



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La dermatite atopique chez le nourrisson et le jeune enfant
(de 2 ans à 6 ans) : descriptif de l'usage des dermocorticoïdes
en médecine générale.**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 25 juin 2015 à 18H00
au Pôle Recherche
Par Guillaume Demarest

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique TURCK

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Docteur François DUBOS

Madame le Docteur Audrey LASEK-DURIEZ

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Philippe MODIANO

Table des matières

Résumé
Introduction	1
Rappels généraux	3
1. Physiopathologie	3
1.1 Anomalies de la fonction barrière.....	3
1.2 Facteurs immunologiques.....	4
1.3 Facteurs environnementaux et théorie hygiéniste.....	4
1.4 Origine génétique	5
2. La marche atopique.....	5
3. Bilan allergologique	6
4. Le diagnostic	6
5. Quelles complications?.....	8
6. Définition du terme de poussée	9
7. Prise en charge de la dermatite atopique chez le nourrisson et le jeune enfant....	9
7.1 Traitements des poussées.....	9
7.2 Traitements d'entretien	11
7.3 Traitements réservés aux formes sévères	12
8. Effets secondaires potentiels des dermocorticoïdes	12
9. Contre-indications des dermocorticoïdes.....	13
10. Place de l'éducation thérapeutique dans la dermatite atopique	13
10.1 L'éducation thérapeutique.....	13
10.2 Intérêts du programme d'éducation thérapeutique	13

10.3 Les centres d'éducation thérapeutique pour la dermatite atopique	14
Matériels et méthodes	16
1. Type d'étude	16
2. Entretiens exploratoires	16
3. Questionnaire	18
4. Population de médecins interrogés.....	19
5. Analyses statistiques	19
Résultats	20
1. Effectifs des médecins inclus dans l'étude	20
2. Données démographiques des médecins interrogés	21
3. Expériences des médecins généralistes dans la dermatite atopique	22
4. Stratégies thérapeutiques au cours des poussées de dermatite atopique	23
4.1 Signes cliniques de dermatite atopique conduisant à la prescription de dermocorticoïdes.....	24
4.2 Traitements prescrits en première intention chez le nourrisson.....	25
4.3 Traitements prescrits en première intention chez le jeune enfant.....	27
4.4 Influence de l'age de l'enfant et du siège des lésions	29
4.4.1 Dermocorticoïdes prescrits sur le visage et le corps du nourrisson.....	29
4.4.2 Dermocorticoïdes prescrits sur le visage et le corps du jeune enfant.....	30
4.4.3 Classes de dermocorticoïdes utilisés.....	31
5. Avis portés par les médecins sur les dires concernant les dermocorticoïdes	32
6. Craintes des médecins vis-à-vis des dermocorticoïdes	35
Discussion	36
1. Validité de l'étude	36
1.1 Forces de l'étude	36
1.2 Faiblesses de l'étude	36
2. Résultats principaux et confrontation aux données de la littérature	37
2.1 Attitudes thérapeutiques en cas de poussée de dermatite atopique	37
2.2 Défiances vis-à-vis des dermocorticoïdes.....	40

3. Perspectives d'amélioration des pratiques	43
Conclusion.....	46
Références bibliographiques	48
Annexes	58
Annexe 1 : SCORAD.....	58
Annexe 2 : PO-SCORAD	59
Annexe 3: Classification des dermocorticoïdes	60
Annexe 4: Entretiens exploratoires	61
Annexe 5: TOPICOP	69
Annexe 6: Questionnaire	70

Auteur : Demarest Guillaume

Date de Soutenance : Jeudi 25 juin 2015

Titre de la Thèse : La dermatite atopique chez le nourrisson et le jeune enfant (de 2 ans à 6 ans) : descriptif de l'usage des dermocorticoïdes en médecine générale.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : dermatite atopique, dermocorticoïdes, médecine générale, nourrissons, enfants

Résumé

- **Contexte** : La dermatite atopique est une maladie cutanée inflammatoire chronique pour laquelle les dermocorticoïdes constituent le traitement de référence des poussées. Ce travail a pour but d'étudier les déterminants de la prescription des dermocorticoïdes en médecine générale, chez le nourrisson et le jeune enfant, pour le traitement des poussées de dermatite atopique.

- **Méthode** : Il s'agit d'une étude transversale descriptive. Trois entretiens exploratoires auprès de médecins généralistes ont été préalablement réalisés. Un questionnaire a été envoyé en Février 2014 à 250 médecins généralistes travaillant en France métropolitaine, issus d'un tirage au sort. Une relance téléphonique était effectuée en cas d'absence de réponse au-delà de 3 semaines après l'envoi postal.

- **Résultats** : 96 médecins ont été inclus dans l'étude. Les signes cliniques de dermatite atopique conduisant à la prescription de dermocorticoïdes étaient l'érythème (79% des réponses), le suintement (36%), l'œdème (32%) et la xérose cutanée isolée (32%). En cas de poussée, les dermocorticoïdes étaient utilisés en première intention chez le nourrisson et chez le jeune enfant, par respectivement 57% et 79% des médecins. Ils étaient significativement moins prescrits sur le visage que sur le corps chez le nourrisson comme chez le jeune enfant ($p < 0,05$). Les dermocorticoïdes d'activité modérée étaient les plus prescrits. 51% des médecins disaient craindre les potentiels effets secondaires des corticoïdes locaux.

- **Conclusion** : Les signes cliniques, l'âge, la localisation corporelle des lésions ont été identifiés comme déterminants de la prescription de dermocorticoïdes, chez le nourrisson et le jeune enfant en médecine générale. L'élaboration de recommandations sur la dermatite atopique dans la population pédiatrique en médecine générale semble nécessaire.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Dominique TURCK

Assesseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Docteur François DUBOS

Madame le Docteur Audrey LASEK-DURIEZ

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Philippe MODIANO

Adresse de l'auteur :

- 20 allée Auguste Renoir 59133 Phalempin
- guillaumedemarest@yahoo.fr

INTRODUCTION

La dermatite atopique, également connue sous le nom d'eczéma atopique ou de dermite atopique est une maladie inflammatoire chronique de la peau.

Elle évolue par poussées avec une amélioration voire une guérison le plus souvent vers l'âge de 5-6 ans.

La prévalence de la dermatite atopique en France est estimée à 10,4% chez les nourrissons, à 16,5% chez les jeunes enfants de 3 à 4 ans et à 14,2% chez les jeunes enfants de 5 à 6 ans. (1)

La prévalence de cette maladie a triplé en 30 ans dans les pays industrialisés. (2)

La dermatite atopique est considérée comme la pathologie dermatologique la plus fréquente. Elle figurait au 35ème rang des résultats des motifs de consultation selon l'observatoire de la Médecine Générale en 2010 et représentait 2,4% des motifs de consultations de Médecine Générale. (3)

Les médecins généralistes rencontrent la plupart des cas de dermatite atopique chez des enfants âgés de moins de 7 ans et plus particulièrement avant l'âge de 2 ans pour 67% de ces praticiens. (4)

En France, une enquête de pratique a été réalisée entre juin et août 2004, dans le cadre de l'élaboration de la conférence de consensus, sur la prise en charge de la

dermatite atopique de l'enfant. Des dermatologues, pédiatres, médecins généralistes et allergologues étaient inclus. Seuls 28% des médecins généralistes, participant à l'étude, prescrivaient des dermocorticoïdes en première intention. (4)

En octobre 2004, la conférence de consensus établie par la Société Française de dermatologie, recommande les dermocorticoïdes comme traitement de référence de la dermatite atopique. (5)

Notre étude a été réalisée afin de décrire la prise en charge actuelle des poussées de dermatite atopique en médecine générale chez le nourrisson et le jeune enfant (de 2 à 6 ans).

L'analyse des résultats a pour principal objectif de répondre à la question suivante : Quels sont les déterminants de la prescription de dermocorticoïdes en médecine générale, chez le nourrisson et le jeune enfant, pour le traitement des poussées de dermatite atopique ?

L'objectif secondaire a pour but d'exposer les avis des médecins généralistes à propos des dires et des craintes vis-à-vis des dermocorticoïdes.

RAPPELS GENERAUX

1. Physiopathologie :

La dermatite atopique provient comme son nom l'indique du terme « dermatite » défini par une maladie inflammatoire de la peau et du terme « atopie » correspondant à une prédisposition héréditaire aux manifestations inflammatoires (dermatite atopique, asthme allergique, rhinite allergique).

La dermatite atopique est issue d'une interaction complexe entre une barrière épidermique dysfonctionnelle, des anomalies de l'immunité innée et acquise, des facteurs environnementaux et génétiques. (6)

1.1 Anomalies de la fonction barrière :

Chez le sujet atopique, les anomalies de la couche cornée et des lipides cutanées de surface causent la sécheresse cutanée et expliquent l'intérêt d'utilisation des émoullients.

D'autre part, le rôle pathogénique d'une protéine la filaggrine (protéine clé de la barrière épidermique et de l'hydratation de la couche cornée), intervient également. Le gène codant cette protéine est retrouvé muté chez 10 à 30 % des patients atteints de dermatite atopique avec un risque plus accru de dermatite atopique précoce et sévère, d'asthme et/ou d'allergie alimentaire associée. (7)

1.2 Facteurs immunologiques :

L'attaque de la barrière cutanée par des virus, des bactéries, et allergènes entraîne une augmentation de production d'une cytokine appelée TSLP (lymphopoïétine stromale thymique) par les kératinocytes de la peau. Cette cytokine va induire une stimulation de la différenciation lymphocytaire responsable de la production d'IgE et de l'augmentation du nombre d'éosinophiles, deux éléments caractéristiques de la réponse allergique. (6)

1.3 Facteurs environnementaux et théorie hygiéniste :

Des études de cohorte ont recherché à évaluer l'impact des facteurs environnementaux sur l'histoire naturelle de la dermatite atopique. Des résultats contradictoires ont été retrouvés à propos de l'influence d'une diversification alimentaire précoce sur le risque de développement d'une dermatite atopique. (8) Une étude démontrait une corrélation entre la présence d'une sensibilisation allergique et le risque de dermatite atopique précoce. (9)

La théorie hygiéniste rapporte un lien entre la fréquence de la dermatite atopique et un niveau socioéconomique élevé, une fratrie peu nombreuse, ainsi qu'un mode de vie urbain par une diminution des infections et un microbiote intestinal peu diversifié. (10)

De même, la prise du probiotique *Lactobacillus* pendant la grossesse diminuerait l'incidence de la dermatite atopique. (11)

1.4 Origine génétique :

La dermatite atopique est une maladie à prédisposition génétique.

Le risque pour un enfant d'être atteint de dermatite atopique, d'un asthme ou d'une rhinite allergique lorsqu' un parent de premier degré est atteint de cette pathologie est estimé à 50-70%. (12)

Plusieurs gènes sont impliqués dans la pathogenèse de la dermatite atopique : des gènes codant pour des protéines de l'épiderme, et des gènes codant pour des éléments majeurs du système immunitaire.

2. La marche atopique :

La première manifestation de l'eczéma atopique débute le plus souvent avant l'âge de 1 an et évolue vers la guérison dans la majorité des cas vers l'âge de 5 ans.

Il existe des résurgences à l'adolescence, parfois à l'âge adulte chez 10 à 15% des patients. (13)

La dermatite atopique évolue par poussées alternant avec des périodes de rémission. La marche atopique fait référence au fait que l'on retrouve chez certains patients la succession de manifestations d'eczéma avant la première année de vie, puis l'asthme entre 2 et 4 ans et, ensuite la rhino-conjonctivite allergique. Dans une étude de cohorte allemande portant sur 1314 enfants de la naissance à l'âge de 7 ans, le risque de développer un asthme chez les enfants atteints de dermatite atopique était trois fois plus élevé en comparaison aux enfants sans antécédent d'atopie. (9)

3. Bilan allergologique :

Les explorations allergologiques ne sont à proposer qu'en cas d'échec d'un traitement local bien conduit, de stagnation, de cassure de la courbe pondérale, ou de signes associés (troubles digestifs, respiratoires ou signes évocateurs d'une allergie de contact). (5)

4. Le diagnostic :

Le diagnostic de dermatite atopique est clinique et anamnestique. La topographie des lésions varie avec l'âge.

Chez le nourrisson, les éruptions sont à type de placards érythémateux à limites émiettées, prurigineuses, suintantes puis croûteuses ; atteignant les zones convexes du visage (avec respect de la région centro-faciale) et s'étendant sur les faces d'extension des membres et du tronc.

Après l'âge de 2 ans, l'atteinte cutanée se présente sous forme de lésions moins suintantes parfois lichénifiées des plis de flexion des membres souvent au niveau des mains et des chevilles.

Chez l'adolescent et l'adulte, les lésions ont un aspect similaire aux éruptions de l'enfant de plus de deux ans avec une tendance nette à la lichénification. On assiste également à d'autres tableaux plus particuliers sous forme de prurigo, d'érythrodermie.

(12)

Les outils les plus souvent utilisés pour confirmer le diagnostic d'une dermatite atopique sont les critères de Williams HC et al. Br J Dermatol 1994 : (14)

Critère obligatoire: dermatose prurigineuse chronique associée à 3 ou plus des critères suivants :

- 1. Eczéma visible des plis de flexion et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans
- 2. Eczéma des grands plis visible ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de 4 ans
- 3. Antécédents personnels d'asthme ou de rhinite allergique (ou antécédents familial direct d'atopie chez l'enfant de moins de 4 ans)
- 4. Antécédents personnels de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année
- 5. Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans)

Un score de gravité de la dermatite atopique appelé SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis), a été créé et validé par l'European Task Force on Atopic Dermatitis.

L'évaluation du score se base sur trois critères : la surface atteinte (en pourcentage de la surface corporelle), les symptômes objectifs focalisés sur l'intensité de l'eczéma et les symptômes subjectifs sur le retentissement fonctionnel. On différencie ainsi selon les résultats obtenus trois degrés de sévérité (score <20 : dermatite atopique légère, score entre 20 et 40 : dermatite atopique modérée, score >40 : dermatite atopique sévère). (15) (Annexe 1)

Un outil d'auto-évaluation, le PO-SCORAD (Patient Oriented SCORAD) établi en 2011 par le même groupe d'experts, adapté aux patients permet d'établir également un suivi évolutif de la pathologie et favorise l'acquisition d'une autonomie du patient et des parents. Ce score peut être calculé par le patient à partir de plusieurs supports disponibles (logiciel, application numérique, version papier). (16) (Annexe 2)

5. Quelles complications ?

Il s'agit principalement des surinfections bactériennes et virales. Le diagnostic d'impétiginisation (surinfection bactérienne à staphylocoque doré) est clinique et s'établit sur la présence de lésions vésiculo-bulleuses, de croûtes mélicériques, d'un placard inflammatoire s'accompagnant ou non d'une fièvre justifiant alors une antibiothérapie.

La surinfection par le virus herpès HSV constitue le syndrome de Kaposi-Juliusberg, dans sa forme la plus grave, qui se traduit par la survenue brutale d'un syndrome infectieux marqué associé à une éruption vésiculo-pustuleuse explosive. (12)

D'autres complications sont à craindre ; la survenue d'une autre affection atopique (asthme, rhinite allergique, urticaire), l'association à un eczéma de contact plus fréquente.

Le retentissement est souvent important sur la qualité de vie et notamment au niveau psychoaffectif dans les formes sévères. L'étude de Ben-Gashir en 2004 notait un retentissement de la maladie sur la qualité de vie même en cas de nullité du score de sévérité clinique (SCORAD). (17)

6. Définition du terme de poussée :

L'inflammation au cours d'une poussée se déroule en plusieurs phases. Initialement apparaît la phase d'érythème (ou érythémato-oedémateuse) puis survient la phase vésiculeuse suivie de la phase de suintement et enfin la phase desquamative. (18)

Le terme de « poussée de dermatite atopique » a été défini comme une aggravation de l'eczéma suscitant l'instauration de dermocorticoïdes ou un avis médical spécialisé. (19)

Le National Institute for Health and Care Excellence qualifie le terme de poussée comme une période de phase aiguë de la maladie se traduisant par une aggravation des signes cliniques (lésions érythémateuses, œdématisées, ou prurigineuses). (20)

7. Prise en charge de la dermatite atopique du nourrisson et du jeune enfant :

7.1 Traitements des poussées :

Les dermocorticoïdes, encore appelés corticoïdes locaux, constituent le traitement de référence de la dermatite atopique. (5)(20)

Ils sont utilisés depuis plus de 50 ans pour le traitement de cette pathologie mais également dans de nombreuses autres pathologies dermatologiques inflammatoires, dysimmunitaires ou tumorales. Ils jouent un rôle anti-inflammatoire en inhibant la synthèse des cytokines. Par leur effet vasoconstricteur, les dermocorticoïdes diminuent la perméabilité capillaire réduisant rapidement l'érythème et l'œdème.

Les dermocorticoïdes sont répartis en 4 classes en fonction de leur puissance. Cette classification est déterminée par le test de vasoconstriction de McKenzie, créé dans les années 1960, mesurant l'intensité de blanchiment de peau chez un sujet sain suite

à l'application de dermocorticoïdes sous occlusion, et par les résultats d'essais cliniques. (21) La classification des dermocorticoïdes en France est celle de l'Autorisation de Mise sur le Marché française (AMM). (Annexe 5) D'autres classifications internationales utilisent un ordre inverse.

Leur utilisation recommandée dans le cadre de la dermatite atopique est la suivante :

Les dermocorticoïdes d'activité très forte (classe 4) sont contre-indiqués chez le nourrisson, le jeune enfant ainsi que sur le visage, les plis, le siège.

Les dermocorticoïdes d'activité forte (classe 3) sont à réserver en cure courte sur les lésions résistantes aux dermocorticoïdes d'activité modérée, aux formes lichénifiées, aux extrémités, et ne sont pas recommandées chez le nourrisson de moins de 3 mois en l'absence de données.

Les dermocorticoïdes d'activité modérée (classe 2) doivent être prescrits en première intention chez le nourrisson et l'enfant sur toutes les zones à traiter (visage et corps).

Les dermocorticoïdes d'activité faible (classe 1) ont peu de place en thérapeutique.

(22)

L'unité dite « phalangette » introduite par deux anglais permet une mesure de la quantité de dermocorticoïdes à appliquer. Une dose de crème ou de pommade déposée d'un trait continu sur toute la longueur de la dernière phalange de l'index d'un adulte permet de traiter une surface cutanée équivalente à la surface des deux mains d'un adulte. Cette unité correspond à 0.5 grammes de produit. (23)

Une application quotidienne sur les lésions est recommandée jusqu'à l'obtention d'une amélioration clinique franche (le plus souvent 4-8 jours). (5)

Les crèmes sont recommandées sur les lésions suintantes comme sur les plis, les

pommades sont plus adaptées aux lésions sèches, lichénifiées. (5)

Les émollients doivent être utilisés en phase aiguë pour diminuer la sécheresse cutanée, en association avec les dermocorticoïdes.

Les antihistaminiques sont prescrits sur une période courte pour traiter le prurit et ainsi limiter les éventuels troubles du sommeil chez l'enfant.

7.2 Traitements d'entretien :

Les émollients permettent la restauration de la fonction barrière de la peau en limitant le passage des irritants et allergènes. Ils doivent être utilisés quotidiennement dès les premiers symptômes de xérose cutanée et en traitement de fond pendant toute la durée de la dermatite atopique. Ils ont pour objectif le maintien de la rémission obtenue au long cours.

L'utilisation de dermocorticoïdes en traitement d'entretien peut également s'avérer nécessaire dans les formes sévères de dermatite atopique. (5)

Une étude a montré que l'application systématique d'un dermocorticoïde d'activité forte (fluticasone) 2 fois par semaine sur les zones cutanées habituellement atteintes pendant 4 mois permettait de réduire le nombre de poussées sans effet secondaire, chez l'enfant comme chez l'adulte. (24)

La prise en charge préventive repose également sur des mesures générales de soins d'hygiène et d'éducation thérapeutique.

Il est conseillé de donner un bain quotidien de courte durée ou une douche tiède, et d'utiliser des pains ou gels sans savon (accord professionnel). Le port de laine ou de

synthétiques est à éviter car source d'irritation de la peau. L'enfant atopique doit suivre le même calendrier vaccinal que l'enfant non-atopique. (12)

7.3 Traitements réservés aux formes sévères :

Ils sont prescrits en cas de tableaux cliniques graves résistants aux traitements par dermocorticoïdes bien conduits. En France, les indications du remboursement du traitement immunosuppresseur topique tacrolimus (PROTOPIC) sont le traitement des poussées de la dermatite atopique sévère de l'adulte et de l'adolescent (16 ans et plus), en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance aux traitements conventionnels, tels que les dermocorticoïdes. (25)

L'utilisation des photothérapies UVA-UVB et UVB à spectre étroit est possible chez les enfants à partir de l'âge de 8 ans. (5)

La ciclosporine a obtenu l'autorisation de mise sur le marché uniquement chez l'adulte. (5)

8. Effets secondaires potentiels des dermocorticoïdes : (26)

Les effets secondaires possibles des dermocorticoïdes sont de plusieurs types :

- au niveau cutané : atrophie, vergetures, hypopigmentation, acné du visage, hypertrichose, eczéma de contact aux corticoïdes, les télangiectasies ainsi que la dermite cortico-induite.
- au niveau oculaire : glaucome, cataracte.
- au niveau infectieux : surinfections bactériennes, virales ou fongiques.
- au niveau endocrinologique : hypercorticisme et insuffisance surrénalienne haute par inhibition de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

9. Contre-indications des dermocorticoïdes : (27)

Elles concernent toutes les dermatoses infectieuses et en particulier les dermatoses virales (herpès, varicelle), les dermatoses faciales (acné, rosacée) et les dermatoses ulcérées.

10. Place de l'éducation thérapeutique dans la dermatite atopique :

10.1 L'éducation thérapeutique :

En 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'éducation thérapeutique comme « un processus intégré aux soins qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients en les aidant à s'autonomiser, à acquérir et à conserver des compétences afin de les aider à vivre de manière optimale leur maladie ».(28)

L'éducation thérapeutique a été introduite dans la loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) dans l'article 84 du droit français en juillet 2009. (29)

L'éducation thérapeutique a démontré la preuve de son efficacité dans l'asthme, le diabète.

10.2 Intérêts du programme d'éducation thérapeutique dans la dermatite atopique :

Un programme d'éducation thérapeutique du patient a été édité en 2007 par la Haute Autorité de Santé dans le cadre des maladies chroniques. (30) Il comprend un entretien initial correspondant au diagnostic éducatif qui doit permettre de retracer l'histoire de la maladie du patient, de faire le point sur le traitement du patient et

d'évaluer la perception de sa maladie. Puis un contrat de soin est élaboré, des démonstrations pratiques sont faites et enfin des séances d'entretien sont réalisées pour évaluer les compétences acquises. En 2007, un référentiel d'éducation du patient a été rédigé pour la dermatite atopique. (31)

De nombreuses études ont prouvé l'efficacité de cette démarche sur la dermatite atopique notamment chez l'enfant. Une étude rétrospective a été réalisée, entre 2008 et 2011, chez 152 enfants atteints de dermatite atopique modérée à sévère ayant participé à un programme d'éducation thérapeutique de la dermatite atopique au centre hospitalier Saint-Vincent de Paul à Lille. Le Scorad moyen initial était de 44 et après prise en charge, il était retrouvé à 21. Le Scorad était amélioré dans 100% des cas. (32)

Pour acquérir les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignement théorique et pratique est nécessaire à l'acquisition de ces compétences (selon l'arrêté du 2 août 2010). (33)

10.3 Les centres d'éducation thérapeutique pour la dermatite atopique :

En France, de nombreux centres d'éducation thérapeutique appelés « écoles d'atopie » dirigés par des dermatologues sont proposés, notamment dans les hôpitaux. Les médecins traitants, peuvent ainsi intégrer leurs patients (et leurs parents) dans un réseau de soins en cas d'échecs thérapeutiques, de répercussions de la maladie sur la qualité de vie, de corticophobies ou de problèmes d'observance.

Chaque année a lieu une journée nationale de formation sur l'éducation thérapeutique du patient dans la dermatite atopique appelée ETPDAY dans plusieurs centres en

France (Paris, Lille, Toulouse, Nantes, Nîmes,..). Cette journée s'adresse aux professionnels de santé et leur permet une mise à jour des connaissances sur la prise en charge de la maladie. Elle propose des ateliers interactifs sur des sujets pratiques (ex : application de dermocorticoïdes) pour leur exercice quotidien. L'objectif principal de cette formation est d'améliorer la prise en charge du patient en lui permettant de s'autonomiser afin qu'il vive mieux sa maladie. (34)

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une enquête nationale de pratique en médecine générale concernant la prescription de dermocorticoïdes chez le nourrisson et le jeune enfant (de 2 ans à 6 ans) lors de la prise en charge des poussées de dermatite atopique. Le choix s'est porté sur cette tranche d'âge de patients car la dermatite atopique apparaît le plus souvent avant 1 an et disparaît dans la majorité des cas avant l'âge de 6 ans. L'étude est de type transversal, descriptive.

2. Entretiens exploratoires :

Pour l'établissement du questionnaire, trois entretiens exploratoires auprès de médecins généralistes, participant à des formations médicales continues, ont été réalisés afin de préciser l'intérêt du sujet et de prendre en compte les préoccupations des praticiens sur le traitement des poussées de dermatite atopique. (Annexe 4)

L'âge de l'enfant pouvait être un critère déterminant pour la prescription de dermocorticoïdes :

- M01 : « Oui, je prescris des dermocorticoïdes en phase aiguë mais que chez l'enfant à partir de 2 ans ».
- M005 : « Je donne des conseils et j'évite les dermocorticoïdes chez le nourrisson ».

Le traitement d'une poussée de dermatite atopique chez l'enfant différait selon les médecins :

- M02 en parlant de l'utilisation des dermocorticoïdes dans sa pratique « Oui, je les utilise en première intention. De toute façon, c'est le traitement prescrit par les dermatologues et le traitement recommandé pour les poussées »
- M03 : « Je retarde la prescription au maximum, j'essaie d'abord les soins hydratants. Chez les enfants, je pars souvent sur du DEXERYL ».

Ces différents points de vue ont guidé l'intitulé de la question 14 du questionnaire :
Quelle(s) thérapeutique(s) prescrivez-vous en première intention devant une poussée de dermatite atopique chez le nourrisson et le jeune enfant ?

La question 15 du questionnaire s'est construite à partir des réponses variées des médecins à propos de leurs habitudes de prescription en fonction de l'âge de l'enfant et de la localisation corporelle des lésions.

Sur l'utilisation des dermocorticoïdes, les réponses étaient variables :

- M03 : « Jamais sur le visage quel que soit l'âge. »
- M004 : « Moi quand je dois en utiliser je mets TRIDENOSIT sur le visage et DIPROSONE sur le corps peu importe l'âge »
- M1 : « TRIDENOSIT quel que soit l'âge et la région du corps en cas de poussée »

Les questions 16, 17, 18 relatives à la durée de prescription, au nombre d'applications habituelles, à la surveillance de l'observance thérapeutique vis-à-vis des dermocorticoïdes se sont basées notamment sur les divergences de propos rapportés :

- M001 : « une semaine de traitement ça suffit, 2 fois par jour avec décroissance progressive »
- M006 : « Je préfère trois jours avec une application par jour »
- M1 : en parlant de la surveillance du nombre de tubes de dermocorticoïdes utilisés par les parents « Oui c'est nous qui prescrivons et qui contrôlons »
- M3 : « Je ne pense pas à contrôler le nombre de tubes, c'est vrai »

A la question : Quels effets secondaires craignez-vous ?, des contradictions ont été rapportées :

- M003 : « Ma seule crainte est celle du risque d'asthme et d'obésité à l'adolescence. J'ai vu différents articles sur le sujet »
- M006 : « Oui et celle des lésions cutanées notamment sur le visage »
- M007 : « Et le problème des infections qui peuvent se généraliser par action des corticoïdes »

Le choix des questions 19 et 20 s'est ainsi inspiré des outils de l'échelle TOPICOP (topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents) échelle d'évaluation de la corticophobie chez les patients adultes et parents d'enfants atteints d'eczéma. (35) (Annexe 5)

3. Questionnaire : (Annexe 6)

Au total, le formulaire comportait 20 questions.

La première partie du questionnaire visait à recueillir des données démographiques, alors que la deuxième partie s'intéressait à la prescription des médecins généralistes devant une poussée de dermatite atopique.

La troisième partie du questionnaire se focalisait, quant à elle, sur les avis des médecins généralistes à propos des dres et des craintes vis-à-vis des dermocorticoïdes.

4. Population de médecins interrogés :

Le mode de recueil des données s'est basé sur un questionnaire envoyé (avec enveloppe retour pré-timbrée) en Février 2014. L'échantillon comportait 250 médecins généralistes issus d'un tirage au sort réalisé sur la base d'Ameli-Direct (site internet recensant les adresses des professionnels médicaux dans toute la France métropolitaine).

Les médecins n'ayant pas répondu au terme de 3 semaines après l'envoi postal, ont tous été relancés une fois par contact téléphonique.

Au total 96 enveloppes ont été retournées avec réponses obtenues à toutes les questions, soit un taux de participation de 38,4%.

5. Analyses statistiques :

Les données ont été recueillies dans un tableau sous EXCEL 2010. Les résultats ont été exprimés par les fréquences absolues (n) et relatives (% et densité) pour les variables qualitatives.

Les tests statistiques utilisés sont les tests de Fisher et du chi² pour les variables quantitatives.

Les calculs statistiques ont été réalisés par l'intermédiaire de la Plateforme d'Aide Méthodologique, Service d'Information et des Archives médicales, Clinique de Santé Publique, CHRU de Lille. Les résultats ont été considérés significatifs au seuil de 5%.

RESULTATS

1. Effectifs des médecins inclus dans l'étude :

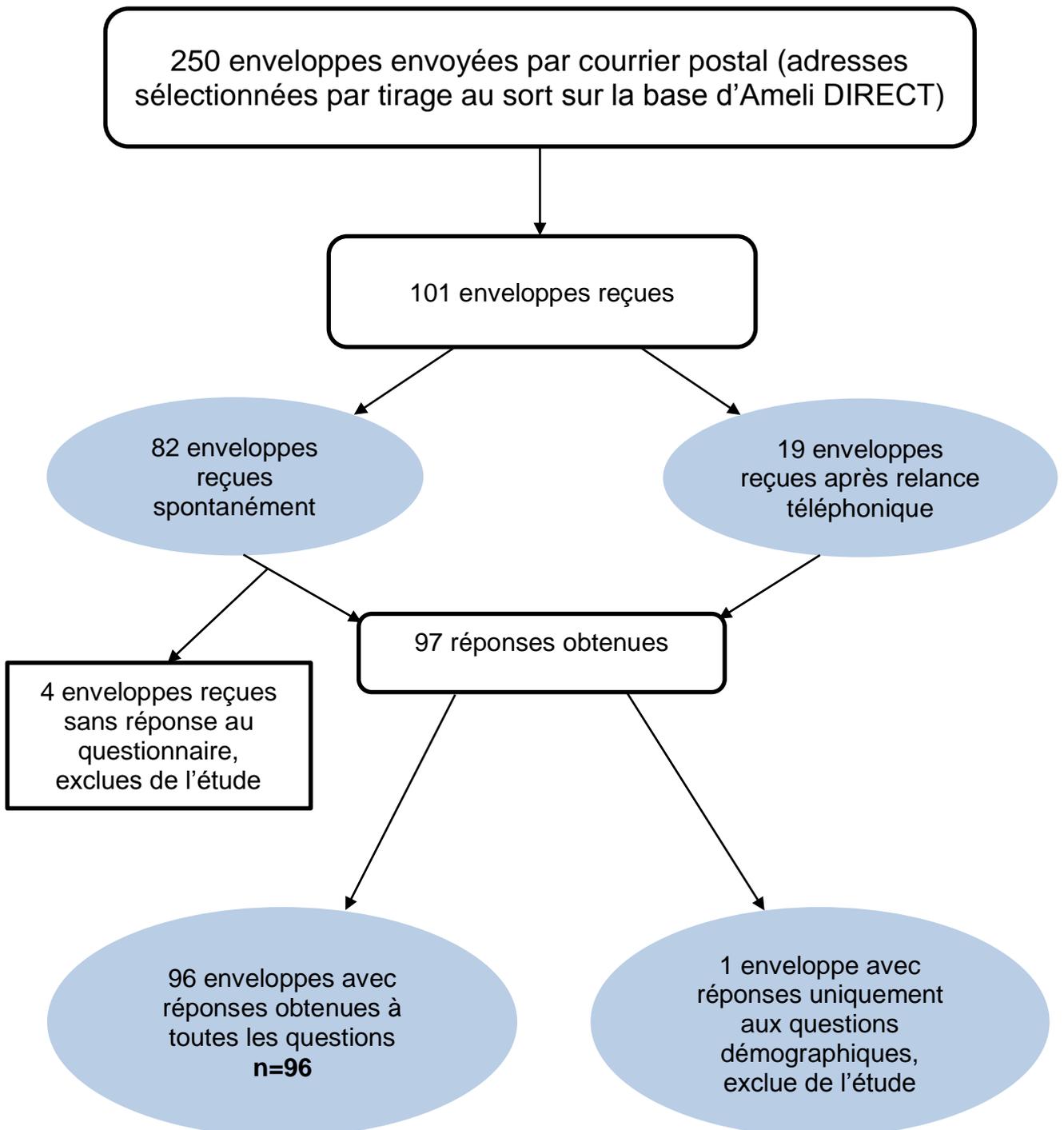


Figure 1 : Diagramme de flux

Parmi les 82 enveloppes reçues sans relance téléphonique, 4 enveloppes ont été retournées sans réponse au questionnaire, ayant pour motif l'exercice d'une autre spécialité médicale exercée (1 médecin urgentiste, 1 médecin du travail, 2 médecins gériatres).

Au total, 96 réponses (n=96) ont pu être ainsi analysées constituant ainsi l'échantillon de notre étude.

2. Données démographiques des médecins interrogés :

Sur les 96 médecins ayant participé à l'étude, 64 étaient des hommes, soit 66% de l'effectif.

L'âge moyen des médecins de l'échantillon était de 51,5 ans.

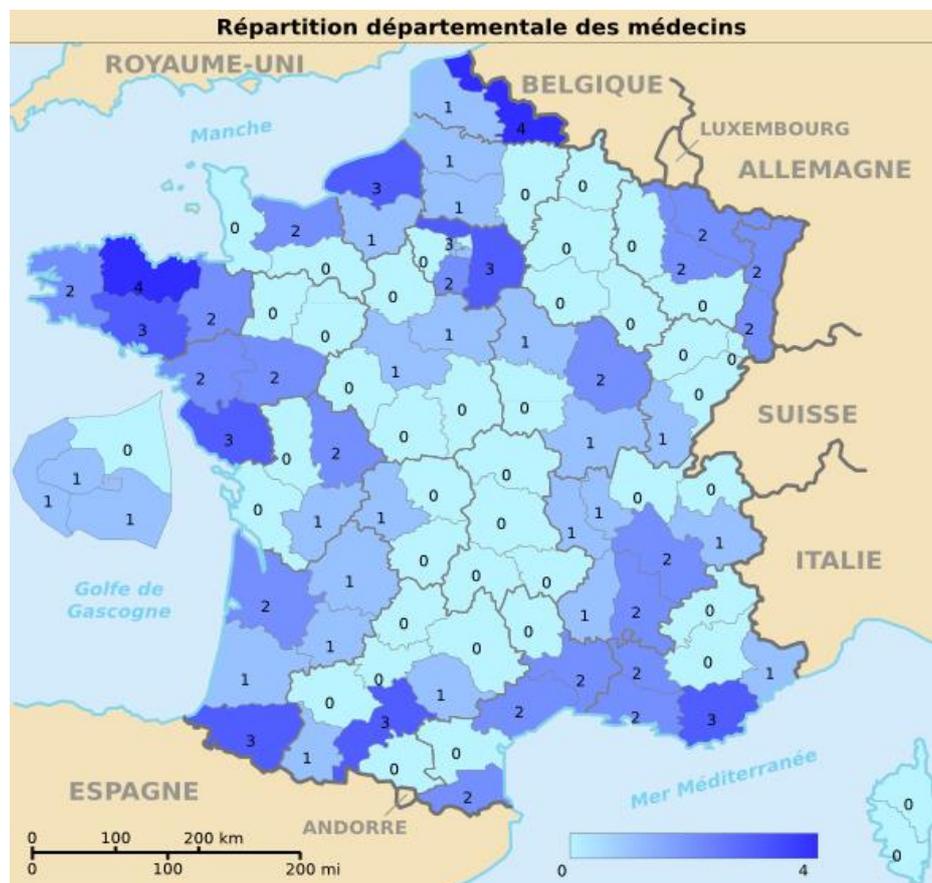


Figure 2 : Répartition départementale des 96 médecins

Concernant le milieu d'exercice, 51% des médecins exerçaient en milieu urbain, 31% en milieu semi-rural et 18% en milieu rural.

La durée moyenne d'exercice des médecins était de 21 ans.

6% des médecins avaient validé un Diplôme Universitaire ou Inter-universitaire de pédiatrie.

3% des médecins détenaient un Diplôme Universitaire ou Inter-universitaire de dermatologie.

8% des médecins étaient enseignants à la faculté.

8% des médecins exerçaient, en parallèle de leur activité de médecine générale l'homéopathie. 3% des médecins pratiquaient également la médecine du sport.

4% des médecins exerçaient une activité en crèche et 2% des médecins avaient une activité en PMI.

Le pourcentage de population pédiatrique chez les médecins généralistes était estimé à 20,8%.

3. Expériences des médecins généralistes dans la dermatite atopique :

52% des médecins considéraient voir rarement des tableaux de dermatite atopique, 48% estimaient en voir souvent, aucun médecin n'en voyait jamais, et aucun médecin ne déclarait en observer beaucoup.

Le diagnostic de poussée de dermatite atopique paraissait aisé à poser, dès le premier examen clinique pour 62,5% des médecins.

L'âge moyen de diagnostic de la pathologie était estimé à 2,1 ans.

84% des médecins affirmaient ne jamais utiliser l'outil SCORAD. 14% des médecins l'utilisaient rarement. 2% des médecins l'utilisaient souvent. Aucun médecin ne l'utilisait systématiquement.

4. Stratégies thérapeutiques au cours des poussées de dermatite atopique :

La durée de prescription habituelle des dermocorticoïdes était de 4 à 8 jours pour 76% des médecins. 10% des médecins prescrivaient les dermocorticoïdes pour une durée inférieure ou égale à 3 jours. 14% des médecins avaient pour habitude de traiter les poussées de dermatite atopique pour une durée supérieure à 9 jours.

62% des médecins préconisaient 1 application de corticoïdes locaux par jour. 38% des médecins indiquaient l'application de dermocorticoïdes 2 fois par jour. Aucun médecin ne prescrivait plus de 2 applications par jour.

62% des médecins indiquaient contrôler le nombre de tubes de dermocorticoïdes utilisés par leur patient.

4.1 Signes cliniques de dermatite atopique conduisant à la prescription de dermocorticoïdes :

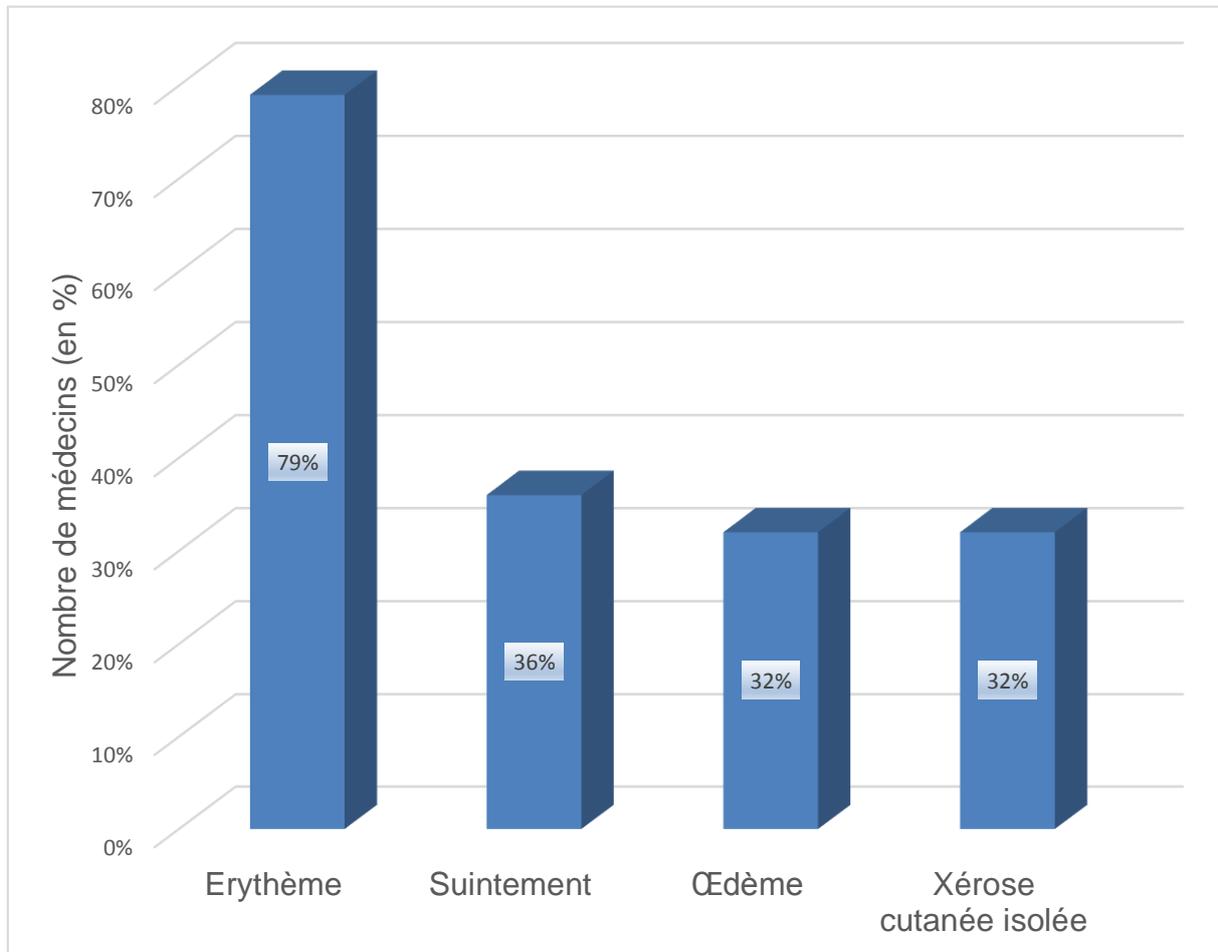


Figure 3: Signes cliniques de dermatite atopique conduisant à la prescription de dermocorticoïdes par notre échantillon

Les signes cliniques, menant à la prescription de dermocorticoïdes, étaient l'érythème (79% des réponses), le suintement (36%), l'œdème (32%), la xérose cutanée isolée (32%).

4.2 Traitements prescrits en première intention chez le nourrisson par notre échantillon :

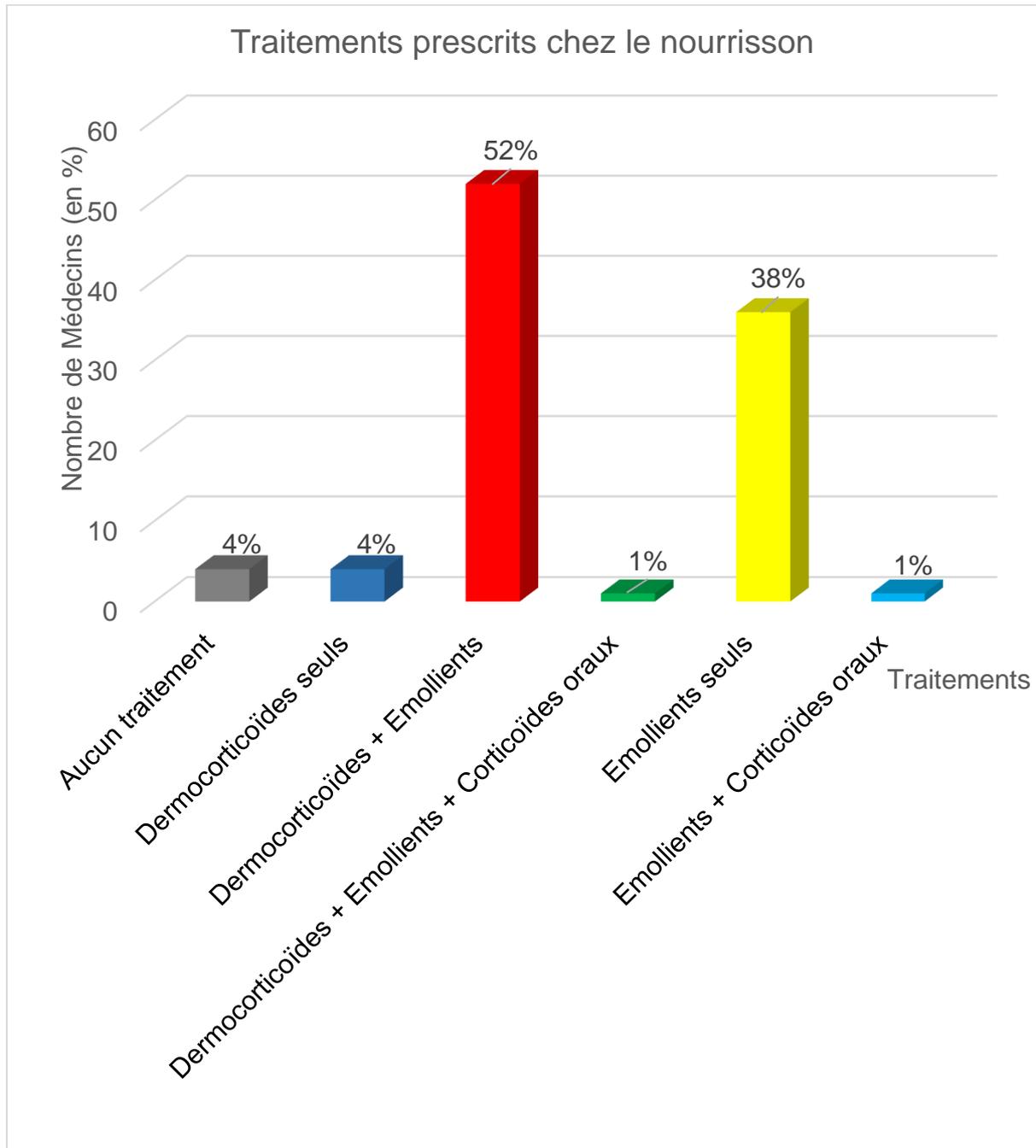


Figure 4 : Traitements prescrits en première intention devant une poussée de dermatite atopique chez le nourrisson par notre échantillon

52% des médecins généralistes étaient prescripteurs de dermocorticoïdes associés à des émoullients en première intention en cas de poussée de dermatite atopique chez le nourrisson.

57% des médecins généralistes prescrivaient des dermocorticoïdes seuls ou associés (dermocorticoïdes + émoullients, dermocorticoïdes + émoullients + corticoïdes oraux) en première intention en cas de poussée de dermatite atopique chez le nourrisson.

Il n'était pas retrouvé de rapport significatif entre la durée d'exercice des médecins et la prescription de dermocorticoïdes chez le nourrisson ($p=0,847$).

4.3 Traitements prescrits en première intention chez le jeune enfant par notre échantillon :

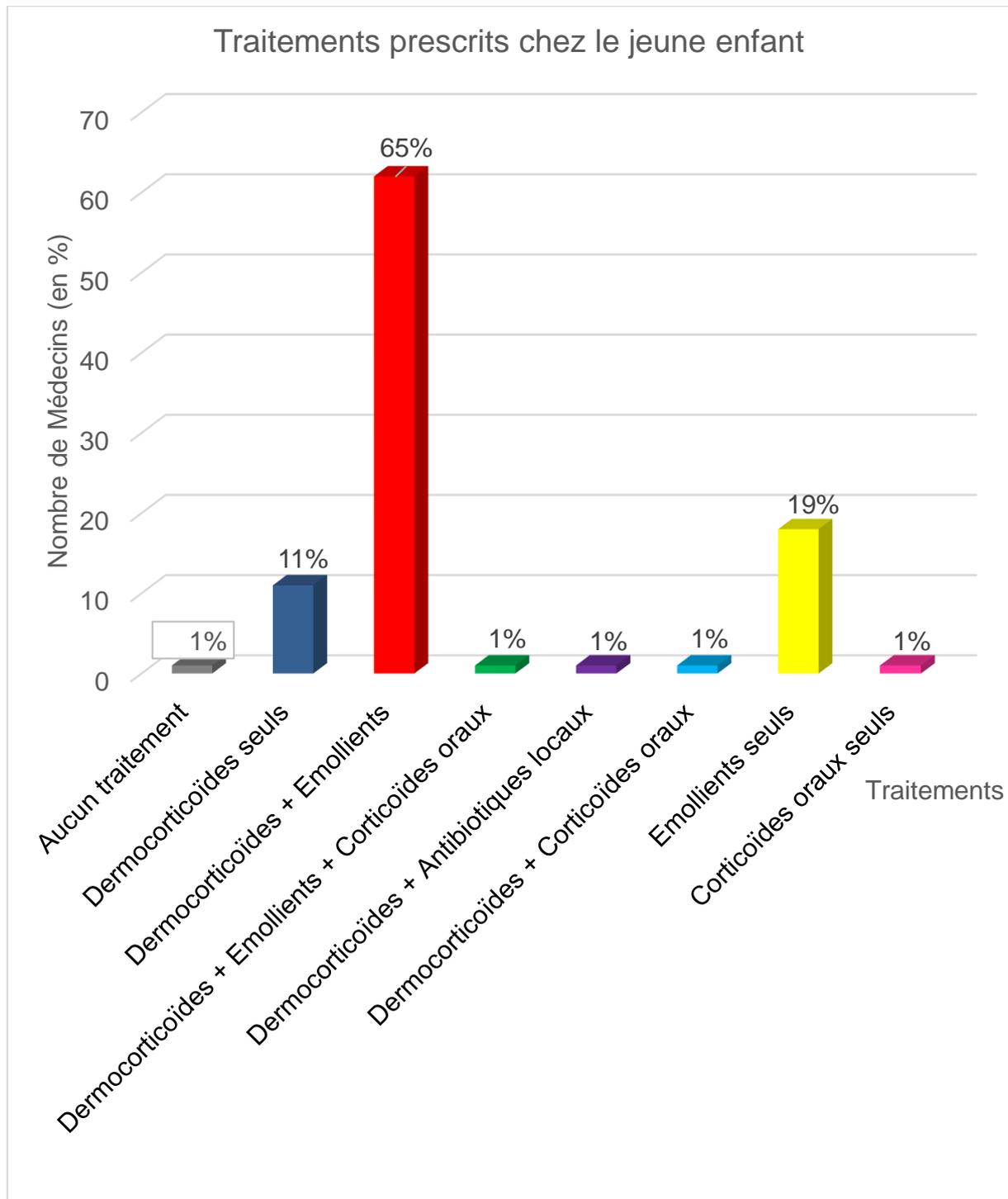


Figure 5 : Traitements prescrits en première intention devant une poussée de dermatite atopique chez le jeune enfant par notre échantillon

65% des médecins généralistes étaient prescripteurs de dermocorticoïdes associés à des émoullients en première intention en cas de poussée de dermatite atopique chez le jeune enfant.

79% des médecins généralistes prescrivait des dermocorticoïdes seuls ou associés (dermocorticoïdes + émoullients, dermocorticoïdes + émoullients + corticoïdes oraux, dermocorticoïdes + antibiotiques locaux, dermocorticoïdes + corticoïdes oraux) en première intention en cas de poussée de dermatite atopique chez le jeune enfant.

Il n'était pas retrouvé de rapport significatif entre la durée d'exercice des médecins et la prescription de dermocorticoïdes chez le jeune enfant ($p=0,867$).

Les médecins utilisaient de façon significative ($p = 5.83 \times 10^{-9}$) plus facilement les dermocorticoïdes chez le jeune enfant que chez le nourrisson.

4.4 Influence de l'âge de l'enfant et du siège des lésions :

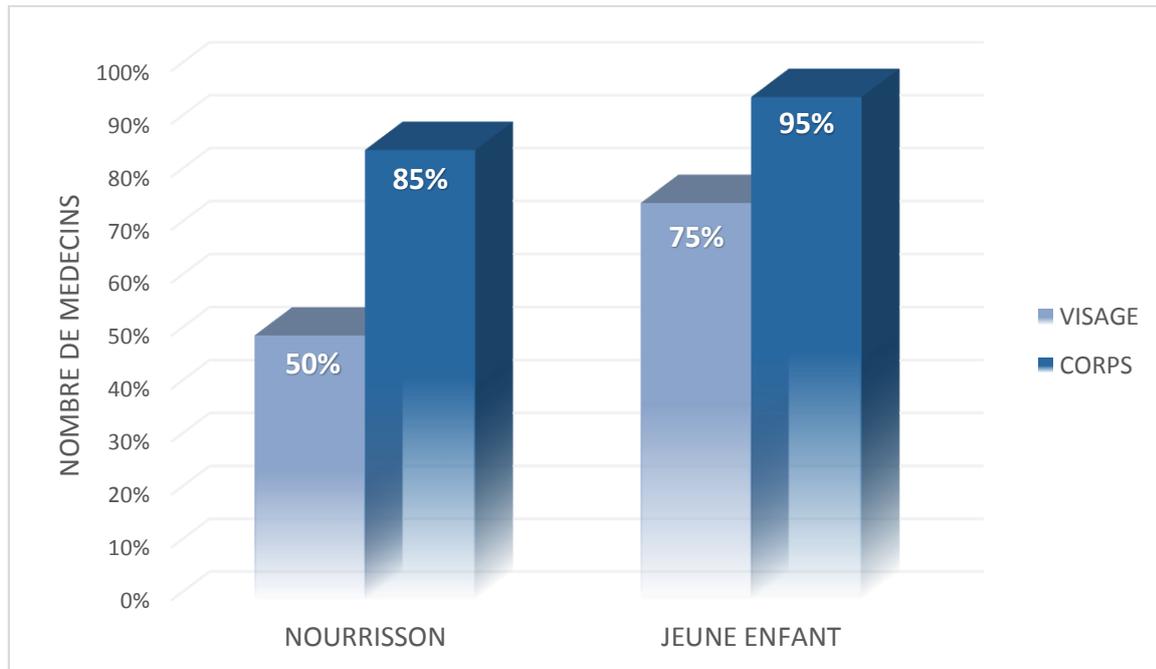


Figure 6 : Habitudes de prescription des dermocorticoïdes (toutes classes confondues) en fonction de l'âge de l'enfant et de la localisation corporelle des lésions de poussées de dermatite atopique

4.4.1 Dermocorticoïdes prescrits sur le visage et le corps du nourrisson :

15% des médecins n'avaient pas pour habitude de prescrire des dermocorticoïdes (toutes classes confondues) aussi bien sur le visage que sur le corps du nourrisson.

50% des médecins avaient pour habitude de prescrire des dermocorticoïdes (toutes classes confondues) aussi bien sur le visage que sur le corps du nourrisson.

35% des médecins déclaraient pour habitude la prescription de dermocorticoïdes (toutes classes confondues) uniquement sur le corps du nourrisson.

Soit chez le nourrisson, 50% des médecins avaient pour habitude de prescrire des dermocorticoïdes (toutes classes confondues) sur le visage et 85% (50%+35%) avaient pour habitude de prescrire des dermocorticoïdes (toutes classes confondues) sur le corps du nourrisson.

Les dermocorticoïdes (toutes classes confondues) étaient significativement moins prescrits sur le visage que sur le corps chez le nourrisson. ($p = 5.15 \times 10^{-5}$)

4.4.2 Dermocorticoïdes prescrits sur le visage et le corps du jeune enfant :

5% des médecins n'avaient pas pour habitude de prescrire des dermocorticoïdes (toutes classes confondues) aussi bien sur le visage que sur le corps du jeune enfant.

75% des médecins avaient pour habitude de prescrire des dermocorticoïdes (toutes classes confondues) aussi bien sur le visage que sur le corps du jeune enfant.

20% des médecins déclaraient pour habitude la prescription de dermocorticoïdes (toutes classes confondues) uniquement sur le corps du jeune enfant.

Soit chez le jeune enfant, 75% médecins avaient pour habitude de prescrire des dermocorticoïdes (toutes classes confondues) sur le visage et 95% (75%+20%) avaient pour habitude de prescrire des dermocorticoïdes (toutes classes confondues) sur le corps du jeune enfant.

Les dermocorticoïdes (toutes classes confondues) étaient significativement moins prescrits sur le visage que sur le corps chez le jeune enfant. ($p = 0.0007$)

4.5 Classes de dermocorticoïdes utilisés :

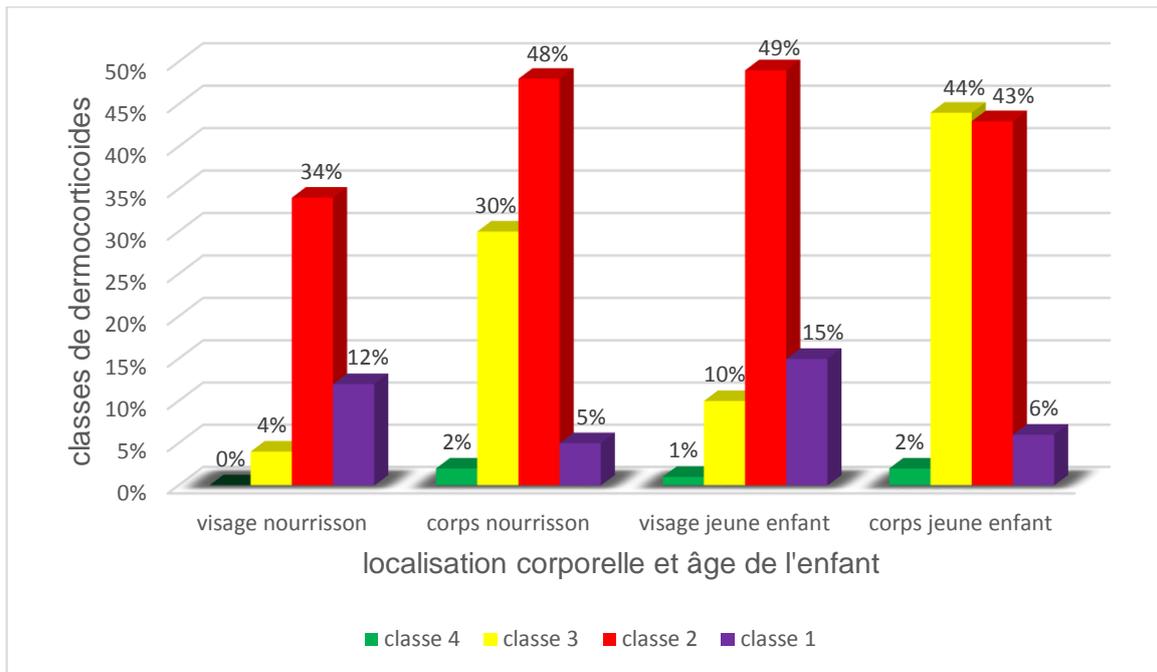


Figure 7 : Classes de dermocorticoïdes prescrites en fonction de la localisation corporelle des lésions et de l'âge de l'enfant au cours de poussées de dermatite atopique

La classe de dermocorticoïde la plus prescrite était la classe 2 (dermocorticoïde d'activité modérée) pour le visage du nourrisson (34%), pour le corps du nourrisson (48%) et pour le visage du jeune enfant (49%).

La classe 3 (dermocorticoïdes d'activité forte) était discrètement plus prescrite que la classe 2 pour le corps du jeune enfant (44% contre 43%).

5. Avis portés par les médecins sur les dires concernant les dermocorticoïdes :

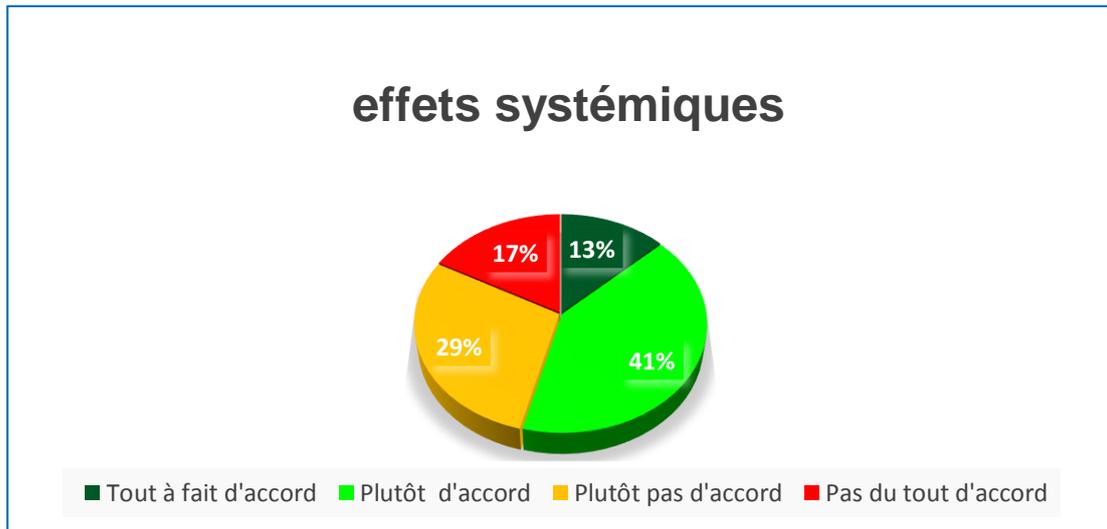


Figure 8 : Répartition des avis de l'échantillon (en %) à propos de l'affirmation: les dermocorticoïdes ont un risque d'effets systémiques

54% des médecins étaient d'accord (tout à fait d'accord + plutôt d'accord) avec les potentiels risques d'effets systémiques des dermocorticoïdes.

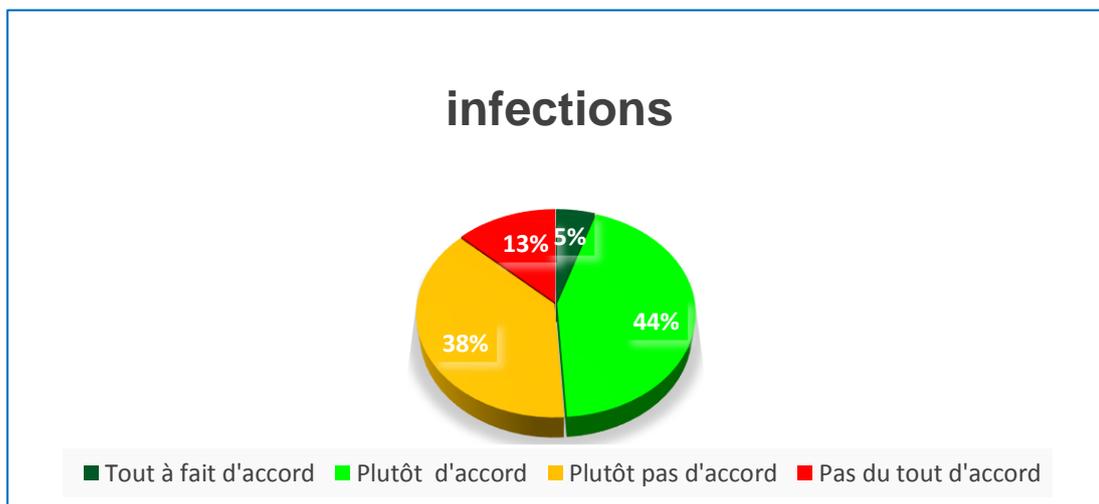


Figure 9 : Répartition des avis de l'échantillon (en %) à propos de l'affirmation: les dermocorticoïdes favorisent les infections

49% des médecins étaient d'accord (tout à fait d'accord + plutôt d'accord) avec les potentiels risques d'infections.

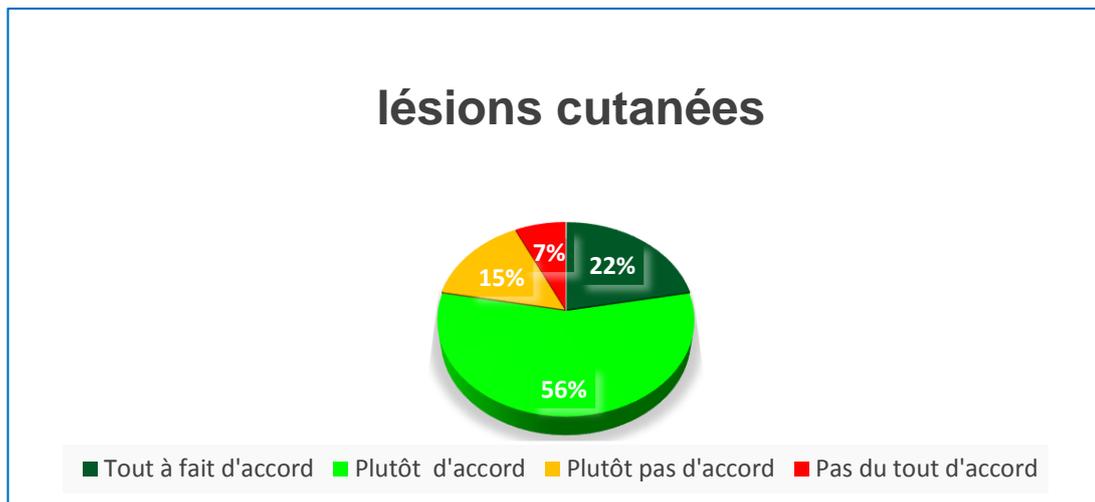


Figure 10 : Répartition des avis de l'échantillon (en %) à propos de l'affirmation: les dermocorticoïdes ont un risque d'effets secondaires cutanés à type d'atrophie cutanée, de vergetures, d'hypertrichose, de surinfections bactériennes ou herpétiques

78% des médecins ont répondu qu'ils étaient d'accord (tout à fait d'accord + plutôt d'accord) avec l'affirmation relative aux risques d'effets secondaires cutanés des dermocorticoïdes à type d'atrophie cutanée, de vergetures, d'hypertrichose, de surinfections bactériennes ou herpétiques.

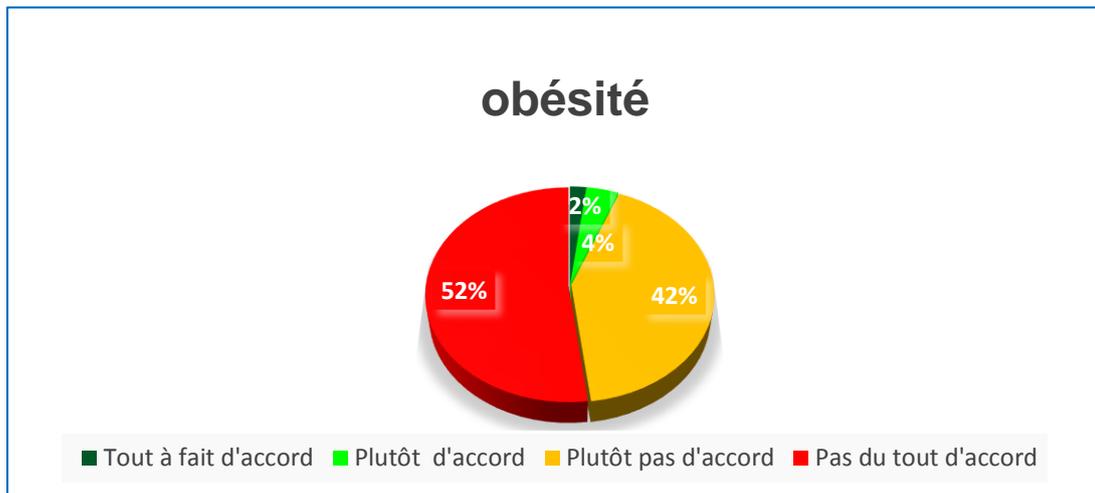


Figure 11 : Répartition des avis de l'échantillon (en %) à propos de l'affirmation: les dermocorticoïdes favorisent l'obésité

Concernant les dires relatifs aux risques d'obésité induits par les dermocorticoïdes, 6% des médecins étaient d'accord (tout à fait d'accord + plutôt d'accord).

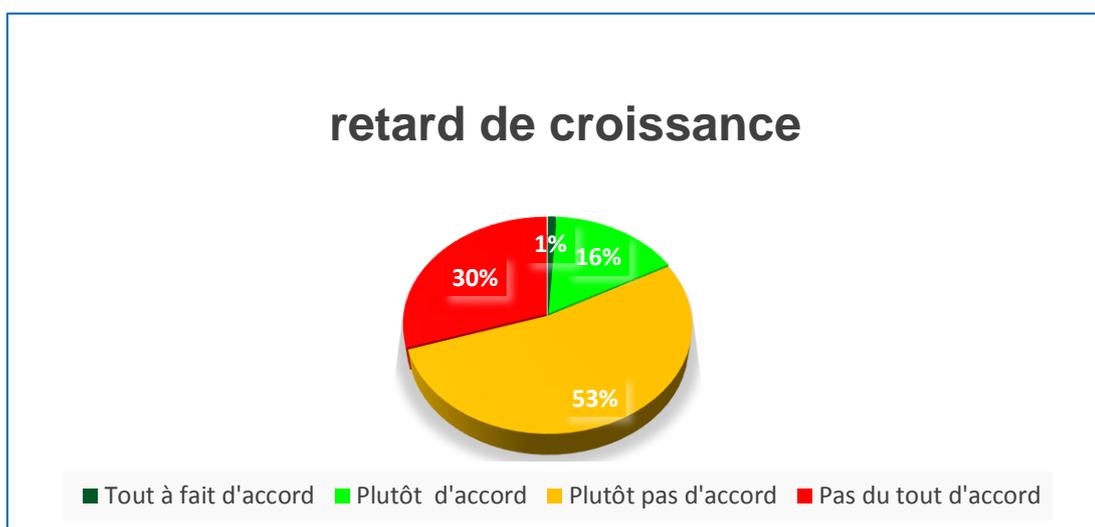


Figure 12 : Répartition des avis de l'échantillon (en %) à propos de l'affirmation : les effets des dermocorticoïdes peuvent se traduire cliniquement par un retard de croissance

17% des médecins étaient d'accord (tout à fait d'accord + plutôt d'accord) avec l'affirmation relative aux risques de retard de croissance après application de dermocorticoïdes.

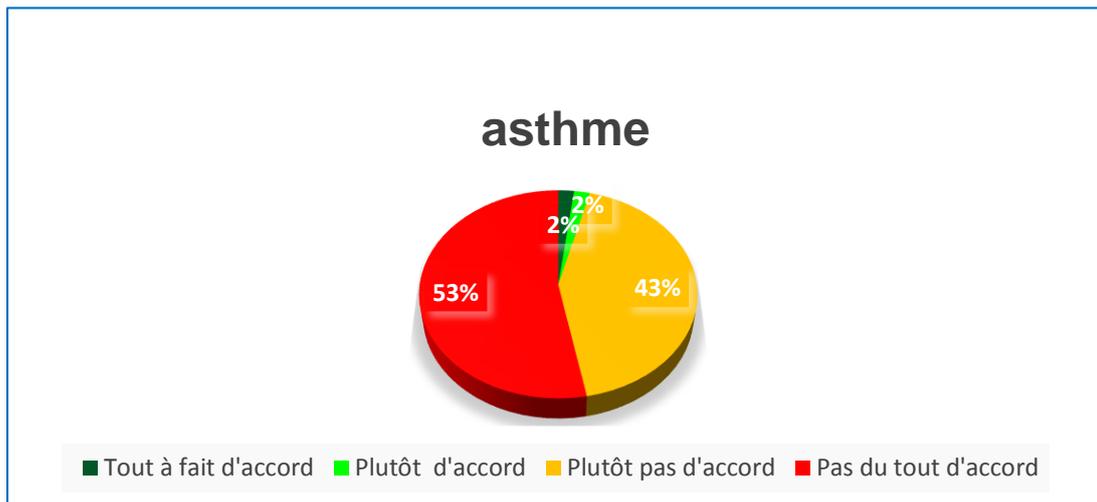


Figure 13 : Répartition des avis de l'échantillon (en %) à propos de l'affirmation : les dermocorticoïdes favorisent l'apparition d'un asthme

4% des médecins ont répondu qu'ils étaient d'accord (tout à fait d'accord + plutôt d'accord) avec l'affirmation relative au risque d'asthme induit par les dermocorticoïdes.

6. Craintes des médecins vis-à-vis des dermocorticoïdes :

51% des médecins disaient craindre les potentiels effets secondaires des dermocorticoïdes.

81% des médecins appréhendaient les effets secondaires des dermocorticoïdes en cas d'applications en quantité excessive.

La crainte d'effets secondaires suite à l'application de dermocorticoïdes sur les paupières était ressentie par 72% des médecins.

43% des médecins prétendaient retarder la prescription de dermocorticoïdes au maximum voire l'éviter si possible dans leur pratique.

70% des médecins réduisaient au maximum la durée de leur prescription de dermocorticoïdes.

DISCUSSION

1. Validité de l'étude

1.1 Forces de l'étude :

Des entretiens exploratoires ont été réalisés afin de dégager les principaux points d'accroche sur le sujet permettant ainsi d'intégrer au questionnaire les thèmes jugés les plus pertinents.

Les 250 médecins ont été choisis par méthode de tirage au sort (avec une relance téléphonique systématique effectuée pour les médecins non-répondants).

96 médecins ont accepté de répondre à la totalité du questionnaire soit un taux de participation satisfaisant de 38,4%.

L'échantillon de notre étude est représentatif à l'échelle nationale en ce qui concerne l'âge (51,6 ans contre 52,4 ans à l'échelle nationale au 1^{er} janvier 2014) et le sexe des médecins généralistes exerçant en milieu libéral (66% d'hommes contre 65% à l'échelle nationale au 1^{er} janvier 2014). (36)

1.2 Faiblesses de l'étude :

Des adresses erronées issues du site Ameli-direct étaient possibles.

On peut penser que les médecins (hommes et femmes) ayant participé à l'enquête se sentent concernés par le sujet. Qu'en est-il des non-répondeurs ?

Il s'agit donc d'un biais de sélection qui est à prendre en compte dans l'analyse des résultats.

Les questions étaient à choix fermées ce qui pouvait orienter les réponses des médecins.

Des questions étaient ouvertes, d'autres trop subjectives de type sondage d'opinion ce qui en limitait l'exploitation des données.

Interroger les médecins sur leurs pratiques expose aussi à un biais d'interprétation.

2. Résultats principaux et confrontation aux données de la littérature :

2.1 Attitudes thérapeutiques en cas de poussée de dermatite atopique :

Le diagnostic de poussée paraissait aisé à poser lors du premier examen clinique pour 62,5% des médecins dans notre étude. Un travail réalisé en 2012, s'intéressant aux pathologies cutanées en Haute-Normandie en Médecine Générale, retrouvait un degré de certitude diagnostique de 8,3/10 parmi les 78 médecins généralistes interrogés sur la catégorie : dermatite atopique et allergies. (37)

Seuls 48% des médecins généralistes de notre étude estimaient voir souvent des tableaux de dermatite atopique. Peu de données sont disponibles sur l'activité dermatologique en Médecine Générale. Selon l'Observatoire de Médecine Générale (fermé depuis fin depuis 2011), la dermatite atopique représentait 2,4 % des diagnostics chez les médecins généralistes en 2010 soit 3 consultations sur 120 consultations en moyenne par semaine. (3)

Une étude américaine réalisée en 2004, retrouvait la dermatite atopique comme le diagnostic le plus souvent posé par les médecins généralistes chez leurs patients atteints de lésions cutanées (28% des lésions dermatologiques). (38)

76% des médecins de notre étude prescrivaient les dermocorticoïdes, en cas de poussée, pour une durée de 4 à 8j et 62% des médecins préconisaient une application de dermocorticoïdes une fois par jour comme le recommande la conférence de consensus de 2004. (5)

L'érythème, le suintement et l'œdème étaient chacun des signes cliniques de poussée de dermatite atopique or la présence de ces signes cliniques n'induisaient pas systématiquement la prescription de dermocorticoïdes dans notre étude. L'érythème conduisait 79% des généralistes à l'usage des dermocorticoïdes, le suintement et l'œdème amenaient respectivement 39% et 32% des médecins à la prescription de corticoïdes locaux.

La xérose cutanée isolée, quant à elle, ne rentrait pas dans le cadre de poussée. 32% des médecins traitants considéraient qu'elle devait être traitée par dermocorticoïdes.

Définir le terme de poussée de façon simple et consensuelle ne conduirait-il pas à une meilleure prise en charge des épisodes aigus de dermatite atopique ?

La région corporelle correspondait à un facteur déterminant de prescription des corticoïdes locaux. Les dermocorticoïdes (toutes classes confondues) étaient en effet significativement moins prescrits sur le visage aussi bien chez le nourrisson que chez le jeune enfant ($p < 0,05$).

Une enquête de pratique dans le cadre de la conférence de consensus, a été réalisée entre juin et août 2004 en France sur la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. Les résultats étaient issus d'un entretien téléphonique effectué sur 90 dermatologues, 92 pédiatres, 87 médecins généralistes et 82 allergologues. Cette étude montrait que 60% des dermatologues et 28% des médecins généralistes étaient prescripteurs de dermocorticoïdes en première intention en cas de poussée de dermatite atopique. (4)

Notre étude retrouvait, quant à elle, 57% de médecins généralistes prescripteurs de dermocorticoïdes chez le nourrisson et 79% de médecins généralistes prescripteurs de dermocorticoïdes chez le jeune enfant en première intention en cas de poussée de dermatite atopique.

Dans notre étude l'âge inférieur à 2 ans (nourrisson) et l'atteinte du visage étaient deux facteurs incitant à la prudence de prescription de dermocorticoïdes. L'enquête nationale de 2004 déclarait que les généralistes adaptaient plus rarement le niveau d'activité des dermocorticoïdes à l'âge de l'enfant par rapport aux dermatologues qui, eux, le faisaient plus souvent. La classe de dermocorticoïdes la plus utilisée, dans l'enquête de pratique de 2004, par tous les médecins correspondait à la classe d'activité modérée (classe 2) comme dans notre étude conformément aux recommandations. (5)

Une nouvelle enquête nationale de pratique a été réalisée en France en 2007 (3 ans après la première enquête de pratique), afin d'évaluer l'impact des recommandations publiées en octobre 2004.

Les généralistes n'étaient prescripteurs de dermocorticoïdes que dans 6% des cas en première intention (contre 25% en 2004). (39) Le taux de réponses n'était que de 46% (contre 88% en 2004).

L'étude recherchait une causalité entre les recommandations publiées en 2005 et les éventuelles modifications de pratiques des médecins. Les médecins généralistes répondants ont-ils eu notion de la publication de la conférence de consensus publiée par la Société Française de Dermatologie ? Le fort taux de non-réponses pour cette nouvelle enquête n'a-t-il pas biaisé les résultats de cette enquête ?

En 2003, une étude Australienne, incluant 87 médecins généralistes, retrouvait des résultats similaires aux nôtres. 61% des médecins généralistes interrogés étaient prescripteurs de dermocorticoïdes en cas de poussée de dermatite atopique chez les enfants âgés de 0 à 16 ans. (40)

Une étude réalisée en Allemagne a démontré qu'il était prescrit, par les médecins généralistes, moins fréquemment de dermocorticoïdes chez les patients atteints de dermatite atopique isolée que chez les patients avec une dermatite atopique associée à une rhinite ou un asthme (41,4 contre 46,4%). (41) Les comorbidités atopiques pourraient-elles alors jouer un rôle dans la prescription de dermocorticoïdes en médecine générale ?

2.2 Déficiences vis-à-vis des dermocorticoïdes :

La prévalence de craintes des patients rapportées vis-à-vis des dermocorticoïdes était estimée à 80,2% dans l'étude française de 2009. (35) L'étude de Charman (42) retrouvait une prévalence à 72,5%, l'étude de Hon (43) notait un chiffre de prévalence variant entre 40 et 60% selon la sévérité de l'eczéma.

Les études de Charman (42) et de Hon (43) identifiaient les effets indésirables cutanés et systémiques comme principales sources de craintes des patients. Ces deux mêmes études évoquaient les informations délivrées par les médecins et surtout par l'entourage, comme source de craintes des patients vis-à-vis des dermocorticoïdes. (33% dans l'étude de Charman et 65% dans l'étude de Hon). Ces appréhensions conduisent le plus souvent à un défaut d'observance responsable d'échec thérapeutique.

En 2006, une étude internationale a révélé que dans les formes modérées et sévères, les patients ou les parents d'enfants atteints de dermatite atopique ne débutaient le traitement que 6 ou 7 jours après le début des poussées et que le traitement effectivement appliqué ne coïncidait que rarement avec les conseils donnés par le médecin. (44) Un rapport significatif ($p < 0,05$) entre la corticophobie de parents d'enfants atteints de dermatite atopique et le jeune âge des enfants a été mis en évidence. (35)

A notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à la réticence des soignants « avouée ou non » à l'égard des dermocorticoïdes.

La corticophobie chez les soignants a été évoquée par Tuft en 1979 pour la première fois. (45) Les répercussions négatives sur la prise en charge des patients avaient déjà été soulignées. (42)

35% des pharmaciens d'officine interrogés dans une étude réalisée en 2012 avouaient une crainte vis-à-vis des dermocorticoïdes. (46) 51% des médecins de notre étude déclaraient craindre les potentiels effets secondaires des dermocorticoïdes.

L'utilisation inappropriée des dermocorticoïdes dans les années 1950-1960 a été source d'effets indésirables sévères responsables d'une méfiance à l'égard de ce traitement. (47) Le message d'usage prudent des dermocorticoïdes a souvent été enseigné aux étudiants en médecine.

Dans notre étude, Il n'était pas retrouvé de différence significative de prescription de dermocorticoïdes aussi bien chez le nourrisson que chez le jeune enfant selon la durée d'exercice des médecins ($p < 0,05$). L'utilisation appropriée des corticoïdes locaux permet dans la grande majorité des cas d'éviter tout effet indésirable. Les effets indésirables des dermocorticoïdes sont d'autant plus marqués et plus précoces que leur activité est forte surtout si leur application est réalisée sous occlusion ou de façon prolongée.

Une étude randomisée réalisée en 2002 sur 207 enfants atteints de dermatite atopique légère à modérée, a démontré une efficacité similaire et l'absence d'atrophie cutanée après l'utilisation de dermocorticoïdes d'activité faible appliqués deux fois par jour pendant 7 jours consécutifs versus l'application de corticoïdes d'activité forte deux fois par jour pendant 3 jours consécutifs. (48) Seule l'utilisation prolongée de dermocorticoïdes d'activité forte pourrait induire un retard de croissance de façon transitoire et temporaire sans conséquence sur la taille à l'âge adulte. (49)

Deux études prospectives randomisées ont d'ailleurs mis en évidence l'efficacité et l'innocuité des dermocorticoïdes en traitement d'entretien dans la dermatite atopique avec une réponse clinique significativement favorable par rapport au placebo. (50) et (51). Les études récentes sont rassurantes quant aux risques d'effets secondaires y compris chez l'enfant. (52)

3. Perspectives d'amélioration des pratiques :

Les nouveaux outils SCORAD et PO-SCORAD, validés par de nombreuses études, se sont révélés efficaces en termes de suivi, de communication, et d'observance de traitement. Ils peuvent s'insérer dans un programme d'éducation thérapeutique qui est un des piliers de la gestion de la dermatite atopique. Une étude récente a mis en évidence une corrélation entre ces deux scores cliniques chez les enfants atteints de dermatite atopique. (53) En effet, ces deux échelles de gravité clinique évaluent la dermatite atopique de la même manière et sont toutes deux sensibles aux améliorations cliniques.

Seuls 16% des médecins généralistes déclaraient utiliser le SCORAD dans notre étude. L'utilisation de ces scores en Médecine Générale jouerait ainsi très certainement un rôle positif sur la prise en charge de la maladie, et notamment des poussées.

Dans une étude réalisée en 2012, sur un échantillon de 190 médecins généralistes interrogés dans la région Nord-Pas-de-Calais, seuls 29% des médecins déclaraient avoir reçu une formation en ETP en dermatologie. (54) L'apport de cette formation est un atout dans la pratique quotidienne. Elle s'inscrit dans une dynamique d'alliance thérapeutique.

Une étude française menée entre septembre 2000 et juin 2001 par l'Ecole de l'atopie de Nantes s'est intéressée à l'impact de l'éducation thérapeutique sur la sévérité de la maladie en s'appuyant sur le SCORAD. L'étude portait sur 40 patients ayant une atteinte modérée à sévère de dermatite atopique (SCORAD >25).

Les résultats révélaient que le SCORAD moyen de départ calculé à 50,5 était corrigé après six mois à 22. Le SCORAD étaient amélioré dans 97% des cas. (55)

Dans la littérature, un avis spécialisé dermatologique est requis pour un patient sur six atteints d'une dermatite atopique ou d'un eczéma. (56)(57)(58)

Selon une étude canadienne en 2002, le nombre de formations médicales continues auxquelles ont assisté les médecins généralistes était directement corrélé à la qualité des soins dispensés. (59) Les performances des médecins qui ont participé à une formation de dermatologie sont meilleures que celles des praticiens n'en n'ayant pas bénéficié. (60)

Le développement de l'ETP en médecine générale, du travail en réseau et des formations médicales continues paraît nécessaire dans l'optique d'une meilleure qualité de soins, notamment pour lutter contre la corticophobie.

Les craintes des patients concernant les dermocorticoïdes sont à l'origine d'une mauvaise adhésion thérapeutique évaluée à 24%. (42) L'idée de création de consultations spécialisées d'éducation par des médecins généralistes, ayant obtenu un certificat ou un diplôme universitaire pour l'éducation thérapeutique, permettrait sans doute d'obtenir des résultats plus encourageants dans le domaine de l'observance thérapeutique.

Dans un objectif d'une meilleure qualité de soins, les auteurs d'un article se sont intéressés à l'intérêt de consultations de contrôle clinique après prescription thérapeutique pour la dermatite atopique. Les résultats sont en faveur d'une amélioration de l'observance et des résultats cliniques. (61)

A notre connaissance, les médecins généralistes en France ne disposent pas de recommandations spécifiques ni de consensus établi par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la dermatite atopique. L'élaboration de recommandations en médecine générale pourrait jouer un rôle majeur dans l'objectif d'une meilleure utilisation des dermocorticoïdes en cas de poussée de dermatite atopique et permettrait de rassurer les médecins sur la sécurité d'emploi de ces traitements.

CONCLUSION

Dans notre étude, les dermocorticoïdes étaient prescrits en première intention chez le nourrisson et le jeune enfant, par respectivement 57% et 79% des médecins en cas de poussée de dermatite atopique. Nos résultats sont en faveur d'une meilleure conduite thérapeutique des poussées de dermatite atopique en médecine générale comparativement aux études antérieures.

Les signes cliniques de poussée, l'âge, le siège des lésions ont été identifiés comme déterminants de la prescription de corticoïdes locaux en médecine générale chez le nourrisson et le jeune enfant.

De même, les craintes des effets secondaires des dermocorticoïdes jouent très certainement un frein dans la prescription de ce traitement.

L'utilisation du SCORAD en consultation de médecine générale constituerait un outil pratique d'évaluation de la gravité clinique et de l'efficacité thérapeutique.

Le rôle des médecins généralistes est primordial dans la prise en charge de la dermatite atopique qui est souvent responsable d'une altération de la qualité de vie des patients et de leur famille.

Des recommandations en médecine générale sur cette pathologie seraient susceptibles d'améliorer les attitudes thérapeutiques, en permettant notamment aux médecins de surmonter certaines réticences thérapeutiques.

Enfin, le développement des formations médicales et de l'éducation thérapeutique du patient permettrait très certainement d'obtenir de meilleurs résultats aussi bien sur les thérapeutiques prescrites pour les poussées de dermatite atopique que sur l'adhésion thérapeutique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. H. Aubert, C. Paul, C. Segard, J-F. Nicolas, J-F. Stalder. La dermatite atopique vue par les mamans: résultats d'une enquête nationale. Prévalence en France et évolution de la maladie chez l'enfant. 2012.
2. Définition de l'eczéma atopique. Epidémiologie de l'eczéma atopique. La Fondation pour la Dermatite Atopique. Décembre 2014.
3. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la médecine générale. 2010. Consultable depuis: <http://omg.sfmng.org>.
4. Barbarot S, Beauchet A, Zaid S, Lacour JP, Groupe de Recherche Clinique en Dermatologie Pédiatrique. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant par les dermatologues, pédiatres, médecins généralistes et allergologues : enquête nationale de pratique. Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 1S261-1S273.
5. Société Française dermatologie. Conférence de consensus. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. 2004.
6. Caroline Lang, Magdalini Kyprioutou, Stéphanie Christen-Zaech. Pathogenèse de la dermatite atopique. Rev Med Suisse 2010 ;6 :850-865.

7. Pr J.P Lacour. Comprendre la DA : mécanismes physiopathologiques et recommandations thérapeutiques consensuelles. Fondation pour la dermatite atopique. 2013;3.
8. Filipiak B¹, Zutavern A, Koletzko S, von Berg A, Brockow I, Grübl A, Berdel D, Reinhardt D, Bauer CP, Wichmann HE, Heinrich J; GINI-Group. Solid food introduction in relation to eczema: results from a four-year prospective birth cohort study. *J Pediatr*. 2007 Oct;151(4):352-8. Epub 2007 Aug 23.
9. Illi S¹, von Mutius E, Lau S, Nickel R, Grüber C, Niggemann B, Wahn U; Multicenter Allergy Study Group. The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2004 May;113(5):925-31.
10. Wang M, Karlsson C, Olsson C, et al. Reduced diversity in the early fecal microbiota of infants with atopic eczema. *J Allergy Clin Immunol* 2008;121:129–34.
11. Pelucchi C, Chatenoud L, Turati F, et al. Probiotics supplementation during pregnancy or infancy for the prevention of atopic dermatitis: a meta-analysis. *Epidemiology* 2012;23:402–14.
12. Item 114 : Allergies cutaneo-muqueuses chez l'enfant et l'adulte : dermatite (ou eczéma) atopique. Collège National des Enseignants de Dermatologie .Conférence de consensus : Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. SFD.2004.

13. E. Mahé. Dermatite atopique : épidémiologie en France, définitions, histoire naturelle, association aux autres manifestations atopiques, scores de gravité, qualité de vie. *Ann Dermatol Venereol.* 2005 ;132. S1(spec 1): 1S131-50.
14. Williams HC, Burney PG, Pembroke AC, HAY RJ. Validation of the U.K. diagnostic criteria for atopic dermatitis in a population setting U.K. diagnostic criteria for atopic dermatitis working party. *Br J Dermatol* 1996; 135:12-7.
15. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology.* 1993;186(1):23-31.
16. PO-SCORAD, un outil pour évaluer votre eczéma. Fondation pour la dermatite atopique. 2009.
17. Ben-Gashir MA, Seed PT, HAY RJ. Quality of life and disease severity are correlated in children with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology.*2004 Feb; 150(2):284-90.
18. Les symptômes de l'eczéma atopique. Fondation Dermatite Atopique. <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr/leczema-atopique/les-symptomes-de-leczema-atopique>.
19. Langan S.M., Thomas K.S. and Williams H.C. What is meant by a “flare” in atopic dermatitis? A systematic review and proposal. *Arch Dermatol.* 2006; 142:1190-1196.

20. Atopic Eczema in Children: Management of Atopic Eczema in Children from Birth up to the Age of 12 Years. NICE clinical guideline 57 2007.
21. McKenzie AW, Stoughton RB. Method comparing percutaneous absorption of steroids. Arch Dermatol 1962;86:608-10.
22. Aubert H, Bernier C, Debons M, Chavigny JM, Barbarot S, Stalder JF. La dermatite atopique chez l'enfant. Rev Prat 2013;63:1271-81.
23. Long CC, Millsz CM, Finlay AY. A practical guide to topical therapy in children. Br J Dermatol 1998; 138:293-6.
24. Hanifin J¹, Gupta AK, Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients. Br J Dermatol. 2002 Sep;147(3):528-37.
25. Arrêté du 25 juillet 2014 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.
<http://legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/7/25/AFSS1415795A/jo/texte>
26. Auteurs et membres du Collège des enseignants en dermatologie de France CEDEF, « Item 174 – Prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens », Annales de Dermatologie et de Vénérologie, vol. 139, no 11, Supplement, octobre 2012.

27. B.Lebrun-Vignes, O.Chosidow. Dermocorticoïdes.
http://allergo.lyon.inserm.fr/dermatologie/19.2_Corticoides_locaux.pdf
28. OMS, Bureau régional pour l'Europe, Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, Copenhague, OMS,1998,88p.
29. Loi n ° 2009-879 du 21 juillet 2009. Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (JORF n°0167 du 22/07/2009)
30. Haute Autorité de Santé -Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. Consultable depuis:
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601788/structuration-dun-programme-deducationtherapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques.
31. Barbarot S, Gagnayre R, Bernier C, Chavigny J-M, Chiaverini C, Lacour J-P,et al. Dermatite atopique: un référentiel d'éducation du malade. Ann Dermatol Venereol 2007;134:121-7.
32. A.Lasek, A.Danigo, C.Beudin, M-C.Castelain, P.Modiano
Dermatologie. Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique de la dermatite atopique chez 152 enfants. Allergologie, hôpital saint Vincent-de-Paul, université catholique de Lille, Lille, France.2011.

33. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

ELI: <http://legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2010/8/2/SASH1017893A/jo/texte>

34. ETPDAY 2014 : Journée nationale de formation sur l'éducation thérapeutique. Fondation Dermatite Atopique. <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr/espace-professionnels/les-journees-de-formation/etpday-2014-journee-nationale-de-formation-sur-leducation-therapeutique>.

35. WASTIAUX AUBERT. H, la corticophobie dans la Dermatite Atopique : Création et validation d'un outil d'Evaluation. Thèse de médecine faculté de médecine de Nantes France, Déc 2009.

36. La démographie des médecins (RPPS) au 1er janvier 2014.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-medecins-rpps,11287.html>

37. Stéphanie Avogadro-Leroy. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie.2012.

38. Merenstein D, Meyers D, Krist A, Delgado J, McCann J, Petterson S, Phillips RL Jr. How well do family physicians manage skin lesions? J Fam Pract. 2007 Jan;56(1):40-5.

39. F.Le Duff, A.Beauchet, L.Martin, J-P.Lacour, groupe de recherche clinique en dermatologie pédiatrique. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant par les dermatologues, pédiatres, médecins généralistes et allergologues : enquête nationale de pratique 3 ans après la conférence de consensus.
40. Thom GA¹, Halbert AR. Paediatric atopic dermatitis in Perth general practice. *Australas J Dermatol.* 2003 Feb; 44(1):28-33.
41. Werner-Busse A, Kostev K, Heine G, Worm M. Impact of comorbidities on the treatment of atopic dermatitis in clinical practice.2014 Sep; 52(9):726-31.
42. CHARMAN CR, MORRIS AD, Williams HC. Tropical corticosteroid phobia in patients with atopic.Eczema *British Journal of Dermatology* 2000 May; 142(5):931-6.
43. HON KL, KAM WY, LEUNG TF, Lam MC, Wong KY, Lee K.C, and al. Steroid fears in children with Eczema *Acta paediatrica*, 2006 Nov;95(11):1451-5.
44. Zuberbier T, Orlow SJ, Paller AS, Taieb A, Allen R, Hernanz-Hermosa JM, et al.Patient perspectives on the management of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.*2006;118(1):226-232.
45. TUFT L. « steroid phobia » in asthma management. *Annals of Allergy.* 1979, Mar.
46. Florin V, Florin S, Delaporte E et al. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la dermatite atopique. *Ann Venereol* 2012 ; 139(Suppl.) :B65.

47. B.Lebrun-Vignes, O.Chosidow. Dermocorticoïdes.

http://allergo.lyon.inserm.fr/dermatologie/19.2_Corticoides_locaux.pdf

48. Thomas KS, Armstrong S, Avery A, Po AL, O'Neill C, Young S, et al. Randomised controlled trial of short bursts of a potent topical corticosteroid versus prolonged use of a mild or moderate atopic eczema. *BMJ* 2002;146:768-71.

49. Patel L, Clayton PE, Jenney ME, Fergusson JE, David TJ. Adult height in patients with childhood onset atopic dermatitis. *Arch Dis Child* 1997;76:505-8.

50. Berth-Jones J, Damstra RJ, Golsch S, Livden JK, Van Hooteghem O, Allegra F, Parker CA; Multinational Study Group. Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis: randomised, double blind, parallel group study. *BMJ*. 2003 Jun 21; 326(7403):1367.

51. Van Der Meer JB, Glazenburg EJ, Mulder PG, Eggink HF, Coenraads PJ. The management of moderate to severe atopic dermatitis in adults with topical fluticasone propionate. The Netherlands Adult Atopic Dermatitis Study Group. *Br J Dermatol*. 1999 Jun;140(6):1114-21.

52. Abramovits W, Oquendo M. Hydrocortisone butyrate 0.1% cream (proprietary lipid rich cream vehicle) does not significantly suppress hypothalamic-pituitary-adrenal axis and is effective in pediatric patients 3 months and older with extensive atopic dermatitis. *Skinmed*. 2010 May-Jun; 8(3):150-4.

53. van Oosterhout M¹, Janmohamed SR, Spierings M, Hiddinga J, de Waard-van der Spek FB, Oranje AP. Correlation between Objective SCORAD and Three-Item Severity Score used by physicians and Objective PO-SCORAD used by parents/patients in children with atopic dermatitis. *Dermatology*. 2015;230(2):105-12. doi: 10.1159/000367689. Epub 2015 Jan 31.

54. C.ROUSSEL. Etat des lieux des pratiques et des attentes des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais dans la prise en charge éducative des patients souffrant de pathologies dermatologiques chroniques. 2012.

55. Chavigny J.M, Adiceom F, Bernier C, Debons M, Stalder JF. «Ecole de l'atopie», évaluation d'une expérience d'éducation thérapeutique chez 40 malades. *Ann Dermatol Venerol* 2002;129:1003.

56. KERR OA, TIDMAN MJ, WALKER JJ, ALDRIDGE RD, BENTON EC. The profile of dermatological problems in primary care. *Clinical & Experimental Dermatology*. 2010 juin;35(4):380.3.

57. BENTON EC, KERR OA, FISHER A, FRASER SJ, McCORMACK S. The changing face of dermatological practice: 25 years. experience. *British Journal of Dermatology*. 2008 août;159(2):413.8.

58. S.Avogadro-Leroy. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie. 2012.

59. Goulet F, Jacques A, Gagnon R, Bourbeau D, Laberge D, Melanson J, et al. Performance assessment. Family physicians in Montreal meet the mark! *Can Fam Physician*. 8 Janv 2002; 48(8):1337-1344.

60. Al-Hoqail IA, Gad A, Crawford RI. Dermatology practice in primary health care services: where do we stand in the Middle East? *Int J Dermatol*. janv 2002;41(1):4-7.

61. Sagransky MJ, Yentzer BA, Williams LL, Clark AR, Taylor SL, Feldman SR. A randomized controlled pilot study of the effects of an extra office visit on adherence and outcomes in atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 2010;146:1428-1430.

ANNEXES

Annexe 1 : SCORAD

SCORAD
EUROPEAN TASK FORCE
DERMATITE ATOPIQUE

Nom Prénom

Date de Naissance

Date de Visite

Steroïde local utilisé :

Puissance (marque)

Quantité/mois (G)

Nombre de poussées/ mois

Chiffres entre parenthèses pour enfants de moins de 2 ans

A : ETENDUE (Indiquer les zones atteintes)

B : INTENSITE

CRITERE	INTENSITE
Erythème	
Oedème/papule	
Lésions suintantes ou croûteuses	
Excoriations	
Lichenification	
Secheresse cutanée*	

METHODE DE CALCUL

CRITERES D'INTENSITE (surface représentative moyenne)

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

*La secheresse cutanée est évaluée sur des zones saines

C : SYMPTÔMES SUBJECTIFS PRURIT + PERTE DE SOMMEIL

SCORAD A/5 + 7B/2 + C

Echelle analogique visuelle (moyenne des 3 derniers jours ou nuits)

Prurit (0 à 10)

Perte de sommeil (0 à 10)

TRAITEMENT :

OBSERVATIONS :

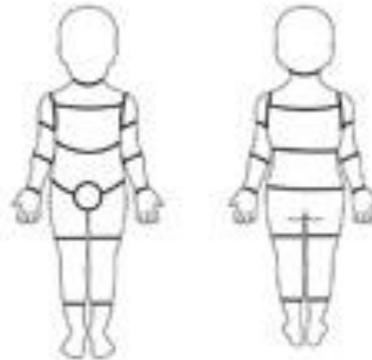
Annexe 2 : PO-SCORAD

PO-SCORAD à J _____

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Date du jour : _____
 Qui complète ce questionnaire :
 Le patient tout seul Le patient avec l'aide d'un parent
 La mère du patient Le père du patient
 Un frère/une sœur du patient Autre (merci de préciser) _____

● Surface atteinte

- patient de - de 2 ans
- patient de + de 2 ans



Sur le dessin,
hachurez les zones d'eczéma.

● Intensité des symptômes

Critères	Intensité (de 0 à 3)
Sécheresse *	_____
Rougeur	_____
Gonflement	_____
Suintement / Croûtes	_____
Lésions de grattage	_____
Épaississement	_____

* La sécheresse est évaluée sur la peau sans eczéma.

● Symptômes subjectifs : démangeaisons + troubles du sommeil

échelle visuelle analogique
(moyenne des dernières 48h) (de 0 à 10)



Le GRAD de votre PO-SCORAD sera fait automatiquement sur votre ordinateur ou votre smartphone à l'aide d'une application que vous pouvez télécharger sur votre ordinateur en cliquant sur le lien suivant selon l'évolution de votre eczéma, vous pourrez l'imprimer et la transmettre à votre médecin.

PO SCORAD du jour :

Rendez-vous sur : PoScorad sur Google Play et Apple store
<http://www.opened-dermatology.com>
 ou www.fondation-danhuette-atopique.org

Annexe 3 : Classification des dermocorticoïdes

Classification des dermocorticoïdes (DCI) disponibles en France.
(Vidal 2010)

CLASSE	DCI	Nom commercial
Classe 4 Très forte	Clobétasol propionate Bétaméthasone dipropionate	Dermoval® Diprolène®
Classe 3 Forte	Bétaméthasone valérate Bétaméthasone dipropionate Désonide Diflucortolone valérianate Difluprednate Fluticasone Hydrocortisone acétonate Hydrocortisone butyrate	Betneval® Diprosone® Locatop® Nérisone Epitopic® 0,05 Flixovate® Efficort® Locoïd®
Classe 2 Modérée	Bétaméthasone valérate Désonide Difluprednate Fluocinolone acétonide Fluocortolone Triamcinolone acétonide	Célestoderme relais® Locapred® Tridésoneit® Epitopic® 0,02 Ultralan® Localone®
Classe 1 Faible	Hydrocortisone	Aphilan Démangeaisons® Hydracort®

Annexe 4 : Entretien exploratoires

Organisation des entretiens exploratoires

Présentation du sujet : « bonsoir à tous, je suis interne en 5^{ème} semestre de Médecine Générale à la faculté catholique de Lille.

Votre avis sur l'utilisation des dermocorticoïdes dans le cadre de la prise en charge de la dermatite atopique dans la population pédiatrique m'intéresse.

Aucun jugement de votre pratique ne sera fait.

L'entretien est enregistré et sera retranscrit de façon anonyme. »

1^{er} entretien avec 4 médecins généralistes (nommés M1 à M4)

Utilisez-vous facilement les dermocorticoïdes devant une dermatite atopique chez les enfants?

M1 : « TRIDENOSIT quel que soit l'âge et la région du corps en cas de poussée »

M2 : « Oui moi aussi, je fais une préparation qui comprend hydratation et DIPROSONE. »

M3 : « Oui sur le corps après ça dépend de la poussée, moi je prescris le TRIDENOSIT le plus souvent. DIPROSONE je trouve que c'est un peu trop fort. »

M2 : « Pourquoi t'en veux à ma DIPROSONE ? J'ai été à une formation il était pour la DIPROSONE. »

M3 : « Même sur le résultat ? »

M2 : « Sur le corps tu peux y aller, t'as pas de risque. Non tu vois, ça me gêne pas moi. »

M4 : « Oui la plupart du temps. Moi je préfère hydrater avec de la poudre à type d'amidon de blé. Ça se trouve en pharmacie, c'est une recette qui a trente ans, ça ne coûte rien et ça marche très bien. »

M3 : « Il y a aussi l'OLIATUM, mais ça c'est risqué car ça fait glisser grand-mère dans la salle de bain qui risque une fracture du bassin ! »

M1 : « Qu'est-ce qu'on leur apprend aux jeunes ! »

Rires collectifs

Utilisez-vous les dermocorticoïdes sur tout le corps ?

M2 : « Oui sur le visage aussi, c'est la pharmacie qui ne comprend pas l'indication mais ça c'est pas grave. Avec la dose de DIPROSONE diluée il n'y a pas beaucoup

de risque. »

M1 : « Oui TRIDESONIT. »

M3 : « Moi c'est LOCAPRED qui est plus léger. »

M4 : « Non pas chez l'enfant pour ma part. »

Sur les paupières ?

M1 : « Non pas sur les paupières, chez les petits il faut être vicieux quand même. »

M2 : « Non déjà ce n'est pas facile sur les joues alors si c'est pour en mettre sur les yeux »

M3 : « Non »

Faites-vous un arrêt brutal du traitement ?

M1 : « Oui »

M2 : « Oui, on peut désormais arrêter le traitement brutalement. »

M3 : « J'ai été à une formation récemment qui disait qu'on pouvait diminuer la fréquence d'application dès que l'évolution était favorable. Après ça dépend si ça ne guérit pas tu continues le traitement. »

M4 : « Oui tout à fait. »

Quels effets secondaires craignez-vous en particulier ?

M1 : « C'est-à-dire ? Lesquels ? Des effets systémiques ou locaux ? »

M3 : « Moi non plus je ne pense pas qu'il y ait un réel risque d'effets systémiques. »

M2 : « Oui des effets atrophiques mais pas systémiques. »

Combien d'application prescrivez-vous par jour ?

M1 : « Une application par jour »

M2: « Une application par jour »

M3 : « Pareil »

M4 : « Généralement je compense si le soir c'est le corticoïde je mets l'émollient le matin. »

Vérifiez-vous le nombre de tubes utilisés par les parents?

M1 : « Oui c'est nous prescrivons et qui contrôlons. »

M2 : « Ça c'est une bonne question ça parce que moi je me pose toujours la question et on est censé vérifié. »

M4 : « A oui on est censé vérifier. Mais comment veux-tu faire toi ? »

M1 : « Je ne mets qu'un tube pour être sûr que ça n'aille pas trop loin. »

M3 : « Je ne pense pas contrôler le nombre de tubes, c'est vrai. »

2 ème entretien avec 4 médecins généralistes. (nommés M01 à M04)

1. Utilisez-vous les dermocorticoïdes devant une dermatite atopique chez les enfants ?

M01 : « Oui, je prescris des dermocorticoïdes en phase aiguë mais que chez l'enfant à partir de 2 ans. »

M02 : « Oui, je les utilise en première intention. De toute façon c'est le traitement prescrit par les dermatologues et le traitement recommandé pour les poussées. »

M03 : « Je retarde la prescription au maximum, j'essaie d'abord les soins hydratants. Chez les enfants, je pars souvent sur du DEXERYL. »

M04 : « On cherche plein de raisons d'abord si c'est une vraie, oui on peut en prescrire facilement si on est sûr d'éliminer une infection d'origine bactérienne, savoir comment sont les savons, la toilette. »

M01 : « Oui, il faut déterminer le caractère atopique dans un premier temps de toute façon. »

2. Trouvez-vous le diagnostic de dermatite atopique facile à poser ?

M01 : « A oui ce n'est pas toujours évident mais l'anamnèse, les antécédents familiaux permettent très souvent de s'orienter. »

M04 : « Moi, parfois chez les tous petits, mais je ne suis jamais pressée de mettre des dermocorticoïdes. »

M02 : « On ne met pas toujours l'étiquette tout de suite en première consultation. »

M04 : « On met d'abord des cold-creams, on regarde si ce n'est pas bactérien. »

M01 : « Toujours les émoullients d'abord, après les corticoïdes ou pas ça dépend de l'intensité. »

3. Utilisez-vous les dermocorticoïdes sur le visage ?

M01 : « Oui »

M03 : « Jamais sur le visage quel que soit l'âge. La première prescription doit être faite dans ce cas par le dermatologue. »

M02 : « Ça m'arrive un peu chez les adultes quand même en plus de l'hydratation. »

4. Sur les paupières ?

M02 : « Oui chez l'adulte ça arrive. »

M04 : « Oui oui chez les adultes. »

5. Quels corticoïdes utilisez-vous chez l'enfant ?

M01 : « LOCOID. »

M04 : « Uniquement sur le corps, avec calendrier, surveillance, des codes. C'est vrai que les protocoles actuels sont moins sévères qu'avant concernant l'utilisation des corticoïdes. Avant on devait tout préciser sur les ordonnances. Maintenant on en met bien plus qu'avant. »

M02 : « TRIDESONIT. Après reste le problème du nombre d'applications/ jour. Ce sont des enfants à revoir de toute façon. Il faut rester très prudent. Les risques sont que les mères mettent le traitement sur n'importe quel autre type de plaie. Il faut s'assurer du contexte socio-professionnel aussi. »

M03 : « Oui quand tu as un tube de DIPROSONE qui traîne à la maison, tu as de grandes chances pour qu'il soit utilisé par tous les autres membres de la famille. La grande sœur avec de l'acné va s'en mettre plein le visage, j'ai déjà eu ce cas dans ma patientèle. »

6. Quels effets secondaires craignez-vous en particulier ?

M04 : « Le seul truc c'est le mésusage, les lésions cutanées à type d'acné. Après quand ils voient que les dermocorticoïdes marchent, ils l'utilisent de façon systématique même en dehors des poussées. D'abord privilégier les bains, savons. On finit souvent par prescrire les dermocorticoïdes en faisant très attention à leur utilisation et en s'assurant de faux eczéma atopique microbien et impétigo. »

M01 : « Ce qui est important c'est l'éducation thérapeutique des enfants comme des parents. Faut reconnaître que les dermocorticoïdes marchent très bien dans le cas de poussée de dermatite atopique. On craint surtout les effets secondaires par l'utilisation faite des parents et enfants. »

M02 : « Oui j'ai lu récemment un article sur la corticothérapie orale, qui disait qu'on pouvait être rassuré quant aux effets secondaires de ces traitements lorsque la prescription était limitée. Après c'est sûr que l'on doit se soucier de l'utilisation des corticoïdes par les patients qui ont pour fâcheuse habitude d'exagérer l'application quand ils en découvrent l'efficacité. »

M04 : « C'est bien pour ça que moi j'utilise des préparations pharmacologiques avec mélange de cold-cream et DIPROSONE pour être sûr de s'assurer que les crèmes ne seront pas trop utilisées par le reste de la famille. »

7. Avez-vous d'autres suggestions ?

Non généralisé.

Merci pour votre participation.

3 ème entretien avec 8 médecins généralistes (nommés M001 à M008)

1. Utilisez-vous les dermocorticoïdes devant une dermatite atopique chez les enfants?

M001 : « Oui très facilement, il n'y a que ça qui marche de toute façon pour les poussées. Faut pas avoir peur des corticoïdes, j'ai jamais eu de soucis avec. »

M002 : « Moi aussi »

M003 : « Moi j'utilise des préparations sans corticoïde en premier lieu. Après j'ai pour habitude de revoir le patient 15 jours après et si j'ai des signes d'extension des rougeurs alors je prescris des dermocorticoïdes. »

M004 : « Pour moi l'important est d'hydrater d'abord la peau par des crèmes type DEXERYL ou ATOPICLAIR et en seconde intention les corticoïdes. Chez le nourrisson préparation à type de DIPROBASE »

M005 : « Je donne des conseils et j'évite les dermocorticoïdes chez le nourrisson »

M004 : « tout à fait moi aussi je prends bien le temps de leur expliquer ce qu'il faut éviter »

M005 : « pas de bains prolongés, explications sur les poussées et crèmes émoullientes sur l'ensemble du corps même sur les zones non atteintes .Si c'est très rouge et que la mère me parle de corticoïdes là je lui prescris mais je préfère éviter ce traitement ».

M006 : « Si eczéma atopique très important ; TRIDENOSIT crème et un antihistaminique car on a souvent un prurit infernal sinon faut hydrater par DEXERYL »

M002 : « C'est marrant de voir qu'on a des attitudes très différentes » Rires...

M007 : « Moi je suis bientôt à la retraite, je suis de l'ancienne génération et j'avoue avoir peur des corticoïdes, avant on les déconseillait maintenant on en parle en mieux. Je donne DEXERYL et après si ça passe pas c'est avis dermato c'est leur spécialité quand même ! »

M005 : « Oui en plus c souvent long à traiter, on s'en sort pas, les parents s'énervent et nous on sait que ce n'est pas grave donc on ne veut pas mettre de gros traitement »

M008 : « C'est toujours le problème avec les enfants quand ils vont bien, qu'il faut les vacciner ils sont vus par les pédiatres et quand ils ont de la fièvre, des boutons ou des plaques rouges et que c'est le weekend end c'est pour nous ! En plus on ne sait jamais comment ils sont utilisés à la maison, tu leur dis une légère application sur la peau et tu te dis que si ça marche la mère va alors en étaler sur son enfant toute la journée. Moi je travaille en campagne et quand je vois dans quelle saleté vive les gens je ne m'étonne plus de rien !»

2. Quels corticoïdes utilisez-vous et sur quelles zones et pour quel âge ?

M002 : « TRIDENOSIT crème, ça m'arrive d'en mettre aussi sur le visage sur des lésions très rouges chez le nourrisson aussi »

M005 : « Moi aussi quand il faut en prescrire pour les poussées par contre j'évite sur le visage surtout chez le nourrisson »

M004 : « Après quand on n'a pas le choix on n'a pas le choix, y a des stades qui nous obligent à en prescrire »

M003 : « DIPROSONE c'est efficace chez l'enfant »

M004 : « Moi quand je dois en utiliser je mets TRIDENOSIT sur visage et DIPROSONE sur le corps peu importe l'âge »

M005 : « J'en mets pas mais c'est vrai que c'est une pathologie que j'ai du mal à traiter »

En s'adressant à M1 « Tu arrives à les guérir vite avec les corticoïdes »

M001 : « A oui aucun problème, en 5 jours aussi bien chez le nourrisson et chez l'enfant ! »

M005 : « Et t'as jamais eu de problème avec les corticoïdes sur le visage même chez le nourrisson ? »

M002 : « Jamais, tu peux y aller tu risques rien, même devant des érythèmes fessiers j'en mets parfois et ça marche »

M004 : « J'aime bien HYDRACORT 1 application/jour avec un hydratant.

3. Quelle fréquence d'application pour les dermocorticoïdes prescrivez-vous ?

M001 : « Une semaine de traitement ça suffit, 2 fois par jour avec décroissance progressive »

M002 : « Oui une semaine, une application par jour sans décroissance surtout quand je prescris une cure courte »

M003 : « Pareil une semaine, une application par jour chez le nourrisson et deux applications par jour chez l'enfant et avec toujours une décroissance »

M006 : « Je préfère trois jours avec une application par jour »

M004 : « J'utilise sur visage et corps pendant une semaine, après si j'ai une résistance au traitement j'envoie direct au dermato qui me prend rapidement l'enfant quand il y a ce type de problème »

M008 : « Moi j'oublie le plus souvent la décroissance, je dis à la mère d'arrêter dès

que ça évolue mieux et de poursuivre avec les hydratants »

M006 : « Le plus souvent les parents arrêtent d'eux même, déjà quand on leur parle de corticoïdes ils ont des craintes et nous interdisent presque d'en prescrire. On prescrit 5 jours et je ne suis pas sûr qu'ils mettent plus d'une application en tout par peur d'effets secondaires et nous on les revoit ensuite pour persistance des symptômes ! Un vrai cercle vicieux. »

M001 : « Tout à fait d'accord avec toi, pas facile de les convaincre même en leur expliquant l'absence de risque. »

M002 : « Oui je pense en effet qu'on n'a tous le même problème, mais faut avouer qu'il y a un mieux depuis 10 ans, j'ai le sentiment que nos patients finissent par avoir moins de préjugés qu'avant »

M006: « Oui enfin ça reste encore très difficile, ça reste bien entré dans les mœurs »

4. Craignez-vous les corticoïdes locaux, si oui pourquoi ?

M002 : « RAS pour moi comme vous l'avez compris »

M001 : « Juste chez les sujets noirs il faut se méfier car risque de dépigmentation cutanée, j'ai eu le cas avec un patient d'ailleurs »

M005 : « Sur le visage et surtout les paupières, j'en ai jamais appliqué. Je demande toujours un avis dermatologique si j'ai une atteinte du visage de toute façon »

M008 : « Moi pas vraiment, ce qui m'inquiète et m'inquiétera toujours c'est l'utilisation qu'en font les parents »

M003 : « Ma seule crainte est celle du risque d'asthme et d'obésité à l'adolescence. J'ai vu différents articles sur le sujet »

M006 : « Oui et celle des lésions cutanées notamment sur le visage »

M007 : « Et le problème des infections qui peuvent se généraliser par action des corticoïdes »

M004 : « L'enjeu est surtout de ne pas se tromper de diagnostic, car on peut parfois hésiter avec une infection locale notamment herpétique c'est celle que je redoute toujours et là les corticoïdes ne sont pas les bienvenus. »

M008 : « Oui après c'est procès assuré... »

5. Avez-vous d'autres suggestions ?

Non généralisé.

Merci pour votre participation.

Annexe 5 : TOPICOP

: score de corticophobie : TOPICOP

Questionnaire Eczéma et crèmes corticoïdes

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

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

Cochez une case par ligne

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

CROYANCES : 6 items

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

COMPORTEMENT : 6 items

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

Annexe 6 : Questionnaire

Questionnaire

Dermatite atopique en médecine générale chez le nourrisson et le jeune enfant (de 2 ans à 6 ans) : descriptif de l'usage des dermocorticoïdes.

A. Présentation :

1. Quel âge avez-vous ?

__ __ ans

2. Sexe :

- F
- M

3. Quelle est votre activité ?

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine

4. Quel est votre numéro de département ?

--

5. Depuis combien d'années exercez-vous en cabinet de médecine générale ?

__ __ ans

6. Cochez la ou les formations spécialisées suivies

- Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter-Universitaire de pédiatrie**
- Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter-Universitaire de dermatologie**
- Enseignant à la Faculté**
- Autres, si oui merci de préciser laquelle :**

7. Avez – vous une activité

En PMI ?

oui

non

En crèche ?

oui

non

8. Quel pourcentage représente approximativement la population pédiatrique dans votre patientèle ?

__ %

B. La dermatite atopique :

9. Le diagnostic de poussée de dermatite atopique vous paraît-il aisé à poser dès le premier examen clinique?

oui

non

10. Considérez-vous voir des dermatites atopiques :

jamais **rarement** **souvent** **beaucoup**

11. Les patients chez qui vous diagnostiquez une dermatite atopique sont âgés en moyenne de :

__ ans

12. Utilisez-vous l'outil : SCORAD (Score de gravité de la dermatite atopique) ?

jamais **rarement** **souvent** **toujours**

15. Cochez les cases correspondantes à vos habitudes de prescription en fonction des régions du corps et de l'âge de l'enfant concernant la prescription de dermocorticoïdes lors des poussées de dermatite atopique.

	SUR LE VISAGE		SUR LE CORPS	
	CHEZ LE NOURRISSON	CHEZ LE JEUNE ENFANT	CHEZ LE NOURRISSON	CHEZ LE JEUNE ENFANT
Pas de prescription de dermocorticoïde				
Classe IV (très forte) Exemples : DERMOVAL / DIPROLENE /				
Classe III (forte) Exemples : BETNEVAL / DIPROSONE / NERISONE / LOCOID / FLIXOVATE / EFFICORT /				
Classe II (modérée) Exemples: TRIDENOSIT / LOCAPRED /				
Classe I (faible) : Exemples : HYDRACORT/ HYDROCORTISONE				

16. Durée de prescription habituelle des dermocorticoïdes:

- Inférieure ou égale à 3j**
- De 4 à 8j**
- >9 jours**

17. Nombre d'applications locales prescrites par jour :

- 1/jour**
- 2/jour**
- > 2/jour**

18. Contrôlez-vous (par interrogatoire) la quantité utilisée de dermocorticoïdes par les patients en fonction du nombre de tubes que vous leur avez prescrits ?

- Oui**
- Non**

19. **Quel avis portez-vous sur les dires concernant les dermocorticoïdes (DC) ?**
 Cochez la case correspondante à chacune des affirmations suivantes

	PAS DU TOUT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	TOUT A-FAIT D'ACCORD
Les DC ont un risque d'effets systémiques				
Les DC favorisent les infections				
Les DC favorisent l'obésité				
Les DC peuvent induire des lésions cutanées <i>(à type d'atrophie cutanée, de vergetures, hypertrichose, surinfections bactériennes ou herpétiques)</i>				
Les effets des DC peuvent se traduire cliniquement par un retard de croissance				
Les DC favorisent l'apparition d'un asthme				

20. Que craignez-vous concernant les dermocorticoïdes (DC) ?

Cochez la case correspondante à chacune des affirmations suivantes

	OUI	NON
Vous craignez leurs potentiels effets secondaires		
Vous craignez les risques en cas d'applications trop importantes		
Vous craignez l'application sur les paupières		
Vous retardez la prescription de DC au maximum voire vous l'évitez si possible dans votre pratique		
Vous réduisez au maximum la durée du traitement		

