent présente une DA et l'autre un asthme ou bien de 56% si l'autre parent ne présente aucune manifestation atopique [12].

Le mode de transmission de l'atopie reste cependant inconnu et est probablement polygénique.

### **Anomalie innée de la barrière cutanée**

Les patients porteurs d'une DA ont une fonction barrière cutanée défectueuse en peau lésée (poussée de dermatite atopique) et non lésée (cliniquement saine)[13]. Chez ces patients, il est constaté une diminution du taux de céramides dans la peau et une augmentation de la quantité d'eau "perdue" à travers la peau ou perte trans-épidermique en eau (TEWL) [7].

Chez certains patients atteints de DA, des mutations au niveau de gènes codant pour des protéines de l'épiderme (filaggrine, LEKTI, claudine-1) ont été clairement identifiées. Cependant, elles ne permettent pas d'expliquer toutes les dermatites atopiques et certains patients mutés ne présentent pas de symptômes cutanés.

#### **Anomalie de la filaggrine**

La filaggrine (FLG) est une protéine de structure de l'épiderme ayant un rôle crucial dans le maintien de la qualité de la fonction barrière de l'épiderme.

Lors de la transition entre le SG et le SC (Figure 1.3), la profilaggrine est clivée par des protéases en monomères de filaggrine. Ces derniers vont se lier aux filaments de kératine pour former des complexes qui participeront à la formation des cornéodesmosomes. Les monomères de filaggrine vont également être dégradés en acides aminés qui vont être convertis en acide urocanique (UCA), qui joue un rôle important dans le maintien de l'acidité du pH de la peau, ainsi qu'en acide pyrrolidine carboxylique (PCA) qui est un composant majeur des "facteurs naturels d'hydratation" (FNH). Étant donné que les produits de dégradation de la filaggrine contribuent à diminuer le pH de l'épiderme, un déficit en filaggrine rendra donc le pH de la peau basique.

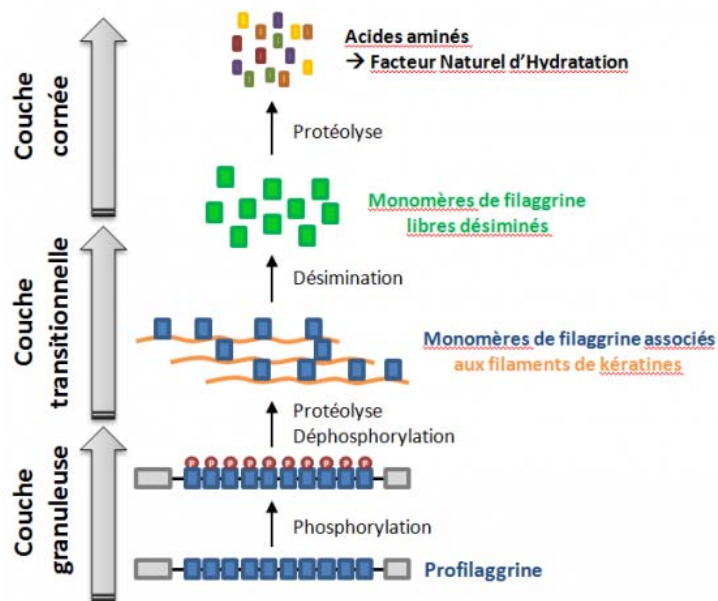


FIGURE1.3 – Les différentes étapes de la filaggrine [6]

Après avoir induit sur des souris une double mutation inactivatrice du gène de la FLG, Kawasaki *et al* [14] retrouvaient chez ces souris une altération de la fonction barrière de la peau avec une susceptibilité augmentée à des sensibilisations liées à l'environnement.

Chez l'Homme, une double mutation inactivatrice (homozygotie) du gène de la FLG entraîne une absence complète de FLG dans la peau et est à l'origine de l'ichtyose vulgaire. Cette affection touche un enfant sur 250 et se traduit par une sécheresse cutanée avec des squames et une hyperlinéarité palmaire. Dans plus de 50% des cas, les patients atteints d'ichtyose vulgaire sont également atteints de DA.

Concernant les mutations inactivatrices hétérozygotes du gène codant pour la FLG (10% de la population générale), elles sont responsables d'une anomalie fonctionnelle de la barrière épidermique et multiplient par 3 le risque de développer une DA [15]. Elles sont associées à une augmentation du risque de pénétration d'antigènes à travers la peau et de développer des réactions allergiques immédiates. Elles sont également associées à une hyperproduction d'IL-1 et de TSLP dans la peau [16], [17], [18].

### **Anomalie de la couche cornée et des jonctions serrées**

L'intégrité de la couche cornée est fondamentale dans le maintien de la fonction barrière de la peau. L'enveloppe cornée et les cornéodesmosomes sont indispensables au maintien de la stabilité des cornéocytes. Des anomalies du cornéodesmosome vont provoquer une hyper-desquamation des cornéocytes, et par conséquent des défauts dans la barrière cutanée et de l'inflammation. La desquamation des cornéocytes est favorisée par un pH élevé et



à l'inverse diminuée par des protéases inhibitrices dont font parties les lympho-epithelial Kazal-type-related inhibitor (LEKTI) codées par le gène SPINK5, dont la mutation est responsable du syndrome de Netherton [19].

En plus de la couche cornée, les jonctions serrées sont des structures essentielles à l'intégrité de la barrière cutanée. Furuse *et al* [20] montraient dans leur étude le rôle indispensable des jonctions serrées dans l'homéostasie cutanée avec des souris totalement déficientes en claudine-1 (principal composant des jonctions serrées) qui mourrait en 24h, de déshydratation. De Benedetto *et al* [21] retrouvaient également chez les sujets atteints de DA des anomalies d'expression de protéines constitutives des jonctions serrées intrakératinocytaires (dont la claudine-1).

### Dérèglement immunitaire acquis

Dans le passé, il a été supposé que les anomalies de la barrière cutanée dans la DA reflétaient les conséquences d'une anomalie immunologique primaire (vision historique de la pathogenèse de la DA de l'intérieur vers l'extérieur). Actuellement c'est la vision inverse (la " outside-in " hypothèse) qui est majoritairement reconnue, notamment à travers les travaux d'Elias *et al* [22] qui exposent le fait que les anomalies de la barrière cutanée seraient plutôt le " moteur " de l'activité de la maladie. Un défaut dans les protéines de la barrière épidermique faciliterait l'interaction d'antigènes extérieurs avec les cellules de l'immunité présente dans la peau (cellules de Langerhans dans l'épiderme et les cellules dendritiques dermiques dans le derme), menant à une inflammation locale. Une activation marquée des axes Th2 et Th22 et une augmentation plus faible des axes immunitaires Th1 et Th17 sont constatés en phase aiguë (Figure 1.4, Figure 1.5) [7], [23]. Certains auteurs ont pu observer que la balance Th1/Th2 évoluait au cours du temps : dans la phase aiguë de la maladie, la réponse immunitaire serait à large prédominance Th2 [24] alors que dans la phase chronique, il y aurait une augmentation de la réponse immunitaire Th1 et donc un déséquilibre Th1/Th2 moins important [25], [23].

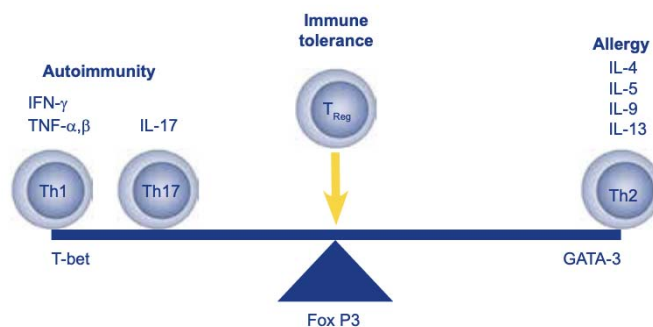


FIGURE1.4 – La balance Th1/Th2 des lymphocytes T CD4+.[1]

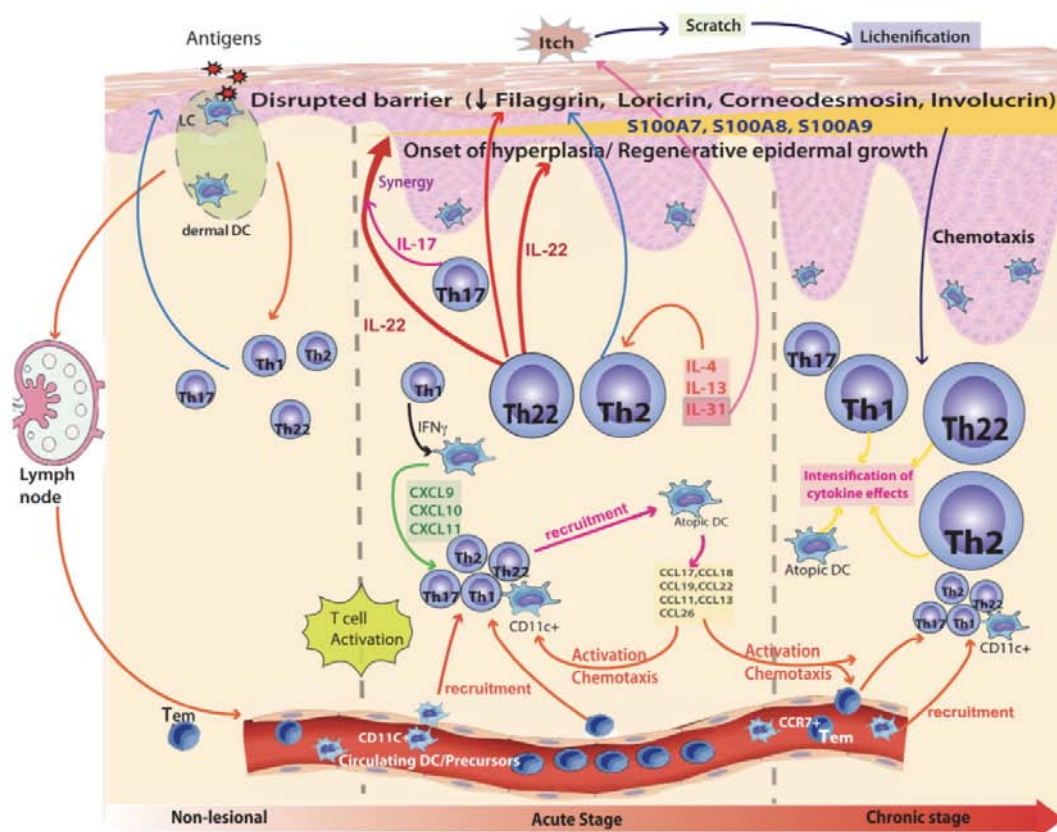


FIGURE1.5 – Immunopathogénèse de la DA. [23]

Simpson *et al*[26] ont montrés que le blocage de la signalisation de l'IL-4 et de l'IL-13, les deux principales cytokines de "type 2", améliorait la DA. L'inflammation cutanée médiée par l'IL-4, l'IL-13, le TNF et l'IL-25 tendrait à réduire l'expression de la filaggrine dans la peau, même chez les patients non mutés pour le gène filaggrine [27]. Cette réponse immunitaire de "type 2" crée une boucle d'exacerbation entre la déficience héréditaire de la barrière et le dérèglement immunitaire, entraînant une inflammation cutanée chronique et persistante qui ne peut être soulagée que par l'immunosuppression.

### 1.2.3 Défauts la barrière cutanée et développement des allergies

Des études chez la souris ont démontré que l'allergie alimentaire et l'asthme peuvent être induits par une sensibilisation épicutanée et sont renforcés en cas de perturbation de la barrière cutanée [28],[29], [30]. Chez l'homme, de récents essais cliniques ont montré que l'exposition à l'antigène par voie épicutanée induit une sensibilisation tandis que consommation d'antigènes par voie orale induit une tolérance immunitaire [31], [32].

En reprenant l'hypothèse d'Elias *et al*[22], Czarnowicki *et al*[33] proposent la théorie selon laquelle après la stimulation par des antigènes extérieurs des cellules de l'immunité innée de la peau, l'inflammation locale avec prédominance de lymphocytes Th2 favorisée notamment par l'IL-33, l'IL-25 et la TSLP, mènerait vers des lésions de dermatite atopique puis vers la marche atopique (Figure 1.6). Ainsi, il serait possible de limiter le développement de la dermatite atopique grâce à une prévention primaire chez les enfants à haut risque. Il serait également possible de limiter l'apparition de la marche atopique avec une prévention secondaire chez les enfants ayant une DA déjà installée. Leung *et al* [34] formulent également cette hypothèse mais qui reste à l'heure actuelle non prouvée.

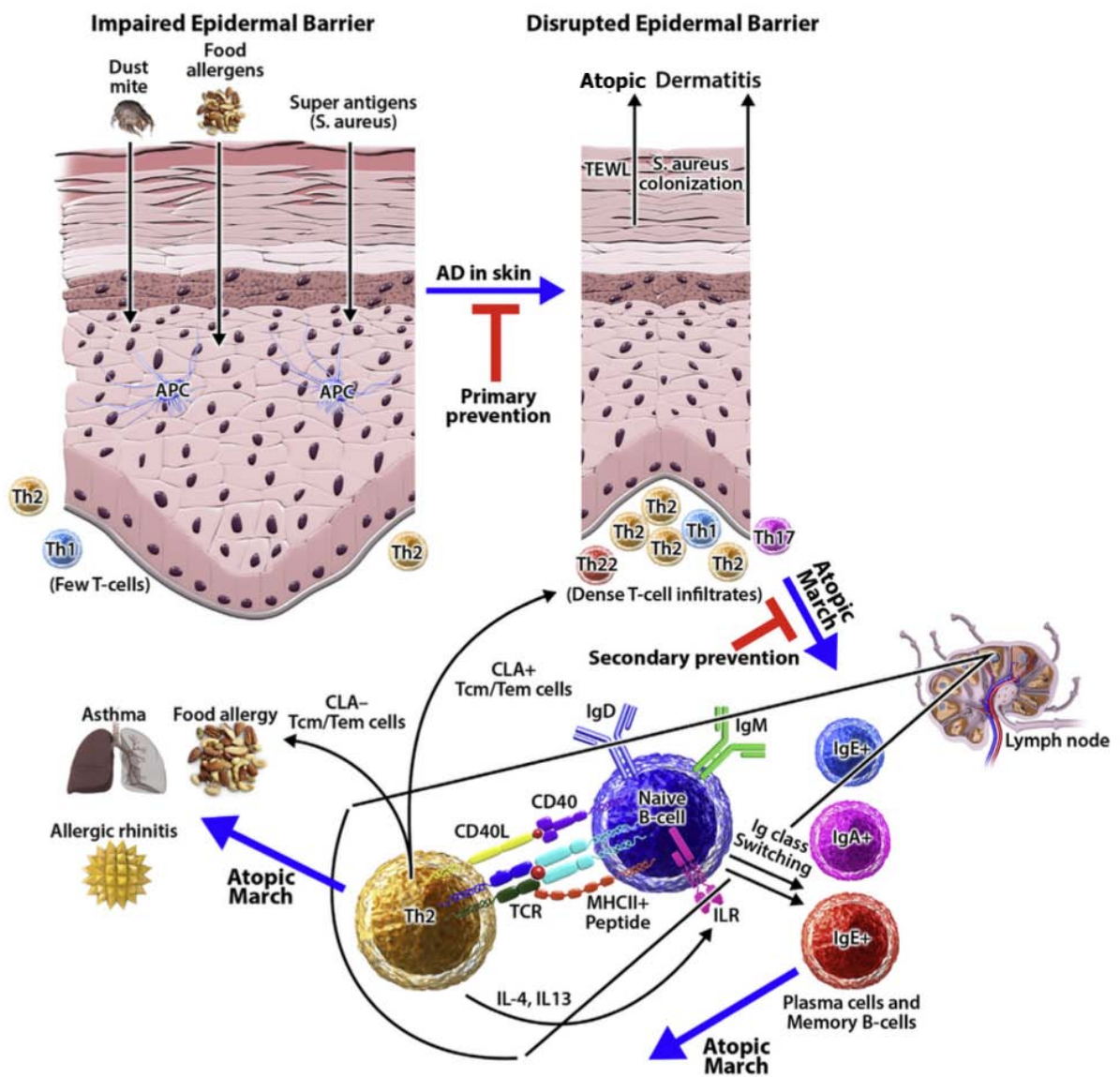


FIGURE 1.6 – Lien entre DA et développement de la marche atopique [33]

## 1.3 Diagnostic

Le diagnostic de dermatite atopique est un diagnostic clinique, il peut être facilité par l'utilisation des critères de Hanifin et Rajka (Figure 1.7).

Les critères diagnostiques les plus souvent utilisés sont ceux de l'UK Working Party (Figure 1.8) . Ils sont validés chez l'enfant à partir de 1 an et ont une sensibilité de 85% et une spécificité de 96% par rapport au diagnostic porté par un dermatologue.

<p><b>Critères majeurs (au moins 3) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Prurit</li><li>- Aspect et localisation typiques :<ul style="list-style-type: none"><li>• Lichénification des plis (adultes)</li><li>• Atteinte du visage et des faces d'extension des membres (nourrissons et enfants)</li></ul></li><li>- Dermatite chronique</li><li>- Antécédents personnels ou familiaux d'atopie (asthme, rhinite allergique, dermatite atopique)</li></ul>
<p><b>Critères mineurs (au moins 3) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Xérose</li><li>- Ichtyose / hyperlinéarité des paumes / kératose pilaire</li><li>- Positivité des tests cutanés d'hypersensibilité immédiate (type I)</li><li>- Élévation des IgE sériques</li><li>- Début précoce</li><li>- Tendance aux infections cutanées (staphylocoque, herpès) / Déficit de l'immunité cellulaire</li><li>- Tendance aux dermites non spécifiques des mains et des pieds</li><li>- Eczéma des mamelons</li><li>- Chéilite</li><li>- Conjonctivite récidivante</li><li>- Pli sous orbitaire de Dennie-Morgan</li><li>- Kératocône</li><li>- Cataracte antérieure sous-capsulaire</li><li>- Pigmentation orbitaire</li><li>- Pâleur du visage / érythème du visage</li><li>- Pityriasis alba</li><li>- Plis cervicaux antérieurs</li><li>- Prurit à la sueur</li><li>- Intolérance à la laine et aux solvants des lipides</li><li>- Accentuation périfolliculaire</li><li>- Intolérance alimentaire</li><li>- Évolution influencée par des facteurs environnementaux et émotionnels</li><li>- Dermographisme blanc / blanchiment retardé</li></ul>

FIGURE1.7 – Critères diagnostiques de Hanifin et Rajka [35]

**Dermatose prurigineuse chronique et au moins 3 des critères suivants :**

- Eczéma visible des plis de flexion (ou des joues et/ou des faces d'extension des membres avant l'âge de 18 mois)
- Antécédent personnel d'eczéma des plis de flexion (ou des joues et/ou des faces d'extension des membres avant l'âge de 18 mois)
- Antécédent personnel de peau sèche au cours de la dernière année
- Antécédent personnel d'asthme ou de rhinite allergique (ou antécédent familial direct d'atopie chez l'enfant de moins de 4 ans)
- Apparition des lésions avant 2 ans (critère utilisé chez les enfants de plus de 4 ans)

FIGURE1.8 – Critères diagnostiques de l'UK Working Party

### 1.3.1 Phénotypes multiples

La DA débute presque toujours chez le nourrisson ou l'enfant en bas âge. Elle commence généralement vers trois mois, mais parfois dès les premières semaines de la vie. La DA évolue en alternant poussées et phases de rémission. Elle peut durer de plusieurs mois à plusieurs années. L'évolution est le souvent favorable, la majorité des DA s'améliorant puis disparaissant au cours de l'enfance. 20% des DA de l'enfant persistent après l'âge de 8 ans, et 5% après 20 ans. La DA peut plus rarement débiter à l'âge adulte.

Il existe de nombreuses variations interindividuelles dans les formes cliniques et l'histoire naturelle de la maladie des patients atteints de DA [36]. En effet, la "marche atopique" au sens propre du terme qui est la succession temporelle de DA, allergie alimentaire, asthme, rhinite allergique et conjonctivite allergique n'est présente que chez 10% des malades atteints de DA. Pour l'instant, il n'est connu aucun biomarqueur fiable pouvant prédire le phénotype de la maladie chez un individu.

Cependant, les sujets porteurs d'une mutation du gène de la filaggrine semblent avoir une maladie plus précoce, plus sévère, plus prolongée et plus volontiers associée à des manifestations allergiques extra-cutanées. En dehors cette mutation du gène de la filaggrine, il est constaté que les DA sévères ont souvent un début précoce chez le nourrisson et avec une évolution prolongée. Selon Kim *et al*[37], les sujets qui avaient développé une DA au cours des deux premières années de leur vie présentaient un risque significativement plus faible de maladie persistante que ceux qui l'avaient développée plus tard dans l'enfance ou l'adolescence.

### 1.3.2 Aspects cliniques

Les lésions aiguës sont érythémateuses, prurigineuses, parfois suintantes et croûteuses. Les excoriations cutanées dues au grattage sont fréquentes.

Les lésions chroniques sont caractérisées par une sécheresse cutanée qui n'est cependant pas constante.

**Chez le nourrisson**, la DA débute par une atteinte symétrique prédominant sur les convexités du visage (Figure 1.9) et des membres. Une sécheresse cutanée (xérose) est fréquente. La région du siège et le nez sont épargnés. Le prurit peut être absent avant 3 mois. **Après 2 ans**, les lésions sont localisées aux plis (cou, coudes, genoux) (Figure 1.10, Figure 1.11) et aux extrémités (mains, poignets, chevilles). La lichénification (épaississement de la peau) est un symptôme fréquent et témoigne d'une inflammation cutanée prolongée. L'atteinte du visage comprend parfois un double pli sous-palpébral (Figure 1.12).

**Chez l'adolescent**, les lésions se localisent au visage et au cou (notamment sous forme d'un érythème) et deviennent lichénifiées sur les membres. On observe parfois un aspect de prurigo sur les membres inférieurs (Figure 1.13).

**Certaines localisations sont rares mais typiques** : l'atteinte des mamelons et l'atteinte des grandes lèvres chez la femme, l'atteinte des lèvres (chéilite atopique) et des paupières avec parfois des complications ophtalmologiques (kératite, kératoconjunctivites).

**L'eczéma nummulaire** est une forme d'eczéma caractérisée par des lésions rondes, infiltrées, inflammatoires, résistantes aux traitements (Figure 1.14).

**L'atteinte des mains** (et surtout du pouce si l'enfant suce son pouce) est parfois observée dans la DA, on retrouve des lésions péri-unguéales avec parfois une dystrophie unguéale associée (il faut savoir rechercher une dermite de contact si atteinte persistante) (Figure 1.15).



FIGURE1.9 – DA sévère du nourrisson. Présence d'un érythème et de croûtes résultant de lésions suintantes. Épargne des sourcils, du nez et de la région péri-buccale.



FIGURE1.10 – DA modérée des plis du coude.



FIGURE1.11 – DA modérée des creux poplités.



FIGURE1.12 – DA du petit enfant avec lésions croûteuses du cuir chevelu et double pli sous-palpébral.



FIGURE1.13 – DA de l'adulte avec lésions de prurigo.





FIGURE1.14 - DA sévères avec lésions nummulaires.



FIGURE1.15 - DA du nourrisson avec atteinte des mains.

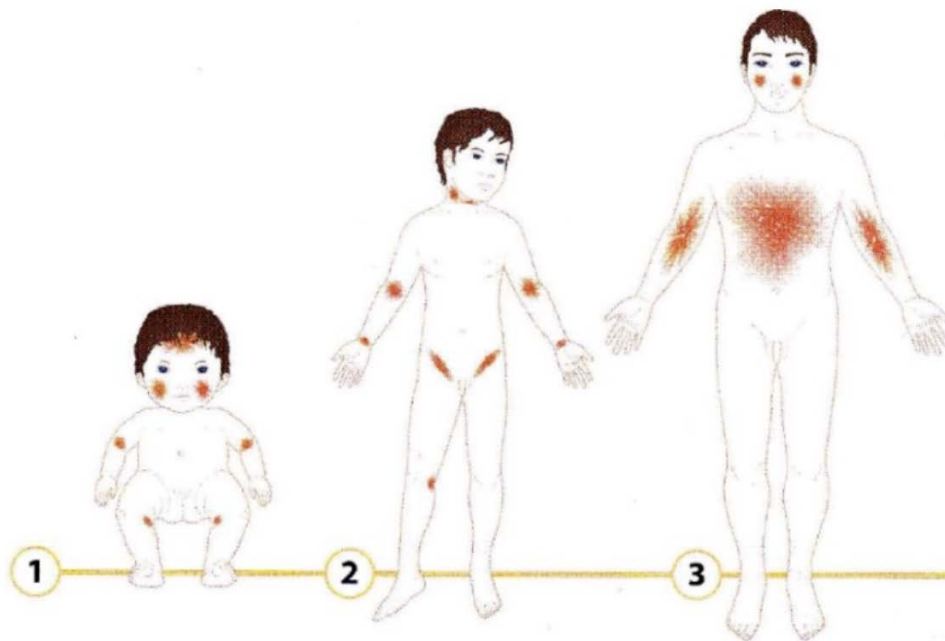


FIGURE 1.16 – Topographie des lésions de DA chez le nourrisson, l’enfant et l’adulte [38].

### 1.3.3 Evaluation de la gravité

L'évaluation de la gravité de la DA est importante pour la prise en charge thérapeutique. Des scores permettent de l'évaluer grâce à des critères objectifs (intensité des signes cliniques, surface corporelle atteinte) et des critères subjectifs (qualité du sommeil, intensité du prurit). Le plus utilisé est le SCORAD (Annexe 3), [39] et permet de classer la DA en 3 stades de gravité : mineure, modérée et grave (Figure 1.17). Les formes graves ou sévères représentent moins de 10% des malades.

SCORAD	Gravité
< 15	<p><b>Mineure</b></p> <p>Sécheresse cutanée mineure, Eczéma peu étendu et peu inflammatoire, prurit mineur, peu ou pas de trouble du sommeil. Qualité de vie peu altérée.</p>
15 - 40	<p><b>Modérée:</b></p> <p>Sécheresse cutanée modérée, Eczéma modérément étendu et inflammatoire, prurit modéré à sévère, troubles modérés du sommeil. Qualité de vie altérée.</p>
> 40	<p><b>Grave</b></p> <p>Sécheresse cutanée sévère, Eczéma étendu et/ou très inflammatoire, prurit sévère, trouble du sommeil important. Qualité de vie très altérée.</p>

FIGURE1.17 – Stades de gravité en fonction du score clinique SCORAD.

### 1.3.4 Diagnostic différentiel

Chez l'enfant, les dermatoses prurigineuses chroniques sont finalement peu nombreuses. **La gale** est à évoquer sur des lésions prurigineuses chroniques, il existe des tableaux cliniques de gales eczématisées qui peuvent être trompeurs.

**La dermatite séborrhéique du nouveau né** peut parfois être confondu avec une DA. C'est une dermatose érythématosquameuse non prurigineuse qui touchera volontairement le cuir chevelu, le visage et les plis qui sont les régions dites « séborrhéiques » (notamment le siège chez le nourrisson).

**Le psoriasis** est également un diagnostic différentiel, c'est une dermatose érythématosquameuse pouvant toucher le cuir chevelu, le visage (notamment les paupières), le siège mais aussi les coudes, les genoux et les lombes chez les plus grands.

**L'eczéma de contact** est un diagnostic différentiel de la DA qui peut être isolé ou associé à cette dernière. Il faudra l'évoquer sur des localisations atypiques c'est à dire des paumes de mains, des plantes de pieds, du siège ou de certaines localisations au visage (ex : paupières) mais également sur une DA ne répondant pas au traitement dermocorticoïde bien conduit.

**La dysidrose** présente plutôt chez les grands enfants ou les adolescents, peut faire partie des diagnostics différentiels, c'est une forme d'eczéma qui touche les pieds et les mains. Elle se manifeste le plus souvent par des vésicules qui se localisent au niveau des paumes et/ou des plantes et des faces latérales des doigts qui sont très prurigineuses s'accompagnant parfois d'un érythème.

**Une dermatite du siège n'est pas évocatrice d'une dermatite atopique**, elle est le plus souvent de mécanisme irritatif seul, parfois dû à un eczéma de contact, à une infection fongique par *C.albicans* ou à une dermatose citée précédemment (psoriasis ou dermatite sé-

borrhéique).

**Il faut savoir évoquer une DA syndromique devant un eczéma sévère à début néonatal ou très précoce (< 3mois).** Un syndrome de Netherton doit être évoqué devant une érythrodermie en période néonatale suivi de manifestations atopiques sévères, d'un retard de croissance et d'une ichtyose.

Devant une DA sévère et précoce accompagnée d'une cassure de la courbe staturo-pondérale, d'une diarrhée, d'une hépatosplénomégalie et d'infections récidivantes, il faut suspecter un déficit immunitaire associé : syndrome hyper IgE, un syndrome d'Omenn, un syndrome de Wiskott-Aldrich, un syndrome IPEX et une agammaglobulinémie liée à l'X.

### 1.3.5 DA et allergies

Les patients atteints de DA ont souvent plusieurs manifestations atopiques, en effet, la DA est associée à une allergie alimentaire dans environ 15% des cas, un asthme dans 30% des cas, à une rhinite allergique dans 70% des cas.

Nous avons vu précédemment que la DA était un diagnostic clinique et ne nécessitait pas d'examen complémentaire. En revanche, chez certains patients, le rôle possible de certains allergènes comme facteurs déclenchant des poussées et pérennisant la DA peut conduire dans certains cas à des explorations allergologiques.

#### Quand réaliser un bilan d'allergie alimentaire ?

• **On pourra suspecter une allergie alimentaire retardée devant :**

- Une DA grave définie comme un échec au traitement adapté bien conduit.
- Un enfant avec une DA et une stagnation ou cassure de la courbe staturo-pondérale.

L'impact de l'éviction des allergènes alimentaires sur l'évolution de la DA est encore discuté et est classé en recommandation de grade B par la conférence française de consensus [40]. Les recommandations européennes ont également classé en recommandation de grade B, dans la prise en charge des patients avec une DA modérée à sévère, l'éviction des aliments ayant entraîné des réactions cliniques précoces ou retardées lors de tests de provocation orale [41].

**Quel type de bilan faut-il effectuer dans le cas d'un eczéma suspect d'allergie retardée à un aliment ?** Il existe très peu de tests allergologiques fiables pour poser le diagnostic d'allergie alimentaire retardée, des Atopy Patch Tests (qui sont du recours du spécialiste) pourront être réalisés avec une lecture retardée (généralement à 48h et à 96 h).

Dans le cadre d'une dermatite atopique modérée à sévère, si un aliment est suspecté au décours du bilan allergologique, il sera proposé un régime d'éviction d'une durée de 4-6 se-

maines. Il sera important de réaliser une réintroduction ou test de provocation oral (TPO) au décours. Dans le cas de suspicion d'exacerbation d'eczéma de façon isolée, si les lésions restent stables ou diminuent progressivement sur une période de 4 semaines pendant le régime d'éviction, il est improbable que l'aliment évité soit un facteur déclenchant des poussées de dermatite atopique, le TPO n'est donc pas utile et il est nécessaire de stopper le régime d'éviction [42].

• **Les enfants atteints de DA seront aussi sujets aux allergies alimentaires IgE médiées** : chez un même patient pourront être présent simultanément un eczéma non allergique et des manifestations d'allergie alimentaire IgE médiée (apparition de symptômes dans l'heure après l'ingestion : urticaire, troubles digestifs, gêne respiratoire, choc anaphylactique).

**Quel type de bilan faut-il effectuer dans le cas d'une suspicion d'allergie IgE médiée?** Dans ce cas, il faut réaliser des Prick tests cutanés (avec une lecture dans les 10-15minutes) et/ou doser les IgE spécifiques circulantes.

Il est important de différencier sensibilisation et allergie alimentaire : la sensibilisation est définie par la positivité des tests cutanés ou des IgE spécifiques circulantes pour un ou des allergènes alimentaires sans certitude que l'exposition allergénique déclenche ou entretienne les symptômes. Quels que soient les résultats des investigations allergologiques, ils doivent toujours être confrontés à l'histoire clinique.

### **Quand réaliser un bilan d'allergie de contact ?**

**On suspectera un eczéma de contact devant :**

- Une localisation atypique : paumes, plantes, siège, certaines localisations au visage
- Un eczéma étendu ne répondant pas au traitement dermocorticoïde bien conduit
- Une récurrence de DA chez un patient qui était en rémission depuis longtemps

**Quel type de bilan faut-il effectuer ?**

Pour confirmer une allergie de contact, il faut réaliser des Patch Tests à l'aide de la batterie standard Européenne adaptée à l'âge. La lecture sera effectuée en général à 48h et à 96h.

### **Il y a-t-il un intérêt aux mesures d'éviction dans l'environnement ?**

Concernant la mise en place de mesures d'éviction dans l'environnement chez un patient sensibilisé aux pneumallergènes, les études étant contradictoires [43], [44], il n'est pas possible de conclure à un intérêt (notamment pour l'éviction aux acariens) dans la prise en charge de la DA. Concernant le pollen, les recommandations européennes conseillaient

une éviction des pollens lors de pics de pollinisation chez les patients sensibilisés (accord professionnel).

La réalisation d'une recherche d'IgE spécifiques aux pneumallergènes ou la réalisation d'un Phadiatop® (un mélange de pneumallergènes les plus courants : acariens, moisissures, phanères d'animaux, pollens de graminées, d'herbacées, d'arbres) n'a sa place seulement dans un but de dépister une allergie respiratoire concomitante à la DA.

## **Qu'en est-il du déroulement de la diversification alimentaire ?**

L'étude LEAP[45] a montré que l'introduction précoce (dès l'âge de 4 mois) d'arachide faisait diminuer de manière significative la fréquence du développement de l'allergie à l'arachide chez les enfants à haut risque d'allergies (eczéma sévère ou allergie à l'oeuf ou les deux). L'étude LEAP-On [46] a également montré que l'introduction précoce de l'arachide induisait une tolérance à l'arachide prolongée malgré une absence de consommation durant 12 mois.

Jusqu'à présent, il était plutôt recommandé d'introduire précocement les aliments à fort potentiel allergisant (arachide, oeuf, crevette, kiwi par exemple) chez les enfant avec un antécédent d'atopie familiale au premier degré.

Récemment, suite aux nouvelles recommandations formulées par Santé publique France dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) [47], l'introduction précoce d'aliments à fort potentiel allergisant est recommandée pour tous les enfants en France. En effet, il est suggéré par le communiqué de presse du 13 septembre 2021[48], pour les parents d'enfants âgés de moins de 3 ans, la "possibilité d'introduire tous les groupes d'aliments, y compris les aliments réputés allergènes, dès le début de la diversification, c'est-à-dire entre 4 et 6 mois".

## **1.4 Complications infectieuses**

### **1.4.1 Surinfection bactérienne**

Le staphylocoque doré (ou staphylococcus aureus, SA) colonise fréquemment la peau lésée et saine dans la DA (90% des malades). La surinfection bactérienne, assez rare, est difficile à apprécier en particulier dans les formes exsudatives. La présence de lésions pustuleuses et croûteuses inhabituelles doit faire évoquer cette complication (Figure 1.18). Elle sera traitée par des antibiotiques locaux ou généraux selon l'étendu des lésions surinfectées.

Actuellement, la seule mesure préventive efficace est le traitement de l'inflammation cuta-

née par un anti-inflammatoire topique (dermocorticoïde, inhibiteur de la calcineurine) qui va permettre de réduire la concentration de SA à la surface de la peau.

### 1.4.2 Surinfection herpétique

L'herpès (essentiellement HSV-1) peut être responsable de surinfection grave par diffusion du virus sur les zones d'eczéma. C'est une complication classique mais rare (5% des sujets atteints de DA), qui peut survenir au décours d'une primo-infection, d'une récurrence herpétique ou après contact avec sujet atteint. Une modification rapide de l'aspect de lésions et/ou la présence de vésiculo-pustules ombiliquées, sont des signes d'alarme en faveur de cette infection (Figure 1.19).

L'association avec de la fièvre, une altération de l'état général évoquent un tableau de pustulose disséminée de Kaposi-Juliusberg qui nécessite un traitement d'urgence par Aciclovir par voie intraveineuse et l'arrêt des dermocorticoïdes.



FIGURE 1.18 – DA impétiginisée.



FIGURE 1.19 – Surinfection herpétique d’une DA avec présence de lésions érosives rondes post-vésiculeuses.

## 1.5 Moyens thérapeutiques

Du fait de l’absence de traitement curatif de la DA, le traitement est symptomatique. Il va consister à réduire l’inflammation au cours des poussées à l’aide d’anti-inflammatoires locaux ainsi qu’à limiter les récurrences en restaurant la barrière cutanée avec une application d’émollients (traitement de fond) et une mise en place de mesures d’hygiène. Les moyens thérapeutiques issus des recommandations actuelles françaises de 2004[49] et européennes de 2018 [41],[50] sont présentés ci-dessous.

### 1.5.1 Soins d’hygiène

Les recommandations actuelles concernant les soins d’hygiène sont :

- d’utiliser des Syndets (gel douche sans savon) ou huiles lavantes pour la toilette (accord professionnel [49]).
- de garder une fréquence normale des lavages de la peau (1 fois par jour) (accord professionnel [49]).
- d’éviter les bains chauds prolongés (accord professionnel [49])
- d’ajouter un antiseptique comme le sodium hypochlorite dans l’eau du bain, cette mesure pourrait être utile dans le traitement de la DA (recommandation de grade A dans la conférence européenne de consensus[41]).
- d’utiliser un émollient après la toilette (cf paragraphe Émollients)
- de privilégier les textiles vestimentaires doux comme le coton et d’éviter la laine (accord professionnel [49])



- de ne pas surchauffer l'habitation (accord professionnel)
- d'éviter l'exposition au tabac [51].

### 1.5.2 Émollients

La xérose cutanée altère la fonction barrière de l'épiderme. Les émollients sont utilisés dans le but de restaurer cette propriété de la peau. Ils doivent être utilisés en traitement de maintenance pendant toute la durée de la DA quelque soit sa gravité (ils sont parfois mal tolérés en période de poussée très inflammatoire et parfois il est recommandé d'interrompre leur utilisation pendant quelques jours pendant la poussée).

Après avoir obtenu la rémission de la poussée avec des DC ou inhibiteurs de la calcineurine topique, une régulière application d'émollients permet une épargne cortisone à court et long terme dans les DA légères à modérées ([52], Recommandations européennes de grade B [41]).

### 1.5.3 Les dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes ont longtemps représenté le seul traitement efficace dans la poussée de DA. Ils restent la référence pour tous les nouveaux produits testés. Ils ont une triple action anti-inflammatoire, immunosuppressive et antimitotique.

Le choix du niveau d'activité du DC (Annexe 4) se fait en fonction de l'âge, de la sévérité de la DA, du site et de l'étendue à traiter.

**Les DC d'activité très forte** sont ainsi contre indiqués chez le nourrisson et le jeune enfant mais aussi sur le visage, les plis et le siège.

**Les DC d'activité forte** sont à réserver en cures courtes aux formes très inflammatoires ou très lichénifiées des extrémités. Ils auront un effet plus rapide que les DC d'activité modérée.

**Les DC d'activité modérée** sont utilisés sur le visage, les plis et les zones génitales.

**Les DC d'activité faible** n'ont pas leur place dans le traitement de la DA.

Les effets secondaires surviennent sont directement liés à la puissance de la molécule, à la durée du traitement, à l'occlusion, à la surface traitée, à l'intégrité cutanée et à l'âge de l'enfant.

Les effets secondaires locaux (atrophie cutanée surtout) sont rares en dehors d'un mésusage, l'application de dermocorticoïdes sur les paupières devra cependant être prudente.

Les effets secondaires systémiques sont exceptionnels, ils sont liés à une freination de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien et peut se traduire par un retard de croissance (parfois lié en fait à la sévérité intrinsèque de l'eczéma).

**Actuellement les recommandations d'utilisation des DC sont :**

- une seule application par jour. Elle est aussi efficace que l'application bi-quotidienne (sauf parfois dans les formes très inflammatoires) et permet de faciliter l'emploi, d'assurer une meilleure compliance, de réduire le risque d'effets secondaires et d'en réduire le coût.

- une application quotidienne sur les lésions jusqu'à disparition. Le traitement réactif précoce (traitement dès l'apparition d'un érythème avec prurit débutant) doit être privilégié par rapport au traitement réactif tardif qui consiste à attendre que la poussée soit installée voire maximale pour débiter le traitement. Le traitement réactif précoce permet de traiter la poussée efficacement avec une quantité de traitement moins importante et pendant une durée moins longue que le traitement réactif tardif (Figure 1.20).

- un traitement d'entretien ou traitement pro-actif, c'est à dire l'utilisation d'un traitement anti-inflammatoire systématiquement (même en l'absence de lésion) sur les zones habituellement atteintes, 2 à 3 fois par semaines pendant des durées longues, permettrait de réduire très nettement le nombre de poussées à moyen terme (Figure 1.21). Il est indiqué dans les DA avec poussées très rapprochées ou permanentes (en pratique quand les lésions réapparaissent dès l'arrêt du traitement anti-inflammatoire) et permet de diminuer la quantité de DC utilisée par rapport à un traitement réactif classique [53]. Concernant la durée de traitement, il peut être utilisé sans effet indésirable au moins jusqu'à 20 semaines (durée maximale des études réalisées).

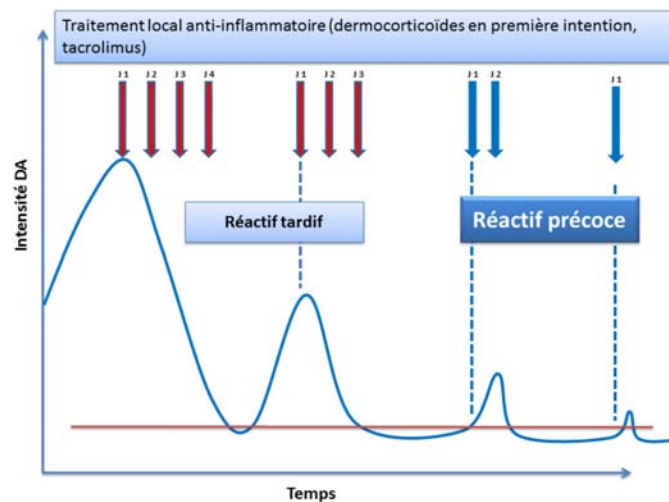


FIGURE1.20 – Principes du traitement réactif précoce.

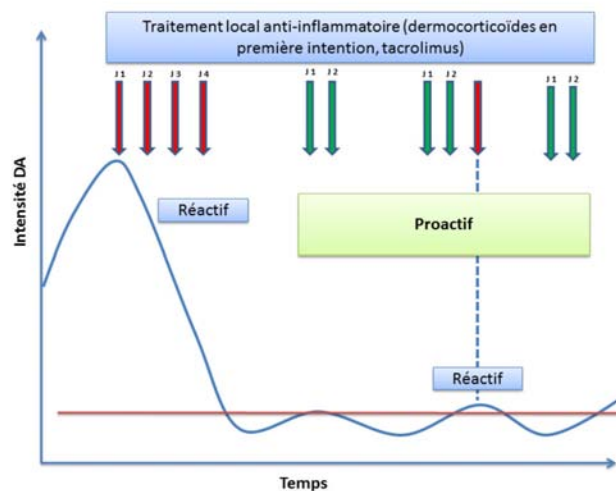


FIGURE 1.21 – Principes du traitement proactif.

## 1.5.4 Autres traitements

### Traitements non médicamenteux

#### Les cures thermales

Elles ont été reconnues comme pouvant être efficaces dans les DA légères à modérées ([50], recommandation de grade B).

#### La prise en charge psychologique

Une prise en charge avec des techniques de thérapie comportementale, de la relaxation et un soutien psychologique, peut être recommandée chez certains patients pour améliorer leur maladie ([50], recommandation de grade A)

### Traitements de seconde ligne (réservés aux spécialistes)

#### Les inhibiteurs de la calcineurine (IC) topiques

En France, seul le tacrolimus est commercialisé. Il est indiqué après l'âge de 2 ans chez l'enfant (tacrolimus 0,03%) dans la DA modérée à sévère en cas d'échec ou de contre-indications aux DC. C'est un traitement efficace qui peut être utilisé sur le visage et dans les plis car il n'induit pas d'atrophie cutanée mais qui n'est plus remboursé chez l'enfant depuis 2014. Comme les DC, il peut également être utilisé en traitement d'entretien.

#### Le dupilumab (Anticorps monoclonal anti IL-4 et anti IL-13)

Il a obtenu l'AMM en 2021, chez l'enfant de 6 à 11 ans, en traitement de deuxième intention

pour les formes sévères de dermatite atopique en échec d'un traitement topique dermocorticoïde.

### **Les immunosuppresseurs systémiques (Ciclosporine, Azathioprine et Methotrexate)**

Ils sont utilisés en deuxième ou troisième ligne dans le traitement de la DA de l'adolescent et de l'adulte. Chez l'enfant, leurs prescriptions se font hors AMM et leurs indications sont très rares.

### **La photothérapie**

L'utilisation d'UVA1 et d'UVB à spectre étroit fait partie des traitements recommandés dans la DA chez l'adulte. C'est un traitement de seconde ou de troisième ligne de la DA à partir de 8-10ans. En raison des risques carcinogènes potentiels à long terme, il est très peu utilisé chez l'enfant.

### **Traitements non recommandés**

- Les corticoïdes systémiques n'ont pas leur place dans le traitement de la poussée de DA car il existe un risque de rebond à l'arrêt du traitement et ils comportent de nombreux effets secondaires au long cours.
- Les anti-histaminiques H1 ne sont ni recommandés dans la prévention des poussées ni dans le traitement de la DA, ils peuvent cependant être utilisés en période de poussées dans le cadre de troubles du sommeil chez le jeune enfant.
- Les probiotiques, les suppléments alimentaires (acides gras essentiels, vitamine E et D, zinc) ainsi que les herbes chinoises ne sont pas recommandés.
- L'immunothérapie spécifique (désensibilisation) est jugée inefficace dans le traitement de la DA de l'enfant.

## **1.5.5 Place de l'éducation thérapeutique**

**L'adhésion du patient et de son entourage au projet thérapeutique est nécessaire, et doit passer par l'éducation et l'écoute.** Une bonne compréhension de la pathologie et une bonne information sur les dermocorticoïdes sont essentielles. Il existe de nombreuses idées reçues du côté des patients sur les causes de la DA et sur les risques liés à l'utilisation des dermocorticoïdes.

Les enquêtes réalisées sur l'adhérence thérapeutique des patients atteints d'une dermatose chronique montraient que le premier frein était la complexité des prescriptions. Les autres freins les plus retrouvés, classés par ordre de fréquence, étaient : le temps passé à la réali-

sation, le coût des produits, la formulation du produit et son acceptation par le patient, et enfin, la sécurité perçue du produit [54],[55].

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) semble être un allié important pour aider les familles à une meilleure gestion de la maladie[56]. Les recommandations européennes de 2018 [50] classaient l'ETP en recommandations de grade A dans le traitement de la DA.

#### **Un projet d'éducation thérapeutique comporte trois étapes :**

1 -Temps d'écoute et d'échange : l'enfant et son entourage s'expriment notamment sur ce qu'ils savent de la maladie, quels traitements ont été utilisés, quelles sont leurs difficultés.

2 -Réalisation d'un contrat de soin avec le patient et son entourage : mise en place d'objectifs en fonction des points forts et des points faibles de chacun.

3 -Évaluation de l'adhésion réelle au traitement, de la sévérité de la maladie, de la qualité de vie du patient.

#### **Des scores et des questionnaires simples peuvent aider le médecin au cours de l'ETP :**

- Le questionnaire TOPICOP[57], qui permet d'évaluer la corticophobie des patients à travers 12 items (Annexe 5). Il peut être facilement utilisé dans la pratique clinique quotidienne et peut aider les cliniciens à mieux identifier les craintes et les inquiétudes de leurs patients concernant les DC afin de personnaliser leurs discours, de cibler des blocages et de développer des arguments pertinents pour aider les patients/parents à adhérer au traitement prescrit.

- Les auto-scores (ex :PO-SCORAD), qui permettent aux patients d'évaluer eux-même, entre deux consultations, l'intensité de leur maladie. Le PO-SCORAD est facile d'utilisation, il présente une bonne corrélation avec le SCORAD [58] et son utilisation par le patient permet une comparaison avec l'évaluation du médecin. Chez le grand enfant et l'adolescent souvent réticents et peu motivés, l'utilisation d'une application personnalisée (ex :application PO-SCORAD, Annexe 6 et 6 bis) renforce sa motivation et l'aide à s'autonomiser dans son traitement.

L'ETP dans la DA commence à se mettre en place un peu partout dans le monde.

En Loire Atlantique, " l'École de l'atopie " est présente au CHU de Nantes depuis maintenant plus de 20 ans. Mise en place en 2000 par le Professeur Jean François Stalder, elle est le premier centre spécialisé dans la prise en charge de patients souffrant d'eczéma atopique en France. Des espaces d'éducation se sont ensuite développés notamment à Angers mais aussi à Nancy, Lille, Brest, Bordeaux, Paris, Nice, Tours, etc... Ces centres spécialisés s'adressent aux personnes souffrant d'eczéma sévère, comprennent des consultations avec un dermatologue et une infirmière mais aussi des ateliers de groupe et parfois un suivi psychologique avec toujours comme objectif de prévenir l'échec thérapeutique lié à une méconnaissance

des traitements et de leurs usages.

En 2013, les travaux Stalder *et al* [59] mettaient en évidence un réel manque de recommandations officielles dans l'ETP de la DA en comparaison aux programmes d'ETP pour le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Ils étaient très centres-dépendants et souvent les fonds disponibles pour assurer les ETP dans les établissements étaient presque inexistantes et sont généralement liés à des subventions de sociétés pharmaceutiques ou d'associations de patients ou à leur collecte de fonds. Suite à ces observations, ce groupe de travail a proposé des recommandations communes pour l'éducation thérapeutique des patients atteints de DA et de leurs parents [60].

## 1.6 Synthèse du rôle du médecin de premier recours dans la prise en charge de la DA de l'enfant

Pour aider le médecin de premier recours à la prise en charge de la DA, nous avons réalisé un arbre décisionnel, présenté ci-dessous (Figure 1.22).

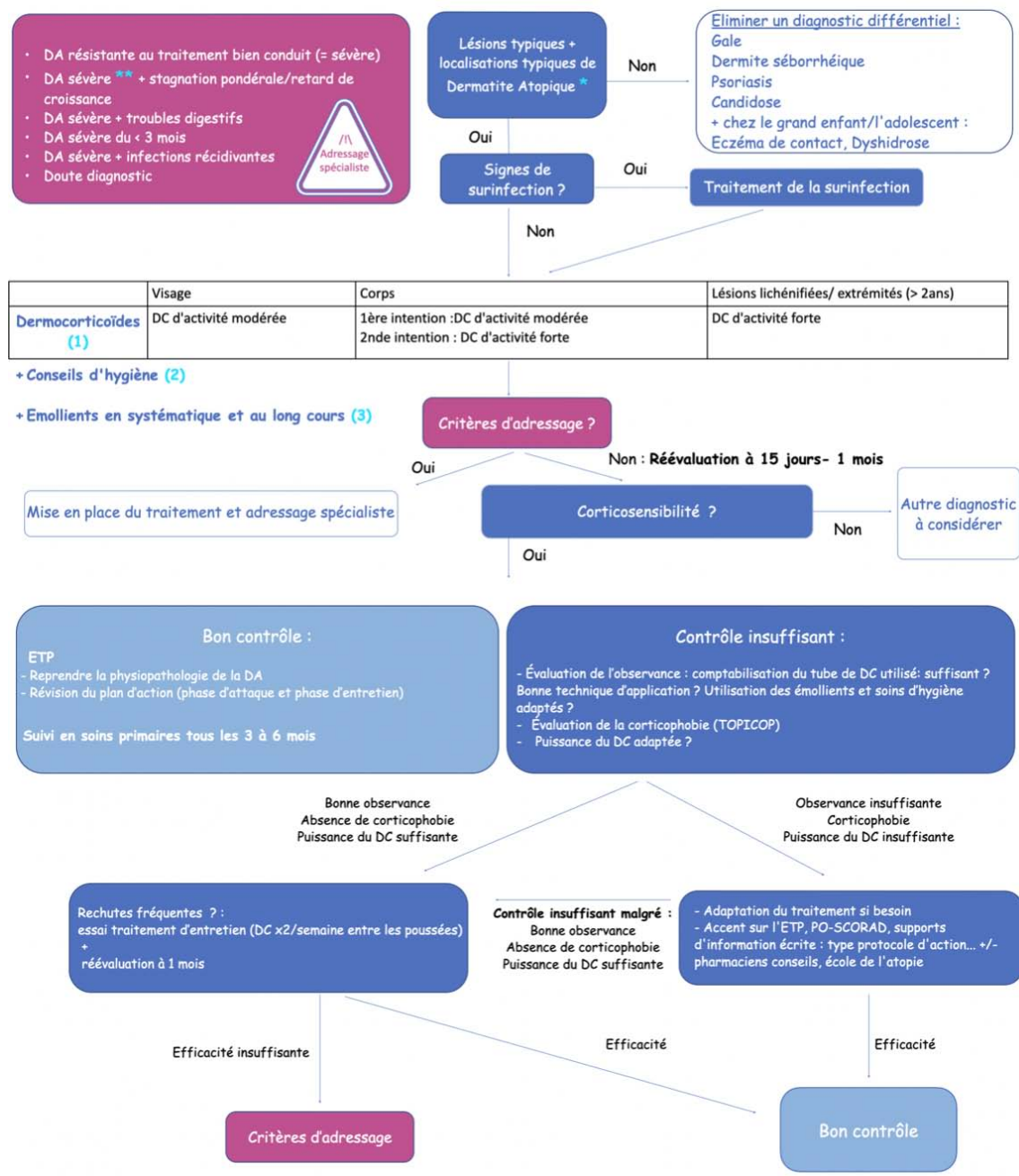


FIGURE 1.22 – Arbre de prise en charge de la DA pour le médecin de premier recours

**La première étape sera de reconnaître la DA : le médecin devra s'assurer d'avoir des lésions d'eczéma et des localisations typiques de DA, en s'aidant des critères de l'UK Working Party par exemple.**

\* **Lésions typiques** : lésions érythémateuses en placards +/- œdème, vésicules, excoriation, suintement, croûte, lichénification. Avec prurit ++.

**Localisations typiques** : visage, cuir chevelu, faces d'extension des membres (plus fréquent avant 2 ans), plis de flexion des membres (plus fréquent après 2 ans), chevilles, double pli sous-palpébral

**Une fois le diagnostic posé, le praticien devra débiter le traitement de la DA qui repose sur 3 piliers : les Dermocorticoïdes + les Soins d'hygiène + les Émollients**

**(1) Dermocorticoïdes (DC)** : ils sont utiles dans le traitement des poussées inflammatoires dans les phases d'attaque et d'entretien en application unique quotidienne jusqu'à rémission complète des lésions sans décroissance à l'arrêt.

**(2) Conseils d'hygiène** : Utilisation de gel sans savon non parfumé (Syndets), fréquence des lavages normale, éviter les bains chauds prolongés, ne pas surchauffer l'habitation, privilégier des textiles doux (coton).

**(3) Les Émollients** sont le traitement de fond de la dermatite atopique pour permettre de restaurer la barrière cutanée et de diminuer les récurrences. Ils peuvent être mal tolérés pendant les poussées (car parfois avec un pH acide) nécessitant parfois un arrêt temporaire.

**Comme dans toute maladie chronique, le médecin qui a prescrit le traitement devra réévaluer son patient dans les 15 jours à 1 mois.**

Si les lésions sont toujours présentes, il sera nécessaire d'évaluer plusieurs facteurs :

- **la corticosensibilité des lésions** : Il y a-t-il eu une corticosensibilité temporaire ? L'eczéma atopique est corticosensible, en l'absence d'efficacité il faudra remettre en cause le diagnostic initial.

- **l'observance thérapeutique** : Combien de tubes ont-ils été utilisés depuis la dernière consultation ? Comment réalisent-ils les soins ? Ont-ils bien compris la prescription des différents traitements et leurs intérêts ?

- **la corticophobie**, à l'aide de questions ouvertes, grâce au questionnaire TOPICOP par exemple.

**En cas de bonne corticosensibilité mais de rechutes fréquentes**, il pourra être proposé au patient un traitement d'entretien par DC : c'est à dire 2 applications par semaine, après un traitement d'attaque, sur les localisations habituelles des plaques inflammatoires, sans dépasser 20 mois de traitement.



**Il faudra savoir réadresser son patient à un spécialiste dans certains cas = les feux rouges.**

**\*\* DA sévère** : SCORAD > 40 (ou > 50 selon les sources) = sécheresse cutanée sévère + eczéma étendu et/ou très inflammatoire + prurit sévère + trouble du sommeil important + qualité de vie altérée, ou DA résistante au traitement bien conduit.

---

VERS UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE  
LA DERMATITE ATOPIQUE

---

2.1	Enjeux actuels du médecin de premier recours . . . . .	41
2.2	Justification de l'étude . . . . .	42

---

## 2.1 Enjeux actuels du médecin de premier recours

Les enjeux sont de plusieurs ordres en soins primaires :

### - l'aisance du diagnostic de la dermatite atopique

Nous n'avons pas retrouvé d'étude qui évaluait les difficultés diagnostiques des médecins de premiers recours dans la DA mais il nous paraissait intéressant de l'explorer pour mieux comprendre les difficultés des médecins dans la prise en charge de cette maladie.

### - la primo-prescription des dermocorticoïdes

Ce point nous a particulièrement intéressé car les dermocorticoïdes font partie des piliers du traitement de la DA. C'est un indicateur simple et reflétant directement la "bonne" prise en charge de la DA. Des études précédentes sur le territoire français montraient une trop faible primo-prescription des dermocorticoïdes [40], [61].

### - la corticophobie des parents et des acteurs de santé en soins primaires

Nous retrouvons dans la littérature une phobie des corticoïdes (corticophobie) de la part des professionnels de santé, selon Lambrechts *et al* [62] les pharmaciens étaient ceux qui présentaient des scores de corticophobie les plus élevés devant les médecins généralistes puis les pédiatres et enfin les dermatologues. Ses résultats pouvant être expliqués par un manque de connaissance sur les DC. En effet, Raffin *et al* [63] montraient que plus de 20% des pharmaciens considéraient les dermocorticoïdes comme plus à risque d'effets secondaires que les corticoïdes oraux. La corticophobie était plus importante chez les femmes, il n'y avait pas de différence significative concernant le lieu d'exercice ni l'âge.

En s'intéressant à la littérature traitant de l'adhérence thérapeutique (observance) et la corticophobie des patients ; la prévalence de la corticophobie est évaluée, selon les études, entre 21% et 83% des patients/parents avec enfants atteints de DA [64]. Or, il existe une relation directe entre corticophobie et l'inobservance thérapeutique dans la DA [65]. Dans les différentes études, la peur principale était l'atrophie cutanée, la seconde était le retard de croissance chez l'enfant. Selon Charman *et al* [66], 24% des patients avaient peur d'effets indésirables non spécifiques qu'ils attribuaient à un manque d'informations, à des informations discordantes entre les différents professionnels de santé ou à l'utilisation du terme "corticoïde".

De plus, pour les patients, les dermocorticoïdes en tant que traitement topique pose un problème spécifique à la dermatologie, et non des moindres, d'être très astreignant. L'application quotidienne de topiques n'apportent pas réellement de plaisir et représente souvent une corvée [67]. Les adolescents supportent particulièrement mal d'appliquer des topiques, surtout les garçons.

### - le suivi d'une maladie chronique non létale

Le Roux *et al* [68] montraient que les médecins récemment diplômés et ceux qui avaient

plus d'expérience ne considéraient généralement pas l'eczéma comme une priorité dans la pratique des soins primaires. Du fait que cette affection soit non létale avec très rarement des complications graves, il est probable qu'elle soit négligée par rapport à d'autres maladies chroniques par un grand nombre de médecins et donc traitée de façon sous-optimale [69].

## 2.2 Justification de l'étude

La dermatite atopique ou eczéma atopique (DA) est une maladie cutanée inflammatoire très fréquente chez l'enfant.

La plupart des enfants atteints de DA ont une maladie légère à modérée et sont donc, en majorité, pris en charge par les médecins de premier recours (ou de soins primaires) [70].

La DA est une pathologie chronique, alternant poussées et phases de rémission, essentielle à prendre en charge car elle a un véritable impact sur la qualité de vie [71]. Le retentissement peut être majeur, notamment à cause du prurit pouvant entraîner une perturbation du sommeil avec des conséquences sur la vie quotidienne et sur la scolarité. De plus, la fatigue émotionnelle et physique due à la perte chronique de sommeil entraînerait un risque accru de dépression et d'anxiété [72]. Les lésions de DA sont visibles et sont souvent présentes sur les mains, les plis de coudes et le visage ou sur les zones érogènes. La problématique rejoint alors celle des dermatoses dites "affichantes" qui sont susceptibles d'entraîner un retentissement psychique important avec des conséquences sur les relations avec les autres, la vie familiale et affective [73]. La qualité de vie est plus altérée au cours de la DA qu'au cours de l'asthme ou du diabète de l'enfant [74].

Organisée en 2004, la conférence de consensus de la Société Française de Dermatologie (SFD) relative à la prise en charge de la DA de l'enfant avait reconnu les dermocorticoïdes (DC) comme étant la pierre angulaire du traitement de première intention de la poussée inflammatoire [49]. De nombreuses études ont confirmé la sûreté de l'utilisation des DC [75], [76], mais, il existe toujours une certaine réticence à leur usage.

Du côté des patients, Krejci *et al* [77] suggéraient que la raison la plus fréquente de l'échec du traitement dans la DA était la non-adhésion aux traitements topiques.

Du côté des médecins, l'enquête nationale d'intentions de pratiques réalisée en 2004, précédant la conférence de consensus de la SFD, avait impliqué 351 médecins (dermatologues, pédiatres, généralistes et allergologues, comprenant 62% de médecins libéraux) et avait montré que seuls 28% des médecins généralistes prescrivaient un DC en première intention pour traiter la poussée inflammatoire de DA [40].

Le travail de thèse de P.Turbatte montrait en 2018 dans le Calvados que 54,4% des médecins

généralistes prescrivent un DC en première intention [61].

Notre étude s'est intéressée à la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant en 2021 par les praticiens de premier recours (ou soins primaires), médecins spécialistes en médecine générale ou en pédiatrie, de la région Pays de la Loire.

Nous avons réalisé une étude descriptive, observationnelle et prospective grâce à un recueil de données déclaratif via la diffusion d'un questionnaire.

Notre objectif principal était d'estimer le taux de prescription de DC en première intention lors d'une poussée de DA chez l'enfant par les praticiens sus-cités .

Nous nous sommes également intéressés au diagnostic de la dermatite atopique par les praticiens de premier recours (sémiologie et difficulté diagnostic) ainsi qu'à l'adéquation de leur prise avec les recommandations actuelles à propos de la dermatite atopique de l'enfant avec en toile de fond l'évaluation de la corticophobie des praticiens en soins primaires.

---

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

---

3.1	Population étudiée . . . . .	45
3.2	Recueil de données . . . . .	45
3.3	Données épidémiologiques et cliniques . . . . .	46
3.3.1	Données épidémiologiques . . . . .	46
3.3.2	Données cliniques . . . . .	46
3.4	Analyse statistique des données . . . . .	48

---

## 3.1 Population étudiée

Nous avons choisi d'étudier les pratiques des médecins de premier recours prenant en charge la dermatite atopique de l'enfant, c'est-à-dire les médecins généralistes et pédiatres libéraux.

Pour avoir un nombre suffisant de réponses (entre 100 et 300 réponses souhaitées), avec un taux de réponse estimé à 10% pour ce type d'étude, nous avons décidé de diffuser notre questionnaire au niveau régional.

Nous avons pris contact avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des Pays de Loire qui possédait les e-mails des médecins généralistes, pédiatres thésés et installés dans les Pays de la Loire. Nous avons ainsi pu diffuser par voie électronique notre questionnaire à 3070 médecins libéraux comprenant 97 pédiatres libéraux et 2973 médecins généralistes libéraux.

## 3.2 Recueil de données

Une première version du questionnaire a été réalisée après une évaluation de la littérature existante sur la prise en charge de la dermatite atopique.

Celle-ci a été validée par le directeur de thèse puis auprès d'un dermatologue hospitalier. Il a ensuite été testé par deux pédiatres libéraux.

Les remarques formulées ont été prises en compte afin d'établir une version définitive du document.

Ce questionnaire a été réalisé via Google forms (Annexe 1), il comportait un tronc commun composé de 36 questions réparties en 7 sections. Certaines questions étaient à tiroir, en fonction de leur réponse, les participants étaient dirigés vers des questions potentiellement différentes.

Le questionnaire a été envoyé par e-mail le 23 juin 2021 à 2973 médecins généralistes et à 97 pédiatres (ne comprenant pas les remplaçants). L'e-mail comprenait un message d'introduction et un lien pour accéder au questionnaire en ligne. Il n'y a pas eu de relance (d'après les habitudes de l'URML). Les participants avaient à disposition une petite fiche de synthèse sur la prise en charge de la dermatite atopique lors de la clôture du questionnaire (Annexe 2).

Le recueil de données a été clôturé le 23 septembre 2021 après 3 mois de mise à disposition, 100 médecins avaient répondu à notre questionnaire.

## 3.3 Données épidémiologiques et cliniques

### 3.3.1 Données épidémiologiques

Pour la réalisation de notre questionnaire, nous avons décidé de classer les médecins selon **leur spécialité** (pédiatres ou médecins généralistes), selon **leur sexe** (homme ou femme), selon **leur âge** (moins de 30 ans, 30-40ans, 40-50ans, 50-60 ans, plus de 60 ans), selon **leur zone d'exercice** (urbain, semi-rural, rural) et selon **leur diplôme spécialisé** (aucun diplôme, diplôme en allergologie, diplôme en dermatologie).

### 3.3.2 Données cliniques

Pour pouvoir répondre à nos différents objectifs, nous avons défini plusieurs sous-groupes en fonction des données cliniques recueillies par le biais de notre questionnaire.

#### **Afin d'évaluer le diagnostic de la DA ;**

- Nous avons posé la question aux médecins s'ils avaient des difficultés à poser le diagnostic et nous avons défini 2 sous-groupes : médecins avec **aisance diagnostique** et médecins avec **difficulté diagnostique**.

- Du fait que notre recueil de données soit sous forme de questionnaire et donc uniquement basé sur des données déclaratives, nous avons voulu explorer en plus de la difficulté perçue, la difficulté réelle de diagnostic de DA chez les médecins de notre échantillon. Pour cela, nous avons inclus dans notre questionnaire deux questions sous forme de quiz-photo.

- Dans la question N°9, nous avons demandé aux médecins d'identifier les lésions d'eczéma et nous les avons classés en 3 sous-groupes.

La première catégorie regroupe les "**très bons reconnaisseurs d'eczéma**" qui reconnaissent exclusivement toutes les lésions d'eczéma représentées (réponses 2,3,4).

Les "**bons reconnaisseurs d'eczéma**" qui reconnaissent les présentations cliniques d'eczéma les plus fréquentes (réponses 2 et 4) +/- associés à d'autres dermatoses inflammatoires (réponses 1, 5, 6, 7)

Les "**mauvais reconnaisseurs d'eczéma**" qui ne reconnaissent pas les présentations cliniques d'eczéma les plus fréquentes (réponses 2 et 4).

- Dans la question N°10, nous leur avons demandé de reconnaître les lésions qui leur faisait évoquer une dermatite atopique chez l'enfant, ils ont été également classés en 3 sous-groupes :

La catégorie des "**très bons reconnaisseurs de dermatite atopique**" regroupe les médecins qui reconnaissent exclusivement les lésions de dermatites atopiques de l'enfant (ré-



ponses 1, 2, 5, 6).

Les "**bons reconnaisseurs de dermatite atopique**" qui reconnaissent les lésions de dermatites atopiques de l'enfant les plus fréquentes (réponses 1, 2 et 5) +/- associés à d'autres lésions de dermatoses inflammatoires (Réponses 3, 4, 7, 8, 9, 10).

Les "**mauvais reconnaisseurs de dermatite atopique**" qui ne reconnaissent pas les lésions de dermatites atopiques de l'enfant les plus fréquentes (réponses 1, 2 et 5).

#### **Afin d'évaluer la prise en charge de la DA ;**

- Nous leur avons demandé de rapporter quels étaient leur conseils d'hygiène donnés aux patients et comment prescrivaient-ils des émoullients. Nous les avons classés respectivement en sous groupes : **conseils conformes/ non conformes aux recommandations** et **prescriptions d'émoullients conformes/ non conformes aux recommandations**.
- Nous avons demandé aux médecins s'ils prescrivaient un dermocorticoïde en première intention en cas de poussée de dermatite atopique chez l'enfant, ce qui nous a permis d'identifier les 2 sous-groupes les plus importants pour notre étude : **prescripteurs/non-prescripteurs de DC en 1ère intention**.
- En leur posant des questions sur leur mode de prescription des DC en fonction de l'âge et de la localisation, nous avons essayé d'identifier des profils de prescripteurs. Nous avons défini 2 sous-groupes : **les médecins "sous-prescripteurs"/ non "sous-prescripteurs"**. Les "sous-prescripteurs" représentent les médecins qui n'utilisent pas de DC ou utilisent des DC activité faible sur le visage et qui utilisent des DC activité faible ou modérée sur le corps.
- Nous leur avons demandé de nous détailler leurs prescriptions de DC, nous les avons classés respectivement en sous groupes : **prescriptions de DC conformes/ non conformes aux recommandations**.

#### **Afin d'évaluer la corticophobie ;**

- Nous avons émis l'hypothèse que les non-prescripteurs de DC en première intention dans la poussée de DA étaient particulièrement sujets à la corticophobie. Nous avons étudié ce qu'ils prescrivaient, quelles étaient les raisons de non-prescription.
- Dans le but d'estimer le taux de la corticophobie, nous avons posé la question aux médecins de notre échantillon s'ils avaient une certaine crainte à l'utilisation des DC, nous les avons classés en 2 sous-groupes : Les **corticophobes**, qui ont une crainte des effets secondaires des DC et les **non corticophobes**.

#### **Afin d'évaluer le suivi et de l'adressage des patients ;**

Nous avons étudié dans cette partie :

- La réévaluation du traitement et les difficultés potentielles de suivi, en séparant 2 sous-groupes : **réévaluation conforme/ non conforme aux recommandations**

- L'utilisation de l'ETP, en les classant en différents sous-groupes : **temps disponible/ non disponible pour l'ETP** et **connaissance /non connaissance des ressources en ETP**.
- Les modalités d'adressage à un spécialiste, en 3 sous-groupes ont été identifiés : le sous-groupe des médecins avec "**adressage facile**" : ils adressent à un spécialiste sans augmenter le traitement par dermocorticoïdes, ceux qui font un **adressage avec augmentation de l'activité des DC** et ceux qui font une **augmentation uniquement l'activité des DC**. Nous avons également voulu classer les médecins selon leur facilité à obtenir un avis spécialisé : **obtention/non obtention d'un avis facilement**.
- Leur connaissances quant à l'évaluation allergologique de la DA : en fonction de leur attitude quant à la diversification alimentaire, ils ont été répartis en 2 sous-groupes : **modification/non modification de la diversification**; en fonction de la prescription d'un bilan allergologique, ils ont été répartis en 2 sous-groupes **prescripteurs/non prescripteurs de bilan allergologique**.

Afin d'évaluer leurs connaissances sur la DA, brièvement car ce n'était pas le but de l'étude; nous leur avons demandé selon eux quelle était la prévalence de la DA dans la population pédiatrique, puis selon eux que représentait la DA.

### 3.4 Analyse statistique des données

Nous avons effectué des statistiques descriptives des données quantitatives et qualitatives qui sont exprimés en pourcentage. Les différences de proportion entre les sous-groupes ont été testées avec les tests du Chi 2 ou test exact de Fisher (lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5 par groupe), nous avons utilisé le logiciel R via le site BiostaTGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr/>).

Pour nos analyses en sous-groupe, en raison de nos petits effectifs, nous avons considéré un risque  $\alpha$  égal à 0,1.

A noter que le questionnaire comprenait des QCS (Questions à Choix Simple) et des QCM (Questions à Choix Multiples). Dans certains QCM, il était possible pour les médecins de rajouter une réponse libre via l'option "Autres". Nous avons uniquement présenté dans nos résultats les propositions les plus pertinentes ou redondantes.

Concernant les résultats des QCM, nous avons décidé de les présenter sous formes de tableaux avec les différents pourcentages de réponses.

---

## RÉSULTATS

---

4.1	Caractéristiques socio-démographiques . . . . .	50
4.2	Diagnostic de dermatite atopique chez l'enfant . . . . .	52
4.2.1	Perception de la maladie . . . . .	52
4.2.2	Aisance dans le diagnostic . . . . .	52
4.3	Prise en charge de la Dermatite Atopique . . . . .	54
4.3.1	Prescription des dermocorticoïdes . . . . .	54
4.3.2	Corticophobie . . . . .	58
4.3.3	Échantillon des non-prescripteurs de DC en première intention . . . . .	58
4.3.4	Soins de support . . . . .	59
4.3.5	Suivi et adressage . . . . .	61

---

## 4.1 Caractéristiques socio-démographiques

Nous avons ciblé les Pays de la Loire qui comprennent 5 départements : la Loire-Atlantique, la Maine et Loire, la Mayenne, la Sarthe et la Vendée Nous avons obtenu un total de 100 réponses, soit un taux de participation de 3,25%.

Les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon de médecins sont répertoriées dans les tableaux 4.1 et 4.2.

	Effectif	%
<i>Répartition par spécialité</i>		
Généralistes	77	77
Pédiatres	23	23
Total	100	100
<i>Répartition par sexe chez les généralistes</i>		
Hommes	27	35
Femmes	50	65
Total	77	100
<i>Répartition par sexe chez les Pédiatres</i>		
Hommes	5	22
Femmes	18	78
Total	23	100
<i>Répartition par âge chez les généralistes</i>		
<40ans	48	62
40-50ans	16	21
50-60ans	8	10.5
>60ans	5	6.5
Total	77	100
<i>Répartition par âge chez les Pédiatres</i>		
<40ans	9	39
40-50ans	6	26
50-60ans	3	13
>60ans	5	22
Total	23	100

TABLE4.1 – Données démographiques de notre échantillon

	Effectif	%
<i>Répartition par lieux d'exercice chez les Généralistes</i>		
Urbain	22	29
Semi-urbain	39	50
Rural	16	21
Total	77	100
<i>Répartition par lieux d'exercice chez les Pédiatres</i>		
Urbain	20	87
Semi-urbain	3	13
Rural	0	0
Total	23	100
<i>Répartition par diplôme complémentaire chez les Généralistes</i>		
Diplôme en allergologie	3	4
Diplôme en dermatologie	0	0
Aucune diplôme	74	96
Total	77	100
<i>Répartition par diplôme complémentaire chez les Pédiatres</i>		
Diplôme en allergologie	5	22
Diplôme en dermatologie	0	0
Aucune diplôme	18	78
Total	23	100

TABLE4.2 – Données démographiques de notre échantillon (suite)

**Dans notre échantillon, 77% des participants sont des médecins généralistes (taux de participation à 2,6%) et 23% sont des pédiatres (taux de participation à 23,7%).**

**Dans notre échantillon de médecins généralistes :**

Les médecins sont relativement jeunes car 62% ont moins de 40ans et seulement 6,5% ont plus de 60ans.

Il y a une prédominance féminine avec 65% de femmes.

Ils exercent en majorité en milieu semi-rural (50%), puis en milieu urbain (29%) et enfin en milieu rural (21%).

3 médecins généralistes ont une compétence en allergologie, aucun n'a de compétence en dermatologie.

**Dans notre échantillon de pédiatres :**

Les médecins sont également assez jeunes : 39% ont moins de 40ans et 22% ont plus de 60 ans.

Il y a une grande majorité de femmes, elles représentent 78 % des pédiatres.

87% des pédiatres de notre échantillon exercent en milieu urbain, aucun n'exerce en milieu rural.

4 pédiatres ont une compétence spécialisée en allergologie, aucun n'a de compétence en dermatologie. Il y a significativement plus de pédiatres (22% des pédiatres) avec un diplôme complémentaire que de médecins généralistes ( $p=0,014$ ).

## 4.2 Diagnostic de dermatite atopique chez l'enfant

### 4.2.1 Perception de la maladie

Dans notre échantillon de médecins, seulement 38% ont notion que la dermatite atopique de l'enfant est une maladie très fréquente.

Les 62% restant estiment la prévalence de la maladie comme fréquente. Cette perception de la maladie est d'autant plus marquée chez les médecins spécialistes en médecine générale où seulement 27% considèrent la maladie comme très fréquente versus 74% des pédiatres ( $p = 0,0014$ ).

Pour 96% des médecins la DA est synonyme de terrain atopique.

Pour 13% des médecins elle est synonyme d'allergie alimentaire (dont notamment l'allergie aux protéines de lait de vache) : 16% des médecins généralistes contre 4,5% des pédiatres, sans différence significative entre les deux spécialités ( $p=0,28$ ).

Pour 10% des médecins elle est synonyme d'allergie aux pneumallergènes : 10,5% des médecins généralistes contre 8,5% des pédiatres.

### 4.2.2 Aisance dans le diagnostic

#### Aisance déclarée

**87% des médecins n'expriment pas de difficulté dans le diagnostic de DA chez l'enfant.**

Ils représentent 96% des pédiatres, 84,5% généralistes. Il n'y a pas de différence significative dans la réponse entre les médecins généralistes et les pédiatres ( $p=0,28$ ).

Parmi les 13 médecins ayant des difficultés dans le diagnostic de dermatite atopique, l'identification des lésions élémentaires ou secondaires de la dermatite atopique est le principal frein. Les différentes raisons sont détaillées dans la figure 4.1.

Raisons du diagnostic difficile	Pourcentage (Sur 13 médecins)
De nombreuses lésions dermatologiques se ressemblent	61,5%
Les lésions d'eczéma sont souvent modifiées	54%
Le diagnostic est difficile sur des peaux foncées	54%
L'évaluation du prurit est difficile chez le petit enfant	38,5%
Il est parfois difficile de faire la distinction avec les lésions infectieuses (impétigo)	21,3%

FIGURE4.1

### Aisance réelle

Nous avons pu évaluer cette aisance grâce aux quiz-photo.

Seulement **1 médecin sur les 100 interrogés reconnaît parfaitement les lésions d'eczéma et de dermatite atopique (100% de bonnes réponses aux 2 questions).**

Concernant le diagnostic d'eczéma : **18% des médecins sont de "très bons reconnaisseurs d'eczéma"**. Les "bons reconnaisseurs d'eczéma" représentent 52% des médecins.

- 2/3 des médecins ne reconnaissent pas les lésions suintantes d'eczéma.

- Quasiment ¼ des médecins confondent les lésions d'eczéma avec celles du psoriasis.

Concernant le diagnostic de la DA : **16% des médecins de notre échantillon sont de "très bons reconnaisseurs de dermatite atopique"**. Les "bons reconnaisseurs de dermatite atopique" représentent 71% des médecins.

- 55% des médecins ne reconnaissent pas le double pli sous-palpébral comme évocateur d'une dermatite atopique (60% des médecins généralistes, 44% des pédiatres).

- Quasiment ¼ des médecins confondent l'érythème fessier à *C.albicans* avec une atteinte de la dermatite atopique (proportions médecins généralistes et pédiatres égales).

- 42% des médecins incluent la dyshidrose ou un eczéma de contact avec une atteinte de la dermatite atopique.

Aucun des "mauvais reconnaisseurs de DA" ne faisait partie des "très bons reconnaisseurs d'eczéma".

Les médecins généralistes semblent moins à l'aise dans le diagnostic en comparaison aux pédiatres : ils reconnaissent significativement moins bien les lésions principales de l'eczéma ( $p=0,07$ ) et sont moins nombreux à faire partie des "très bons reconnaisseurs" de DA ( $p=0,06$ ).

## 4.3 Prise en charge de la Dermatite Atopique

### 4.3.1 Prescription des dermocorticoïdes

#### Taux de prescription de DC en première intention dans la poussée de DA

Il s'agit de notre objectif principal : 64% des médecins de l'échantillon prescrivent un dermocorticoïde (DC) en première intention en cas de poussée de DA. Nous avons résumé les taux de prescription des différents sous-groupes ci-dessous (Figure 4.2)

Prescription de DC en 1ère intention	OUI	NON
<i>Répartition par spécialité</i>		
Généralistes	60%	40%
Pédiatres	78%	22%
p=0,16		
<i>Répartition par sexe</i>		
Hommes	68%	32%
Femmes	62%	38%
p=0,64		
<i>Répartition par âge</i>		
<30 ans	71,4%	28,6%
30-40 ans	58%	42%
40-50 ans	59%	41%
50-60 ans	63,6%	36,4%
> 60 ans	100%	0%
p=0,1		
<i>Répartition par lieu d'exercice</i>		
Rural	68,7%	31,3%
Semi-rural	57,1%	42,9%
Urbain	69%	31%
p=0,47		
<i>Répartition selon l'aisance diagnostique déclarée</i>		
Aisance diagnostique	63%	37%
Difficulté diagnostique	69%	31%
p=0,76		
<i>Répartition selon l'aisance diagnostique réelle</i>		
Très bons reconnaisseurs de DA	81%	19%
Bons reconnaisseurs de DA	62%	38%
Moins bons reconnaisseurs de DA	54%	46%
p=0,26		

FIGURE4.2



Concernant les résultats en sous-groupes :

**60% des médecins généralistes et 78% des pédiatres prescrivent des DC en première intention dans la poussée de DA**, la différence de prescription entre les 2 spécialités n'est pas statistiquement significative ( $p=0,16$ ).

Il n'y a pas de différence significative concernant le sexe du prescripteur ( $p= 0,64$ ), l'âge du prescripteur ( $p=0,1$ ) ni le lieu d'exercice ( $p=0,47$ ).

Il n'y a pas de différence significative de prescription de DC en première intention selon que les médecins trouvent le diagnostic de la DA difficile ou non ( $p=0,76$ ). Cependant, meilleur est le diagnostic de DA (aisance réelle) plus les médecins ont tendance à prescrire des DC en première intention ( $p=0,26$ ).

### **Habitudes de prescription des dermocorticoïdes**

**Pour traiter une DA du visage** (Figure 4.3),

le DC privilégié en première intention par les médecins de notre échantillon est celui d'activité modérée (prescrit par 63% des médecins).

Aucun pédiatre ne prescrit d'activité très forte sur le visage; tous les pédiatres appliquaient au moins des DC d'activité faible sur une DA touchant le visage.

**Pour traiter une DA localisée sur le corps** (Figure 4.4 et Figure 4.5),

le DC privilégié en première intention est celui d'activité forte; plus l'âge de l'enfant est élevé plus la proportion en DC d'activité forte est importante (prescrit par 53% des médecins chez le moins de 6 ans et prescrit par 75% des médecins chez le plus de 6 ans).

5% des médecins généralistes prescrivent des DC d'activité faible pour traiter une DA localisée sur le corps de l'enfant de moins de 6 ans, ce pourcentage descend à 1% concernant l'enfant de plus de 6 ans.

Aucun pédiatre ne prescrit d'activité faible pour traiter une DA localisée sur le corps. Les pédiatres prescrivent significativement un niveau d'activité plus élevé de DC sur le corps chez les moins de 6 ans que les médecins généralistes ( $p=0,08$ ). Aucun médecin n'utilise de DC d'activité très forte sur le corps.

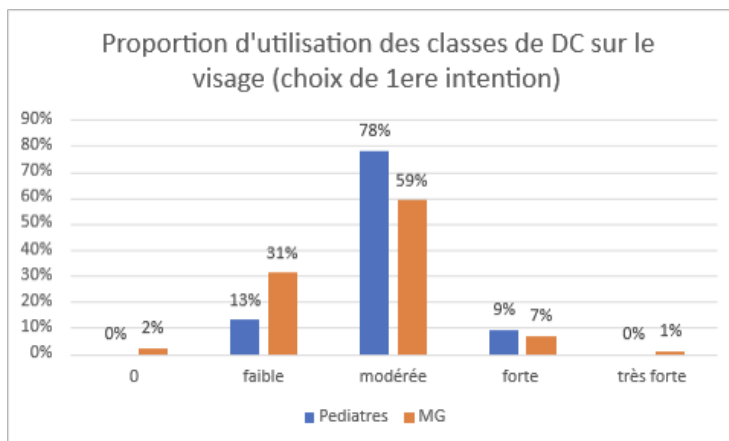


FIGURE4.3

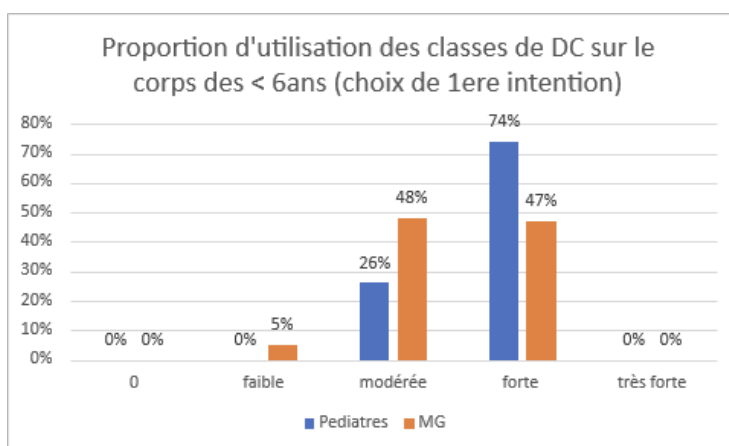


FIGURE4.4

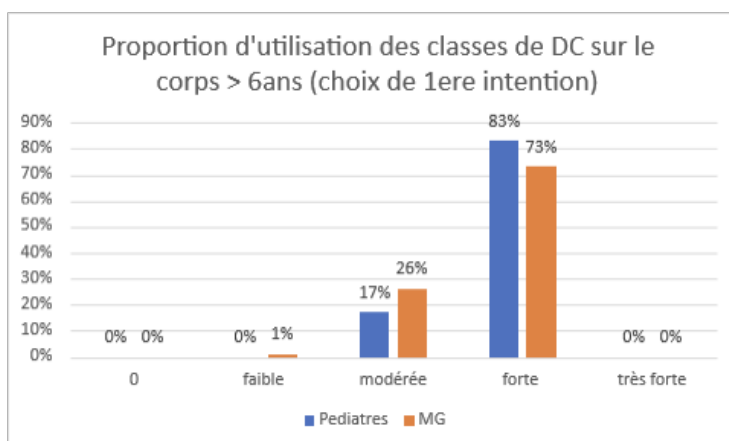


FIGURE4.5

**Les "sous prescripteurs" représentent 13% de notre échantillon**, soit 16% des médecins généralistes contre 4% des pédiatres (différence non significative entre les spécialités,  $p=0,28$ ).

Les "sous-prescripteurs" sont significativement plus nombreux à être "non-prescripteurs de DC en première intention" en comparaison aux "non sous-prescripteurs" ( $p=0,06$ ).

**Une grande majorité des médecins de notre échantillon (71%) prescrit une application par jour de DC** ("prescription de DC conforme aux recommandations"), ils représentent 66% des médecins généralistes et 87% des pédiatres. Les pédiatres prescrivait significativement plus de DC en une application par jour que les médecins généralistes ( $p=0,09$ ).

17% des médecins prescrivent un nombre d'application variable (avec décroissance progressive) au cours du temps, 12% prescrivent 2 applications par jour.

**La majorité des médecins (57%) prescrit un traitement par DC jusqu'à rémission** ("prescription de DC conforme aux recommandations"), ils représentent 51% des médecins généralistes contre 78% des pédiatres. Cette différence de durée de traitement selon la spécialité est significative ( $p=0,03$ ).

Concernant ceux qui prescrivent une durée limitée de traitement : 23% des médecins de notre échantillon prescrivent un traitement par DC entre 1 et 7 jours , 15% entre 7 et 14 jours, 5% entre 14 jours et un mois.

**La majorité des médecins (63%) ne fait pas de décroissance des doses de DC enfin de traitement** ("prescription de DC conforme aux recommandations"), ils représentent 56% des médecins généralistes contre 87% des pédiatres. Cette différence d'arrêt de traitement selon la spécialité est significative ( $p=0,005$ ).

Concernant les informations données en consultation pour l'utilisation des dermocorticoïdes (Figure 4.6), **la majorité des médecins (69%) conseillent d'appliquer les dermocorticoïdes là où il y a des lésions** et seulement 6% d'entre eux utilisent également l'unité phalangette pour donner un repère concernant la quantité à appliquer.

Une minorité des médecins de notre échantillon réalise des démonstrations en consultation.

Application des dermocorticoïdes	Pourcentage (Sur 100 médecins)
Conseil d'application où il y a des lésions	69%
Utilisation de l'unité phalangette	24%
Démonstration durant la consultation	11%

FIGURE4.6

### 4.3.2 Corticophobie

**13% des médecins notre échantillon déclarent avoir une crainte à l'utilisation de dermocorticoïdes.**

Il s'agit uniquement de médecins généralistes.

Les médecins corticophobes sont significativement plus nombreux à être des "non-prescripteurs de DC en première intention" en comparaison aux autres prescripteurs ( $p=0,06$ ). En effet, seulement 38% des médecins corticophobes déclarés prescrivent des DC en première intention dans la poussée de DA.

23% des médecins corticophobes sont des "sous prescripteurs", sans différence significative par rapport aux autres prescripteurs ( $p=0,36$ ).

15% des médecins corticophobes ont une difficulté diagnostique, il n'y a pas de différence significative par rapport au sous-groupe des autres prescripteurs ( $p=0,67$ ).

Les différentes craintes sont détaillées dans la figure 4.7.

Crainte des dermocorticoïdes	Pourcentage (Sur 13 médecins)
Crainte de l'aggravation d'une infection cutanée débutante	85%
Crainte d'un phénomène de rebond à l'arrêt du traitement	53,8%
Crainte d'une atrophie cutanée ou modification cutanée	30%
Crainte d'un phénomène de diminution de l'activité du dermocorticoïde en cas d'utilisation répétée	23%
Autres : Crainte d'un mésusage par les patients	7,7%
Crainte de survenue d'un glaucome secondaire à l'application de dermocorticoïdes sur le visage	0%

FIGURE 4.7

### 4.3.3 Échantillon des non-prescripteurs de DC en première intention

Concernant les prescriptions de première intention dans la poussée de DA :

**Quasiment tous les médecins (35/36 soit 97,2%) prescrivent des émoullients.**

2 médecins prescrivent des anti-histaminiques en complément.

Un médecin prescrit uniquement des anti-histaminiques.

Aucun médecin ne prescrit d'antiseptique ni d'antibiotique locaux.

Les raisons pour lesquelles les médecins ne prescrivent pas de dermocorticoïdes en pre-

mière intention sont détaillés dans la figure 4.8.

Raisons de la non prescription de DC en 1ere intention	Pourcentage (Sur 36 médecins)
Evolution spontanément favorable de la plupart des dermatites atopiques	58%
Autres : Un test par Emollient peut suffire	30,5%
Rechute fréquente après l'arrêt des dermocorticoïdes	19,4%
Refus des parents dans la plupart des cas	13,9%
Risques plus importants en comparaison aux bénéfices du traitement par corticoïdes	11,1%
Doute sur l'efficacité des dermocorticoïdes dans la dermatite atopique	0%

FIGURE 4.8

22% (8/36) des non-prescripteurs de DC en première intention étaient corticophobes. Parmi les 28 autres non-prescripteurs, pour 3/4 des médecins leurs raisons étaient plutôt en lien avec méconnaissance de la physiopathologie de la DA (évolution spontanément favorable, test émoullients +/- refus des parents) alors que pour 1/4 leurs raisons s'apparentaient plutôt à une corticophobie (risques plus importants que les bénéfices, rechutes fréquentes après arrêt).

Tous les médecins non-prescripteurs de DC en première intention prescrivent des DC en cas d'échec du traitement de première intention.

#### 4.3.4 Soins de support

##### Conseils d'hygiène

**99% des médecins de notre échantillon déclarent donner des conseils d'hygiène aux parents d'un enfant atteint de dermatite atopique.**

Seulement 7% des médecins appartiennent au sous-groupe qui préconisent les "conseils conformes aux recommandations" : une utilisation de gel sans savon non parfumé (Syn-dets), une fréquence des lavages normale, une préférence pour des bains courts ou pour une douche, de privilégier une température de l'habitat entre 19 et 20 degrés, de privilégier des textiles doux comme le coton.

Les pourcentages des différents conseils donnés sont détaillés dans la figure 4.9

Conseils d'hygiène	Pourcentage (Sur 100 médecins)
Une utilisation de gel sans savon non parfumé (Syndets)	94%
De privilégier des textiles doux comme le coton	83,8%
Une préférence pour des bains courts ou pour une douche	77,8%
Une restriction des lavages (plutôt tous les 2 à 3 jours)	60%
De privilégier une température de l'habitat entre 19 et 20 degrés	51,5%
De mettre en place des mesures d'éviction vis-à-vis des acariens	28%
Une fréquence des lavages normale	24%
Pas de préférence dans le choix du gel douche/savon	1%
Une utilisation d'antiseptiques (dakin, septivon) dans le bain	0%

FIGURE4.9

**92% des médecins généralistes et 96% des pédiatres préconisent l'utilisation de Syndets.**

Les pédiatres sont significativement plus nombreux à recommander une fréquence des lavages normale par rapport aux médecins généralistes ( $p=0,09$ ).

La spécialité n'influence pas la recommandation d'éviction des acariens ( $p=0,97$ ).

### Émollients

**99% des médecins prescrivent des émollients chez un enfant avec une dermatite atopique**

En s'intéressant à leur façon de prescrire,

- seulement 43% des médecins de notre échantillon disent le faire de manière "systématique" avec "application quotidienne et au long cours" ("prescription d'émollients conforme aux recommandations"); ils représentent 33,5% des médecins généralistes contre 74% des pédiatres. Cette différence est significative entre les deux spécialités ( $p=0,001$ ).

- 35% des médecins déclarent le faire de façon "systématique" (pour tous leurs patients) mais sans "application quotidienne et au long cours".

### 4.3.5 Suivi et adressage

#### Réévaluation du traitement

**Seulement 13% des médecins de notre échantillon réévaluent leurs patients de façon systématique entre 15 jours et 1 mois ("réévaluation conforme aux recommandations").**

87% de médecins de notre échantillon sont dans le sous-groupe "réévaluation non conforme aux recommandations" :

- 9% des médecins ne réévaluent pas le traitement mis en place (même proportion chez les médecins généralistes que chez les pédiatres).

Tous ont répondu que c'est le patient qui les recontactait/ reprenait rendez-vous si besoin. Dans cette catégorie, la majorité de ces médecins (5/9) ont répondu que dans leur pratique la plupart des dermatites atopiques répondent au traitement de première intention, et, 2 médecins ont également répondu qu'ils n'ont pas assez de créneaux de consultation disponibles.

- Les 78% autres "essaient de réévaluer" leur patients, les détails de leurs réponses sont renseignés dans la figure 4.10.

Dans ce sous-groupe, parmi les 34 médecins qui réévaluent leurs patients à un intervalle de temps précis, la grande majorité (85%) réévalue leur patient à 15 jours ou 1 mois. 9% des médecins réévaluent à 3 jours, 6% réévaluent à 7 jours.

Réévaluation du patient chez les médecins qui « essaient de réévaluer »	Pourcentage (Sur 78 médecins)
A la demande des parents	51%
Réévaluation à un intervalle de temps précis	43,5%
En fonction des disponibilités	16,5%

FIGURE 4.10

#### Prise en charge allergologique

**13% des médecins de notre échantillon modifient de la diversification alimentaire chez un nourrisson avec une dermatite atopique ou s'il y a un terrain atopique chez les parents.**

Parmi ces médecins, il y a quasiment autant de médecins qui vont conseiller aux parents d'introduire précocement les aliments à fort potentiel allergisant (6/13) que de médecins qui

vont retarder la diversification (7/13).

100% des médecins qui vont introduire précocement les aliments à fort potentiel allergisant sont des médecins généralistes.

**44% des médecins déclarent être parfois amené à prescrire un bilan allergologique dans la prise en charge d'une dermatite atopique.**

Les pédiatres étaient en proportion significativement plus nombreux à prescrire un bilan allergologique que les médecins généralistes (61% des pédiatres contre 39% des médecins généralistes,  $p=0,1$ ).

L'examen complémentaire le plus prescrit est le Phadiatop®, il est prescrit par 54% des médecins réalisant un bilan allergologique.

Le second est le Trophatop®, il est prescrit par 44% des médecins.

42% des médecins prescrivent des IgE spécifiques. Les pédiatres sont, en proportion, significativement plus nombreux à les prescrire par rapport aux médecins généralistes (respectivement 52% et 12%,  $p=0,0001$ ).

34% des médecins prescrivent une NFS à la recherche d'une éosinophilie.

28% des médecins prescrivent des IgE totales.

## Adressage

**86% des médecins adressent l'enfant à un spécialiste lorsqu'un traitement par dermocorticoïdes n'ont pas permis l'obtention d'une réponse satisfaisante**, dans 87% des cas vers un dermatologue et dans 13% des cas vers un allergologue.

Les médecins généralistes sont significativement plus nombreux à adresser à l'allergologue ( $p=0,065$ ).

La spécialité du médecin n'influence pas sur l'adressage au dermatologue ( $p=1$ ).

Les différentes prises en charge des médecins suite à l'échec d'un traitement par dermocorticoïde sont synthétisées dans la Figure 4.11 ci-dessous :

Prise en charge après échec d'un traitement par DC	Pourcentage (Sur 100 médecins)
« Adressage facile »	61 %
« Adressage avec augmentation de l'activité des DC »	25 %
« Augmentation uniquement de l'activité des DC »	10 %
Autres : vérification observance et/ou facteurs favorisants	4 %

FIGURE4.11



**53% des médecins de notre échantillon parviennent à obtenir aisément un avis spécialisé lorsqu'ils l'estiment nécessaire.**

Les pédiatres sont significativement plus nombreux en proportion à obtenir un avis facilement en comparaison aux généralistes (87% contre 42%,  $p=0,0005$ ).

Il y a également une différence significative selon le lieu d'exercice, 69% des médecins urbains obtiennent des avis facilement contre 40% des semi-ruraux et 43% des médecins ruraux ( $p=0,02$ ).

### **Éducation thérapeutique**

**Concernant l'éducation thérapeutique du patient (ETP), 70% des médecins déclarent qu'ils n'ont pas le temps d'en faire pendant leurs consultations.**

Il n'y a pas de différence significative selon la spécialité ( $p=0,56$ ) ni selon le lieu d'exercice ( $p=0,28$ ).

**Concernant les ressources en termes d'ETP, 67% des médecins de notre échantillon ne connaissent pas de ressources possibles en termes d'éducation thérapeutique pour la dermatite atopique.**

La proportion des médecins généralistes n'en connaissant pas est significativement plus importante que celle des pédiatres (82% contre 17%,  $p=3 \times 10^{-8}$ ).

87,5% des médecins ruraux de notre échantillon ne connaissaient pas les ressources en terme d'ETP contre 83% des médecins semi-ruraux et 43% des médecins urbains, cette différence est significative selon le lieu d'exercice ( $p=6 \times 10^{-5}$ ).

84% des moins de 40 ans n'en avaient pas connaissance contre 44% des plus de 40ans, la différence est significative entre les deux groupes d'âge ( $p=6 \times 10^{-5}$ ).

---

## DISCUSSION

---

5.1	Taux de participation . . . . .	65
5.2	Données socio-démographiques . . . . .	65
5.3	Biais de l'étude . . . . .	67
5.4	Comparaison de l'évolution de la prise en charge de la dermatite atopique pédiatrique en soins primaires et propositions d'amélioration de la prise en charge . . . . .	68
5.4.1	Aisance du diagnostic de la dermatite atopique . . . . .	68
5.4.2	Mise en place du traitement . . . . .	68
5.4.3	Corticophobie des médecins . . . . .	71
5.4.4	Suivi du patient avec une dermatite atopique . . . . .	71
5.4.5	Prise en charge allergologique dans la dermatite atopique . . . . .	73

---

## 5.1 Taux de participation

Le taux de participation à notre étude est de 3,25%, ce qui était plutôt faible pour une enquête de pratiques en médecine libérale avec contact par messagerie électronique et sans relance (10% attendus pour ce type d'étude habituellement).

45 % de participation était retrouvé dans le même type d'étude réalisé dans la thèse de P. Turbatte [61] qui avait réalisé un état des lieux des pratiques sur la prise en charge de la dermatite atopique par les médecins généralistes libéraux dans le Calvados en 2018. La différence résidait dans le moyen de diffusion du questionnaire qui était réalisé par voie postale. La voie électronique peut sembler plus impersonnelle que la voie postale, c'est aussi le moyen de diffusion privilégié de ce type d'enquête avec de très nombreuses sollicitations des médecins libéraux (phénomène amplifié avec les questionnaires en rapport avec la pandémie de SARS-CoV 2 concomitante).

Étant donné que notre enquête a été distribuée auprès de l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres libéraux inscrits à l'URML des Pays de la Loire, malgré un relativement faible taux de participation au questionnaire, nous avons néanmoins un échantillon d'une taille correcte pour ce type d'étude avec 100 participants. En comparaison l'étude de P.Turbatte avait 90 participants et l'enquête nationale d'intentions de pratiques réalisée en 2004, avec des médecins généralistes, des pédiatres, des dermatologues et des allergologues, décomptait 351 participants.

## 5.2 Données socio-démographiques

Pour comparer les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon avec notre population cible, nous avons utilisé les données du rapport de septembre 2020 de l'ORS (Observatoire Régional de la Santé) des Pays de la Loire [78] qui recensait (Tableau 5.1) :

Concernant les médecins généralistes : 3730 MG libéraux (3059 installés, 671 remplaçants).  
Concernant les pédiatres : 323 pédiatres dont 107 pédiatres libéraux (87 installés, 20 remplaçants).

	Effectif	%
<i>Répartition par spécialité</i>		
Généralistes	3730	92
Pédiatres	323	8
Total	4053	100
<i>Répartition par sexe chez les généralistes</i>		
Hommes	1902	51
Femmes	1828	49
Total	3730	100
<i>Répartition par sexe chez les Pédiatres</i>		
Hommes	78	24
Femmes	245	76
Total	323	100
<i>Répartition par âge chez les généralistes</i>		
<40ans	1231	33
40-50ans	671	18
50-60ans	821	22
>60ans	1007	27
Total	3730	100
<i>Répartition par âge chez les Pédiatres</i>		
<40ans	116	36
40-50ans	87	27
50-60ans	55	17
>60ans	65	20
Total	323	100

TABLE5.1 – Données démographiques de l'ORS (2020)

Notre échantillon présente une différence significative dans la répartition des spécialités et la population cible ( $p=2 \times 10^{-7}$ ) avec une moindre participation du côté des médecins généralistes en comparaison aux pédiatres.

**Dans notre échantillon de médecins généralistes :**

Il y a une différence significative dans la répartition des âges entre notre échantillon et la population de médecins généralistes ( $p=6 \times 10^{-8}$ ). En regardant plus précisément à travers les différentes tranches d'âge : notre échantillon comporte significativement plus de médecins de moins de 40 ans que notre population de référence ( $p=1 \times 10^{-7}$ ) et significativement moins de médecins de plus de 60 ans ( $p=9 \times 10^{-5}$ ).

La tranche d'âge des plus de 60 ans représentent 6,5% des médecins généralistes dans notre étude contre 22,2% dans le travail de thèse de P.Turbatte (représentatif de la population départemental des médecins généralistes).

Il y a une différence significative dans la répartition des sexes entre notre échantillon et la population de médecins généralistes avec une nette prédominance de femmes dans notre échantillon ( $p=0,008$ ).

Moins d'un quart des médecins généralistes de notre échantillon exercent en milieu rural et la moitié en milieu semi-rural, ce qui semble cohérent avec la répartition démographique connue (l'ARS Pays de la Loire mentionne une densité de médecins généralistes plus faible en milieu rural, sans données précises sur nos 3 sous-groupes de lieux d'exercice [79]).

#### **Dans notre échantillon de pédiatres :**

Il y a une bonne représentativité de notre population cible. Il n'y a pas de différence significative dans la répartition des âges ( $p=0,98$ ), ni dans la répartition des sexes ( $p=0,99$ ).

La grande majorité des pédiatres exerce en milieu urbain, ce qui semble cohérent avec la répartition démographique connue (absence de données disponibles au niveau régional).

Cependant, la proportion de pédiatres avec des compétences en allergologie (22%) est supérieure à celle attendue (absence de données disponibles au niveau régional).

### **5.3 Biais de l'étude**

Notre échantillon est composé de médecins globalement jeunes (57% des participants avaient moins de 40 ans) avec une prédominance féminine et un attrait particulier pour la pédiatrie. Par ce biais de volontariat, nous avons probablement sélectionné les médecins avec les "meilleures" pratiques concernant la prise en charge de la DA et donc avec un risque de sur-estimer les pratiques par rapport à la population des médecins en pays de la Loire.

Nous avons également identifié des potentiels facteurs de confusion : les pédiatres sont significativement plus diplômés en allergologie que les médecins généralistes et donc nous avons un risque de sur-estimer leurs pratiques par rapport aux médecins généralistes. Les pédiatres sont significativement plus urbains que les médecins généralistes de notre échantillon ; si nos résultats montrent une différence de pratiques entre les lieux d'exercice, elle pourrait être due à une différence de pratiques entre les spécialités, et vice-versa.

De plus notre mode de recueil, le questionnaire, induit un biais d'auto-déclaration. Particulièrement sur les questions "sensibles" mettant directement en jeu le bon diagnostic du praticien ou son objectivité sur une peur éventuellement déraisonnable d'utiliser les dermocorticoïdes (questions N°7 et N°28). Nous avons évalué ce biais via le quiz de reconnaissance d'image aux questions N°9 et 10 puis à la question 16 en demandant aux médecins d'expliquer les raisons de la non prescription de dermocorticoïdes.

## 5.4 Comparaison de l'évolution de la prise en charge de la dermatite atopique pédiatrique en soins primaires et propositions d'amélioration de la prise en charge

### 5.4.1 Aisance du diagnostic de la dermatite atopique

**Il existe un réel écart entre la perception d'un diagnostic facile et la véritable facilité à reconnaître une dermatite atopique.**

87% des médecins déclarent ne pas avoir de difficulté mais 16% des médecins reconnaissent parfaitement des lésions de dermatite atopique et seulement 1% des participants reconnaît parfaitement les lésions d'eczéma et de dermatite atopique.

Notre étude ne montre pas de lien entre difficulté de diagnostic et sous-traitement de la DA mais il existe encore une marge de progression dans la reconnaissance des lésions par les médecins de premier recours. Globalement, il y a une bonne reconnaissance de script concernant la DA (un peu moins bonne concernant les lésions élémentaires d'eczéma) mais existe de nombreuses confusions entre les diagnostics différentiels (psoriasis, candidose, dyshidrose, eczéma de contact).

Nous n'avons pas pu comparer nos résultats à la littérature, car nous n'avons pas trouvé d'étude analysant objectivement l'aisance diagnostique des médecins dans la dermatite atopique.

### 5.4.2 Mise en place du traitement

#### Primo-prescription des dermocorticoïdes

**Le taux de prescription de DC en première intention estimé à 60% chez les médecins généralistes est supérieur aux études françaises antérieures.** En effet, il était retrouvé un taux de 28% chez les médecins généralistes lors de l'enquête nationale française en 2004 [40] et 54,4% des médecins généralistes en 2018 dans le Calvados [61].

Si nous reprenons les données de ces 2 études françaises, la primo-prescription de DC a quasiment doublé en 14 ans, nous pouvons véritablement penser que la mise en place d'une conférence nationale de consensus en 2004 a eu un réel effet sur le taux de prescription de DC dans la DA de l'enfant. Mais, nous pouvons nous poser la question s'il n'y a pas un essoufflement de cette progression qui semblerait atteindre un plateau depuis 2018.

En comparant avec la littérature étrangère ;

Concernant la prescription des médecins généralistes, une étude australienne réalisée en

2003 qui interrogeait les médecins généralistes de la ville de Perth [80] montrait que 61% des médecins prescrivait des DC chez tous ou presque tous leurs patients d'âge pédiatrique avec une DA. Une revue systématique de la littérature publiée en 2021 dans l'Academic Pediatrics [81] exposait les résultats de l'analyse d'une base de données nationale aux Pays-Bas en 2014 [82] révélait que 33 % des enfants atteints de DA avaient reçu une prescription de DC par leur médecin généraliste.

Concernant la prescription des pédiatres, l'étude d'une base de données nationales aux États-Unis entre 2006 et 2015 [83] révélait que 95% des visites chez le pédiatre pour des enfants atteints de DA avaient abouti à une prescription de DC. En regardant à une échelle plus petite, l'étude réalisée en 2015 dans le Children's Hospital Primary Care Center de Boston [84] montrait que 84 % des médecins de premier recours documentaient une prescription de DC dans le dossier médical.

Le taux de prescription de DC de notre étude reste en moyenne plus bas que dans les autres pays (notamment en comparaison avec les pays anglo-saxons). Avec 64% de primo-prescription chez les médecins de premier recours (médecins généralistes et pédiatres), notre travail montre qu'il existe toujours une sous-prescription des DC dans la DA de l'enfant.

## **Modalités de prescription des dermocorticoïdes**

**Les prescriptions de dermocorticoïdes sont plutôt adaptées et nous pouvons constater une amélioration des prescriptions.** La majorité des médecins adaptent le niveau d'activité des DC à l'âge et à la localisation, comme retrouvé dans l'étude nationale. Dans notre étude, les médecins utilisent en majorité des dermocorticoïdes d'activité modérée sur le visage et d'activité forte sur le corps. En 2004 [40], le DC le plus prescrit quelque soit la localisation, par les médecins généralistes et les pédiatres, était celui d'activité modérée. Les médecins de premier recours de notre échantillon font peu de mésusage, à l'inverse un grand nombre de médecins sous-traite (DC d'activité faible ou pas de DC) l'atteinte du visage.

Plus de deux tiers des médecins utilisent les DC en 1 fois par jour, alors qu'en 2004 [40] 80% des médecins prescrivait souvent ou toujours en 2 fois par jour. Nous retrouvons une diminution de la prescription de l'arrêt progressif des DC que nous retrouvons seulement chez 37% des médecins contre 82% des médecins en 2004 [40].

Dans notre étude, les pédiatres ont tendance à prescrire plus facilement des DC que les médecins généralistes (taux de prescription de DC en première intention respectivement 78% et 60%). L'absence de significativité de la différence pourrait s'expliquer par le manque de puissance de l'étude en raison de la petite taille de l'échantillon.

Nous pouvons voir une inversion des tendances de prescription Pédiatres/Médecins généralistes entre 2004 et 2021. En 2004[40], les pédiatres étaient plus nombreux par rapport aux généralistes à utiliser rarement des DC d'activité forte alors que dans notre étude les pédiatres vont prescrire des niveaux d'activité plus élevés (et donc plus fidèles aux recommandations) en comparaison aux médecins généralistes. Les pédiatres semblent également avoir une prise en charge plus conforme aux recommandations en gardant à l'esprit que notre échantillon comporte des pédiatres ayant une compétence plus importante en allergologie comparé aux médecins généralistes.

### **Freins à la prescription**

Nous pouvons mettre en évidence dans notre étude que parmi les non- primo- prescripteurs de DC : certains sont corticophobes (qui ont peur des effets indésirables des DC), d'autres ne se déclarent pas corticophobes mais leurs raisons de non-prescription s'apparentent à de la corticophobie. Finalement pour la majorité, en analysant les données se rapportant aux raisons de non-prescription et aux types de traitements mis en place, la non primo-prescription serait liée à une méconnaissance de la physiopathologie de la DA.

Concernant la prescription d'émollients de façon systématique et au long cours[52], seulement un tiers des médecins généralistes en prescrivait. Serait-ce une méconnaissance du véritable intérêt des émollients au long cours? Serait-ce à cause de leur coût? En effet, uniquement le Dexeryl et certaines préparations magistrales (Cérat de Galien et le Glycérolé d'amidon) sont remboursables "en l'absence de spécialités équivalentes" (cette notion devant être renseignée sur les ordonnances).

Dans l'étude de Le Roux *et al*[68] : les médecins généralistes rapportaient d'importantes lacunes dans la formation et les connaissances sur la prise en charge de la DA.

Une piste d'amélioration pourrait être de proposer aux médecins de premier recours un algorithme décisionnel (tel que celui exposé dans les *Généralités sur la dermatite atopique*, Figure 1.22) permettant de simplifier la démarche thérapeutique dans des disciplines où les consultations sont nombreuses et chronophages.

En émettant l'hypothèse que le coût soit un frein à la prescription des émollients (plus important chez les médecins généralistes que chez les pédiatres), nous pouvons nous poser la question si les médecins de premier recours connaissent bien les produits remboursés et s'ils savent tous comment rédiger une ordonnance d'émollients remboursables.



### 5.4.3 Corticophobie des médecins

**Nous pouvons observer une diminution de la crainte vis à vis des DC.**

Seulement 13% des médecins déclarent une crainte à l'utilisation des DC contre 40% des médecins en 2018 [61].

La corticophobie des médecins semble constituer un frein significatif à la prescription en première intention dans la poussée de DA.

Peu d'études explorant la corticophobie des professionnels de santé ont été retrouvées dans la littérature. Une étude sur la corticophobie des pharmaciens français a été publiée en 2015 par Raffin *et al*, elle montrait un fort taux de corticophobie chez ces professionnels avec des répercussions directes dans leurs pratiques : un quart conseillait aux parents d'attendre aussi longtemps que possible avant l'appliquer les DC et plus de 50% des pharmaciens ajustaient de temps en temps les prescriptions médicales en réduisant la durée de traitement. En miroir des conséquences de la corticophobie des pharmaciens sur leur pratique, nos résultats montrent que la corticophobie des médecins impacterait négativement sur leurs prescriptions.

### 5.4.4 Suivi du patient avec une dermatite atopique

En complément de la prescription des traitements, l'instauration d'une relation de confiance médecin -patient et le maintien d'un suivi régulier sont des points clés pour une bonne prise en charge de la maladie.

#### Réévaluation et éducation thérapeutique

**Le taux de réévaluation systématique est insuffisant (13% des médecins) pour pouvoir maintenir une bonne observance du traitement chez les patients.**

La non-réévaluation est le plus souvent attribuée par les médecins au manque de créneaux de consultations.

Pour remédier au problème du manque de temps chez les médecins, une des pistes d'amélioration pourrait être de proposer des téléconsultations de réévaluation (moins chronophages pour le médecin et plus pratiques pour les familles) [85] parfois couplé avec des outils d'auto-évaluation tels que le PO-SCORAD permettant une transmission en temps réel au médecin.

**Il existe une méconnaissance de l'ETP individuelle en médecine de premier recours.** Deux tiers des médecins n'ont pas le temps de faire de l'ETP au cours de leurs consultations, et, une grande majorité de notre échantillon n'adresse pas leurs patients dans des structures d'ETP car ils ne connaissent pas les structures spécialisées. Il existe un véritable défaut de connaissance chez les jeunes médecins, 84% des moins de 40 ans ne connaissent pas de ressources en termes d'ETP contre 44% des plus de 40ans. Dans l'enquête nationale de 2004 [40], les médecins interrogés avaient très rarement ou jamais recours à une structure de type école de l'atopie.

Les médecins généralistes, et notamment ceux exerçant en milieu rural, semblent être plus isolés que les pédiatres dans la prise en charge de la DA, avec un adressage au spécialiste qui est plus difficile et une méconnaissance plus importante des structures d'ETP. Ces résultats sont cependant à pondérer avec nos potentiels facteurs de confusion.

L'ETP reste encore trop méconnue et trop peu proposée par les médecins de premier recours. Lee *et al* [86] mettaient en évidence le rôle important de l'éducation thérapeutique, en effet, 15 min d'éducation thérapeutique menée par un dermatologue avec des instructions écrites permettrait une baisse de 43,2% dans l'index de score de phobie.

L'ETP semble très intéressante à développer chez le médecin de premier recours.

Il existe un réel bénéfice du côté du patient et, peut-être qu'au long cours elle pourrait faire gagner du temps au médecin ?

Mais les médecins de premiers recours ont-ils les connaissances et la formation pour l'exercer ? Le Roux *et al* [68] qui relevaient que la plupart des médecins généralistes avaient tendance à donner des informations limitées à leurs patients. Une minorité d'entre eux seulement donnaient des conseils pour limiter les facteurs favorisants et/ou fournissaient des renseignements sur la quantité et la manière d'appliquer les traitements topiques. Lorsque des informations écrites étaient proposées, les ressources les plus souvent citées étaient des sites Internet. Quelques médecins généralistes fournissaient des instructions écrites informelles, certains considéraient la prescription comme une forme de conseil écrit.

Des supports papiers et numériques existent déjà et sont à disposition des familles et des praticiens avec des plans d'action comme utilisé dans l'asthme (modèle proposé par la Fondation Eczéma en Annexe 7, [87]) ou des vidéos explicatives (ex : "comment bien réaliser un Wet Wrapping", sur le site du CHU de Nantes [88]) mais semblent insuffisamment connus. Il pourrait être intéressant de développer la "fast-ETP" par les médecins de premier recours. Une formation courte comprenant une partie théorique (par exemple : rappel sur la DA et les principes de l'ETP) et une partie pratique (par exemple : présentation de deux à trois supports d'ETP [87] et leurs transpositions en pratique) pourrait leur être proposé et leur permettrait d'avoir toutes les clés en main pour mettre en place une "fast-ETP" d'une durée maximale de 10 minutes avec des supports écrits à remettre aux patients en fin de consul-

tation.

Plusieurs études ont déjà proposé ce type d'intervention chez les médecins de premier recours [89] ; les différentes évaluations pré-tests et post-tests montraient de meilleurs scores de connaissance chez les médecins ayant reçu une formation à l'ETP [90], une meilleure compréhension des patients chez qui le médecin avait reçu une formation (mais sans amélioration significative de l'index de qualité de vie IDQoL) [91], une meilleure autonomie des médecins qui avaient reçu une formation[92].

Chez des patients mal contrôlés ou chez des familles très corticophobes, les séances d'éducation thérapeutique peuvent être irréalisables en ville, l'adressage vers des centres spécialisés ou "École de l'atopie" est alors primordial. Il est possible de trouver les structures les plus proches ainsi que les pharmacies-conseil sur le site de la Fondation Eczéma (Annexe 8,[93]).

#### 5.4.5 Prise en charge allergologique dans la dermatite atopique

**Six pourcent des médecins de notre échantillon seulement mettent en place une prévention primaire chez les enfants à risque de développer une allergie alimentaire IgE médiée, en conseillant aux parents d'introduire précocement les aliments à fort potentiel allergisant.**

Il semble important que les médecins de premier recours soient sensibilisés à l'importance de la prévention primaire chez les patients atopiques car elle prend de nos jours une place de plus en plus importante. Il est actuellement reconnu qu'une introduction précoce des aliments les plus allergisants chez les patients à haut risque faisait diminuer de manière significative la fréquence du développement de l'allergie [45].

La question de l'efficacité de la prévention primaire par l'application d'émollients chez les patients à haut risque a fait l'objet de plusieurs études contradictoires [94], [95]. Finalement une méta-analyse publiée en 2021 concluait que l'application prophylactique et continue d'émollients sur la peau des nourrissons à haut risque serait efficace dans la prévention primaire de la DA. Cependant elle permettrait plutôt de retarder l'apparition de la DA plutôt que de pleinement prévenir son apparition [96]. Beaucoup de travaux se penchent sur la question de l'efficacité de la prévention secondaire mais pour l'instant il n'est pas prouvé que la prise en charge précoce des premières manifestations atopiques permette de réduire le risque de développer les manifestations ultérieures (allergies alimentaires par exemple).

**En cas de DA résistante à un traitement par DC, la grande majorité des médecins adresse leur patients au dermatologue (87% des cas)** alors qu'en 2004 [40] l'adressage était réparti quasiment équitablement entre allergologue et dermatologue (avec un adressage au dermatologue tout juste majoritaire).

Dans notre étude, pour 13% des médecins la DA est synonyme d'allergie alimentaire, pour 10% des médecins elle est synonyme d'allergie aux pneumallergènes. En comparant nos résultats aux données de la littérature, dans l'étude nationale de 2004 : 50% des médecins généralistes et 41% des pédiatres pensaient que la DA étaient souvent une allergie de cause alimentaire. 17% de médecins généralistes et 30% des pédiatres pensaient que la DA était souvent une allergie due à des pneumallergènes.

Il semblerait que les médecins de premier recours attribuent moins qu'avant les allergies comme responsables d'une DA, cependant un grand nombre de médecin prescrit encore un bilan à la recherche d'une allergie chez les patients atteints de DA.

**Environ la moitié des médecins de premier recours dans notre étude sont amenés à prescrire des examens complémentaires à visée allergologique dans le cadre de la prise en charge d'une DA de l'enfant.** La majorité des bilans prescrits sont les tests de dépistage Phadiatop® ou Trophatop® qui permettent de dépister l'atopie qui s'exprime déjà par la dermatite atopique. Les IgE spécifiques sont surtout prescrites par les pédiatres, ceci s'explique probablement car ils sont plus formés que les médecins généralistes à rechercher des allergies aux protéines de lait de vache.

Aucun de ces bilans n'est réellement adapté dans le suivi ou la prise en charge d'une dermatite atopique en médecine de premier recours. En pratique, deux situations consensuelles (accord professionnel) [49] devront faire évoquer une allergie alimentaire chez un patient atteint de DA : une DA grave définie comme un échec, une DA avec cassure de la courbe staturo-pondérale. Trois situations restent discutées du fait des biais de recrutement et du faible niveau de preuve des études rapportées ne permettant pas un consensus : présence de manifestations digestives banales associées (reflux gastro-oesophagien, pleurs et coliques résistant au traitement habituel), antécédents familiaux d'atopie sévère, précocité des symptômes cutanés avant l'âge de 3 mois [49]. Si le médecin de premier recours suspecte une allergie alimentaire, il adressera le patient à l'allergologue qui décidera d'une éviction de l'aliment ou non, sachant que l'impact de l'éviction des allergènes alimentaires sur l'évolution de la DA est encore discuté (Recommandation de grade B). Dans les cas de symptômes évocateurs d'allergie IgE médiée, l'enfant devra être adressé à l'allergologue pour la réalisation d'un bilan.

Nous n'avons pas demandé aux médecins qui prescrivent les bilans ce qu'ils mettaient en place en cas de positivité mais il serait intéressant de savoir quel pourcentage des bilans allergologiques positifs mène à une éviction alimentaire. Ces vingt dernières années, un des problèmes majeurs de la multiplication des prescriptions de bilan allergologique a été que beaucoup d'enfants atteints de DA se sont retrouvés avec des multiples évictions alimentaires peu ou non documentées. Johnston *et al* [97] exposaient que, malgré le manque de preuves, la manipulation diététique dans la DA par les parents était courante avec jusqu'à

75 % des parents qui essayaient d'exclure des aliments (dont 49 % sans supervision).

La consultation allergologique est donc essentielle avant toute éviction alimentaire dans le traitement d'une dermatite atopique et permet de limiter les multiples évictions strictes qui sont une source potentielle d'allergies IgE médiée avec une expression clinique sévère comme par exemple la réaction aux petites doses (Etude MAAnoé de Martine Drouet (non publiée), [46], [45]).

En résumé, la présence de lésions cutanées évocatrices d'une dermatite atopique doit faire débiter un traitement par dermocorticoïdes avant tout. Les médecins sont beaucoup sollicités par les parents qui attribuent les poussées d'eczéma à une allergie alimentaire [68]. Pour éviter d'attribuer à tort la responsabilité d'un aliment, si le patient ne présente pas de critères d'adressage immédiat, il sera important se donner le temps de réévaluer l'enfant après la mise en place d'un traitement optimal, bien conduit. La réalisation de bilan allergologique n'a pas sa place dans la prise en charge des médecins de premier recours.

Dans un second temps, s'il existe une résistance au traitement bien conduit accompagnée de poussées rythmées par l'alimentation, l'adressage à l'allergologue sera nécessaire pour 1) évaluer l'impact d'un aliment à l'échelle individuelle 2) guider la ré-introduction de l'aliment.

# CONCLUSION

Le rôle du médecin de premier recours dans la dermatite atopique est basé 3 piliers qui sont, tout d'abord la pose du diagnostic, puis la mise en place de traitements simples (émollients, soins d'hygiène et dermocorticoïdes), et enfin, l'évaluation de l'efficacité du traitement et de l'observance du patient.

Le principal traitement de la DA chez l'enfant, facile et relativement sûr à utiliser est le dermocorticoïde, c'est la thérapeutique de choix dans la poussée de dermatite atopique pour le médecin de premier recours.

Notre étude a montré que la primo-prescription de DC dans la poussée inflammatoire de DA restait encore trop faible. La bonne utilisation des DC semble être également mal connue par de nombreux médecins de premiers recours. Les deux principaux freins à la primo-prescription de DC identifiés dans notre étude sont la méconnaissance du mécanisme d'action des traitements et la corticophobie.

L'identification diagnostique de la dermatite atopique n'est pas aussi facile que déclarée mais la difficulté diagnostique ne semble pas être le principal facteur limitant à la primo-prescription de DC.

Une formation plus régulière des médecins de premiers recours à la prise en charge de la DA et une élaboration de recommandations plus claires concernant la prise en charge allergologique seraient des éléments majeurs pour améliorer la prise en charge des patients. Le suivi des patients est souvent délaissé par manque de temps, il pourrait être intéressant l'évaluer la faisabilité et l'intérêt de téléconsultations de suivi en soins primaires.

L'ETP a un rôle fondamental dans la prise en charge des patients atteints de DA, malgré tout, même dans le berceau historique français de celle-ci, elle est peu réalisée en consultation et les structures spécialisées comme les écoles de l'atopie sont peu connues par les médecins de premier recours. Une meilleure communication des supports existants pour d'ETP pourrait améliorer la prise en charge ; la faisabilité et l'intérêt d'une formation à la "Fast-ETP" (ETP d'une durée maximale de 10 minutes avec des supports écrits) pour les médecins de premier recours serait à évaluer.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Global Atlas of Allergy (2014). Published by the EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology). Available from: <http://medialibrary.eaaci.org/mediatheque/media.aspx?mediaId=60228&channel=8518>
2. MALLOL J, CRANE J, MUTIUS E von, ODHIAMBO J, KEIL U, STEWART A et al. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: a global synthesis. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2013 Apr; 41:73-85
3. Dermatite atopique (eczéma atopique). Inserm. Available from: <https://www.inserm.fr/dossier/dermatite-atopique-eczema-atopique/>
4. Comprendre la dermatite atopique. Fondation Eczéma. Available from: <https://www.fondationeczema.org/comprendre/types-eczema/eczema-atopique>
5. FLOHR C et YEO L. Atopic dermatitis and the hygiene hypothesis revisited. *Current Problems in Dermatology* 2011; 41:1-34
6. DÉMARCHEZ M. L'épiderme et la différenciation des kératinocytes. 2015 Oct. Available from: <https://biologiedelapeau.fr/spip.php?article10>
7. EGAWA G et KABASHIMA K. Multifactorial skin barrier deficiency and atopic dermatitis: Essential topics to prevent the atopic march. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2016 Aug; 138:350-358.e1
8. REYNIER M et SIMON M. Fonctions de la peau. 2016 Apr. Available from: <https://biologiedelapeau.fr/spip.php?rubrique64>
9. Cours du DIU Dermatopédiatrie : Dermatite atopique de l'enfant. Dr Sébastien Barbarot. 2019
10. DAMMAK A et GUILLET G. Dermatite atopique de l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2011; 24:84-102
11. BIEBER T. Atopic Dermatitis. *New England Journal of Medicine* 2008; 358:1483-94
12. HARRIS JM, CULLINAN P, WILLIAMS HC, MILLS P, MOFFAT S, WHITE C et al. Environmental associations with eczema in early life. *The British Journal of Dermatology* 2001 Apr; 144:795-802
13. HATA M, TOKURA Y, TAKIGAWA M, SATO M, SHIOYA Y, FUJIKURA Y et al. Assessment of epidermal barrier function by photoacoustic spectrometry in relation to its importance in the pathogenesis of atopic dermatitis. *Lab Invest* 2002 Nov; 82:1451-61
14. KAWASAKI H, NAGAO K, KUBO A, HATA T, SHIMIZU A, MIZUNO H et al. Altered stratum corneum barrier and enhanced percutaneous immune responses in laggrin-null mice. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2012 Jun; 129:1538-1546.e6

15. PALMER CNA, IRVINE AD, TERRON-KWIATKOWSKI A, ZHAO Y, LIAO H, LEE SP et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nature Genetics* 2006 Apr; 38:441-6
16. KEZIC S, O'REGAN GM, LUTTER R, JAKASA I, KOSTER ES, SAUNDERS S et al. Filaggrin loss-of-function mutations are associated with enhanced expression of IL-1 cytokines in the stratum corneum of patients with atopic dermatitis and in a murine model of filaggrin deficiency. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2012 Apr; 129:1031-1039.e1
17. YOO J, OMORI M, GYARMATI D, ZHOU B, AYE T, BREWER A et al. Spontaneous atopic dermatitis in mice expressing an inducible thymic stromal lymphopoietin transgene specifically in the skin. *The Journal of Experimental Medicine* 2005 Aug; 202:541-9
18. WALLMEYER L, DIETERT K, SOCHOROVÁ M, GRUBER AD, KLEUSER B, VÁVROVÁ K et al. TSLP is a direct trigger for T cell migration in filaggrin-deficient skin equivalents. *Scientific Reports* 2017 Apr; 7:774
19. FORTUGNO P, FURIO L, TESON M, BERRETTI M, ELHACHEM M, ZAMBRUNO G et al. The 420K LEKTI variant alters LEKTI proteolytic activation and results in protease deregulation: implications for atopic dermatitis. *Human Molecular Genetics* 2012 Oct; 21:4187-200
20. FURUSE M, HATA M, FURUSE K, YOSHIDA Y, HARATAKE A, SUGITANI Y et al. Claudin-based tight junctions are crucial for the mammalian epidermal barrier: a lesson from claudin-1-deficient mice. *eng. The Journal of Cell Biology* 2002 Mar; 156:1099-111
21. DEBENEDETTO A, RAFAELS NM, MCGIRT LY, IVANOV AI, GEORAS SN, CHEADLE C et al. Tight Junction Defects in Atopic Dermatitis. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2011 Mar; 127:773-786.e7
22. ELIAS P et STEINHOFF M. "Outside-to-Inside" (and Now Back to "Outside") Pathogenic Mechanisms in Atopic Dermatitis. *The Journal of investigative dermatology* 2008 Jun; 128:1067-70
23. GITTLER JK, SHEMER A, SUÁREZ-FARIÑAS M, FUENTES-DUCULAN J, GULEWICZ KJ, WANG CQ et al. Progressive activation of Th2/Th22 cytokines and selective epidermal proteins characterizes acute and chronic atopic dermatitis. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2012 Dec; 130:1344-54
24. KABASHIMA K. New concept of the pathogenesis of atopic dermatitis: interplay among the barrier, allergy, and pruritus as a trinity. *Journal of Dermatological Science* 2013 Apr; 70:3-11
25. THEPEN T, LANGEVELD-WILDSCHUT EG, BIHARI IC, WICHEN DF van, REIJSSEN FC van, MUDDE GC et al. Biphasic response against aeroallergen in atopic dermatitis showing a switch from an initial TH2 response to a TH1 response in situ: an immunocytochemical study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1996 Mar; 97:828-37



26. SIMPSON EL, PALLER AS, SIEGFRIED EC, BOGUNIEWICZ M, SHER L, GOODERHAM MJ et al. Efficacy and Safety of Dupilumab in Adolescents With Uncontrolled Moderate to Severe Atopic Dermatitis: A Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA dermatology* 2020 Jan; 156:44-56
27. HOWELL MD, KIM BE, GAO P, GRANT AV, BOGUNIEWICZ M, DEBENEDETTO A et al. Cytokine modulation of atopic dermatitis and laggrin skin expression. *eng. J Allergy Clin Immunol* 2007 Jul; 120:150-5
28. FALLON PG, SASAKI T, SANDILANDS A, CAMPBELL LE, SAUNDERS SP, MANGAN NE et al. A homozygous frameshift mutation in the mouse Flg gene facilitates enhanced percutaneous allergen priming. *Nature Genetics* 2009 May; 41:602-8
29. NOTI M, KIM BS, SIRACUSA MC, RAK GD, KUBO M, MOGHADDAM AE et al. Exposure to food allergens through inflamed skin promotes intestinal food allergy through the thymic stromal lymphopoietin-basophil axis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2014 May; 133:1390-9, 1399.e1-6
30. SPERGEL JM. From atopic dermatitis to asthma: the atopic march. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology: Official Publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology* 2010 Aug; 105:99-106, quiz 107-109, 117
31. TOIT G du, SAYRE PH, ROBERTS G, LAWSON K, SEVER ML, BAHNSON HT et al. The allergen-specificity of early peanut consumption and the impact on the development of allergic disease in the LEAP Study Cohort. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2018 Apr; 141:1343-53
32. PERKIN MR, LOGAN K, TSENG A, RAJI B, AYIS S, PEACOCK J et al. Randomized Trial of Introduction of Allergenic Foods in Breast-Fed Infants. *The New England Journal of Medicine* 2016 May; 374:1733-43
33. CZARNOWICKI T, KRUEGER JG et GUTTMAN-YASSKY E. Novel concepts of prevention and treatment of atopic dermatitis through barrier and immune manipulations with implications for the atopic march. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2017 Jun; 139:1723-34
34. LEUNG DYM, BERDYSHEV E et GOLEVA E. Cutaneous barrier dysfunction in allergic diseases. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2020 Jun; 145:1485-97
35. HANIFIN JM et RAJKA G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1980; 92:44-7
36. BELGRAVE DCM, GRANELL R, SIMPSON A, GUIVER J, BISHOP C, BUCHAN I et al. Developmental profiles of eczema, wheeze, and rhinitis: two population-based birth cohort studies. *PLoS medicine* 2014 Oct; 11:e1001748
37. KIM JP, CHAO LX, SIMPSON EL et SILVERBERG JI. Persistence of atopic dermatitis (AD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2016 Oct; 75:681-687.e11

38. LAMIRAND M et VUITTON DA. La dermatite atopique : savoirs et expérience. Arnette. Rueil-Malmaison 2006
39. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 1993; 186:23-31
40. BARBAROT S, BEAUCHET A, ZAID S, LACOUR JP et GROUPE DER ECHECHERCHECLINIQUE EN DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE. The management of atopic dermatitis in children by dermatologists, paediatricians, general practitioners and allergologists: a national survey on practice patterns. *Ann Dermatol Venereol* 2005 Jan; 132 Spec No 1:1S283-295
41. 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 May; 32:657-82
42. WERFEL T, BALLMER-WEBER B, EIGENMANN PA, NIGGEMANN B, RANCÉ F, TURJANMAA K et al. Eczematous reactions to food in atopic eczema: position paper of the EAACI and GA2LEN. *Allergy* 2007 Jul; 62:723-8
43. RICCI G, PATRIZI A, SPECCHIA F, MENNA L, BOTTAU P, D'ANGELO V et al. Effect of house dust mite avoidance measures in children with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2000 Aug; 143:379-84
44. NANKERVIS H, PYNN EV, BOYLE RJ, RUSHTON L, WILLIAMS HC, HEWSON DM et al. House dust mite reduction and avoidance measures for treating eczema. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015 Jan; 2015:CD008426
45. DU TOIT G, ROBERTS G, SAYRE PH, BAHNSON HT, RADULOVIC S, SANTOS AF et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *The New England Journal of Medicine* 2015 Feb; 372:803-13
46. DU TOIT G, SAYRE PH, ROBERTS G, SEVER ML, LAWSON K, BAHNSON HT et al. Effect of Avoidance on Peanut Allergy after Early Peanut Consumption. *N Engl J Med* 2016 Apr; 374:1435-43
47. PÉREZ-ESCAMILLA R, SEGURA-PÉREZ S et HALLMORAN V. Dietary guidelines for children under 2 years of age in the context of nurturing care. *Matern Child Nutr* 2019 Jun; 15:e12855
48. Santé publique France accompagne les parents pour prendre en main les nouvelles recommandations sur la diversification alimentaire des tout-petits. 2021. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/sante-publique-france-accompagne-les-parents-pour-prendre-en-main-les-nouvelles-recommandations-sur-la-diversification-alimentaire-des-tout-petits>
49. Société Française de Dermatologie. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant - Texte des recommandations. *Ann Dermatol Venereol* 2005; 132:19-33

50. WOLLENBERG A, BARBAROT S, BIEBER T, CHRISTEN-ZAECHE 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 Jun; 32:850-78
51. KANTOR R, KIM A, THYSSEN JP et SILVERBERG JI. Association of atopic dermatitis with smoking: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2016 Dec; 75:1119-1125.e1
52. TIPPLICA GS, KASZUBA A, MALINAUSKIENÈ L, KONNO P, BORALEVI F, GARRIGUE E et al. Prevention of Flares in Children with Atopic Dermatitis with Regular Use of an Emollient Containing Glycerol and Paraffin: A Randomized Controlled Study. *Pediatric Dermatology* 2017 May; 34:282-9
53. BERTH-JONES J, DAMSTRA RJ, GOLSCH S, LIVDEN JK, VANH OOTEGHEM O, ALLEGRA F et al. Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis: randomised, double blind, parallel group study. *BMJ (Clinical research ed.)* 2003 Jun; 326:1367
54. ELLIS RM, KOCH LH, MCGUIRE E et WILLIAMS JV. Potential barriers to adherence in pediatric dermatology. *Pediatric Dermatology* 2011 Jun; 28:242-4
55. BATCHELOR JM, RIDD MJ, CLARKE T, AHMED A, COX M, CROWE S et al. The Eczema Priority Setting Partnership: a collaboration between patients, carers, clinicians and researchers to identify and prioritize important research questions for the treatment of eczema. *Br J Dermatol* 2013 Mar; 168:577-82
56. OS-MEDENDORP H van, DEPREZ E, MAES N, RYAN S, JACKSON K, WINDERS T et al. The role of the nurse in the care and management of patients with atopic dermatitis. *BMC nursing* 2020 Nov; 19:102
57. MORET L, ANTHOINE E, AUBERT-WASTIAUX H, LERHUN A, LEUX C, MAZEREUEW-HAUTIER J et al. TOPICOP©: a new scale evaluating topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents. *PLoS One* 2013; 8:e76493
58. STALDER JF, BARBAROT S, WOLLENBERG A, HOLM EA, DERAEVE L, SEIDENARI S et al. Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD): a new self-assessment scale in atopic dermatitis validated in Europe. *eng. Allergy* 2011 Aug; 66:1114-21
59. STALDER JF, BERNIER C, BALL A, DERAEVE L, GIELER U, DELEURAN M et al. Therapeutic patient education in atopic dermatitis: worldwide experiences. *Pediatr Dermatol* 2013 Jun; 30:329-34
60. BARBAROT S, BERNIER C, DELEURAN M, DERAEVE L, EICHENFIELD L, ELHACHEM M et al. Therapeutic patient education in children with atopic dermatitis: position paper on objectives and recommendations. *Pediatr Dermatol* 2013 Apr; 30:199-206

61. TURBATTE P. Préservation des soins de proximité en milieu rural par la création de pôles de santé libéraux et ambulatoires : avis des patients sur le PSLA de Saint-Pierre-en-Auge. Mém. de mast. 2019 Oct ;63. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01844544>
62. LAMBRECHTS L, GILISSEN L et MORREN MA. Topical Corticosteroid Phobia Among Healthcare Professionals Using the TOPICOP Score. *Acta Derm Venereol* 2019 Oct; 99:1004-8
63. RAFFIN D, GIRAUDEAU B, SAMIMI M, MACHET L, POURRAT X et MARUANI A. Corticosteroid Phobia Among Pharmacists Regarding Atopic Dermatitis in Children: A National French Survey. *Acta Derm Venereol* 2016 Feb; 96:177-80
64. LI AW, YIN ES et ANTAYA RJ. Topical Corticosteroid Phobia in Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *JAMA dermatology* 2017 Oct; 153:1036-42
65. AUBERT-WASTIAUX H, MORET L, LERHUN A, FONTENOY AM, NGUYEN JM, LEUX C et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *The British Journal of Dermatology* 2011 Oct; 165:808-14
66. CHARMAN CR, MORRIS AD et WILLIAMS HC. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *The British Journal of Dermatology* 2000 May; 142:931-6
67. MISERY L. Why is there poor adherence to topical corticosteroid therapy in atopic dermatitis? *Expert Review of Dermatology* 2012 Feb; 7:5-7
68. LEROUX E, POWELL K, BANKS JP et RIDD MJ. GPs' experiences of diagnosing and managing childhood eczema: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice* 2018 Feb; 68:e73-e80
69. POWELL K, LEROUX E, BANKS JP et RIDD MJ. Developing a written action plan for children with eczema: a qualitative study. eng. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 2018 Feb; 68:e81-e89
70. EMERSON RM, WILLIAMS HC et ALLEN BR. Severity distribution of atopic dermatitis in the community and its relationship to secondary referral. *The British Journal of Dermatology* 1998 Jul; 139:73-6
71. BORALEVI F, BODEMER C, MALLET S, MODIANO P, MARCOUX D, MAHÉ E et al. Le fardeau de la dermatite atopique modérée à sévère chez les enfants de moins de 12 ans : résultats de l'étude observationnelle PEDISTAD. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 2020 Nov; 147:A363-A364
72. SLATTERY MJ, ESSEX MJ, PALETZ EM, VANNESS ER, INFANTE M, ROGERS GM et al. Depression, anxiety, and dermatologic quality of life in adolescents with atopic dermatitis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2011 Sep; 128:668-71
73. MISERY L. Fardeau de la dermatite atopique chez l'enfant et l'adolescent: Burden of atopic dermatitis in children and adolescents. *Annales De Dermatologie Et De Vénérologie* 2020 Nov; 147:11S31-11S36

74. BEATTIE P et LEWIS-JONES S. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *The British journal of dermatology* 2006 Aug; 155:145-51
75. FURUE M, TERAOKA H, RIKIHISA W, URABE K, KINUKAWA N, NOSE Y et al. Clinical dose and adverse effects of topical steroids in daily management of atopic dermatitis. *The British Journal of Dermatology* 2003 Jan; 148:128-33
76. YOHAN JJ et WESTON WL. Topical glucocorticosteroids. *Curr Probl Dermatol* 1990 Apr :31-63
77. KREJCI-MANWARING J, TUSA MG, CARROLL C, CAMACHO F, KAUR M, CARR D et al. Stealth monitoring of adherence to topical medication: adherence is very poor in children with atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2007 Feb; 56:211-6
78. ORS Pays de la Loire. (2020). Démographie des médecins en Pays de la Loire. Available from: <https://www.orspaysdelaloire.com/nos-activites/demographie-des-professionnels-de-sante>
79. Accès aux soins de proximité, ARS Pays de la Loire. Available from: <https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/acces-aux-soins-de-proximite>
80. THOM GA et HALBERT AR. Paediatric atopic dermatitis in Perth general practice. *Australasian Journal of Dermatology* 2003; 44:28-33
81. YOUNG TK, GLICK AF, YIN HS, KOLLA AM, VELAZQUEZ JJ, NICHOLSON J et al. Management of Pediatric Atopic Dermatitis by Primary Care Providers: A Systematic Review. *Academic Pediatrics* 2021 Dec; 21:1318-27
82. POLS DHJ, NIELEN MMJ, BOHNEN AM, KOREVAAR JC et BINDELS PJE. Atopic children and use of prescribed medication: A comprehensive study in general practice. *PLOS ONE* 2017 Aug; 12:e0182664
83. FLEISCHER AB. Guideline-based medicine grading on the basis of the guidelines of care for ambulatory atopic dermatitis treatment in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2019 Feb; 80:417-24
84. REA CJ, TRAN KD, JORINA M, WENREN LM, HAWRYLUK EB et TOOMEY SL. A Randomized Controlled Trial of an Eczema Care Plan. *Academic Pediatrics* 2018 Sep; 18:789-96
85. KORNMEHL H, SINGH S, JOHNSON MA et ARMSTRONG AW. Direct-Access Online Care for the Management of Atopic Dermatitis: A Randomized Clinical Trial Examining Patient Quality of Life. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association* 2017 Sep; 23:726-32
86. LEE JY, HER Y, KIM CW et KIM SS. Topical Corticosteroid Phobia among Parents of Children with Atopic Eczema in Korea. *Ann Dermatol* 2015 Oct; 27:499-506
87. Supports et outils. Fondation Eczéma. Available from: <https://www.fondationeczema.org/etre-accompagne/supports-et-outils>

88. Qu'est-ce que le wet wrapping ? Comment le pratiquer ? CHU de Nantes. Available from: <https://www.chu-nantes.fr/qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer>
89. CROCE EA, LOPES FCPS, RUTH J et SILVERBERG JI. Interventions to improve primary care provider management of atopic dermatitis: A systematic review. *Pediatric Dermatology* 2021 Sep; 38:1004-11
90. MIYAR ME, BROWN M, VIVAR KL, JABLON K, BOSCARDIN C, LEVY ML et al. An Atopic Dermatitis Management Algorithm for Primary Care Providers and Assessment of Its Usefulness as a Clinical Tool. *Pediatric Dermatology* 2017 Jul; 34:402-7
91. BROWN J, WEITZ NW, LIANG A, STOCKWELL MS et FRIEDMAN S. Does an Eczema Action Plan Improve Atopic Dermatitis? A Single-Site Randomized Controlled Trial. *Clinical Pediatrics* 2018 Dec; 57:1624-9
92. SCHOPF T et FLYTKJÆR V. Impact of Interactive Web-Based Education With Mobile and Email-Based Support of General Practitioners on Treatment and Referral Patterns of Patients with Atopic Dermatitis: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 2012 Dec; 14:e171
93. Trouver un expert. Fondation Eczéma. Available from: <https://www.fondationeczema.org/etre-accompagne/trouver-un-expert>
94. SIMPSON EL, CHALMERS JR, HANIFIN JM, THOMAS KS, CORK MJ, McLEAN WHI et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2014 Oct; 134:818-23
95. CHALMERS JR, HAINES RH, BRADSHAW LE, MONTGOMERY AA, THOMAS KS, BROWN SJ et al. Daily emollient during infancy for prevention of eczema: the BEEP randomised controlled trial. *The Lancet* 2020 Mar; 395:962-72
96. ZHONG Y, SAMUEL M, BEVER H van et THAM EH. Emollients in infancy to prevent atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. *Allergy* 2021 Sep; 00:1-15
97. JOHNSTON GA, BILBAO RM et GRAHAM-BROWN RaC. The use of dietary manipulation by parents of children with atopic dermatitis. *The British Journal of Dermatology* 2004 Jun; 150:1186-9

# ANNEXES

# Annexe 1 - Questionnaire

## Questionnaire : DA de l'enfant

(Etat des lieux des pratiques actuelles concernant la Dermatite Atopique de l'enfant en médecine libérale dans les Pays de la Loire)

### 1. Données démographiques :

#### 1) Quelle spécialité exercez-vous ?

Généraliste  
Pédiatre

#### 2) Quel âge avez-vous ?

Moins de 30 ans  
Entre 30 et 40 ans  
Entre 40 et 50 ans  
Entre 50 et 60 ans  
Plus de 60 ans

#### 3) Êtes-vous ?

Une femme  
Un homme

#### 4) Votre activité a-t-elle lieu en zone ?

Rurale  
Semi-rurale  
Urbaine

#### 5) Possédez-vous ?

Un diplôme en allergologie (ex : capacité en allergologie, DESC d'allergologie)  
Un diplôme en dermatologie (ex: DIU dermatopédiatrie)  
Aucun diplôme spécialisé en allergologie et/ou dermatologie

### 2. Diagnostic :

#### 6) Selon vous la dermatite atopique de l'enfant est une maladie ? (une seule réponse possible)

Rare (moins de 1% des 1-10 ans)  
Assez fréquente (5-10% des 1-10 ans)  
Très fréquente (10-20% des 1-10 ans)

#### 7) Dans votre pratique, avez-vous des difficultés à poser le diagnostic de dermatite atopique chez l'enfant ? (une seule réponse possible)

Oui  
Non

Si la personne a répondu Oui à la question 7, elle est dirigée vers la question 8 :

#### 8) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ? (Plusieurs réponses possibles)

De nombreuses lésions dermatologiques se ressemblent  
Les lésions d'eczéma sont souvent modifiées  
Il est parfois difficile de faire la distinction avec les lésions infectieuses (impétigo)  
L'évaluation du prurit est difficile chez le petit enfant  
Le diagnostic est difficile sur des peaux foncées

Autre

Si la personne a répondu Non à la question 7, elle est directement dirigée vers la question 9 :

#### 9) Devant quelles lésions évoquez-vous une dermatite atopique? (Plusieurs réponses possibles)



#### 10) Chez l'enfant, quelles lésions vous font évoquer une dermatite atopique ? (plusieurs réponses possibles)







### 3. Prise en charge de la Dermatite Atopique :

11) Dans votre pratique, donnez-vous des conseils d'hygiène aux parents d'un enfant atteint de dermatite atopique ? (plusieurs réponses possibles)

Oui  
Non

Si la personne a répondu Oui à la question 11, elle est dirigée vers la question 12 :

12) Quels conseils d'hygiène donnez-vous ? (Plusieurs réponses)

Une utilisation de gel sans savon non parfumé (Syndets)

Pas de préférence dans le choix du gel douche/savon

Une restriction des lavages (plutôt tous les 2 à 3 jours)

Une fréquence des lavages normale

Une préférence pour des bains courts ou pour une douche

Une utilisation d'antiseptiques (daklin, septivon) dans le bain

De privilégier une température de l'habitat entre 19 et 20 degrés

De privilégier des textiles doux comme le coton

De mettre en place des mesures d'éviction vis-à-vis des acariens

Autres

Si la personne a répondu Non à la question 11, elle est directement dirigée vers la question 13 :

13) Dans votre pratique, prescrivez-vous des émoullients (Atopiclair, Dexeryl, Lipikar par exemple) chez un enfant avec une dermatite atopique ? (plusieurs réponses possibles)

Systématiquement

Selon les patients

Avec application quotidienne et au long cours

Temporairement

### 4. Les dermocorticoïdes :

Si la personne a répondu Oui à la question 14, elle est directement dirigée vers cette partie du questionnaire

Si la personne a répondu Oui à la question 17, elle est dirigée vers cette partie du questionnaire

18) Dans votre pratique, quel traitement prescrivez-vous en première intention sur le visage d'un enfant ? (Une seule réponse possible)

Des dermocorticoïdes d'activité faible (HYDRACORT, HYDROCORTISONE)

Des dermocorticoïdes d'activité modérée (TRIDESONIT, LOCAPRED)

Des dermocorticoïdes d'activité forte ( BETNEVAL, DIPROSONE, FLIXOVATE, LOCOID, NERISONE)

Des dermocorticoïdes d'activité très forte( DERMOVAL, DIPROLENE)

Aucun dermocorticoïde

19) Dans votre pratique, quel traitement prescrivez-vous en première intention sur le corps d'un jeune enfant (moins de 6 ans) ? (Une seule réponse possible)

Des dermocorticoïdes d'activité faible (HYDRACORT, HYDROCORTISONE)

Des dermocorticoïdes d'activité modérée (TRIDESONIT, LOCAPRED)

Des dermocorticoïdes d'activité forte ( BETNEVAL, DIPROSONE, FLIXOVATE, LOCOID, NERISONE)

Des dermocorticoïdes d'activité très forte ( DERMOVAL, DIPROLENE)

20) Dans votre pratique, quel traitement prescrivez-vous en première intention sur le corps d'un grand enfant (plus de 6 ans) ? (Une seule réponse possible)

Des dermocorticoïdes d'activité faible (HYDRACORT, HYDROCORTISONE)

Des dermocorticoïdes d'activité modérée (TRIDESONIT, LOCAPRED)

Des dermocorticoïdes d'activité forte ( BETNEVAL, DIPROSONE, FLIXOVATE, LOCOID, NERISONE)

Des dermocorticoïdes d'activité très forte( DERMOVAL, DIPROLENE)

Aucun dermocorticoïde

21) Dans votre pratique, en combien d'application journalière de dermocorticoïdes traiter vous vos patients ? (Une seule réponse possible)

1 fois par jour

Jamais

14) Dans votre pratique, prescrivez-vous un dermocorticoïde en première intention en cas de poussée de dermatite atopique chez l'enfant? (une seule réponse possible)

Oui

Non

### Prise en charge de la Dermatite Atopique (suite)

Si la personne a répondu Non à la question 14, elle est dirigée vers cette partie du questionnaire

15) Quel traitement mettez-vous en place en 1ère intention ? ( plusieurs réponses possibles)

Émoullient

Antiseptique local

Antibiotique local

Antihistaminique (anti-H1)

Autre

16) Pour quelle(s) raison(s) ne prescrivez-vous pas de dermocorticoïdes en première intention ? ( plusieurs réponses possibles)

Doute sur l'efficacité des dermocorticoïdes dans la dermatite atopique

Evolution spontanément favorable de la plupart des dermatites atopiques

Rechute fréquente après l'arrêt des dermocorticoïdes

Risques plus importants en comparaison aux bénéfices du traitement par corticoïdes

Refus des parents dans la plupart des cas

Autre

17) Dans votre pratique, en cas d'échec de votre traitement de première intention, prescrivez-vous des dermocorticoïdes ?

Oui, la plupart du temps

Non, jamais

2 fois par jour

3 fois par jour

Le nombre d'applications quotidiennes est variable au cours du temps

22) Dans votre pratique, quelle durée de traitement prescrivez-vous ? (Une seule réponse possible)

< 7 jours

7 jours

Entre 7 et 14 jours

Entre 14 jours et 1 mois

Jusqu'à une réponse thérapeutique optimale (rémission)

23) Dans votre pratique, faites-vous une décroissance des dermocorticoïdes ? (Une seule réponse possible)

Oui

Non

24) Dans votre pratique, pour l'explication de l'utilisation des dermocorticoïdes (Plusieurs réponses possibles) :

J'utilise l'unité phalange pour donner un repère aux parents

Je dis aux parents d'appliquer les dermocorticoïdes là où il y a des lésions

Je montre aux parents pendant la consultation comment appliquer les dermocorticoïdes

Autre

25) Dans votre pratique, réévaluez-vous l'effet du traitement mis en place ? (Une seule réponse possible)

Oui, systématiquement

Oui, j'essaie de le faire

Non

Si la personne a répondu Oui à la question 25, elle est dirigée vers la question 26 puis 28:

26) Quand réévaluez-vous l'efficacité de votre traitement ? (Une seule réponse possible)

A 3 jours du début du traitement

A 15 jours du début du traitement

A un mois du début du traitement

A la demande des parents

En fonction de mes disponibilités

Autre

Si la personne a répondu Non à la question 25, elle est dirigée vers la question 27 puis 28 :

27) Pour quelles raisons ne réévaluez-vous pas l'efficacité de votre traitement ? (Plusieurs réponses possibles)

Je n'ai pas assez de créneaux de consultation disponibles

C'est le patient qui me recontacte si besoin

La plupart des dermatite atopiques répondent au traitement de première intention

Autre

## Les dermocorticoïdes (suite):

Pour tous (quelles que soient les réponses aux questions 14 et 17), les personnes ayant répondu Non à la question 17 seront directement dirigées vers cette partie du questionnaire.

28) De manière générale, avez-vous une certaine crainte à l'utilisation des dermocorticoïdes ? (Une seule réponse possible)

Oui

Non

Si la personne a répondu Oui à la question 28, elle est dirigée vers la question 29 puis 30

29) Que craignez-vous lors de la prescription des dermocorticoïdes ? (Plusieurs réponses possibles)

Crainte de l'aggravation d'une infection cutanée débutante

Crainte d'une atrophie cutanée

Crainte de survenue d'un glaucome secondaire à l'application de dermocorticoïdes sur le visage

Crainte d'un phénomène de rebond à l'arrêt du traitement

Crainte d'un phénomène de diminution de l'activité du dermocorticoïde en cas d'utilisation répétée

Autre

30) Pensez-vous les dermocorticoïdes peuvent provoquer des effets systémiques ?

Oui

Non

## 5. Dermatite atopique et alimentation :

31) Selon vous, la dermatite atopique est-elle synonyme :

D'allergie alimentaire (dont notamment l'Allergie aux protéines de lait de vache)

D'allergie aux pneumallergènes

De terrain atopique

Pas d'avis

32) Le diagnostic de dermatite atopique chez un nourrisson ou le terrain atopique des parents, vous incite-t-il à modifier sa diversification alimentaire ? (Une seule réponse possible)

Oui

Non

Si la personne a répondu Oui à la question 32, elle est dirigée vers la question 33

33) Dans votre pratique, quelle attitude adoptez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Je vais conseiller aux parents de retarder la diversification alimentaire

Je vais conseiller aux parents d'introduire précocement les aliments à fort potentiel allergisant

J'adresse vers un(e) spécialiste

Autre

## 6. Prise en charge et adressage :

34) Dans votre pratique, lorsqu'un traitement par dermocorticoïde n'a pas permis l'obtention d'une réponse satisfaisante (Plusieurs réponses possibles):

Vous augmentez l'activité des dermocorticoïdes

Vous adressez votre patient à un allergologue

Vous adressez votre patient à un dermatologue

Autre

Pour les personnes ayant répondu Non à la question 17, elles auront accès à la question 34 bis :

34 bis) Dans votre pratique, lorsque votre traitement n'a pas permis l'obtention d'une réponse satisfaisante (Plusieurs réponses possibles):

Vous adressez votre patient à un allergologue

Vous adressez votre patient à un dermatologue

Autre

35) En complément de votre prise en charge, vous arrive-t-il de prescrire un bilan allergologique ? (Une seule réponse possible)

Oui

Non

Si la personne a répondu Oui à la question 35, elle est dirigée vers la question 36 :

36) Quel bilan prescrivez-vous en général ? (Plusieurs réponses possibles)

Phadiatop

Trophatop

IgE Spécifiques

IgE totales

NFS à la recherche d'une hyperéosinophilie sanguine

Autre

## 7. Adressage et éducation thérapeutique :

37) Dans votre pratique, dans la prise en charge de la dermatite atopique, parvenez-vous aisément à obtenir un avis spécialisé quand vous l'estimez nécessaire ? (Une seule réponse possible)

Oui

Non

38) Dans votre pratique, avez-vous le temps de faire des séances d'éducation thérapeutique ? (Une seule réponse possible)

Oui

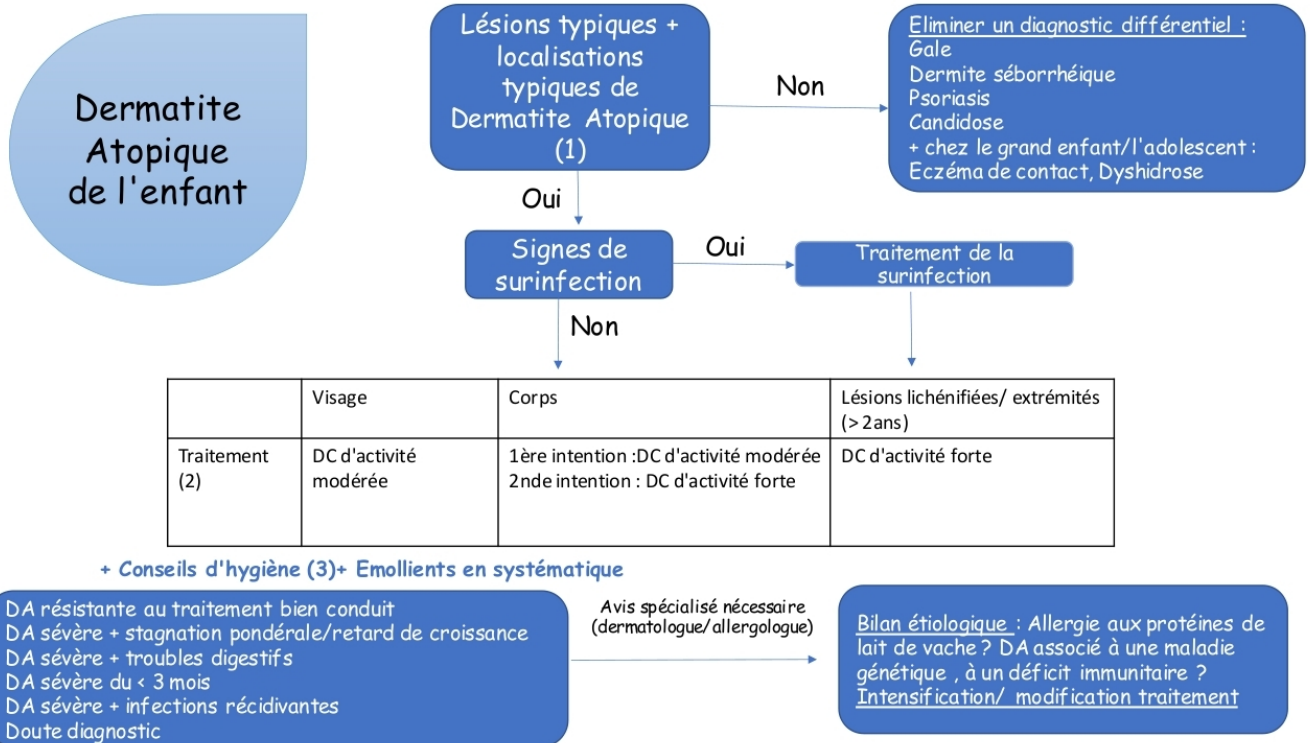
Non

39) Connaissez-vous des ressources possibles en termes d'éducation thérapeutique pour la dermatite atopique dans la région ? (Une seule réponse possible)

Oui

Non

## Annexe 2 - Fiche



(1) **Lésions typiques** : lésions érythémateuses en placards +/- œdème, vésicules, excoriation, suintement, croûte, lichénification. Avec prurit ++.

**Localisations typiques** : visage, cuir chevelu, faces d'extension des membres (plus fréquent avant 2 ans), plis de flexion des membres (plus fréquent après 2 ans), chevilles, double pli sous-palpébral

(2) **Traitement de la dermatite atopique (DA)** :

Dermocorticoïdes (DC)= pilier du traitement.  
 CI DC d'activité très forte chez le nourrisson et l'enfant jeune, sur le visage/plis/siège. Peu d'intérêt des DC d'activité faible.  
 1 application par jour, à débiter dès l'apparition d'un érythème/prurit et à poursuivre jusqu'à rémission complète, pas de décroissance progressive.  
 Réévaluation à 15 jours-1 mois avec évaluation observance/compréhension (compte du nombre de tubes utilisés, démonstration de l'application, recherche corticophobie)

(3) **Conseils d'hygiène** : Utilisation de gel sans savon non parfumé (Syndets), fréquence des lavages normale, éviter les bains chauds prolongés, ne pas surchauffer l'habitation, privilégier des textiles doux (coton)



### Annexe 3 - Évaluation de la gravité : le SCORAD

**SCORAD**  
Comité de Travail Européen  
sur la Dermatite Atopique

Nom  Prénom

Date de naissance     JJ/MM/AA

Date de visite

INSTITUTION

MÉDECIN

Stéroïde local utilisé

Puissance (nom de la marque)

Quantité / Mois  (6)

Nombre de poussées/mois

45 (8.5)

45 18 45

9 9

45 (8.5)

45 18 45

(6) 9 9 (6)

Chiffres entre parenthèses pour les enfants de moins de deux ans

A : ETENDUE<sup>#</sup> Veuillez indiquer les zones atteintes

B : INTENSITÉ

CRITÈRES	INTENSITÉ
Erythème	<input type="text"/>
Oedème/Papulation	<input type="text"/>
Suintement/croûte	<input type="text"/>
Excoriation	<input type="text"/>
Lichénification	<input type="text"/>
Sécheresse de la peau (*)	<input type="text"/>

BASE DE CALCUL

CRITÈRES D'INTENSITÉ  
(surface représentative moyenne)

0 = absence  
1 = bénin  
2 = modéré  
3 = sévère

(\*) La sécheresse de la peau est évaluée sur des zones saines

C : SYMPTÔMES SUBJECTIFS  
PRURIT ET PERTE DU SOMMEIL

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

Echelle visuelle analogique (moyenne pour les trois derniers jours et nuits)

PRURIT (1 à 10)  10

PERTE DU SOMMEIL (1 à 10)  10

TRAITEMENT

REMARQUES :

# Pour l'étendue, on prend en compte les lésions inflammatoires, pas la peau sèche

## Annexe 4 - Classification des dermocorticoïdes selon leur puissance (liste non exhaustive)

Puissance	DCI	Nom commercial
Classe IV (très forte)	Clobétasol propionate Bétaméthasone dipropionate	Dermoval, Clarelux Diprolène
Classe III (forte)	Bétaméthasone dipropionate Bétaméthasone valérate Diflucortolone valérate Fluticasone propionate Hydrocortisone butyrate Hydrocortisone acéponate	Diprosone Betneval Nérisone Flixovate Locoïd Efficort
Classe II (modérée)	Désonide	Locapred, Tridésanit
Classe I (faible)	Hydrocortisone	Hydracort

## Annexe 5 - Questionnaire TOPICOP

# TOPICOP\*

## simplifié

*Merci de cocher une seule réponse pour chaque proposition*

**1. Les dermocorticoïdes passent dans le sang**

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

**2. Les dermocorticoïdes favorisent les infections**

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

**3. Les dermocorticoïdes font grossir**

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

**4. Les dermocorticoïdes abîment la peau**

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

**5. Les dermocorticoïdes ont des effets sur ma santé future**

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

**6. Les dermocorticoïdes favorisent l'asthme**

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

**7. J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine comme les paupières**

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

**8. Je n'en connais pas les effets secondaires mais j'ai peur des dermocorticoïdes**

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

**9. J'ai peur d'utiliser une dose trop importante**

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

**10. Je me traite le plus tard possible**

jamais  parfois  souvent  toujours  je ne comprends pas la question

**11. Je me traite le moins longtemps possible**

jamais  parfois  souvent  toujours  je ne comprends pas la question

**12. J'ai besoin d'être rassuré(e) vis-à-vis du traitement par dermocorticoïdes**

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

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

## Annexe 6 - Score d'auto-évaluation PO-SCORAD



Fondation Eczéma  
Fondation d'Entreprise  
des Laboratoires Pierre Fabre



# PO-SCORAD

Score de gravité de l'eczéma atopique  
déterminé par le patient

UNE APPLICATION POUR MIEUX GÉRER  
VOTRE ECZÉMA ATOPIQUE

Suivez, évaluez et contrôlez votre eczéma atopique

	Peau Claire	Peau Asiatique	Peau Foncée
Adultes			
Enfants			
Nourrissons			

**Nouvelle version**

- 3 tranches d'âge
- 3 types de peau
- Des notifications régulières

**DISPONIBLE EN 23 LANGUES**

Télécharger le tutoriel 

[www.poscorad.com](http://www.poscorad.com)

 [WWW.FONDATIONECZEMA.ORG](http://WWW.FONDATIONECZEMA.ORG)    

## Annexe 6Bis - Score d'auto-évaluation PO-SCORAD



Fondation  
Eczéma

Fondation d'Entreprise  
des Laboratoires Pierre Fabre



# PO-SCORAD

Score de gravité de l'eczéma atopique  
déterminé par le patient

UNE APPLICATION POUR MIEUX GÉRER  
VOTRE ECZÉMA ATOPIQUE

### UTILE POUR LES PATIENTS ET LEURS PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Calculez le score de gravité de votre eczéma atopique
- Évaluez les effets du traitement
- Visualisez l'évolution de votre eczéma sur le long terme et ajoutez des photos et des commentaires
- Partagez vos résultats et vos photos avec vos professionnels de santé

**A : Surface atteinte**  
Adulte

Indiquez sur la dessin les zones touchées par l'eczéma

Face  
Dos

PO-SCORAD 05/10/2018 BOB SMITH

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

Sécheresse 1 Rougeur 1

Gonflement 2 Suintement/croutes 1

Lésions de grattage 0 Epaissement 1

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

PO-SCORAD 05/10/2018 BOB SMITH

**C : Symptômes subjectifs**  
- Démangeaisons et troubles du sommeil

Echelles visuelles analogiques  
(valeur de 0 à 10)  
(Moyennes des dernières 48 heures)

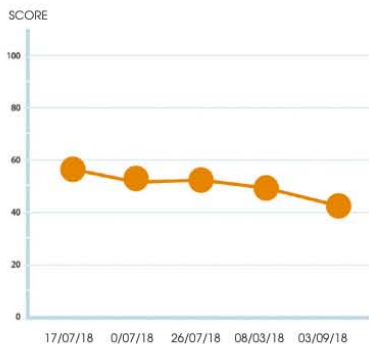
Pas de troubles du sommeil Troubles du sommeil très importants

Pas de démangeaison Démangeaison intolérable

Avez-vous appliqué votre traitement topique ces deux derniers jours : Oui Non

Avez-vous appliqué votre crème émolliente ces deux derniers jours : Oui Non

PO-SCORAD 32.1 05/10/2018 BOB SMITH



QUE SIGNIFIE VOTRE SCORE  
PO-SCORAD (DE 0 A 103) ?



Fondation  
Eczéma

Fondation d'Entreprise des Laboratoires Pierre Fabre

[www.fondationeczema.org](http://www.fondationeczema.org)



## Annexe 7 - Fiche CAP "Conduite Active Personnalisée"


### LE TRAITEMENT DES POUSSÉES

**J'OBSERVE**


**Sur les plaques inflammatoires :**

- Ma peau est rouge
- Ma peau me démange
- Ma peau suinte

**SUR LE VISAGE**




**SUR LE CORPS**




**En dehors des plaques inflammatoires :**

- Ma peau n'est pas rouge, ne me gratte pas
- Ma peau est sèche




**J'AGIS**


J'applique sur le visage la crème à la cortisone prescrite par mon médecin une fois par jour :



J'applique sur le corps la crème à la cortisone prescrite par mon médecin une fois par jour :



Je continue à appliquer mon soin émollient tous les jours :




### LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN

**J'OBSERVE**


**VISAGE ET CORPS**

- En cas de poussées très fréquentes



**VISAGE ET CORPS**

- Ma peau n'est plus rouge
- Ma peau ne me démange plus



**J'AGIS**

Je continue la crème à la cortisone prescrite par mon médecin deux fois par semaine pendant :

et mon soin émollient en continu ailleurs sur la peau sèche :


---

EN DEHORS DES POUSSÉES

**J'OBSERVE**

**VISAGE ET CORPS**

- Ma peau n'est plus rouge
- Ma peau ne me démange plus



**J'AGIS**

Je ne mets pas de crème à la cortisone. Je continue mon soin émollient partout, tous les jours :

**ÇA NE RESSEMBLE PLUS À DE L'ECZÉMA ATOPIQUE**

Ça ne gratte plus

C'est douloureux, avec de la fièvre

Je vais aux urgences

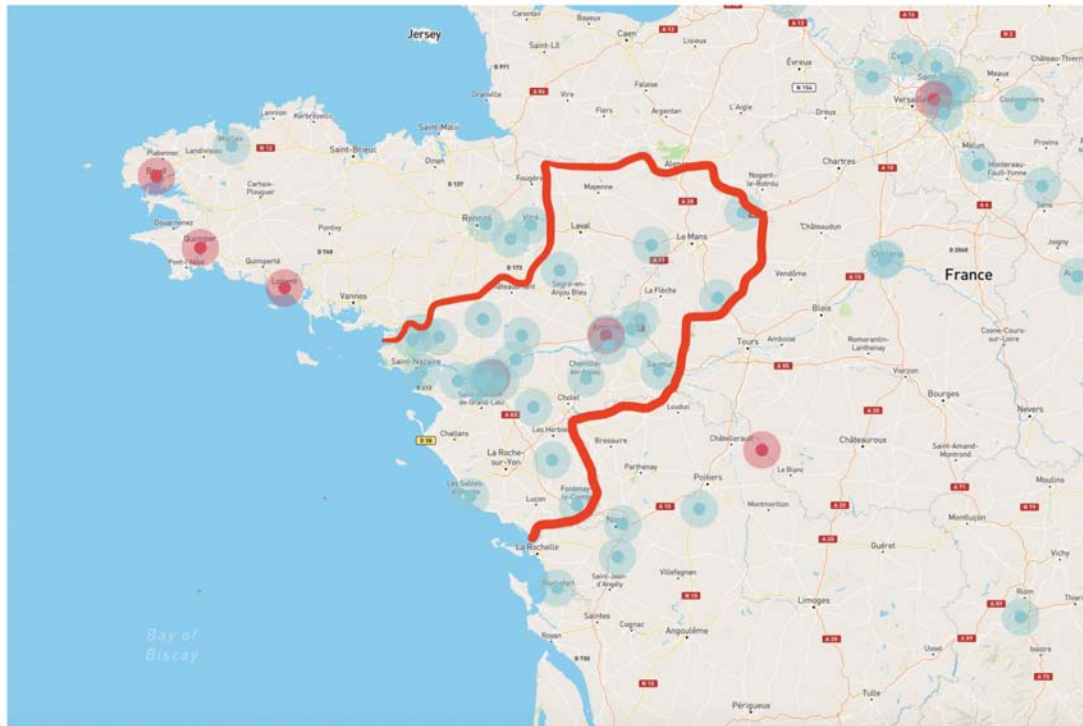
Ça gratte

C'est croûteux et purulent

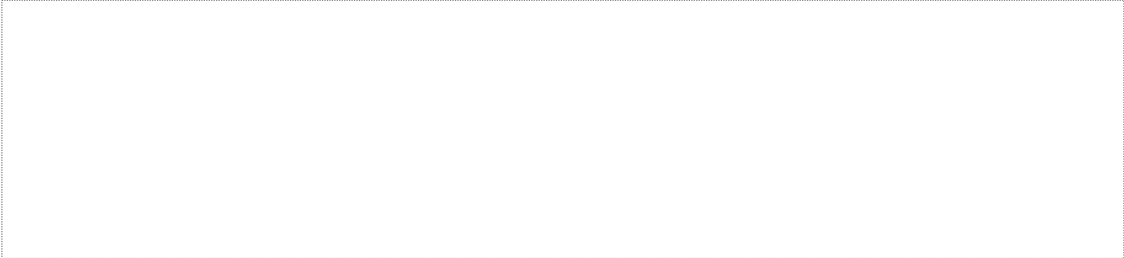
Mes proches se grattent

Je consulte mon dermatologue/ médecin

## Annexe 8 - Carte des centres spécialisés ou école de l'atopie (représentés en rouge) et pharmacies-conseil (représentées en bleu)



**Vu, le Président du Jury,**



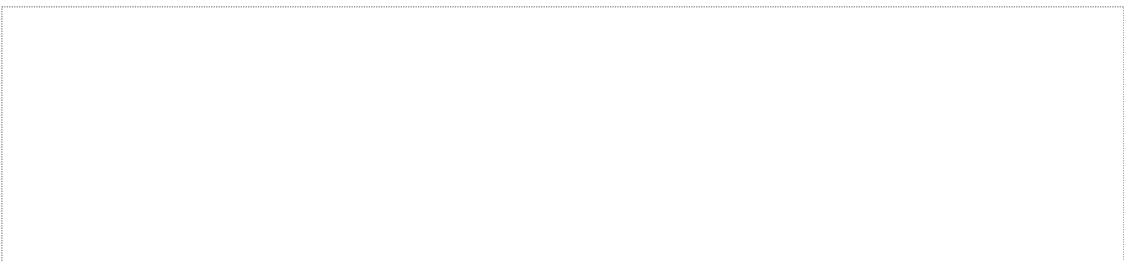
Pr Sébastien BARBAROT

**Vu, le Directeur de Thèse,**



Dr Luc COLAS

**Vu, le Doyen de la Faculté,**



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : RICARD

PRENOM : Adeline

**Titre de Thèse** : ÉTAT DES LIEUX EN 2021 DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE  
ATOPIQUE DE L'ENFANT EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS.

---

### RESUMÉ

La dermatite atopique (DA) est une dermatose chronique fréquente chez l'enfant qui a un véritable impact sur la qualité de vie. Une conférence de consensus française en 2004 avait reconnu les dermocorticoïdes (DC) comme la pierre angulaire du traitement de la poussée inflammatoire de DA.

L'objectif de ce travail de thèse était d'estimer le taux de prescription des DC dans la poussée de DA chez l'enfant par les praticiens de premiers recours (Médecins généralistes et Pédiatres). Nous avons réalisé cette enquête de pratiques via la diffusion d'un questionnaire diffusé à 3730 médecins par voie électronique par l'URML des Pays de la Loire.

Sur notre échantillon de 100 médecins ayant répondu à notre questionnaire, 64% d'entre eux prescrivent des dermocorticoïdes en première intention dans la poussée de DA. 13% déclarent une crainte à l'utilisation des DC. 70% n'ont pas le temps de faire de l'ETP et 84% des jeunes médecins ne connaissent pas les ressources régionales en terme d'ETP.

La prescription des DC dans la poussée de DA a bien augmenté depuis 2004 mais la progression de leur utilisation semble s'essouffler. Pour avoir une prise en charge des patients la meilleur possible, il semble fondamental d'inclure la dermatite atopique dans la formation continue des médecins de premier recours, de mettre à leur disposition des supports d'informations et de développer l'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

---

### MOTS-CLES

**Dermatite atopique ; Population pédiatrique ; Soins primaires ; Analyse des bonnes pratiques ; Dermocorticoïdes ; Corticophobie.**