



HAL
open science

Étude des causes de la corticophobie dans la prise en charge de la dermatite atopique en officine

Claire Lhopital

► **To cite this version:**

Claire Lhopital. Étude des causes de la corticophobie dans la prise en charge de la dermatite atopique en officine. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-03898926

HAL Id: dumas-03898926

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03898926v1>

Submitted on 14 Dec 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.



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

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE
PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 12 DÉCEMBRE 2022

PAR

Mlle LHOPITAL Claire

Née le 19 juin 1994 à Marseille

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**ÉTUDE DES CAUSES DE LA CORTICOPHOBIE DANS LA PRISE
EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE EN OFFICINE**

JURY :

Président : Dr CURTI Christophe

Membres : Dr TABELLE Clémence (Directeur de thèse)

Dr MALISSEN Nausicaa

Dr DELOUYA Nathaniel

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE
PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 12 DÉCEMBRE 2022

PAR

Mlle LHOPITAL Claire

Née le 19 juin 1994 à Marseille

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**ÉTUDE DES CAUSES DE LA CORTICOPHOBIE DANS LA PRISE
EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE EN OFFICINE**

JURY :

Président : Dr CURTI Christophe
Membres : Dr TABELLE Clémence (Directeur de thèse)
Dr MALISSEN Nausicaa
Dr DELOUYA Nathaniel

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, Mme Alexandrine BERTAUD, M. David BERGELFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, M. Philippe GARRIGUE, M. Guillaume HACHE, M. Thierry TERME
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Philippe CHARPIOT, M. Riad ELIAS
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Chloé SIMON
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT
M. Hervé KOVACIC
M. François DEVRED

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIQUE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pierre REBOUILLON
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON
Mme Carole SIANI
Mme Muriel MASI

ENSEIGNANT CDI

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

A.H.U.

PHARMACOTECHNIE

Mme Mélanie VELIER

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN
M. Romaric LACROIX

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

M. Edouard LAMY
Mme Alexandrine BERTAUD
Mme Claire CERINI
Mme Edwige TELLIER
M. Stéphane POITEVIN
Mme Sandra GHAYAD

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Aurélie LEROYER
Mme Sylvie COINTE

MICROBIOLOGIE

Mme Anne DAVIN-REGLI
Mme Véronique ROUX
M. Fadi BITTAR
Mme Isabelle PAGNIER
Mme Sophie EDOUARD
M. Seydina Mouhamadou DIENE

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE

Mme Carole DI GIORGIO
M. Aurélien DUMETRE
Mme Magali CASANOVA
Mme Anita COHEN

BIOLOGIE CELLULAIRE
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE

Mme Anne-Catherine LOUHMEAU
Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Amandine BONIFAY

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

PRATIQUE OFFICINALE

Mme Emmanuelle TONNEAU-PFUG

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine BADENS

CHIMIE PHYSIQUE - PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. David BERGE-LEFRANC

CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE

M. Pascal RATHELOT
M. Maxime CROZET

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

M. Patrice VANELLE
M. Thierry TERME

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne FAVEL
M. Quentin ALBERT

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine DEFOORT
M. Alain NICOLAY
Mme Estelle WOLFF
Mme Elise LOMBARD
Mme Camille DESGROUAS
M. Charles DESMARCHELIER
M. Mathieu CERINO

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Duje BURIC
M. Pascal PRINDERRE

CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET
STRUCTURALE

Mme Sandrine ALIBERT
Mme Caroline DUCROS
M. Marc MONTANA
Mme Manon ROCHE
Mme Fanny MATHIAS

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE
HYDROLOGIE

M. Armand GELLIS
M. Christophe CURTI
Mme Julie BROGGI
M. Nicolas PRIMAS
M. Cédric SPITZ
M. Sébastien REDON

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE

Mme Valérie MAHIOU-LEDDER
Mme Sok Siya BUN
Mme Béatrice BAGHDIKIAN
M. Elnur GARAYEV

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Cyril PUJOL

DROIT ET ETHIQUE

Mme Laurie PAHUS

GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE
ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET
COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET
GESTION DE LA PHARMAFAC

Mme Félicia FERRERA

DISPOSITIFS MEDICAUX

Mme Valerie MINETTI-GUIDONI

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE M. Joseph CICCOLINI
TOXICOLOGIE GENERALE	Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD Mme Marie-Anne ESTEVE
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA Mme Anne RODALLEC M. Nicolas FABRESSE
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Pierre-Henri VILLARD

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON M. Vincent NAIL
-----------------------------	------------------------------------

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 13 décembre 2021



LE DOYEN
F. DIGNAT-GEORGE

Remerciements

Au Dr Curti, pour avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Au Dr Malissen pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Au Dr Tabele pour avoir accepté de diriger ma thèse. Je te remercie pour tout le temps que tu m'as accordé, pour m'avoir guidé durant la réalisation de ma thèse et pour toutes les connaissances que tu m'as transmises.

À Nathaniel, pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance.

À mes parents, pour tout l'amour et le soutien que vous m'apportez depuis que je suis née. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous. Vous êtes des parents formidables. Je vous aime.

À ma sœur jumelle, Anne. Un lien spécial et précieux nous lie depuis notre naissance, même si nous ne sommes pas de vraies jumelles. Tu es indispensable à ma vie et rien ne pourra jamais nous séparer. Je t'aime.

À ma grand-mère maternelle, Jacqueline, une mamie extraordinaire. Je t'aime.

À mon grand-père paternel, François, qui voit toujours la vie du bon côté. Je t'aime.

À ma grand-mère paternelle, Colette. Je sais que de là où tu es, tu veilles toujours sur moi. Tu me manques.

Au reste de ma famille pour leur soutien.

Au Docteur Dubois pour m'avoir accompagnée durant mes études.

À Isabelle et toute l'équipe de la pharmacie de l'Alhambra, des personnes formidables qui m'ont accompagnée durant mon stage de 6^{ème} année. Merci pour tous les bons moments et toutes les connaissances que vous m'avez transmises.

À l'équipe de la pharmacie Saint Victor, une fantastique équipe avec qui travailler est un plaisir.

À toutes les personnes qui ont pris le temps de remplir mon questionnaire.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Table des matières

Liste des abréviations	15
Liste des tableaux	16
Liste des figures	17
I. Introduction	18
II. Rappels sur la dermatite atopique et les dermocorticoïdes	22
1. La dermatite atopique.....	23
1.1. Définition de l’atopie.....	23
1.2. Physiopathologie	23
1.2.1. Altération de la barrière cutanée	23
1.2.2. Hyperactivation du système immunitaire	24
1.3. L’environnement.....	25
1.3.1. La théorie de l’hygiène	25
1.3.2. Environnement et crises de dermatite atopique	25
1.4. La génétique	26
1.5. Traitements.....	26
2. Les dermocorticoïdes	27
2.1. Classification	27
2.2. Actions des dermocorticoïdes.....	28
2.4. Application des DC	29
2.5. Bon usage des dermocorticoïdes	30
2.6. Effets indésirables	32
III. Matériel et méthodes	34
1. Design de l’étude et population concernée	35
2. Élaboration du questionnaire.....	35

3.	Recueil de données	36
4.	Analyses statistiques	38
IV.	Présentation des résultats	39
1.	Corticophobie	41
1.1.	Connaissance du terme	41
1.2.	Origines de la corticophobie selon les participants	41
2.	Formation initiale	42
2.1.	Modalités d'application des DC	42
2.2.	Modalités d'arrêt des dermocorticoïdes	43
2.3.	Croyances sur les dermocorticoïdes	44
2.4.	Effets indésirables	45
2.4.1.	Atrophie de la peau	45
2.4.2.	Sécheresse de la peau	46
2.5.	Notion de corticophobie	47
3.	Formation complémentaire	49
3.1.	Modalités d'application	49
3.2.	Durée d'application	49
3.3.	Modalités d'arrêt	50
3.4.	Effets indésirables	51
3.1.1.	Sécheresse de la peau	51
3.5.	Notion de corticophobie	51
4.	Articles scientifiques	52
4.1.	Durée d'application des dermocorticoïdes	52
4.2.	Effets indésirables des dermocorticoïdes	53
4.1.1.	Atrophie de la peau	53
4.1.2.	Vergetures	53
4.3.	Les bons conseils	53

4.4.	Notion de corticophobie.....	54
5.	Éducation thérapeutique	55
V.	Discussion	56
1.	Corticophobie	58
2.	Formation initiale.....	59
2.1.	Résultat principal.....	59
2.2.	Résultats secondaires	60
3.	Formation complémentaire	63
3.1.	Résultat principal.....	63
3.2.	Résultat secondaire	64
4.	Articles scientifiques	64
4.1.	Résultat principal.....	64
4.2.	Résultats secondaires	65
5.	Éducation thérapeutique	66
6.	Synthèse.....	67
7.	Limites de l'étude	69
VI.	Conclusion	71
VII.	Bibliographie.....	72
	Annexe	76
	SERMENT DE GALIEN.....	81
	Résumé	82

Liste des abréviations

CL : cellules de Langerhans

DA : dermatite atopique

DC : dermocorticoïdes

EI : effets indésirables

ETP : éducation thérapeutique du patient

EVA : échelle visuelle analogique

IgE : immunoglobuline E

IL : interleukine

ILC2 : cellules lymphoïdes innées de type 2

LyT : Lymphocyte T

TLR : Toll Like Recepteur

TSLP : Thymic Stromal Lymphoprotien

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des participants en fonction de leur catégorie socio-professionnelle	40
Tableau 2 : Répartition des participants en fonction de leur âge et de leur catégorie socio-professionnelle	40
Tableau 3 : Modalités d'application des DC et ressenti corticophobe dans la formation initiale.....	42
Tableau 4: Modalités d'arrêt des DC et ressenti corticophobe dans la formation initiale	44
Tableau 5 : Passage systémique des DC et ressenti de la corticophobie dans la formation initiale	44
Tableau 6 : Connaissance de l'atrophie comme EI et ressenti corticophobe dans la formation initiale	45
Tableau 7 : Connaissance de l'atrophie de la peau par les sensibilisés en fonction du ressenti corticophobe dans la formation initiale.....	46
Tableau 8 : Connaissance de la sécheresse comme EI et classes d'âge	46
Tableau 9 : Réponses concernant l'existence d'un passage systémique des DC des participants ayant suivis des cours en fonction de leur sensibilisation à la corticophobie.....	47
Tableau 10 : Réponses, concernant l'application des DC, des participants ayant suivis des cours en fonction de leur sensibilisation à la corticophobie.	48
Tableau 11 : Durée d'application et formation complémentaire chez les]26;41] ans.....	50
Tableau 12 : Connaissance de la sécheresse comme EI et ressenti corticophobe dans les formations complémentaires.....	51
Tableau 13 : Ressenti corticophobe des formations complémentaires et connaissance du terme corticophobie.....	51
Tableau 14 : Durée d'application des DC et ressenti corticophobe dans les articles	52
Tableau 15 : Photosensibilité des DC et lecture d'articles scientifiques.....	54

Liste des figures

Figure 1 : Unité phalangette	31
Figure 2 : Schéma thérapeutique d'utilisation des DC durant les deux phases de la maladie ..	32
Figure 3 : Connaissance du terme "corticophobie" en fonction de la catégorie socio-professionnelle.....	41
Figure 4 : Catégorie socio professionnelle et arrêt brutal des dermocorticoïdes	43
Figure 5 : Application des DC jusqu'à disparition de la plaque et âge des participants	49

I. Introduction

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussées. Elle évolue en 2 phases distinctes : une phase de poussée caractérisée par des plaques rouges, parfois vésiculeuses, extrêmement prurigineuses et une phase de rémission caractérisée par une sécheresse chronique de la peau⁽¹⁾.

Le traitement de cette pathologie repose sur l'utilisation des dermocorticoïdes (DC).

En 1952, Sulzberger et Witten⁽²⁾ publient un article sur les effets de la cortisone, en application cutanée, dans le traitement de différentes dermatoses dont la dermatite atopique (DA).

Les dermocorticoïdes (corticoïdes topiques) deviennent le traitement de référence de la DA, grâce à leur efficacité, reconnue comme très supérieure à celle des anciens traitements (acétate de cortisone sous forme topique, cortisone 200 mg par voie orale) considérés comme peu, voire pas efficaces⁽²⁾.

À partir des années 80, les DC font l'objet d'une crainte excessive, que l'on appelle la corticophobie⁽³⁾. En 1979, L.Turf⁽⁴⁾ est le premier à parler de cette crainte. Il évoque une peur des corticoïdes, utilisés dans la prise en charge de l'asthme, qui s'est installée dans l'esprit des médecins. La cause de cette peur est le danger et les effets indésirables (EI) dont pourraient être responsables les DC.

En 1987, David parle d'une peur des stéroïdes⁽⁵⁾ dans la prise en charge de l'asthme et de la dermatite atopique. D'après lui, la crainte des EI et la peur ressentie par les parents jugeant les stéroïdes topiques dangereux sont responsables d'un sous traitement de la dermatite atopique et d'une souffrance inutile. Il nomme cette crainte : « steroid-phobia ».

En 1989, Patterson évoque ce qu'il appelle une « prednisonophobia »⁽⁶⁾. Il s'est intéressé à l'utilisation des stéroïdes inhalés et de la prednisone dans la prise en charge de l'asthme. S'intéressant à sept cas différents, il a montré que la peur des corticoïdes inhalés et de la prednisone, par crainte des EI, complique la prise en charge et peut exposer le patient à un risque mortel. De plus, il a mis en évidence que cette peur avait différentes origines : l'entourage des patients (parents, amis), des médecins, de la lecture de magazines médicaux ou encore des notices des médicaments.

Ce qui explique qu'aujourd'hui, lorsque le traitement par DC se révèle être inefficace, c'est très souvent lié à une sous-utilisation des DC : arrêt trop précoce, avant guérison de la plaque d'eczéma, ou quantité utilisée trop faible⁽⁷⁾.

La corticophobie est très présente chez les personnes atteintes de DA (40 à 80% des patients seraient corticophobes⁽⁸⁾), et peut s'expliquer de diverses manières⁽⁷⁾: sources d'informations souvent contradictoires, discours discordants entre les différents soignants, une peur des effets indésirables potentiels des DC, idées reçues sur l'accoutumance et l'effet rebond à la fin du traitement, incompréhension du caractère symptomatique du traitement.

La corticophobie des patients explique l'adhésion très faible des patients atteints de DA. Elle est de l'ordre de 32% (50% pour un traitement chronique par voie orale)⁽⁷⁾.

Pour lutter contre cette corticophobie, il a été créé, en France, plusieurs programmes d'éducation thérapeutique autorisés par les Agences Régionales de Santé dans différents établissements de santé.

Ces programmes, dédiés aux patients, enfants et adultes, atteints de dermatite atopique, ont pour objectif de rendre les patients autonomes dans leur prise en charge, en leur permettant de mieux comprendre leur pathologie ainsi que les traitements associés.

L'éducation thérapeutique (ETP) se déroule sous forme de séances, individuelles ou collectives, avec plusieurs professionnels de santé (médecin, infirmières, psychologue, pharmacien, ...). Les professionnels et les patients vont pouvoir échanger sur les difficultés rencontrées liées aux traitements ou à la maladie, sur les inquiétudes qui habitent souvent les patients, ...

Il existe en France 25 centres d'ETP pour la dermatite atopique⁽⁹⁾.

Cependant, la corticophobie touche également les soignants, dont les pharmaciens. Une étude datant de 2016 par D.Raffin *et al.*⁽¹⁰⁾ s'est intéressée à la corticophobie des pharmaciens français lors de la prise en charge de la DA chez les enfants. L'objectif de cette étude était d'évaluer la confiance des pharmaciens envers les DC. Une question, leur demandant d'évaluer leur confiance envers les DC sur une échelle visuelle analogique (EVA) à 10 points, leur a été posée.

Finalement un résultat de 4,46 (intervalle de confiance à 95%, 4,11-4,82) est obtenu. Ce résultat traduit une confiance moyenne dans les DC ainsi qu'une corticophobie chez les pharmaciens français.

La corticophobie des pharmaciens entretient la corticophobie des patients responsable d'une faible adhésion thérapeutique de la part des patients. Cette faible adhésion peut être responsable d'échec thérapeutique car le traitement par DC n'a pas été bien suivi. On passe alors à d'autres traitements qui sont plus onéreux (par exemple le Dupixent (dupilumab) qui a un coût mensuel de 1282,74 euros), ce qui finit par entraîner une explosion du budget de la prise en charge de la DA.

En octobre 2018, la Fondation Eczéma a ainsi mis en place un programme de formation sur la prise en charge de la DA en officine : *Pop training*.

Ce programme, destiné aux équipes officinales, peut être suivi en présentiel, en ligne ou en visionnage différé. Son objectif est d'apporter des connaissances sur la physiopathologie de la DA, ses traitements, les soins, la corticophobie et la place du pharmacien dans le parcours de soins du patient.

Un article datant de 2020 par Stalder *et al.*⁽¹¹⁾ a évalué l'impact de cette formation sur les connaissances du personnel officinal.

Sur 1630 inscrits, 193 pharmaciens sont allés au bout de la formation en suivant les 6 modules. Ils ont rempli un questionnaire, évaluant leurs connaissances, avant et après chaque module. Les meilleurs scores obtenus, avant le début du module, concernent le module 3 (traitements locaux) et le module 5 (éducation thérapeutique). Les plus faibles concernent la corticophobie (module 2) et l'approche psychologique (module 5).

À l'issue de l'ensemble des modules, une augmentation de score sur tous les modules est observée ainsi qu'une augmentation moyenne de 2,5 points/20.

Cette formation améliore les connaissances des pharmaciens sur la dermatite atopique et les dermocorticoïdes et permet de lutter contre la corticophobie des pharmaciens.

Pour rappel, actuellement l'adhésion thérapeutique des patients souffrants de DA n'est que de 32%⁽⁷⁾.

Il est donc important de connaître les causes de la corticophobie du personnel officinal afin de pouvoir y remédier.

En effet cela permettrait d'augmenter l'adhésion du patient au traitement ainsi que son observance.

La question est donc de savoir quelles sont les origines de la corticophobie du personnel officinal dans la prise en charge de la dermatite atopique.

Nous émettons l'hypothèse que cette corticophobie peut provenir de différentes sources d'informations auxquelles les pharmaciens ont accès :

- Les formations initiales
- Les formations complémentaires
- Les programmes d'éducation thérapeutique
- Les articles scientifiques portant sur les DC

Les objectifs de cette étude sont :

- Établir les origines de la corticophobie du personnel officinal
- Faire un point sur leurs connaissances concernant les recommandations pour la prise en charge de la dermatite atopique.

II. Rappels sur la dermatite atopique et les dermocorticoïdes

1. La dermatite atopique.....	23
1.1. Définition de l’atopie.....	23
1.2. Physiopathologie	23
1.2.1. Altération de la barrière cutanée	23
1.2.2. Hyperactivation du système immunitaire	24
1.3. L’environnement.....	25
1.3.1. La théorie de l’hygiène	25
1.3.2. Environnement et crises de dermatite atopique	25
1.4. La génétique	26
1.5. Traitements.....	26
2. Les dermocorticoïdes	27
2.1. Classification	27
2.2. Actions des dermocorticoïdes.....	28
2.4. Application des DC	29
2.5. Bon usage des dermocorticoïdes	30
2.6. Effets indésirables	32

1. La dermatite atopique

1.1. Définition de l'atopie

L'atopie⁽¹²⁾ est une hypersensibilité à l'environnement, d'origine génétique. Elle se caractérise par un système immunitaire qui réagit de manière excessive à toute sorte d'allergènes considérés comme inoffensifs : poussières, pollens, ...

L'atopie regroupe différentes pathologies telles que la dermatite atopique, l'asthme et la rhinite allergique (rhume des foins).

1.2. Physiopathologie

La DA est une pathologie multifactorielle. En effet une altération de la barrière cutanée et une hyperactivation du système immunitaire sont à l'origine de la dermatite atopique et sont retrouvées chez tous les patients atteints de cette pathologie.

1.2.1. Altération de la barrière cutanée

- Une diminution des protéines structurelles est responsable d'une désorganisation des kératinocytes composant la barrière cutanée et d'une perte insensible en eau (imperceptible par le patient) plus importante que la normale, à l'origine de la xérose de la peau atopique^(13,14).
- Une altération lipidique de la barrière cutanée est également retrouvée chez les patients atopiques. La cohésion des kératinocytes repose sur la présence de lipides au niveau cutané⁽¹⁵⁾. Une diminution de la production de ces lipides sera responsable d'une désorganisation des kératinocytes et donc d'une altération de la barrière cutanée⁽¹⁶⁾.

La barrière cutanée se retrouve alors fragilisée. La peau n'étant plus imperméable, les microorganismes pénètrent plus facilement et seront responsables de plaques d'eczéma.

1.2.2. *Hyperactivation du système immunitaire*

Dans la DA, une hyperactivation du système immunitaire est retrouvée dans les deux phases des réactions inflammatoires^(13,14) :

- La réaction innée : la réaction innée marque le début de l'inflammation caractéristique de la dermatite atopique. Les pathogènes (acariens, pollens,...) pénètrent dans la peau et sont reconnus par les *Toll Like Recepteur* (TLR) présents sur les kératinocytes, les cellules de Langerhans (CL) et les mastocytes.

Les kératinocytes vont produire différentes cytokines fortement apparentées à la réaction immunitaire adaptative TH2 :

- La *Thymic Stromal Lymphopoietin* (TSLP) qui va stimuler les cellules de Langerhans, les lymphocytes TH2, les lymphocytes B et les mastocytes. Elle intervient aussi au niveau des neurones responsables de la sensation de prurit.
- L'interleukine (IL)-33
- L'IL-25

Ces 3 cytokines vont activer d'autres cellules présentes dans la peau et qui interviennent dans l'immunité non adaptative, les cellules lymphoïdes innées de type 2 (ILC2).

Les ILC2 sont des cellules immunitaires productrices majeures de cytokines de type 2 que sont l'IL-4, l'IL-5 et l'IL-13.

Ces cytokines de type 2 vont créer un milieu favorable à l'orientation de l'immunité spécifique vers une réponse TH2.

- Réaction immunitaire adaptative TH2 : L'antigène (acariens, pollens,...) détecté par les TLR, va être phagocyté par les cellules de Langerhans. Elles rejoignent le ganglion lymphatique le plus proche pour interagir avec les lymphocytes TCD4.

Les cytokines de type 2 produites par les cellules de l'immunité innée entretiennent un milieu inflammatoire plus propice à la différenciation des lymphocytes en TH2.

Ces lymphocytes différenciés vont produire trois interleukines différentes que sont l'IL-4, l'IL-5 et l'IL-13 qui entretiennent l'inflammation de type 2.

Elles sont à l'origine de la commutation isotypique des lymphocytes B présents en plasmocytes producteurs d'immunoglobuline E (IgE), mais aussi du recrutement des granulocytes éosinophiles.

Les IgE produites vont se lier aux mastocytes présents sur le site de l'inflammation par l'intermédiaire du récepteur FcεR1. L'interaction entre l'antigène et l'IgE va permettre la dégranulation du mastocyte et la libération de plusieurs molécules parmi lesquelles l'histamine, la tryptase et l'IL-31, qui participent au processus de prurit.

Il est important de noter que tous les patients ayant développé une dermatite atopique ne possèdent pas une augmentation de leurs IgE.

Environ un tiers des patients ne présentent pas un taux élevé d'IgE circulant. Cependant leur phénotype cutané n'est pas différent de celui des autres patients ayant une hyper-IgE.

Le rôle des IgE dans la physiopathologie de la maladie est minime et donc on peut dire que la dermatite atopique n'est pas une pathologie allergique mais bien une maladie inflammatoire.

1.3. L'environnement

1.3.1. La théorie de l'hygiène

La « théorie de l'hygiène »^(14,17) est une théorie permettant d'expliquer le rôle de l'environnement dans la dermatite atopique.

Plusieurs facteurs tels qu'une fratrie nombreuse, la garde d'enfants, le mode de vie rural au contact de plusieurs animaux ainsi qu'une utilisation réduite d'antibiotiques au début de la vie contribuent à diminuer le risque de développer une DA atopique chez les jeunes enfants.

Une exposition à une grande variété de bactéries provenant de l'environnement (animaux et enfants), permet de stimuler, d'éduquer le système immunitaire entraînant une maturité plus rapide de celui-ci.

1.3.2. Environnement et crises de dermatite atopique

Certains facteurs environnementaux peuvent irriter la peau atopique et être responsables de lésions^(18,19) :

- Les acariens, qui peuvent altérer la barrière cutanée
- La laine, irritante pour la peau

- Les vêtements serrés, responsables de frottements
- L'air froid et sec en hiver, responsable d'une déshydratation de la peau
- Une transpiration importante (par exemple durant l'été).

D'autres facteurs sont eux considérés comme protecteurs^(18,19) :

- Le soleil, qui possède un effet anti-inflammatoire, permet de réduire l'inflammation. Cependant, comme pour toute personne de la population générale, il est déconseillé de s'exposer de manière prolongée au soleil et recommandé de continuer d'appliquer les règles de protection avec l'utilisation d'une crème sur les zones de peau exposées.
- Les vêtements amples qui évitent les frottements et donc l'irritation de la peau
- Le coton, le lin et la soie qui sont des matières non irritantes.

1.4. La génétique

La dermatite atopique est une pathologie possédant une composante génétique^(14,17). Le risque que deux jumeaux monozygotes en soit tous les deux atteints est de 77%. Chez les jumeaux dizygotes, ce risque n'est plus que de 15%.

Il existe également une composante héréditaire. Dans environ 70% des cas, les patients présentent un antécédent familial de pathologie atopique (asthme, DA, rhinite allergique).

1.5. Traitements

Les dermocorticoïdes sont le traitement de référence de la DA, ils sont utilisés en première intention.

Les dermocorticoïdes sont des médicaments qui appartiennent à la classe thérapeutique des anti-inflammatoires stéroïdiens (AIS) et plus précisément à la sous classe des glucocorticoïdes, dérivés synthétiques du cortisol.

Aujourd'hui d'autres traitements peuvent être utilisés dans le traitement de la DA lorsque les DC, même correctement utilisés, se révèlent inefficaces^(20,21) :

- Inhibiteur de la calcineurine par voie topique (tacrolimus)
- Traitement immunosuppresseur par voie orale (ciclosporine ou méthotrexate)

- Anticorps monoclonal (dupilumab) bloquant les interleukines produites en excès dans la DA
- La Photothérapie avec utilisation d'UVA en premier puis si besoin utilisation d'UVA et d'UVB.

2. Les dermocorticoïdes

2.1. Classification

Les DC sont classées en 4 classes en fonction de leur niveau d'activité, de leur puissance^(22,23):

Classe (Activité anti inflammatoire)	Spécialité (DCI)
Classe I (faible)	DERMOFENAC (hydrocortisone)
Classe II (modérée)	LOCAPRED (désonide 0,1%) TRIDESONIT (désonide 0,05%)
Classe III (forte)	BETNEVAL (bétaméthasone valérate 0,1%) DIPROSONE (bétaméthasone dipropionate 0,05%) EFFICORT HYDROPHILE (hydrocortisone acéponate 0,127%) EFFICORT LIPOPHILE (hydrocortisone acéponate 0,127%) EPITOPIC (difluprednate 0,05%) FLIXOVATE (fluticasone 0,05%) LOCATOP (désonide 0,1%) LOCOID (hydrocortisone butyrate 0,1%) NERISONE (diflucortolone valérianate 0,1%) NERISONE GRAS (diflucortolone valérianate 0,1%)

Classe IV (très forte)	DERMOVAL (clobétasol propionate 0,05%) CLARELUX (clobétasol propionate 0,05%) DIPROLENE (bétaméthasone dipropionate 0,05%)
------------------------	--

2.2. Actions des dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes possèdent plusieurs actions responsables de leur efficacité⁽²²⁾ :

- Une action anti inflammatoire qui inhibe la synthèse de facteurs pro-inflammatoires tout en favorisant la synthèse de facteurs anti-inflammatoires et l'activation de la phospholipase A2.
- Une action immunosuppressive qui se traduit par une diminution du nombre de CL entraînant une réduction de la production, de la prolifération et de la migration des LyT ainsi qu'une inhibition de la libération des cytokines.
- Une action vasoconstrictrice locale qui permet une diminution du monoxyde d'azote responsable d'une diminution de l'œdème et de l'érythème.
- Et une action anti-régénérative cutanée qui se définit par une diminution de la fonction des fibroblastes et de la production de collagène. L'action antimitotique est responsable, au niveau kératinocytaire, de certains effets indésirables lorsque l'on traite une DA comme l'atrophie de la peau.

L'accumulation des dermocorticoïdes dans la peau, au niveau de la couche cornée de l'épiderme, permet un relargage progressif vers les couches les plus profondes de l'épiderme ainsi que vers le derme. C'est ce que l'on appelle l'effet réservoir de la peau. Cette propriété permet l'arrêt brutal des DC dès la disparition de la plaque d'eczéma.

2.3. Différentes formes galéniques des DC

Les dermocorticoïdes se présentent sous différentes formes⁽²⁴⁾ :

- Pommades : préférées sur les lésions sèches et épaisses comme au niveau des mains, des pieds (zones présentant une peau épaisse).
- Crèmes : préférées sur les lésions suintantes, au niveau des plis et des grandes surfaces cutanées
- Lotions : préférées sur les zones pileuses (barbes, ...) et au niveau des plis
- Gels : préférés sur le cuir chevelu

2.4. Application des DC

- Chez l'adulte⁽²³⁾
 - Paupières et visage :
 - Crème
 - Lotion sur les parties du visage avec poils
 - Application de dermocorticoïdes modérés à forts (désonide, bétaméthasone)
 - Cuir chevelu :
 - Lotion ou gel
 - Dermocorticoïdes forts à très forts (bétaméthasone, clobétasol)
 - Corps :
 - Crème ou pommade
 - Dermocorticoïdes forts à très forts (bétaméthasone, clobétasol)
 - Plis du coude ou des genoux :
 - Crème
 - Dermocorticoïdes forts (bétaméthasone)
 - Mains et pieds
 - Pommade
 - Dermocorticoïdes très forts (clobétasol)

- Chez l'enfant⁽²³⁾
 - Paupières :
 - Crème
 - Dermocorticoïdes modérés (désonide)
 - Visage :
 - Crème
 - Dermocorticoïdes modérés à forts (désonide et bétaméthasone)
 - Corps :
 - Crème
 - Dermocorticoïdes forts (bétaméthasone)
 - Plis du coude et des genoux :
 - Crème
 - Dermocorticoïdes forts (bétaméthasone)
 - Mains et pieds :
 - Pommade ou crème
 - Dermocorticoïdes forts (bétaméthasone)

- Chez le bébé⁽²⁴⁾
 - Chez les bébés, ce sont les dermocorticoïdes de classe II (modérés) qui sont utilisés à la fois sur le corps et sur le visage.
 - Les DC de classe III peuvent être utilisés sur des lésions lichénifiées, sur les extrémités et sur les lésions résistantes aux DC de classe II.
Cependant, chez le nourrisson de moins 3 mois, ils ne sont pas recommandés.
 - Les dermocorticoïdes de classe IV (très forte activité) sont contre-indiqués.

2.5. Bon usage des dermocorticoïdes

Le traitement de la DA se déroule en deux étapes^(23,25) :

La première étape, que l'on appelle la phase d'attaque, correspond à la période inflammatoire, également appelée phase de poussée.

Le DC doit être appliqué dès que la peau présente une rougeur, une rugosité ou lors de l'apparition d'un prurit. La bonne quantité à utiliser est mesurée par l'unité phalange⁽²³⁾. Elle correspond à la quantité de DC déposée d'un trait continu sur la dernière phalange d'un doigt adulte et permet de traiter une surface équivalente à deux paumes de main adulte.



Figure 1 Unité phalange⁽²³⁾

Elle est utilisée chez tous les patients souffrant de DA (nourrisson, enfant et adulte).

L'application devra se faire le soir, sur l'intégralité de la plaque, tout en dépassant légèrement sur la peau saine, sans masser. Le DC doit être appliqué tant que la peau n'a pas retrouvé un aspect normal.

On observe une baisse de la production physiologique de cortisol dans le corps le soir avec un minimum vers minuit. Le prurit sera plus important à ce moment-là. C'est pour cela que l'application du DC devra se faire le soir, pour éviter au maximum les troubles du sommeil liés à la pathologie.

Durant la phase de poussée, il n'est pas recommandé d'appliquer d'émollients sur la peau inflammée car ceux-ci sont très mal tolérés et peuvent entraîner des sensations de brûlures. De plus, leur formulation galénique n'est pas adaptée à l'application sur peau lésée : les microparticules composant les émollients pouvant pénétrer au niveau de la peau et alimenter le cycle d'hyperactivation inflammatoire, elles autoentretiennent la phase de poussée de l'eczéma. De cette pratique découle l'incompréhension des patients face à une plaque d'eczéma qui ne « part pas » alors qu'ils la « soignent » pourtant avec un émollient. Mais également une possible réticence à l'utilisation des émollients même lorsque ceux-ci sont utilisés correctement (peau redevenue normale, non inflammée).

En effet, l'inflammation doit d'abord être traitée par les DC et une fois que la peau retrouve son intégrité, la réparation de la barrière cutanée par l'application des émollients peut être envisagée.

La deuxième étape correspond à ce que l'on appelle la phase d'entretien, phase de rémission entre deux crises.

Durant celle-ci, le patient doit utiliser uniquement des émollients permettant de réparer sa barrière cutanée.

Cependant, pour les personnes présentant une DA très récidivante, en plus de l'utilisation des émollients, une application du DC deux fois par semaine est possible afin de prolonger au maximum la phase de rémission.

Le DC doit être de nouveau appliqué dès que la peau recommence à gratter, à devenir rouge et/ou à présenter un relief.

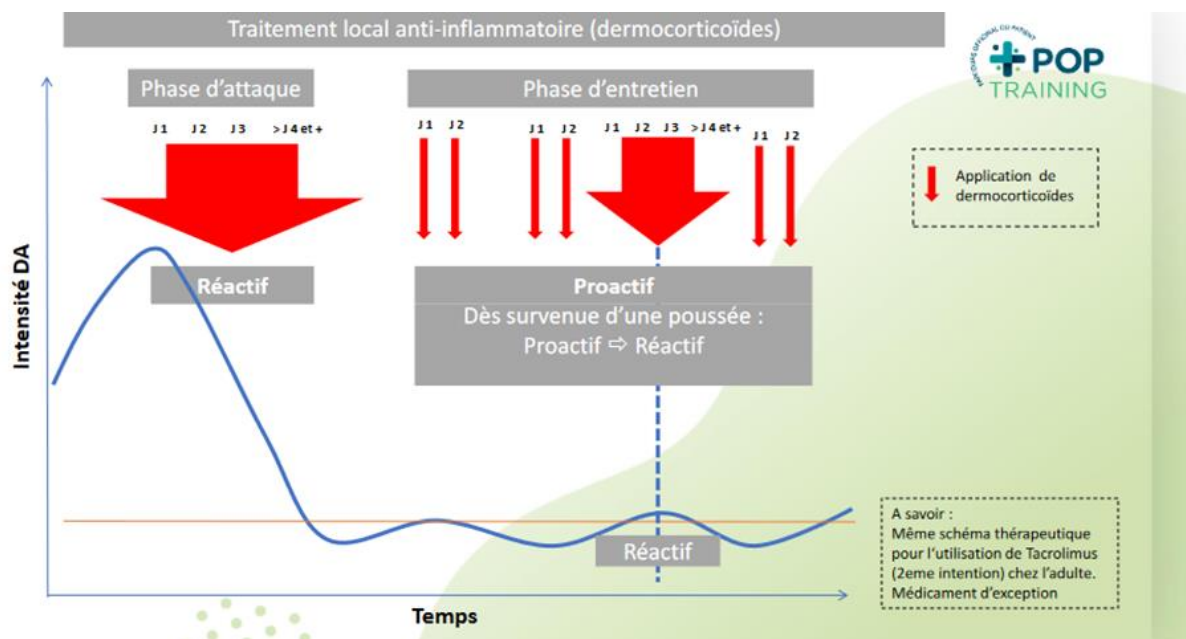


Figure 2 : Schéma thérapeutique d'utilisation des DC durant les deux phases de la maladie⁽²⁵⁾

2.6. Effets indésirables

Les corticoïdes par voie topique ne présentent pas les mêmes effets indésirables que les corticoïdes par voie orale car ils ne passent que très peu dans la circulation sanguine.

Par exemple pour le clobétasol propionate, une infime partie du traitement se retrouve dans le sang, de l'ordre de 0,6 ng/mL à 15,4 ng/mL⁽²⁶⁾.

La production journalière de cortisol, avec un pic de concentration entre 6h et 8h du matin, est comprise entre 10 µg/mL et 15 µg/mL⁽²⁷⁾.

Ainsi avec une concentration plasmatique 1 000 fois inférieure à la concentration plasmatique naturelle de cortisol, les DC utilisés selon les recommandations de prise en charge de la DA, ne peuvent pas être responsables d'effets indésirables systémiques.

Les dermocorticoïdes sont responsables d'EI cutanés locaux⁽²⁸⁾ : sécheresse cutanée, atrophie cutanée, vergetures, petits vaisseaux apparents (télangiectasie), acné du visage, hypertrichose.

Les fréquences d'apparition sont différentes en fonction de l'effet indésirable :

- La sécheresse cutanée est un EI fréquent des DC (1% à 10%)⁽²⁹⁾
- L'acné du visage, l'atrophie de la peau, les vergetures et la télangiectasie sont peu fréquents (0,1% à 1%)^(29,30)
- L'hypertrichose est rare (0,01% à 0,1%)⁽³⁰⁾

Lorsque les dermocorticoïdes sont utilisés selon les bonnes pratiques⁽²³⁾, ils présentent peu ou pas d'effets indésirables.

Ceux-ci apparaissent lors d'un mésusage :

- Dermocorticoïde de puissance trop faible, inadapté à la sévérité de la pathologie, utilisé sur une longue période
- Dermocorticoïdes de puissance trop forte sur une peau fine : visage, bébé
- Lors d'une automédication avec application de DC sur une autre pathologie que l'eczéma.
- Utilisation d'un dermocorticoïde, après guérison de la plaque, sur une période importante (plusieurs semaines)

III. Matériel et méthodes

1. Design de l'étude et population concernée	35
2. Élaboration du questionnaire.....	35
3. Recueil de données	36
4. Analyses statistiques.....	38

Pour déterminer les causes possibles de la corticophobie dans la prise en charge de la dermatite atopique en officine, un questionnaire a été élaboré à l'intention des équipes officinales. Ce questionnaire nous renseigne sur leur niveau de connaissances concernant les dermocorticoïdes, leur capacité à donner les bons conseils les concernant et leur implication dans leur formation (formation complémentaire, lecture d'articles...).

1. Design de l'étude et population concernée

L'étude qui a été menée est une étude observationnelle prospective multicentrique, quantitative et descriptive.

Les équipes officinales (pharmacien(ne)s, préparateurs/préparatrices, étudiant(e)s en pharmacie) constituent la population concernée par cette étude.

2. Élaboration du questionnaire

Un questionnaire (voir annexe) a été rédigé en collaboration avec l'équipe du programme d'ETP « Éducation thérapeutique pour les patients adultes, enfants ou adolescents, atteints de dermatite atopique, psoriasis, dermatoses affichantes » de l'hôpital de la Timone.

L'ensemble du questionnaire est subdivisé en quatre catégories :

- Une partie socio-démographique comportant 4 questions
- Une partie connaissances sur les DC comportant 11 questions
- Une partie sources d'informations sur les DC comportant 10 questions
- Une partie auto-évaluation comportant 2 questions

Des questions de type Likert ont été utilisées avec des réponses de type « tout à fait », « un peu », « pas vraiment », « pas du tout ».

Pour les questions relatives aux sources d'informations sur les DC, il a été demandé aux participants d'indiquer s'ils avaient ou non ressenti de la corticophobie grâce à l'échelle de Likert.

Les réponses données ont été séparées en deux groupes :

- Les réponses « tout à fait » et « un peu » ont été regroupées sous l'appellation « jugé corticophobe »
- Les réponses « pas vraiment » et « pas du tout » ont été regroupées sous l'appellation « jugé non corticophobe ».

De plus, les réponses obtenues, concernant la durée d'application des DC, ont été séparées en deux groupes :

- Le premier groupe est composé des réponses « application jusqu'à disparition de la plaque »
- Le deuxième groupe regroupe les réponses « 1 semaine maximum » et « 2 semaines maximum » sous l'appellation « application durant une durée limitée ».

Les réponses obtenues concernant la connaissance du terme corticophobie, ont été séparées en deux groupes :

- Le premier groupe appelé « sensibilisés » regroupent les réponses « oui »
- Le second groupe appelé « non sensibilisés » regroupent les réponses « non ».

Le questionnaire a été diffusé par l'intermédiaire d'un *Google form*.

3. Recueil de données

La diffusion du questionnaire s'est déroulée durant la période d'avril 2021 à avril 2022. Elle s'est faite sur tout le territoire français afin d'obtenir une représentation la plus fidèle possible des pratiques officinales.

Différents flux de diffusion ont été utilisés durant cette période :

- Durant la période s'étendant de mai 2021 à novembre 2021, une prise de contact par téléphone avec 210 officines a été entreprise.
Ces officines ont été sélectionnées selon plusieurs critères : densité de population (ville, village), nombre d'officines présentes dans la commune, position géographique (près

d'un hôpital, près d'un supermarché, près d'un établissement d'enseignement, en centre-ville ou non).

À la suite d'une conversation téléphonique avec 175 officines, un mail contenant le lien du questionnaire et des explications concernant la démarche entreprise a pu être envoyé.

Le questionnaire n'a pas pu être envoyé aux 35 autres officines pour différentes raisons :

- Une prise de contact n'a pas pu être établie malgré plusieurs tentatives, restées infructueuses.
 - Certaines officines ont indiqué ne pas avoir le temps d'y répondre car l'équipe avait beaucoup de travail et/ou se trouvait en sous-effectif (surcroît de travail dû à l'épidémie de Covid).
- Les réseaux sociaux constituent la deuxième voie de diffusion du questionnaire.

Le questionnaire sera posté sur 3 groupes Facebook :

- Corpo-Pharma AE2P rassemblant les étudiants et anciens étudiants de la faculté de pharmacie de Marseille. La publication a été faite en avril 2021.
- Pharmaction qui rassemble des pharmaciens, des préparateurs et des étudiants exerçant dans toute la France. Ce groupe Facebook a été recommandé par l'un des deux syndicats contactés par mail pour optimiser la diffusion du questionnaire. La publication a été faite en avril 2021.
- PharmaCool, groupe rassemblant également les professionnels officinaux exerçant sur le territoire français. La publication du questionnaire a été faite en janvier 2022.

Le nombre total de réponses obtenues grâce aux contacts téléphoniques et aux réseaux sociaux est de 126. Celles -ci proviennent de toutes les régions de France ainsi que de deux départements-régions d'Outre-Mer : la Réunion et la Martinique.

4. Analyses statistiques

L'exploitation statistique n'a été commencée qu'après vérification de la validité (contrôles de cohérence) et gel de la base de données. Les données consolidées ont ensuite été traitées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 20. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. Des analyses de corrélation univariées avec détermination du coefficient de Pearson, et des études d'association avec détermination du KHI2 ont été réalisées, pour mettre en évidence les facteurs influençant certaines variables.

IV. Présentation des résultats

1. Corticophobie	41
1.1. Connaissance du terme.....	41
1.2. Origines de la corticophobie selon les participants.....	41
2. Formation initiale.....	42
2.1. Modalités d'application des DC.....	42
2.2. Modalités d'arrêt des dermocorticoïdes	43
2.3. Croyances sur les dermocorticoïdes	44
2.4. Effets indésirables	45
2.4.1. Atrophie de la peau.....	45
2.4.2. Sécheresse de la peau.....	46
2.5. Notion de corticophobie.....	47
3. Formation complémentaire	49
3.1. Modalités d'application	49
3.2. Durée d'application	49
3.3. Modalités d'arrêt	50
3.4. Effets indésirables	51
3.1.1. Sécheresse de la peau.....	51
3.5. Notion de corticophobie.....	51
4. Articles scientifiques	52
4.1. Durée d'application des dermocorticoïdes	52
4.2. Effets indésirables des dermocorticoïdes	53
4.1.1. Atrophie de la peau.....	53
4.1.2. Vergetures	53
4.3. Les bons conseils	53
4.4. Notion de corticophobie.....	54
5. Éducation thérapeutique	55

Un ensemble de 126 personnes a répondu à l'enquête dont 74,6% de femmes et 25,4% d'hommes.

L'âge des participants va de 21 à 64 ans. L'âge moyen et écart-type est de (34 ± 11) ans et l'âge médian de 31 ans (26 – 41).

Les 126 réponses proviennent de 59 départements et de toutes les régions françaises avec notamment 29 réponses (23,0%) de PACA, 15 (11,9%) des Hauts de France et 13 (10,3%) du Grand Est.

Deux réponses émanent de départements-régions d'Outre-Mer : Réunion et Martinique.

Les répondants ont été répartis en fonction de leur catégorie socio-professionnelle :

Profession	Effectif N	Pourcentage
Préparateur / Préparatrice	18	14,3%
Étudiant(e) en pharmacie	21	16,7%
Pharmacien(ne) non titulaire	53	42,0%
Pharmacien(ne) titulaire	34	27,0%

Tableau 1 : Répartition des participants en fonction de leur catégorie socio-professionnelle

Ils ont aussi été répartis en fonction de leur âge et de leur catégorie socio-professionnelle :

		[0;26] ans]26;31] ans]31;41] ans]41;64] ans	Total
Étudiants	Effectif	16	3	2	0	21
	%	76,2%	14,3%	9,5%	0,0%	
Pharmaciens non titulaires	Effectif	6	27	11	9	53
	%	11,3%	51,0%	20,8%	17,0%	
Pharmaciens titulaires	Effectif	0	3	13	18	34
	%	0,0%	8,8%	38,2%	53,0%	
Préparateurs	Effectif	3	4	6	5	18
	%	16,7%	22,2%	33,3%	27,8%	

Tableau 2 : Répartition des participants en fonction de leur âge et de leur catégorie socio-professionnelle

1. Corticophobie

1.1. Connaissance du terme

Parmi l'ensemble des personnes ayant répondu au questionnaire, 47 d'entre elles, soit 37,3%, déclarent que le terme de corticophobie leur est familier. Elles se répartissent en :

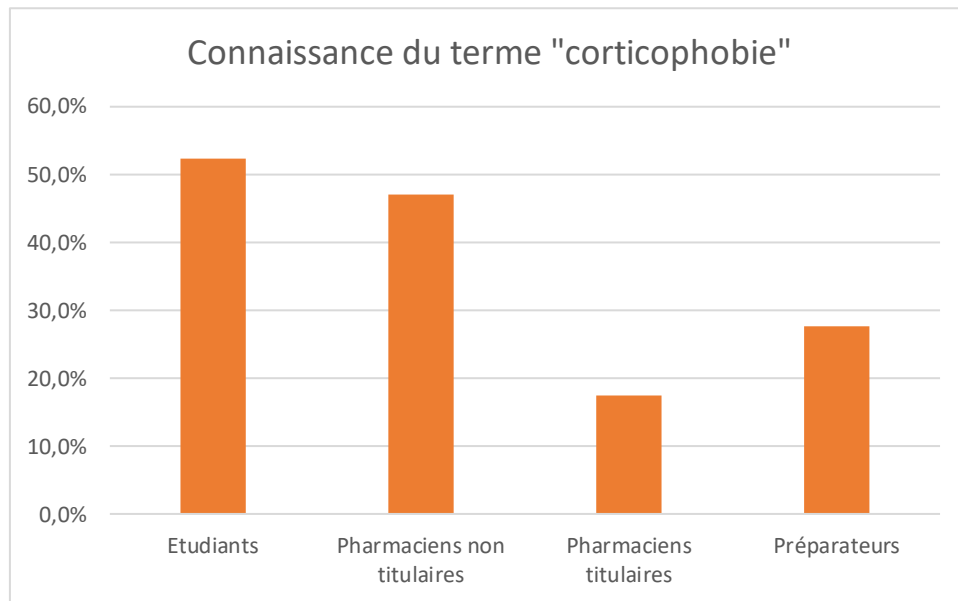


Figure 3 : Connaissance du terme "corticophobie" en fonction de la catégorie socio-professionnelle

Les pharmaciens titulaires sont moins familiers (17,6%) que les étudiants (52,4%) avec le terme de corticophobie ($p=0,01$, les résultats sont significatifs).

1.2. Origines de la corticophobie selon les participants

Seulement 24 des 126 participants (19%) se déclarent corticophobes.

De leurs réponses, concernant l'origine ou les origines de cette corticophobie, 3 origines ressortent :

- La formation initiale (45,8%)
- L'expérience professionnelle (37,5%)
- La formation continue (29,2%)

2. Formation initiale

La quasi-totalité des participants, 114 soit 90,5%, ont suivis des cours portant sur les DC lors de leur formation initiale. Ils se répartissent comme suit :

- 90,5% des étudiants
- 92,5% des pharmaciens non titulaires
- 88,2% des pharmaciens titulaires
- 88,9% des préparateurs.

2.1. Modalités d'application des DC

L'utilisation d'une quantité de DC équivalente à 2 unités phalangettes pour traiter une plaque de DA d'une surface équivalente à 4 paumes de mains, est correctement indiquée par 49 des 126 participants (38,9%).

Les modalités d'application ont été croisées avec le ressenti corticophobe dans les cours sur les DC donnés lors de la formation initiale :

		Appliquer en touches espacées et étaler jusqu'à absorption	Appliquer l'équivalent d'un petit pois de DC et faire pénétrer	Appliquer deux unités phalangettes sans faire pénétrer	Total
Cours jugés corticophobe	Effectif	8	5	16	29
	%	27,6%	17,2%	55,2%	
Cours jugés non corticophobe	Effectif	27	21	20	68
	%	39,7%	30,9%	29,4%	

Tableau 3 : Modalités d'application des DC et ressenti corticophobe dans la formation initiale

L'utilisation de l'unité phalangette, est conseillée par 55,2% des personnes ayant suivi des cours jugés corticophobes et seulement 29,4% des personnes qui ont suivi un cours jugé non corticophobe ($p=0,04$, le résultat est significatif).

2.2. Modalités d'arrêt des dermocorticoïdes

L'arrêt progressif, avec une application 1j/2 puis 1j/3 reste la méthode d'arrêt la plus plébiscitée par l'ensemble des participants (75,4%).

Pourtant, l'arrêt progressif n'est pas la méthode d'arrêt qui est recommandée, c'est l'arrêt sans décroissance (arrêt brutal) qui est préconisé dès que la peau est redevenue normale.

Il est indiqué par 27 (21,43%) des personnes qui ont répondu au questionnaire, se répartissant comme suit :

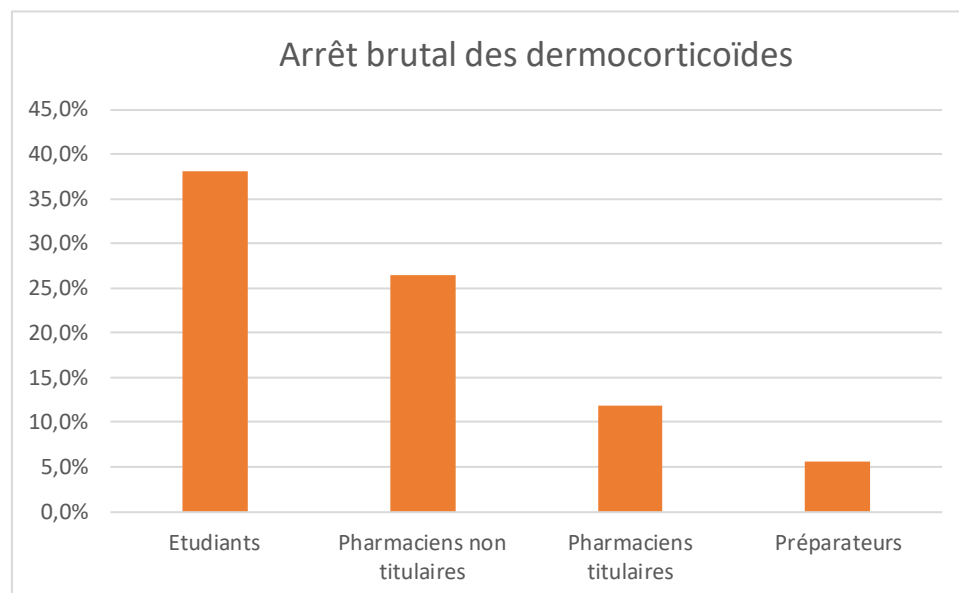


Figure 4 : Modalité d'arrêt « arrêt brutal » en fonction de la catégorie socio-professionnelle

Les étudiants sont le plus grand nombre à apporter la bonne réponse (arrêt brutal des DC)

La répartition des catégories professionnelles en fonction de l'âge est donnée par le tableau 2. Selon ce tableau, âge et catégories professionnelles sont corrélés sauf pour les préparateurs. Ainsi le pourcentage de bonnes réponses concernant l'arrêt du traitement baisse au fur et à mesure que les personnes sont loin de leur formation initiale ($p = 0,002$; le résultat est significatif).

Pour les préparateurs la répartition dans les classes d'âge est homogène et le taux de bonnes réponses (5,6%) est faible.

Par la suite, les réponses données concernant l'arrêt des DC ont été croisées avec le ressenti corticophobe des participants concernant les cours dispensés lors de leur formation initiale :

		Arrêt brutal possible dès la fin du traitement	Arrêt progressif, application 1 jour sur 2 puis 1 jour sur 3	Utilisation d'un DC d'une force inférieure	Total
Cours jugé corticophobe	Effectif	12	16	1	29
	%	41,4%	55,2%	3,4%	
Cours jugé non corticophobe	Effectif	11	55	2	68
	%	16,2%	80,8%	2,9%	

Tableau 4: Modalités d'arrêt des DC et ressenti corticophobe dans la formation initiale

Les personnes, dont la formation initiale est ressentie comme corticophobe, sont plus nombreuses à donner la bonne réponse en ce qui concerne l'arrêt des DC (41,4% contre 16,2%), ($p=0,007$; le résultat est significatif).

2.3. Croyances sur les dermocorticoïdes

Les DC ne passent pas dans le sang, ce qui est connu par 60 participants (47,6%).

Cette connaissance a été croisée avec le ressenti corticophobe des cours de la formation initiale :

		Passage systémique : oui	Passage systémique : non	Passage systémique : je ne sais pas	Total
Cours jugé corticophobe	Effectif	7	21	1	29
	%	24,1%	72,4%	3,4%	
Cours jugé non corticophobe	Effectif	36	23	9	68
	%	52,9%	33,8%	13,2%	

Tableau 5 : Passage systémique des DC et ressenti de la corticophobie dans la formation initiale

Le pourcentage de bonne réponse est nettement supérieur pour les personnes jugeant leurs cours initiaux corticophobes (72,4%) que pour celles jugeant leurs cours initiaux non corticophobes (33,8%). (p =0,002 ; le résultat est significatif).

2.4. Effets indésirables

Pour 90,5% (114) des personnes ayant participé à l'étude, les DC sont responsables d'effets indésirables.

2.4.1. Atrophie de la peau

L'atrophie de la peau est un des effets indésirables des DC.

Cet effet indésirable est connu par 70 participants, 61,4% de l'ensemble des répondants.

Sur les 24 participants se déclarant corticophobes, 17 (70,8%) connaissent cet effet indésirable.

Le ressenti corticophobe des cours portant sur les DC a été croisé avec la connaissance de cet effet indésirable :

		Atrophie oui	Atrophie non	Total
Cours jugé corticophobe	Effectif	10	19	29
	%	34,5%	65,5%	
Cours jugés non corticophobes	Effectif	45	21	66
	%	68,2%	31,8%	

Tableau 6 : Connaissance de l'atrophie comme EI et ressenti corticophobe dans la formation initiale

Pour 68,2% des participants ayant jugé leur cours non corticophobe, l'atrophie de la peau est un effet indésirable des DC tandis que pour 34,5% de ceux qui jugent leur cours corticophobe. (p= 0,002 ; le résultat est significatif).

Les réponses des personnes sensibilisées à la corticophobie concernant la connaissance de l'atrophie comme effet indésirable ont été croisées avec le ressenti corticophobe des cours :

		Sensibilisés		
		Atrophie oui	Atrophie non	Total
Cours jugé corticophobe	Effectif	7	15	22
	%	31,8%	68,2%	
Cours jugé non corticophobe	Effectif	18	2	20
	%	90,0%	10,0%	

Tableau 7 : Connaissance de l'atrophie de la peau par les sensibilisés en fonction du ressenti corticophobe dans la formation initiale

Les personnes sensibilisées jugeant leur cours non corticophobe sont plus nombreuses (90%) à connaître cet EI par rapport à celle qui jugent leur cours corticophobe (31,8%) ($p=0,0001$; le résultat est significatif)

2.4.2. Sécheresse de la peau

La sécheresse de la peau fait partie des effets indésirables des DC.

Un peu plus de la moitié (52,6%) des personnes qui ont répondu, connaissent cet EI.

La connaissance de la sécheresse cutanée comme EI a été croisée avec les différentes classes d'âge :

		Sécheresse : oui	Sécheresse : non	Total
[0;26]ans	Effectif	15	8	23
	%	65,2%	34,8%	
]26;31]ans	Effectif	21	16	37
	%	56,8%	43,2%	
]31;41]ans	Effectif	13	18	31
	%	42,0%	58,0%	
]41;64]ans	Effectif	11	21	32
	%	34,4%	65,6%	

Tableau 8 : Connaissance de la sécheresse comme EI et classes d'âge

Il en ressort que les personnes qui répondent le mieux appartiennent aux classes d'âge [0;26]ans et [26;31]ans ($p=0,04$; le résultat est significatif).

Ce sont donc les plus jeunes, encore dans leurs études ou les ayant quittés récemment, qui connaissent le plus cet EI.

2.5. Notion de corticophobie

Il ressort également de l'étude que 59,6% des cours de la formation initiale sur les DC, n'aborderaient pas la notion de corticophobie.

Concernant le ressenti de la corticophobie au cours de la formation initiale, 92,6% des pharmaciens titulaires interrogés sur leur formation initiale n'ont pas ressenti de corticophobie dans celle-ci.

D'après la figure 3, seulement 17,6% d'entre eux sont sensibilisés à la corticophobie. Les pharmaciens titulaires, moins familiers avec le terme de corticophobie que les autres répondants, n'arrivent pas à la reconnaître.

Les réponses, concernant l'existence d'un passage systémique des DC, des participants ayant suivis des cours ont été croisées avec leur sensibilisation à la corticophobie :

		Cours jugé corticophobe		Cours jugé non corticophobe		Total
		Pas de passage systémique	Passage systémique	Pas de passage systémique	Passage systémique	
Sensibilisés	Effectif	18	3	8	12	41
	%	43,9%	7,3%	19,5%	29,3%	
Non sensibilisés	Effectif	3	4	15	24	46
	%	6,5%	8,7%	32,6%	52,2%	

Tableau 9 : Réponses concernant l'existence d'un passage systémique des DC des participants ayant suivis des cours en fonction de leur sensibilisation à la corticophobie.

Parmi les 41 personnes sensibilisées à la corticophobie, 18 (43,9%) ont détectés de la corticophobie dans leur cours et donnent la bonne réponse.

Inversement, sur les 46 personnes non sensibilisées, 24 (52,2%) ne détectent pas de corticophobie dans leur cours mais ne donnent cependant pas la bonne réponse ($p=0,001$, le résultat est significatif).

La croyance d'un passage systémique des DC traduit une crainte concernant leur utilisation et donc une corticophobie. Cette crainte concerne majoritairement les personnes non sensibilisées. Leur perception de la corticophobie dans leur cours n'est pas fiable.

Les réponses, concernant l'application des DC, des participants ayant suivis des cours ont été croisées avec leur sensibilisation à la corticophobie :

		Cours jugé corticophobe		Cours jugé non corticophobe		Total
		Unité phalange	Faible quantité	Unité phalange	Faible quantité	
Sensibilisés	Effectif	16	6	5	15	42
	%	38,1%	14,3%	11,9%	35,7%	
Non sensibilisés	Effectif	0	7	15	33	55
	%	0,0%	12,7%	27,3%	60,0%	

Tableau 10 : Réponses, concernant l'application des DC, des participants ayant suivis des cours en fonction de leur sensibilisation à la corticophobie.

Parmi les 42 personnes sensibilisées à la corticophobie, 16 (38,1%) ont détecté de la corticophobie dans leur cours et donnent la bonne réponse.

Inversement, sur les 55 personnes non sensibilisées, 33 (60,0%) ne détectent pas de corticophobie dans leur cours mais ne donnent cependant pas la bonne réponse ($p=7,3 \times 10^{-6}$, le résultat est significatif).

L'utilisation d'une faible quantité de DC traduit une crainte concernant leur utilisation et donc une corticophobie. Cette crainte concerne majoritairement les personnes non sensibilisées. Leur perception de la corticophobie dans leur cours n'est pas fiable.

3. Formation complémentaire

3.1. Modalités d'application

L'unité phalangette est correctement conseillée par 73,3% des personnes ayant suivi une formation complémentaire jugée corticophobe et par 31,8% de celles qui ont suivi une formation complémentaire jugée non corticophobe ($p= 0,03$; le résultat est significatif).

3.2. Durée d'application

Parmi les 126 participants, 80 d'entre eux, soit 63,5%, proposent de façon correcte d'appliquer le DC tant que la plaque de DA est présente, avec la répartition suivante :

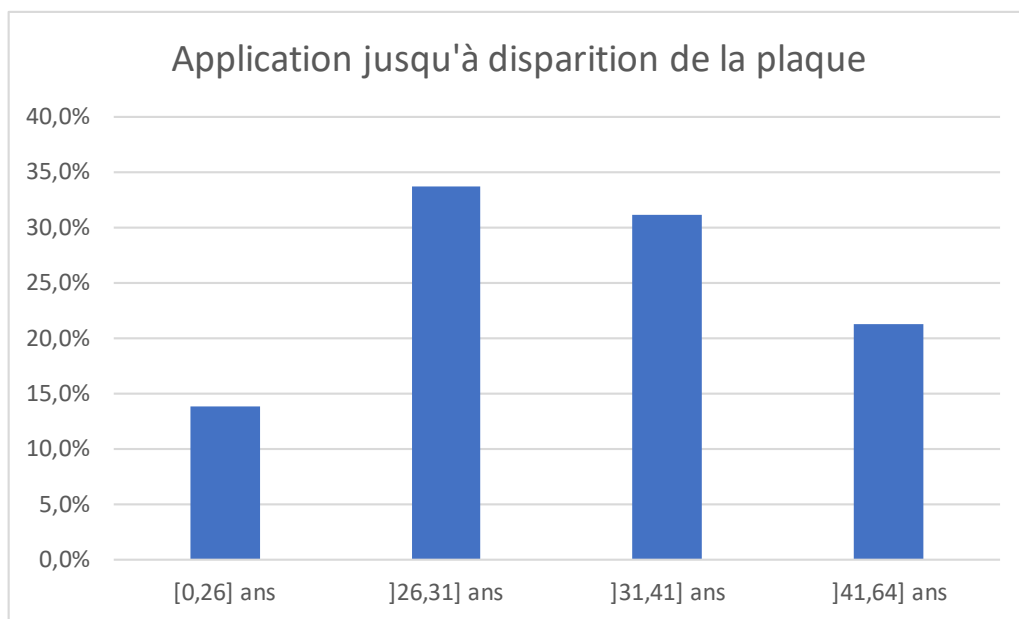


Figure 5 : Application des DC jusqu'à disparition de la plaque et âge des participants

Les personnes des classes d'âge]26;31] et]31;41], respectivement 33,8% et 31,3%, donnent le plus souvent la bonne réponse concernant la durée d'application des DC par rapport au moins de 26 ans (13,8%) et aux plus de 41 ans (21,2%) ($p=0,02$; le résultat est significatif).

Les réponses données par la tranche d'âge]26;41] ans ont été croisées avec le suivi ou non d'une formation complémentaire :

		Tant que la plaque est présente	Application durant une durée limitée	Total
Formation complémentaire	Effectif	20	2	22
	%	90,9%	9,1%	
Pas de formation complémentaire	Effectif	32	15	47
	%	68,1%	31,9%	

Tableau 11 : Durée d'application et formation complémentaire chez les]26;41] ans

Les participants ayant suivis une formation complémentaire sont plus nombreux (90,9%) à donner la bonne réponse comparativement à ceux qui n'ont pas suivi de formation complémentaire (68,1%) ($p= 0,04$, le résultat est significatif).

3.3. Modalités d'arrêt

L'arrêt brutal, sans décroissance progressive, correspond à la modalité d'arrêt recommandée pour les DC. Elle est proposée par 46,6% des personnes ayant eu une formation complémentaire ressentie comme corticophobe et 9,1% de ceux dont la formation complémentaire a été jugée comme non corticophobe ($p= 0,009$; le résultat est significatif).

3.4. Effets indésirables

3.1.1. Sécheresse de la peau

La connaissance de cet effet indésirable a été croisée avec le ressenti corticophobe des formations complémentaires :

		Sécheresse oui	Sécheresse non	Total
Formations jugées corticophobes	Effectif	8	5	15
	%	53,3%	33,3%	
Formations jugées non corticophobes	Effectif	6	16	22
	%	27,3%	72,7%	

Tableau 12 : Connaissance de la sécheresse comme EI et ressenti corticophobe dans les formations complémentaires.

Les personnes ayant ressenti de la corticophobie lors de leur formation complémentaire sont les plus nombreuses (53,3%) à donner la bonne réponse ($p=0,04$, le résultat est significatif).

3.5. Notion de corticophobie

La connaissance du terme corticophobie a été croisée avec le ressenti corticophobe des formations complémentaires.

		Formations complémentaires jugées corticophobes	Formations complémentaires jugées non corticophobes	Total
Terme corticophobie familier	Effectif	11	8	19
	%	57,9%	42,1%	
Terme corticophobie non familial	Effectif	4	14	18
	%	22,2%	77,8%	

Tableau 13 : Ressenti corticophobe des formations complémentaires et connaissance du terme corticophobie

Les personnes familières du terme corticophobie, jugent majoritairement (57,9%) les formations complémentaires corticophobes. ($p=0,03$; les résultats sont significatifs).

Parmi les 15 personnes jugeant leurs formations complémentaires corticophobes, 11 (73,3%) sont sensibilisées à la corticophobie.

4. Articles scientifiques

Parmi tous les participants, 54 (42,9%) ont lu des articles portant sur le traitement de la DA par les DC.

4.1. Durée d'application des dermocorticoïdes

La durée d'application des DC a été croisée avec le ressenti corticophobe dans les articles.

		Tant que la plaque est présente	Application durant une durée limitée	Total
Article jugé corticophobe	Effectif	14	3	17
	%	82,4%	17,6%	
Article jugé non corticophobe	Effectif	20	17	37
	%	54,0%	46,0%	

Tableau 14 : Durée d'application des DC et ressenti corticophobe dans les articles

La majorité des bonnes réponses (82,4%) est donnée par les personnes ayant ressenti de la corticophobie lors de la lecture d'articles scientifiques. Concernant les articles jugés non corticophobes 20 personnes donnent la bonne réponse, soit 54,0% ($p=0,05$; le résultat est significatif).

4.2. Effets indésirables des dermocorticoïdes

4.1.1. Atrophie de la peau

Pour 36 (65,5%) des personnes ayant lu des articles sur les DC et pour 34 (50%) des personnes n'ayant pas lu d'articles, l'atrophie de la peau est un EI ($p= 0,07$). Les résultats suivent une tendance qui pourrait être confirmée avec un effectif plus important. La lecture d'articles permet une augmentation des connaissances concernant l'atrophie en tant qu'EI des DC.

4.1.2. Vergetures

Pour 23 (18,3%) des 126 répondants, des vergetures peuvent être causées par les DC. C'est un des EI des DC.

Parmi eux, 9 (13,2%) n'ont pas lu d'articles sur les DC et 14 (25,5%) ont lu des articles sur les DC ($p = 0,07$). Là aussi, les résultats suivent une tendance qui pourrait être confirmée avec un effectif plus important.

Il semblerait que lire des articles permette d'augmenter la connaissance de cet EI.

4.3. Les bons conseils

Sur l'ensemble des 126 participants, 69 (54,8%) conseillent, incorrectement, de ne pas exposer au soleil les zones traités par DC car ils seraient photosensibilisants.

Les réponses concernant le potentiel photosensibilisant ont été croisées avec la lecture d'articles :

		Pas de photosensibilité des DC	Photosensibilité des DC	Total
Lecture d'articles	Effectif	31	25	56
	%	55,4%	44,6%	
Pas de lecture d'articles	Effectif	26	44	70
	%	37,1%	62,9%	

Tableau 15 : Photosensibilité des DC et lecture d'articles scientifiques

Ce conseil est donné par 44 (62,9%) des personnes n'ayant pas lu d'articles et par 25 (44,6%) des personnes en ayant lu ($p=0,04$; le résultat est significatif).

La lecture d'articles scientifiques diminue le nombre de mauvaises réponses concernant le potentiel photosensibilisant des DC.

4.4. Notion de corticophobie

Parmi les personnes sensibilisées, ayant lu un article jugé corticophobe, 10 (43,5%) indiquent correctement que les DC doivent être appliqués jusqu'à disparition de la plaque contre 4 (12,9%) pour les personnes non sensibilisées ($p=0,07$; les résultats suivent une tendance, dont la significativité pourrait être confirmée avec un effectif plus important).

Parmi les 17 personnes ayant jugé les articles corticophobes, 11 (64,7%) d'entre elles étaient sensibilisées à la corticophobie.

5. Éducation thérapeutique

Concernant l'éducation thérapeutique, seulement 7 (5,6%) personnes ayant répondu au questionnaire ont déjà participé à un programme d'éducation thérapeutique.

L'effectif étant réduit, même si le khi2 est significatif, sa fiabilité est faible et les résultats doivent être interprétés comme des tendances qui pourraient, avec un effectif plus important, devenir significatives.

Concernant l'application des DC chez les bébés de moins de 6 mois, 27 (21,4%) des répondants pensent que l'on ne peut pas en appliquer. Les 7 professionnels exerçant en ETP en font partie. L'ETP semble orienter vers l'idée qu'il ne faut pas appliquer de DC chez les bébés. Cette attitude est liée à une croyance disant que les DC sont dangereux pour la santé des bébés.

Par ailleurs, parmi ceux qui ont participé à un programme d'ETP, 3 (42,9%) se déclarent corticophobes et 4 (57,2%) parlent d'une corticophobie dans leur programme.

V. Discussion

1. Corticophobie	58
2. Formation initiale.....	59
2.1. Résultat principal.....	59
2.2. Résultats secondaires	60
3. Formation complémentaire	63
3.1. Résultat principal.....	63
3.2. Résultat secondaire	64
4. Articles scientifiques	64
4.1. Résultat principal.....	64
4.2. Résultats secondaires	65
5. Éducation thérapeutique	66
6. Synthèse.....	67
7. Limites de l'étude	69

La dermatite atopique est la deuxième dermatose la plus répandue en France. Elle touche 2,5 millions de Français⁽³¹⁾.

Malgré un traitement efficace (DC), le taux d'observance dans la dermatite atopique est faible (environ 30%). Il est inférieur à celui des traitements par voie orale des maladies chroniques⁽⁷⁾ (environ 50%).

Or, pour être considéré comme observant, un patient doit respecter 80% de l'ensemble des prises médicamenteuses indiquées par le schéma thérapeutique établi avec le médecin.

Cette faible observance peut être expliquée par plusieurs facteurs : mauvaise compréhension du traitement, recherche d'un traitement curatif de la pathologie et non symptomatique, ...

Mais l'une des principales causes reste la corticophobie⁽³²⁾, très souvent présente chez les patients.

Cependant, la corticophobie n'est pas exclusive aux patients, elle peut également être présente chez les professionnels de santé (médecins, infirmières, pharmaciens, ...) :

Une étude de 2019 par Lambrechts *et al*⁽³³⁾ a comparé la corticophobie de quatre groupes de personnels de santé : les pharmaciens, les pédiatres, les médecins généralistes et les dermatologues.

Dans cette étude, les soignants ont rempli un questionnaire inspiré du Topical Corticosteroid Phobia (TOPICOP), questionnaire permettant d'évaluer la corticophobie chez les patients. Tout comme le TOPICOP original, il comprend 12 questions : 6 sur les connaissances/croyances, 3 sur les inquiétudes et 3 sur les comportements vis-à-vis des DC. Quatre réponses sont proposées, par question, selon une échelle de Likert. On attribue à chaque réponse un certain nombre de points.

Pour chaque participant, le score global TOPICOP et les scores des différentes catégories sont ensuite exprimés en pourcentages. Le score maximal de 36 points (100%) correspond à la corticophobie la plus importante.

Le score TOPICOP global pour les pharmaciens s'élevait à (48,5±13,9) %. C'est le score le plus élevé de l'étude. Le score des médecins généralistes était de (46.0 ± 13.5) %, celui des pédiatres de (39.7 ± 14.5%) et celui des dermatologues de (32.3 ± 12.1) %.

Pour être considéré comme corticophobe, le score doit être égal ou supérieur à 16 points sur 36, soit en pourcentage : 44,4%⁽⁸⁾.

Il a donc été montré que parmi les quatre catégories de professionnels de santé, les pharmaciens étaient les plus corticophobes.

Dans la littérature existante, aucune étude concernant les origines de la corticophobie du personnel officinal n'a encore été menée.

1. Corticophobie

La sensibilisation à la corticophobie est beaucoup plus présente chez les étudiants (plus de la moitié) que chez les pharmaciens titulaires.

Le terme de corticophobie a été utilisé pour la première fois par Tuft en 1979⁽⁴⁾ puis par Patterson en 1989⁽⁶⁾. C'est donc dans les années 80/90 que l'on commence à parler de corticophobie.

Cela reste relativement récent, ce qui peut expliquer que les pharmaciens titulaires, plus âgés, ne sont pas forcément familiarisés avec ce terme.

Selon les participants se déclarant corticophobes, la source de cette corticophobie se trouverait principalement dans leur apprentissage (formation initiale et continue) mais également dans leur pratique professionnelle.

La présence d'une potentielle corticophobie au sein de la formation initiale serait responsable d'une méfiance des futurs professionnels de santé envers les DC. Ils n'ont alors, à la fin de leurs études, aucun outil leur permettant de repérer la corticophobie dans les informations qui leur parviennent. Si les formations complémentaires sont également une source de corticophobie, elles entretiennent la corticophobie des personnes qui les suivent qui ne sont pas en mesure de repérer la corticophobie. L'omniprésence de la corticophobie dans le parcours d'apprentissage entraînerait une corticophobie importante chez les professionnels travaillant en officine. Une corticophobie importante pourrait donc être présente dans les officines et expliquer que l'expérience professionnelle soit reconnue comme une source de corticophobie par les participants de l'étude.

Tout cela pourrait représenter un obstacle important dans la lutte contre la corticophobie des professionnels de santé.

2. Formation initiale

2.1. Résultat principal

Durant la formation initiale, actuelle ou plus ancienne, la quasi-totalité du personnel officinal ayant participé à l'étude (étudiants, pharmaciens, préparateurs) ont suivi des cours portant sur les dermocorticoïdes.

Dans notre étude, 9,5% ont déclaré ne pas avoir eu de cours sur les DC. Une étude belge menée en 2019 par Lambrecht *et al*⁽³³⁾, rapporte qu'un tiers des participants (33,3%) ne se souviennent pas avoir suivi des cours sur les DC.

Cette différence peut s'expliquer par des programmes d'enseignement différents dans les formations française et belge. Cela pourrait traduire qu'en France, le traitement de la DA par les DC est plus largement enseigné, les pharmaciens auraient donc une base de connaissances minimales sur les DC.

Environ deux tiers des cours suivis n'ont pas abordé la question de la corticophobie.

Comme la corticophobie représente l'une des principales causes de la non-observance des patients⁽³²⁾, il est important que cette notion soit abordée au cours de la formation initiale afin que les futurs professionnels soient capables de la détecter pour mieux la combattre.

Les trois tableaux suivants sont intéressants à étudier ensemble : le tableau 3 mettant en relation le ressenti corticophobe avec les modalités d'application, le tableau 4 mettant en relation le ressenti corticophobe avec les modalités d'arrêt des DC et le tableau 5 mettant en relation le ressenti corticophobe avec l'existence ou non d'un passage systémique des DC. Ils permettent de se rendre compte que les personnes apportant les bonnes réponses font partie, en majorité, des personnes ayant indiqué que la corticophobie était présente dans leur formation initiale. Elles sembleraient plus sensibles à la corticophobie et plus aptes à la détecter.

On a donc établi une comparaison entre les réponses des personnes sensibilisées et non sensibilisées pour savoir si les personnes sensibilisées à la corticophobie répondent mieux, de manière générale, que les non sensibilisées.

Pour répondre à cette question, deux tableaux sont utilisés : le tableau 9 comparant les réponses des personnes sensibilisées et non sensibilisées concernant le passage systémique des DC et le tableau 10 comparant les réponses des personnes sensibilisées et non sensibilisées concernant l'application des DC. Ils montrent qu'effectivement les personnes sensibilisées répondent majoritairement mieux que les autres lorsque les cours sont jugés corticophobes. Ils montrent également que la majorité des personnes non sensibilisées ne donnent pas la bonne réponse alors qu'elles disent ne pas avoir détecté de corticophobie. Elles sont donc moins aptes à reconnaître la corticophobie.

On peut donc dire que la sensibilisation à la corticophobie est importante pour être capable de la reconnaître dans les différentes sources d'informations mises à disposition.

Cette idée est appuyée par le fait que pratiquement tous les pharmaciens titulaires n'ont ressenti aucune corticophobie dans leur cours car très peu d'entre eux (17%) connaissent le terme de corticophobie. Ils ont eu du mal à la percevoir dans leur formation initiale.

Les personnes sensibilisées à la corticophobie sont capables de la détecter plus précisément que les personnes ne connaissant pas la notion de corticophobie. Leurs réponses, sur la présence ou non de corticophobie dans leur formation initiale, sont sûrement plus proches de la réalité et donc plus fiables. Elles peuvent donc être utilisées afin de répondre à l'objectif de cette étude.

Parmi les 29 personnes ayant ressenti de la corticophobie dans leurs cours, 22 (75,9%) connaissent la notion de corticophobie.

On en conclut donc que l'une des sources potentielles de la corticophobie chez le personnel officinal est la formation initiale.

2.2. Résultats secondaires

Malgré la présence de corticophobie dans les cours, ceux-ci sont vecteurs d'informations conformes aux recommandations concernant les DC :

- La sécheresse de la peau est reconnue en majorité par les plus jeunes, appartenant à la classe d'âge des étudiants et des jeunes diplômés. Cette connaissance diminue au fur et à mesure avec l'augmentation de l'âge des participants. Ce

serait donc dans les cours récents que le personnel officinal apprend que la sécheresse cutanée est un des effets indésirables des dermocorticoïdes.

Cependant à peine plus de la moitié des participants connaissent cet EI. Très souvent les effets indésirables des corticoïdes oraux sont attribués aux DC. Or la sécheresse de la peau n'est pas un effet indésirable des corticoïdes oraux, ce qui pourrait expliquer qu'à peine la moitié des participants le connaissent.

De plus la sécheresse de la peau n'est pas citée comme effet indésirable des DC dans les Résumés des Caractéristiques Produits de tous les DC^(30,34), ce qui participe à la méconnaissance de cet EI.

- Concernant l'arrêt des dermocorticoïdes, ce sont les étudiants qui donnent le plus la bonne réponse, suivis des pharmaciens non titulaires, des pharmaciens titulaires et des préparateurs qui ont le taux de bonne réponse le plus faible.

Les étudiants appartiennent en majorité à la classe des moins de 26 ans, les pharmaciens non titulaires à la classe des]26;31]ans et les pharmaciens titulaires se situent en majorité dans la classe des plus de 41 ans. La bonne modalité d'arrêt s'apprendrait donc durant la formation initiale des pharmaciens.

Les préparateurs, étant répartis quasiment de manière équivalente dans les différentes classes d'âge, cette conclusion ne peut pas leur être appliquée. Il faudrait un effectif plus important pour conclure.

Bien que la bonne information soit donnée pendant la formation initiale des futurs pharmaciens, l'arrêt le plus plébiscité reste l'arrêt progressif. Cela pourrait s'expliquer par une confusion avec l'arrêt des corticoïdes oraux qui doit obligatoirement se faire de manière progressive pour préserver les surrénales. Cela ne s'applique pas aux DC. Ne passant presque pas dans la circulation sanguine, ils n'ont aucun impact sur les organes internes.

- L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence que les personnes corticophobes sont plus nombreuses à reconnaître l'atrophie de la peau comme un effet indésirable des DC (véritable EI). Cette attitude peut être expliquée par le fait qu'ils attribuent beaucoup d'effets indésirables aux dermocorticoïdes mais

également par la confusion qui peut être faite entre les EI des corticoïdes oraux et ceux des dermocorticoïdes.

De plus, le tableau 6, croisant la connaissance de cet EI avec le ressenti corticophobe de la formation initiale, montre qu'environ les 2/3 des personnes n'ayant pas ressenti de corticophobie dans leur cours répondent correctement en indiquant que l'atrophie peut être causée par les DC.

On s'est alors intéressé aux réponses données par les personnes sensibilisées sur la connaissance de cet EI en fonction du ressenti corticophobe de la formation initiale (cf. tableau 7). La majorité des personnes sensibilisées, ayant jugé leur cours non corticophobe répond que l'atrophie cutanée est un EI des DC.

On peut donc dire que l'atrophie de la peau est un effet indésirable connu, à la fois par les personnes se déclarant corticophobes et par les personnes non corticophobes. Cela signifie que la connaissance de cet EI n'a pas de lien avec une potentielle corticophobie.

Cependant, certaines formations initiales véhiculent des notions très discutables dans le cas du traitement d'une DA par des DC :

- Arrêt progressif, dans le cas d'une dermatose chronique, pour éviter un phénomène de « rebond », avec utilisation alternée d'un DC plus faible et/ou d'un émollient
- Durée de traitement comprise entre 2 et 6 semaines en fonction de la puissance du DC
- Les DC peuvent être responsables, dans de rares cas, d'EI systémiques semblables à ceux d'une corticothérapie générale (ostéoporose, hyperglycémie, freinage hypophysaire, ...)
- Anomalies de pigmentation dues aux DC
- Application en couche fine du DC

Donc, comme cela a été montré dans l'étude, les cours sont vecteurs de mauvaises recommandations en ce qui concerne les DC.

3. Formation complémentaire

3.1. Résultat principal

D'après l'étude, 29,4% des répondants ont suivi une formation complémentaire sur les DC. Ils étaient 36,2% dans une étude anglaise datant de 2017, menée par Lau et Donyai⁽³⁵⁾. Elle s'intéressait, chez les pharmaciens, à la relation entre leurs connaissances, leur attitude envers les informations à leur disposition et leurs conseils concernant les DC. Ces pourcentages sont similaires. Environ un tiers seulement des officinaux a ressenti le besoin de consolider ses connaissances sur les DC en suivant une formation complémentaire.

Les deux tiers restants passent peut-être à côté de la possibilité de pouvoir actualiser leurs connaissances avec de nouvelles recommandations mais aussi d'être sensibilisés à la corticophobie comme le fait la formation *Pop training*.

Les résultats concernant les modalités d'arrêt et les modalités d'application mettent en évidence que les personnes apportant les bonnes réponses aux questions posées sont plus sensibles à la corticophobie et donc plus aptes à la détecter.

Les réponses des personnes sensibilisées ont alors été comparées à celles des personnes non sensibilisées mais aucun des tableaux n'est ressorti significatif. Il ne peut donc pas être affirmé que les personnes sensibilisées répondent mieux que les non-sensibilisées et que leurs réponses sont plus fiables concernant la détection de la corticophobie dans les formations complémentaires.

Les résultats n'étant pas concluants, on ne peut pas dire si les formations complémentaires sont source ou non de corticophobie malgré le fait que les formations complémentaires reconnues corticophobes le sont majoritairement par les personnes sensibilisées à la corticophobie (cf. tableau 13). Un effectif plus important pourrait permettre d'apporter une réponse.

Cependant, une corticophobie est détectée, dans les formations complémentaires, par les personnes sensibilisées à la corticophobie. Celle-ci vient s'ajouter à celle présente dans la formation initiale. Les pharmaciens sont soumis durant leur parcours d'apprentissage (pendant et après leurs études) à des croyances concernant les DC, responsables d'un entretien de leur

corticophobie. Ces facteurs cumulés pourraient ainsi avoir pour conséquence de rendre les pharmaciens corticophobes.

3.2. Résultat secondaire

La figure 5, reliant le pourcentage des participants ayant indiqué que les DC doivent être appliqués jusqu'à disparition de la plaque et leur âge, montre que la catégorie d'âge des]26;41] ans est celle qui répond le mieux en ce qui concerne la durée d'application des DC.

Le tableau 11, s'intéressant aux réponses données par les]26;41] ans, concernant la durée d'application et le suivi ou non d'une formation complémentaire, montre que le pourcentage de bonnes réponses diminue chez ceux qui n'ont pas suivi de formation complémentaire.

On peut en déduire que la recommandation d'application des DC est apprise au cours des formations complémentaires.

En conclusion, malgré une corticophobie ressentie par les participants dans les formations complémentaires, celles-ci sont quand même source de bons conseils, suivant les recommandations actuelles, concernant l'utilisation des DC.

4. Articles scientifiques

4.1. Résultat principal

Le tableau 14, mettant en relation la durée d'application des DC et le ressenti corticophobe dans les articles, montre que les personnes donnant la bonne réponse font partie en majorité de celles ayant détecté de la corticophobie dans les articles scientifiques.

Les réponses des personnes sensibilisées et non-sensibilisées ont alors été comparées. Cette comparaison montre qu'effectivement les personnes sensibilisées répondent majoritairement mieux que les autres lorsque les articles sont jugés corticophobes.

Ces résultats permettent d'arriver à la même conclusion que pour la formation initiale : les réponses données par les sensibilisés semblent plus fiables concernant la détection d'une potentielle corticophobie.

La majorité des articles reconnus corticophobes l'ont été par les participants sensibilisés à la corticophobie.

Il est donc possible de conclure que l'une des sources potentielles de la corticophobie chez le personnel officinal puisse être les articles scientifiques.

Les articles scientifiques alimentent et entretiennent la corticophobie chez les professionnels non sensibilisés. Ceux-ci manquent de recul, potentiellement en lien avec des formations initiale et continue peu adaptées à l'approche de la corticophobie et n'ont donc pas les outils nécessaires pour leur permettre de faire le tri et de s'approprier les informations dispensées par les articles scientifiques.

4.2. Résultats secondaires

Malgré cette corticophobie, il est possible de retrouver dans les articles des informations actuelles et correctes concernant les DC :

- D'après les résultats, les articles scientifiques sont des sources d'informations correctes concernant certains effets indésirables des DC. Les personnes qui ont lu des articles reconnaissent plus les vergetures et l'atrophie de la peau comme EI. Les articles informent sur les vrais effets indésirables et permettent ainsi de lutter contre la corticophobie.
- L'une des croyances, très ancrée dans l'esprit des pharmaciens, concerne les DC et l'exposition solaire. Beaucoup pensent que les DC sont photosensibilisants, c'est le cas de plus de la moitié des participants à l'étude. Les personnes, pensant que les DC sont photosensibilisants et ayant lu des articles sont moins nombreuses que celles qui n'en n'ont pas lu. Les articles permettent de diminuer cette croyance (cf. tableau 15).

On peut se rendre compte finalement qu'au sein de la littérature scientifique, on retrouve une hétérogénéité des résultats en termes de DC (notamment en raison d'une évolution des recommandations avec le temps, aux avis tranchés de certains auteurs, aux différentes « Écoles » d'apprentissage...).

Tout cela explique que finalement un mélange de « bons/mauvais » conseils est retrouvé dans les différents articles scientifiques. Si les équipes officinales ne possèdent pas assez de recul sur la corticophobie, il leur sera plus difficile de faire le tri dans toutes ces informations et de se les approprier correctement : cela pourra potentiellement être à l'origine de conseils inadaptés au comptoir de l'officine.

5. Éducation thérapeutique

Sur l'ensemble des participants de notre étude, 21,4% préconisent de ne pas appliquer de DC chez les bébés. Concernant l'application des DC sur les bébés, pour l'ensemble des répondants, nos résultats sont conformes à ceux de l'étude de 2019 de Lambrecht *et al*⁽³³⁾ (20,3%).

Cette croyance est répandue de manière équivalente en France et en Belgique, touchant environ 1/5 des professionnels officinaux.

L'étude a mis en lumière qu'aucune des personnes, faisant partis d'un programme d'ETP, ne recommande l'application des DC chez les nourrissons de moins de 6 mois.

L'ETP semblerait orienter vers la croyance qu'il ne faut pas appliquer de DC chez les bébés alors que les recommandations de la Société Française de Dermatologie sont unanimes : les DC peuvent également être appliqués chez les nourrissons. Les DC sont le traitement de référence pour toutes les personnes atteintes de DA, même les plus jeunes.

De plus, l'étude a montré qu'il existerait potentiellement une corticophobie au sein des programmes d'éducation thérapeutique avec plus de la moitié des répondants affirmant ressentir de la corticophobie au sein de leur programme et pratiquement la moitié d'entre eux se déclarent corticophobes.

Cette corticophobie possible ainsi que l'idée qu'il ne faut pas appliquer de DC sur les bébés sont contre-productifs et vont à l'encontre de l'objectif principal de l'éducation thérapeutique : lutter contre les idées reçues sur la DA et les DC, pour aider les patients à gérer au mieux leur pathologie.

L'effectif, extrêmement faible, de personnes impliquées dans un programme d'éducation thérapeutique ne permet pas d'apporter de conclusions mais uniquement des tendances qui pourraient devenir concluantes avec un effectif beaucoup plus important.

À cause de ce faible effectif (7 personnes), il n'est pas possible de conclure que l'ETP est une source de corticophobie ou non.

Cependant la définition de l'ETP n'a pas été donnée lors de la diffusion du questionnaire. On ne peut donc pas être sûr que celle-ci soit connue de tous et ne soit pas confondue avec par exemple des conseils donnés au comptoir lors de la délivrance de DC. Donc même si l'effectif avait été plus grand, il aurait pu ne pas refléter la réalité.

6. Synthèse

L'étude a permis de mettre en évidence une corticophobie au sein de différentes sources d'informations telles que la formation initiale et les articles scientifiques.

Les résultats bruts, obtenus non croisés entre eux, font apparaître une corticophobie notamment sur les points suivants :

- L'arrêt des DC suivant un schéma dégressif est la méthode d'arrêt qui reste la plus utilisée avec trois quarts des participants qui l'utilise.
- L'unité phalangette n'est utilisée que par environ un tiers des participants. Dans l'étude belge de Lambrecht *et al*⁽³³⁾ en 2019, 21,2% des répondants utilisent l'unité phalangette (38,9% dans notre étude). Le recours trop peu systématique à l'unité phalangette est comparable entre la France et la

Belgique. Ceci pourrait s'expliquer par la peur d'utiliser une quantité trop importante de DC et risquer l'apparition d'EI.

- Un peu plus de la moitié des participants pensent que les corticoïdes topiques réagissent au soleil (potentiel photosensibilisant).

Une étude française datant de 2019 de A.Sacko *et al*⁽³⁶⁾, s'est intéressée au malentendu concernant l'exposition au soleil des DC qui existe chez le personnel officinal. Il en ressort que 51% du personnel officinal jugeait les DC photosensibilisants sans y être réticent et que 36% était réticent aux DC et les jugeait également photosensibilisants. Dans notre étude, 54,8% pensent que les DC sont photosensibilisants. Une diminution de cette croyance est observée mais elle reste cependant encore très présente. Peut-être existe-t-il une confusion avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens sous forme topique qui sont photosensibilisants.

Toutefois certaines connaissances conformes aux dernières recommandations ressortent de l'étude :

- La plupart des répondants savent que les dermocorticoïdes ne possèdent pas de passage systémique.
- L'atrophie et la sécheresse de la peau sont bien reconnues comme des effets indésirables des DC
- Pratiquement deux tiers des répondants savent que les DC doivent être appliqués jusqu'à disparition de la plaque.

Une étude belge de Lambrecht *et al*⁽³³⁾ en 2019, s'est intéressée à la corticophobie des médecins généralistes, des pédiatres, des dermatologues et des pharmaciens. Parmi les pharmaciens 48,3% indiquaient que le traitement devait être appliqué jusqu'à disparition complète de la plaque d'eczéma (63,5% dans notre étude). La connaissance de cette recommandation est légèrement plus importante en France.

Comme cela a été montré, malgré une corticophobie bien présente, certaines recommandations correctes commencent à s'imposer dans la pratique officinale. Il est important de continuer dans cette voie en luttant contre les informations erronées.

Pour cela, il serait intéressant de se concentrer sur la base des connaissances du personnel officinal : leurs études.

La notion de corticophobie devrait être abordée lors de la formation initiale car plus la sensibilisation est importante, plus les professionnels seront capables de la détecter et de faire le tri dans les informations qui leur parviennent. Mais également de la repérer dans les discours tenus par leurs patients et d'avoir à leur disposition les outils adéquats pour la combattre.

De plus, les cours devraient être dispensés par des personnes spécialisées en dermatologie, plus aptes à être au courant des dernières recommandations concernant les DC. Les cours pourraient également s'inspirer du programme *Pop training*, très complet en ce qui concerne la dermatite atopique et ses traitements.

7. Limites de l'étude

Cette étude présente cependant quelques limites :

Certaines sont liées à la formulation du questionnaire envoyé aux pharmacies :

- La corticophobie n'a pas été définie. Une définition de la corticophobie aurait permis aux participants de savoir exactement ce dont il était question et leur permettre de répondre plus facilement aux questions posées.
- Tout le monde ne sait pas forcément en quoi consiste l'éducation thérapeutique. C'est pour cela qu'une définition de celle-ci aurait dû être précisée dans le questionnaire, afin d'éviter une confusion avec par exemple les conseils donnés au comptoir lors de la délivrance de DC.
- La dernière est liée la question : Quels conseils donnez-vous pour un traitement par DC, durant l'été ?
L'une des réponses « Appliquer les DC, comme recommandé le soir, et ne pas oublier la protection solaire le matin » a été mal formulée. L'utilisation

du mot « recommandé » permettait de savoir que cette réponse correspondait à la recommandation actuelle. Cela pouvait inciter les participants à cocher cette réponse, créant un nombre de réponses correctes possiblement plus important qu'en réalité.

Le recueil de données s'est déroulé durant la période COVID pendant laquelle les officines étaient surchargées de travail et pas très disponibles pour répondre au questionnaire. Par conséquent, le nombre de réponses n'a pas été aussi important qu'espéré. Le nombre de participants n'a pas été suffisant pour apporter une réponse concernant les formations complémentaires et l'ETP comme source de corticophobie. C'est une des limites de cette étude.

VI. Conclusion

D'après les résultats de ce travail et leur analyse, il a pu être mis en lumière que **la formation initiale et les articles scientifiques sont des sources de corticophobie.**

Les deux autres sources d'informations étudiées dans cette étude, l'éducation thérapeutique et les formations complémentaires, n'ont pas pu être identifiées comme étant ou non une source de corticophobie pour les officinaux. Cela peut s'expliquer par un effectif trop petit pour l'ETP et pour les formations complémentaires

Malgré cette corticophobie, de connaissances et recommandations actuelles concernant les dermocorticoïdes ont réussi à s'imposer, telles que :

- Les DC ne passent pas dans la circulation sanguine
- L'atrophie et la sécheresse de la peau sont connues comme étant des EI des DC.
- Les DC doivent être appliqués jusqu'à disparition de la plaque de DA.

Il est important de continuer à sensibiliser le personnel officinal à la corticophobie pour permettre aux nouvelles recommandations ainsi que les connaissances sur les DC de s'installer durablement dans leur pratique.

Une nouvelle étude menée avec des effectifs plus importants pour les personnes travaillant en ETP et pour les personnes ayant suivi une formation complémentaire serait intéressante en complément de l'étude qui a été faite. Cela permettrait d'apporter une réponse là où un effectif trop faible n'a pas permis de conclure si l'ETP et les formations complémentaires étaient ou non sources de corticophobie pour les pharmaciens.

Par ailleurs, l'expérience professionnelle, n'ayant pas fait l'objet de questions spécifiques au cours de cette étude, est l'une des origines de corticophobie souvent citées par les participants.

Une nouvelle étude portant sur d'autres potentielles origines telles que l'expérience (professionnelle et personnelle), l'entourage (professionnel et personnel), les notices des médicaments serait intéressante à mener.

VII. Bibliographie

1. Comprendre la dermatite atopique | Fondation Eczéma [En ligne]. Disponible sur : <https://www.fondationeczema.org/comprendre/types-eczema/eczema-atopique> (consulté le 20/06/2022)
2. Tilles G. Les dermocorticoïdes en 1952, une révolution en dermatologie. La Presse Médicale. sept 2005;34(15):1111-2.
3. Corticophobie | Fondation Eczéma [En ligne]. Disponible sur : <https://www.fondationeczema.org/lexique/corticophobie> (consulté le 18/06/2022)
4. Tuft L. « Steroid-phobia » in asthma management. Ann Allergy. mars 1979;42(3):152-9.
5. David TJ. Steroid scare. Arch Dis Child. sept 1987;62(9):876-8.
6. Patterson R, Walker CL, Greenberger PA, Sheridan EP. Prednisonephobia. Allergy Proc. déc 1989;10(6):423-8.
7. Module 2: REPLAY - Les fausses croyances sur les traitements : la corticophobie [Internet]. Disponible sur : <https://poptraining.fondationeczema.org/mod/page/view.php?id=280> (consulté le 25/04/2022)
8. Dermocorticophobie chez les soignants : exemple de la dermatite atopique [En ligne]. Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie. 2020. Disponible sur : <https://www.realites-dermatologiques.com/2020/10/dermocorticophobie-chez-les-soignants-exemple-de-la-dermatite-atopique/> (consulté le 20/06/2022)
9. SFD | Centres d'éducation thérapeutique [En ligne]. Disponible sur : <https://www.sfdermato.org/page-29-centres-d-education-therapeutique#list> (consulté le 25/05/2022)
10. Raffin D, Giraudeau B, Samimi M, Machet L, Pourrat X, Maruani A. Corticosteroid Phobia Among Pharmacists Regarding Atopic Dermatitis in Children: A National French Survey. Acta Derm Venerol. 2016;96(2):177-80.

11. Stalder JF, Avenel Audran M, Barbarot S, Bellon N, Bodemer C, Bourrel Bouttaz M, et al. Impact d'une formation e-learning sur les compétences des pharmaciens dans la prise en charge de l'eczéma atopique : l'expérience POP Training. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 déc 2020;147(12, Supplement):A243.
12. Qu'est-ce que l'atopie ? | Fondation Eczéma [En ligne]. Disponible sur : <https://www.pierrefabreeczemafoundation.org/comprendre/types-eczema/eczema-atopique/atopie> (consulté le 27/10/2022)
13. Braun C, Vocanson M, Nicolas JF, Nosbaum A. Physiopathologie de la dermatite atopique et des autres maladies atopiques : une approche globale est-elle possible ? *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. nov 2020;147(11):11S4-11.
14. Barbarot S, Aubert H. Physiopathologie de la dermatite atopique. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. janv 2017;144:S14-20.
15. Méliopoulos A LC. *La peau : Structure et physiologie* 2ème édition. 2012. 272 p.
16. Bérard F. Bases physiopathologiques de la dermatite atopique. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. janv 2005;132:151-82.
17. Module 1: REPLAY - Epidémiologie et physiopathologie de l'eczéma atopique - Dr. Barbarot [En ligne]. Disponible sur : <https://poptraining.fondationeczema.org/mod/page/view.php?id=266> (consulté le 25/04/2022)
18. Dermatite atopique : comment protéger sa peau dans son environnement quotidien ? [En ligne]. Disponible sur : <https://www.dermatite-atopique.fr/vivre/dermatite-atopique-comment-protoger-sa-peau-dans-son-environnement-quotidien/> (consulté le 17/10/2022)
19. Quels conseils avant de partir en vacances ? [En ligne]. Disponible sur : <https://www.dermatite-atopique.fr/vivre/quels-conseils-avant-de-partir-en-vacances/> (consulté le 17/10/2022)
20. Traitement oral de l'eczéma | Fondation Eczéma [En ligne]. Disponible sur : <https://www.fondationeczema.org/traiter/medicaments/traitements-generaux> (consulté le 18/06/2022)

21. Traitement local de l'eczéma | Fondation Eczéma [En ligne]. Disponible sur : <https://www.fondationeczema.org/traiter/medicaments/traitements-locaux> (consulté le 18/06/2022)
22. Faure S. Dermocorticoïdes. Actualités Pharmaceutiques. juin 2014;53(537):53-6.
23. Module 3: REPLAY - Le traitement local : les anti-inflammatoires topiques [En ligne]. Disponible sur : <https://poptraining.fondationeczema.org/mod/page/view.php?id=310> (consulté le 25/04/2022)
24. Marniquet ME, Barbarot S. Dermatite atopique de l'enfant et de l'adolescent. Revue Française d'Allergologie. oct 2020;60(6-7):469-75.
25. Module 1: REPLAY - Les bases du traitement de l'eczéma atopique - Pr. Stalder [En ligne]. Disponible sur : <https://poptraining.fondationeczema.org/mod/page/view.php?id=267> (consulté le 25/04/2022)
26. Résumé des caractéristiques du produit - DERMOVAL 0,05 %, crème - Base de données publique des médicaments [En ligne]. Disponible sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61777782&typedoc=R> (consulté le 27/10/2022)
27. Williams DM. Clinical Pharmacology of Corticosteroids. Respir Care. juin 2018;63(6):655-70.
28. les Dermocorticoïdes-def.pdf [En ligne]. Disponible sur : <https://www.fondationeczema.org/sites/default/files/les%20Dermocorticoïdes-def.pdf> (consulté le 24/05/2022)
29. Clobetasol topical Side Effects: Common, Severe, Long Term [En ligne]. Drugs.com. Disponible sur : <https://www.drugs.com/sfx/clobetasol-topical-side-effects.html> (consulté le 24/11/2022)

30. Résumé des caractéristiques du produit - CLARELUX 500 microgrammes/g, crème - Base de données publique des médicaments [En ligne]. Disponible sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63339576&typedoc=R#RcpEffetsIndesirables> (consulté le 17/11/2022)
31. sfd-dossier-de-presse-dans-la-peau-des-francais-698b341f63725ea142271ed9b39e0980.pdf [En ligne]. Disponible sur : <https://www.sfdermato.org/upload/presse/sfd-dossier-de-presse-dans-la-peau-des-francais-698b341f63725ea142271ed9b39e0980.pdf> (consulté le 18/09/2022)
32. Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, Fontenoy A m., Nguyen J m., Leux C, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *British Journal of Dermatology*. 2011;165(4):808-14.
33. Lambrechts L, Gilissen L, Morren M. Topical Corticosteroid Phobia Among Healthcare Professionals Using the TOPICOP Score. *Acta Derm Venerol*. 2019;99(11):1004-8.
34. Résumé des caractéristiques du produit - DIPROSONE 0,05 %, crème - Base de données publique des médicaments [En ligne]. Disponible sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61938997&typedoc=R#RcpEffetsIndesirables> (consulté le 19/11/2022)
35. Lau W, Donyai P. Knowledge, Attitude and Advice-Giving Behaviour of Community Pharmacists Regarding Topical Corticosteroids. *Pharmacy*. 25 juill 2017;5(3):41.
36. Sacko A, Prot-Labarthe S, Bourdon O, Bourrat E. Dermocorticoïdes et soleil: un malentendu chez les pharmaciens. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 déc 2019;146(12, Supplement):A107.

Annexe

Questionnaire envoyé aux officines

Thèse de Pharmacie

Étude des causes de la corticophobie dans la prise en charge de la dermatite atopique en officine.

La corticophobie liée à la prise en charge de la dermatite atopique (DA) est largement documentée dans la littérature internationale, concernant le ressenti négatif de certaines personnes traitées par dermocorticoïdes (DC) : en général ce ressenti s'explique par les croyances personnelles, les expériences vécues, mais aussi l'influence de l'entourage plus ou moins proche... Cependant, il n'existe pas à ce jour de données sur les causes de corticophobie lorsque celle-ci est exprimée par des professionnels de santé. Dans le cadre de ma thèse, j'essaie d'apporter des pistes de réflexion sur de potentielles causes de corticophobie pouvant être rencontrées par les professionnels à l'officine, prenant en charge des patients atteints de DA et traités par DC.

Dans ce questionnaire anonyme, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, l'objectif étant d'obtenir un état des lieux de la question : il vous suffit donc simplement de répondre sincèrement à chacun des items.

Profession : Pharmacien titulaire Pharmacien non titulaire Préparateur
 Étudiant en pharmacie Étudiant préparateur

Sexe : Féminin Masculin

Année de naissance : _ _ _ _

Code postal du lieu d'exercice : _ _ _ _

En crise de DA, quelle est la durée max d'application des DC (1 seul choix possible) ?

- 2 jours maximum
- 1 semaine maximum
- 2 semaines maximum
- Tant que la plaque de DA est présente

Comment appliquer un DC pour traiter une plaque de DA d'une surface équivalente à 4 paumes de main ?

- Appliquer le DC en touches espacées, puis étaler jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé
- Appliquer une faible quantité de DC, équivalente à un petit pois, et faire pénétrer
- Appliquer une quantité de DC équivalente à 2 unités phalanges sur la plaque sans faire pénétrer

Quelles sont les modalités d'arrêt des DC ?

- Arrêt progressif avec une application 1j/2 puis 1j /3
- Utilisation d'un dermocorticoïde d'une force inférieure à celui utilisé pour traiter
- Arrêt brutal possible dès la fin du traitement

Sur quelle surface les appliquer ?

- La plus petite surface possible
- Uniquement sur la plaque
- Sur la plaque tout en dépassant un peu sur les bords au niveau de la peau saine

Peut-on appliquer des DC à un nourrisson de moins de 6 mois ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Peut-on appliquer des DC sur les paupières ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Existe -t-il un risque significatif de passage systémique des DC (passage dans le sang) ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Pensez-vous que les DC peuvent être responsables d'effets indésirables ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Si oui quels sont-ils (plusieurs choix possibles) ?

Ostéoporose

Retard de croissance

Atrophie de la peau

Diabète

Vergetures

Prise de poids

Chute de dents

Photosensibilité

Sécheresse de la peau

Tâches de dépigmentation

Quels conseils donnez-vous pour un traitement par DC, durant l'été (plusieurs choix possibles) ?

Appliquer les DC, comme recommandé le soir, et ne pas oublier la protection solaire le matin

Appliquer les DC le matin et utiliser une photoprotection mécanique (vêtements couvrants)

Ne pas exposer au soleil les zones traitées car les DC sont photosensibilisants

Ne pas s'exposer au soleil car on ne peut pas appliquer de crème solaire par-dessus les DC

Arrêter le traitement par DC

Le terme de corticophobie vous est-il familier ?

Oui

Non

Pendant vos études avez-vous eu des cours portant sur les DC ?

Oui Non

Si oui, le potentiel iatrogène des DC a-t-il été traité ?

Tout à fait Un peu Pas vraiment Pas du tout

Si oui, pensez-vous que la corticophobie y était présente ?

Tout à fait Un peu Pas vraiment Pas du tout

Avez-vous déjà suivi des formations complémentaires sur la DA et l'utilisation des DC ?

Oui Non

Si oui, pensez-vous que la corticophobie y était présente ?

Tout à fait Un peu Pas vraiment Pas du tout

Participez-vous à un programme d'éducation thérapeutique sur la DA ?

Oui Non

Si oui, pensez-vous que la corticophobie y était présente ?

Tout à fait Un peu Pas vraiment Pas du tout

Avez-vous déjà lu des articles scientifiques portant sur le traitement de la DA par les DC ?

Oui Non

Si oui, pensez-vous que la corticophobie y était présente ?

Tout à fait Un peu Pas vraiment Pas du tout

Certains points concernant le potentiel iatrogène des DC vous semblent-ils contradictoires entre les diverses sources d'informations (études, articles, formations complémentaires ...) ?

Oui Non

Pensez-vous être corticophobe ?

Oui Non

Si oui, quelles en sont les origines (plusieurs choix possibles) ?

- Expérience professionnelle
- Expérience personnelle
- Formation initiale
- Formation continue
- Les dires de l'entourage proche
- Croyances personnelles

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Résumé

La dermatite atopique est la 2^{ème} maladie de peau la plus fréquente en France après l'acné. C'est une dermatose inflammatoire chronique multifactorielle qui touche 2,5 millions de Français. Malgré un traitement efficace, les dermocorticoïdes, l'observance est très faible (32%).

Le pharmacien joue donc un rôle clé dans l'adhésion des patients car il est le dernier professionnel de santé au contact des patients.

Lutter contre la corticophobie des pharmaciens en connaissant les origines de celle-ci permettrait de diminuer la corticophobie des patients et ainsi d'augmenter l'observance dans la dermatite atopique.

L'objectif de cette étude est de déterminer si la formation initiale des pharmaciens, les formations complémentaires, les articles scientifiques ou les programmes d'éducation thérapeutique sur la dermatite atopique peuvent être à l'origine de la corticophobie en officine.

Pour cela, un questionnaire a été rédigé et diffusé auprès du personnel officinal sur le territoire français. Ce questionnaire portait sur leurs connaissances, leurs sources d'information concernant les DC et sur une auto-évaluation de leur propre corticophobie.

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en lumière l'existence d'une corticophobie au sein de la formation initiale ainsi que dans les articles scientifiques. Cependant aucune conclusion n'a pu être apportée concernant les formations complémentaires et les programmes d'éducation thérapeutique à cause d'effectifs faibles.

Ils permettent aussi de montrer que malgré une corticophobie présente dans certaines des sources d'informations du personnel officinal, les connaissances et les nouvelles recommandations sur les DC commencent à s'imposer.

Mots clés : Dermatite atopique - Dermocorticoïdes - Corticophobie - Équipe officinale