

2025-2026

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

**État des lieux de la
dermocorticophobie dans
l'exercice officinal dans les Pays
de la Loire**

Le Bras Maëlys

Né le 03/09/1999 à Laval (53)

Sous la direction de la docteure Mme Dilé Nathalie et de la docteure
Mme Pech Brigitte

Membres du jury

Pr Landreau Anne | Présidente

Dr Dilé Nathalie | Directrice

Dr Pech Brigitte | Co-directrice

Dr Marchand Angélique | Membre

Soutenue publiquement le :
mercredi 24 septembre 2025



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie

HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	HOSPITALIERE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOURREYE Laurent	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LAGARCE Frédéric	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LANDREAU Anne	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEBDAL Souhil	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEGENDRE Guillaume	UROLOGIE	Médecine
LEGRAND Erick	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LEROLLE Nicolas	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	REANIMATION	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HISTOLOGIE	Médecine
MARCHAIS Véronique	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARTIN Ludovic	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	DERMATO-VERNEROLOGIE	Médecine
MENEI Philippe	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE	Médecine
MERCAT Alain	LA REPRODUCTION	Médecine
ORVAIN Corentin	NEUROCHIRURGIE	Médecine
PAISANT Anita	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PASSIRANI Catherine	RADIOLOGIE	Médecine
PELLIER Isabelle	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PETIT Audrey	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PICQUET Jean	PEDIATRIE	Médecine
PODEVIN Guillaume	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PROCACCIO Vincent	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PRUNIER Delphine	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PRUNIER Fabrice	GENETIQUE	Médecine
PY Thibaut	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	CARDIOLOGIE	Médecine
REYNIER Pascal	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIQUIN Elise	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
ROQUELAURE Yves	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES	Médecine
ROUSSEAU Audrey	METABOLIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROY Pierre-Marie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
SAULNIER Patrick	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET	Médecine
SERAPHIN Denis	ESTHETIQUE	Médecine
SCHMIDT Aline	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
UGO Valérie	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
	MEDECINE GENERALE	Médecine
	PNEUMOLOGIE	Médecine
	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFJ Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER

BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie

PRCE

AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	Santé

PAST-MAST

AUBRUCHET Hélène	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
MARSAN-POIROUX Sylvie	COMMUNICATION	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine

PLP

CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
--------------	------------------	----------

AHU

CORVAISIER Mathieu	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
ROBIN Julien	DISPOSITIFS MEDICAUX	Pharmacie

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Le Bras Maëlys,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **22 / 08 / 2025**

DECLARATION D'ENGAGEMENT DE L'AUTEUR

"La Faculté de Santé déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation."



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

REMERCIEMENTS

A mes directrices de thèse, Mme Pech et Mme Dilé, merci de m'avoir accompagnée, rassurée et remotivée tout au long de cette thèse. Merci pour tous vos conseils et votre relecture minutieuse.

A Mme Landreau, je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury. Merci pour vos enseignements tout au long de ces années.

Au Dr Angélique Marchand, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de nous faire part de votre expertise.

A M. Bastiat, merci de m'avoir aidé et pris de votre temps pour mes statistiques. Vous m'avez permis de mieux appréhender cette partie de ma thèse qui s'est révélée être la plus compliquée pour moi.

A Arthur Jouffe, merci pour ton aide précieuse pour la réalisation des statistiques. Tu as sans nul doute renforcé l'analyse de mes résultats. Merci d'avoir pris de ton temps pour ma thèse.

Merci à mes parents de m'avoir soutenue durant toutes ses années. Merci à toi papa d'avoir relu et corrigé cette thèse. Je vous aime fort !

Merci à mes frères et sœurs d'avoir été là pour moi, de m'avoir écoutée et conseillée. Je vous aime !

Merci à toutes mes nièces, Alice, Jade, Camille, Elsa et Juliette merci de faire partie de ma vie. Vous êtes mes petites cailles d'amour.

Merci à vous Béatrice et Patrick, de toujours nous accueillir avec le sourire !

Merci à vous Oliv, Cloclo, Camou, Floflo et Liliçou d'être là au quotidien et de m'avoir accueilli aussi bien au sein de votre famille. On s'amuse quand même bien tous ensemble !

REMERCIEMENTS

A toi Marine, le seul et unique binôme de TP, la best des CM solidarité. Merci pour tous ces rires, de m'avoir soutenu et supporté tout au long de ces années. Notre amitié aura commencé sur une phrase mi-figue mi-raisin mais elle continuera encore de nombreuses années.

A Maëlise, merci pour ton sourire, de m'avoir fait rire et écouté lorsque ça allait moins bien. Notre rencontre aura commencé grâce à nos noms qui nous ont permis d'être à côté lors des exams et elle continuera bien au-delà de cette ressemblance !

Alice et Cassandre, sans vous ces années de fac et surtout la première, n'auraient pas eu la même saveur ! Merci de faire ressortir en moi ce petit grain de folie et merci pour toutes ces soirées endiablées sur le dance flore du dépotoir ou des tables du Délirium. On se sera bien amusées pendant nos études (et j'espère qu'on va continuer encore quelques années). Merci d'être là pour moi. Love you for ever les besties !

Cylia, Suzanne, merci d'être encore là même après toutes ces années et malgré l'éloignement géographique. Vous resterez à jamais mes voisines préférées !

A toi Juliette, à cette nouvelle amitié ! Je suis très heureuse de vous avoir rencontré avec Paulo ! A toutes nos futures sorties.

Merci mon petit chou d'être là pour moi, dans les bons et les mauvais moments, dans les rires et les pleurs. Merci de me supporter quotidiennement. Merci de m'avoir soutenue et de m'avoir remotivée quand il le fallait tout au long de la rédaction de cette thèse. Merci de l'avoir relue attentivement. Je t'aime.

A mon titi d'amour qui accepte (de temps en temps) que je vienne lui faire de gros câlins même si le moment où tu nous préfères c'est lorsque l'on te donne à manger. J'espère que tu resteras encore longtemps à nos côtés.

Table des matières

TABLE DES MATIERES.....	1
LISTE DES ABREVIATIONS	3
TABLE DES ILLUSTRATIONS	4
TABLE DES TABLEAUX	5
TABLE DES GRAPHIQUES.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. État des lieux.....	9
1.1. Les dermocorticoïdes.....	9
1.1.1. Classe thérapeutique(4).....	9
1.1.2. Indications.....	12
1.1.3. Posologie.....	12
1.1.4. L'enveloppement humide (Wet wrapping).....	14
1.1.5. Pharmacodynamie	16
1.1.6. Choix de la forme galénique	17
1.1.7. Pharmacocinétique.....	18
1.1.8. Les principaux effets indésirables	19
1.1.9. Les contre-indications.....	21
1.1.10. Stratégie thérapeutique	22
1.2. La dermocorticophobie	23
1.2.1. Définition et origine du concept de corticophobie.....	23
1.2.2. Prévalence de la dermocorticophobie et profil de population à risque	25
1.2.3. Des causes multiples	30
▪ Liées aux professionnels de santé.....	30
▪ Liées aux différentes sources d'informations (médias, proches, réseaux...)	33
▪ Liées aux craintes et croyances du patient.....	35
▪ Liées à l'apparition potentiel d'un nouvel effet indésirable	38
▪ Liées à l'émergence des traitements et à la volonté au retour au naturel	40
▪ Liées aux objectifs et à la stratégie thérapeutique complexe	41
1.2.4. Conséquences sur la prise en charge des dermatites et l'efficacité des traitements	42
2. Enquête auprès des équipes officielles des Pays de la Loire	43
2.1. Objectifs.....	43
2.2. Matériel et méthodes.....	44
2.3. Résultats	45
2.3.1. Effectifs	46
2.3.2. Score de dermocorticophobie	49
2.3.3. Résultats par questions	51
▪ Favorise les infections et altération du tissu cutané (graphique 7)	51
▪ Réticence vis-à-vis des dermocorticoïdes (graphique 7).....	51
▪ Photosensibilité des dermocorticoïdes (graphique 8).....	52
▪ Modalité d'arrêt (graphique 8)	53
▪ Application sur le visage et les paupières (graphique 8)	53
▪ Utilisation uniquement en cas de poussées sévères (graphique 8)	53
▪ Application dès les premiers symptômes (graphique 8)	54
▪ Utilisation des DC chez les enfants de – de 2 ans (graphique 8)	54
▪ Application en fine couche, durée d'application et unité phalange (graphique 8 et 9).....	54
▪ Passage systémique (graphique 10).....	56
▪ Modification des prescriptions (graphique 11).....	57
2.3.4. Résultats statistiques du Khi 2 et test exact de Fisher.....	59
2.3.5. Résultats statistiques Coefficient de Pearson et Kullbach-Liebler	59

▪	Kullback-Leibler (graphique 12 et 13)	59
▪	Coefficient de Pearson (graphique 14 et 15)	62
2.4.	Discussion	65
2.5.	Limites	71
CONCLUSION.....		74
BIBLIOGRAPHIE.....		76
ANNEXES.....		79
▪	Annexe 1 : Questionnaire Pharmacie.....	79
▪	Annexe 2 : Questionnaire TOPICOP (45)	83

Liste des abréviations

AIS	Anti-inflammatoire Stéroïdien
CCT	Corticostéroïde Topique
CNOP	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CROP	Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens
DA	Dermatite Atopique
DC	Dermocorticoïde
DLQI	Dermatology Life Quality Index
RCP	Résumé des Caractéristiques du Produit
TOPICOP	Topical Corticosteroid phobia
TSW	Topical Steroid Withdrawal

Table des illustrations

Figure 1 : Unité phalangette (6).....	13
Figure 2 : Photo représentant ce qui pourrait ressembler à un syndrome de la peau rouge (39)	39

Table des Tableaux

Tableau I : Répartition des dermocorticoïdes selon leur classe.....	10
---	----

Table des graphiques

Graphique 1 : Répartition des répondants selon le sexe.....	46
Graphique 2 : répartition des répondants selon leur poste	47
Graphique 3 : répartition des répondants selon l'année d'obtention de leur diplôme .	48
Graphique 4 : répartition des répondants selon le nombre de pharmaciens exerçant dans l'officine.....	49
Graphique 5 : Histogramme du score de dermocorticophobie noté sur 20	50
Graphique 6 : histogramme du score de dermocorticophobie en %	50
Graphique 7 : Réponses au questionnaire – partie 1	52
Graphique 8 : Réponses au questionnaire – partie 2	55
Graphique 9 : Connaissance de l'unité phalangette selon l'année de diplôme	56
Graphique 10 : Appréciation du passage systémique selon les répondants	57
Graphique 11 : Fréquence d'ajustement des prescriptions par les répondants.....	58
Graphique 12 : Kullback-Leibler	61
Graphique 13 : Kullback-Leibler des variables sociodémographiques	62
Graphique 14 : Coefficient de Pearson des variables sociodémographiques	63
Graphique 15 : Coefficient de Pearson	64

Introduction

Les dermatoses inflammatoires chroniques, au premier rang desquelles figurent la dermatite atopique (DA) et le psoriasis, constituent un problème majeur de santé publique, touchant respectivement 1 enfant sur 10 et 2 à 10 % des adultes pour la dermatite atopique (1,2), et environ 2% de la population française pour le psoriasis (3). Ces affections, souvent sources de gêne esthétique, de prurit intense et d'impact psychologique important, nécessitent une prise en charge prolongée et bien suivie.

Les dermocorticoïdes (DC) représentent depuis plusieurs décennies le traitement de première intention des poussées inflammatoires. Leur efficacité à contrôler l'inflammation, réduire les symptômes et améliorer la qualité de vie des patients est largement démontrée. Pourtant, malgré leur place incontestée dans les recommandations internationales, leur utilisation reste souvent compromise par une observance insuffisante.

Ce défaut d'observance trouve en grande partie son origine dans la dermocorticophobie, qui désigne la peur excessive, irrationnelle ou disproportionnée des corticoïdes topiques. Cette crainte se manifeste aussi bien chez les patients, que chez certains professionnels de santé eux-mêmes. Chez les patients, la dermocorticophobie conduit à une application irrégulière, à la sous-utilisation du produit ou à l'interruption prématurée du

traitement, compromettant l'efficacité thérapeutique et favorisant la chronicité et les rechutes.

Si la dermocorticophobie des patients a fait l'objet de nombreuses investigations, celle des pharmaciens, pourtant au cœur du parcours de soins, reste moins explorée. Or, les pharmaciens jouent un rôle déterminant dans la délivrance, l'explication des traitements et la pédagogie autour de leur bon usage. Leur propre perception des dermocorticoïdes peut influencer la manière dont ils conseillent les patients et, par conséquent, impacter directement l'observance.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail de thèse, qui a pour objectif d'évaluer la dermocorticophobie des équipes officinales, à travers l'étude de leurs connaissances, de leurs pratiques et de leurs éventuelles craintes vis-à-vis des dermocorticoïdes. Une enquête a donc été réalisée auprès des pharmaciens et de leur équipe dans les Pays de la Loire, afin d'estimer la prévalence de la dermocorticophobie, de repérer les principaux points à améliorer et de dégager un profil type, dans le but d'orienter les discours et les priorités lors des formations.

Nous porterons essentiellement notre attention sur la dermatite atopique, qui est la dermatose la plus répandue, la plus précoce et la mieux documentée en matière de dermocorticophobie.

1.État des lieux

1.1. Les dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes sont le traitement de première intention dans la plupart des dermatoses inflammatoires. Nous détaillerons ici les principales propriétés et spécificités de cette classe médicamenteuse.

1.1.1. Classe thérapeutique (4)

Les dermocorticoïdes sont des traitements appartenant à la famille des anti-inflammatoires stéroïdiens (AIS).

Ils sont catégorisés en quatre classes en fonction de leur puissance d'action anti-inflammatoire : faible (I), modérée (II), forte (III) et très forte (IV) (4).

Tableau I : Répartition des dermocorticoïdes selon leur classe

Classes	Molécules	Dénominations commerciales
Classe I (Faible)	Hydrocortisone	CORTISEDERMYL® (0,5%) ONCTOSE® (0,25%) CORTAPAISYL® (0,5%)
Classe II (Modérée)	Désonide	LOCAPRED® (0,1%) TRIDESONIT® (0,05%)
	Hydrocortisone 17-butyrate	LOCOÏD® (0,1%)
Classe III (Forte)	Bétaméthasone	BETESIL® BETNEVAL® (0,1%) DIPROSONE® (0,05%) DERMAFUZONE® (+ antibiotique)
	Hydrocortisone acéponate	EFFICORT® (0,127%)

	Difluprednate	EPITOPIC® (0,05%)
	Fluticasone propionate	FLIXOVATE® (0,05%)
	Désonide	LOCATOP® (0,1%)
	Diflucortolone valérate	NERISONE® (0,1%)
Classe IV (Très forte)	Clobéatasol propionate	CLARELUX® (0,05%) DERMOVAL® (0,05%)
	Bétaméthasone	DIPROLENE® (0,05%)

Ils vont donc jouer un rôle important dans le traitement des dermatoses d'origines inflammatoires (ex : dermatite atopique, psoriasis, lichen...).

L'effet vasoconstricteur des DC est à la base du test de McKenzie. Ce dernier permet d'évaluer l'efficacité et d'établir une échelle de puissance. Il existe une corrélation entre l'intensité de la vasoconstriction, quantifiée par le blanchiment de la peau, et l'activité anti-inflammatoire du DC testé. La classification des DC est fondée, d'une part sur le test de vasoconstriction de McKenzie corrélé à l'activité anti-inflammatoire et, d'autre part, sur les données d'essais cliniques contrôlés (5).

1.1.2. Indications (5)

Les indications des dermocorticoïdes sont nombreuses. Voici les plus communes :

- Dermatite atopique ;
- Psoriasis ;
- Lichen plan ;
- Eczéma de contact allergique ;
- Dyshidrose ;
- Lupus érythémateux chronique ;
- Pemphigoïde bulleuse ;
- Cicatrices chéloïdes et hypertrophiques ;
- Prurigo et lichénification ;
- Vitiligo.

1.1.3. Posologie

Afin de connaître la quantité de dermocorticoïdes à appliquer, une règle simple a été créée : l'unité phalange. Cette consigne correspond à mettre un trait de crème ou pommade sur une phalange pour l'équivalent d'une lésion de la taille de deux paumes de la main.

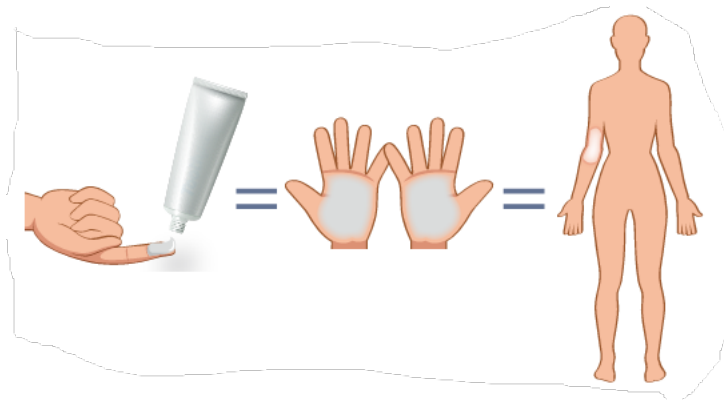


Figure 1 : Unité phalangette (6)

Pour les traitements de phase aigüe il est conseillé d'appliquer le dermocorticoïde une fois par jour, de préférence le soir (sauf si l'application se fait sous une couche, il sera à mettre le matin afin d'éviter la macération la nuit), dès l'apparition d'une rougeur, d'un prurit ou d'un épaissement anormal de la peau. Il faut arrêter lorsque la lésion aura totalement disparu et que la peau sera redevenue saine.

Le traitement dure en moyenne 8 à 15 jours. Dans ce cas-là il n'y a pas nécessité d'un arrêt progressif, un arrêt brutal peut être fait. Le traitement devra être appliqué largement, en dépassant légèrement des zones inflammées (6).

On préfère une application le soir car les démangeaisons seront plus importantes la nuit (7).

Il peut y avoir deux types d'approches dans un traitement avec les dermocorticoïdes :

- L'approche « réactive » : on utilise les dermocorticoïdes uniquement lors d'une poussée. C'est-à-dire dès les premiers signes d'inflammation, jusqu'à disparition complète des symptômes.
- L'approche « proactive » : on utilise les dermocorticoïdes de façon hebdomadaire en prévention des poussées. En effet lorsque le patient applique un DC d'activité forte de façon bi-hebdomadaire sur les zones habituellement atteintes, pendant 4 mois, il y a une régression des poussées. Cette méthode est utilisée lorsque que les poussées sont très rapprochées.

Ces deux types d'approches sont généralement utilisées dans l'eczéma (1,8).

À titre d'information, 1 tube de 30g équivaut à 1 application sur le corps entier d'un adulte. Il est donc tout à fait normal d'avoir besoin de se faire délivrer plusieurs tubes à la pharmacie si les zones à traiter sont étendues (6).

1.1.4. L'enveloppement humide (Wet wrapping)

Lorsque le patient est atteint d'une DA sévère et que la simple application du DC ne suffit pas, il existe une méthode pour amplifier l'effet de ce dernier : Le wet wrapping.

Le wet wrapping

L'enveloppement humide, plus généralement appelé « wet wrapping », consiste en l'application des dermocorticoïdes, seuls ou mélangés à un émollient, sur la peau, puis à recouvrir avec un tissu humidifié (bandages ou vêtements en coton), suivi d'une seconde couche de tissu sec. Cela favorise une meilleure pénétration des produits, soulage rapidement les symptômes et est efficace contre les dessèchements et les suintements. Cette méthode est issue du milieu hospitalier.

Son utilisation doit se faire sous certaines conditions :

- Uniquement sur avis médical ;
- Eczéma intense (inadapté pour les eczémas légers) ;

Il faut noter que cette méthode convient aussi bien aux enfants qu'aux adultes.

Elle se réalise en plusieurs étapes (9):

- Appliquer la préparation sur la peau ;
- Recouvrir avec un tissu humidifié à l'eau chaude ;
- Ajouter une couche sèche pour éviter l'évaporation ;
- Laisser agir plusieurs heures ou toute la nuit.

1.1.5. Pharmacodynamie

Les dermocorticoïdes ont plusieurs actions :

- **Anti-inflammatoire** : Induction de la production de la protéine IκB alpha, qui empêche la translocation nucléaire de NF-κB, un facteur de transcription impliqué dans la régulation de nombreuses cytokines pro-inflammatoires. Ils inhibent donc la production de cytokines pro-inflammatoires et permettent également la production de facteurs anti-inflammatoires tel que l'interleukine IL-10 ou la lipocortine (5,10) ;
- **Vasoconstricteur** : Permet une réduction des rougeurs et de l'œdème par la diminution de la synthèse du monoxyde d'azote (8) ;
- **Immunosuppression** : Cette action immunosuppressive entraîne une diminution du nombre de cellules épidermiques de Langerhans présentatrices d'antigènes aux lymphocytes T, ce qui réduit la production, la prolifération et la migration de ces derniers, tout en inhibant la libération des cytokines (IL-2 et IL-1) (10,11) ;
- **Anti-mitotique** (cicatrices chéloïdes) : Action sur les cellules épidermiques, notamment les kératinocytes, les mélanocytes et les cellules de Langerhans, ainsi que sur les fibroblastes. Certains effets indésirables, comme l'atrophie cutanée, résultent de leur action sur les fibroblastes, qui inhibent la synthèse de collagène (5).

1.1.6. Choix de la forme galénique (11,12)

Le choix de la forme galénique est important pour bien traiter la dermatose. Effectivement, selon l'aspect ou la localisation de la lésion, la forme galénique ne sera pas la même.

Dans les DC il existe :

- **Des crèmes** : Pour les lésions suintantes et les plis. Elles sont généralement préférées par les utilisateurs car elles ont une texture plus légère. Elles sont moins occlusives que les pommades. Elles sont les plus prescrites ;
- **Des pommades** : Pour les lésions sèches, kératosiques, squameuses et épaisses. Leur effet occlusif est important grâce à leurs excipients gras, permettant une augmentation de la pénétration du DC. Leur texture grasse permet également une meilleure hydratation de la lésion ;
- **Des lotions** : Pour les lésions situées sur les zones grasses du corps comme le cuir chevelu ou les zones étendues. Elles sont généralement appliquées après le shampoing afin d'éviter une perte d'absorption due au sébum. De plus elles sont plus facilement utilisables dans le cheveu, car elles sont plus fluides ;

- **Des gels :** Pour les zones poilues et le cuir chevelu. Comme les lotions, la texture est légère et facile d'application. Le séchage est rapide. Cependant ils sont moins hydratants.

1.1.7. Pharmacocinétique

L'absorption cutanée des dermocorticoïdes varie en fonction de l'âge et de l'épaisseur de la couche cornée. Elle est particulièrement accrue chez le nouveau-né, et dans une moindre mesure chez le sujet âgé, en raison d'une couche cornée plus fine.

Cette variation influe également sur la pénétration cutanée, qui diffère selon la localisation. Par exemple, en prenant un coefficient de 1 pour l'avant-bras, cette dernière chute à 0,14 au niveau des plantes des pieds, mais augmente significativement à 42 pour les paupières et le scrotum. Ces différences illustrent l'importance de la zone d'application dans l'efficacité et le risque potentiel des dermocorticoïdes.

Lorsque la barrière cutanée est altérée (par exemple en cas d'inflammation, d'eczéma ou de lésions), la pénétration des dermocorticoïdes est considérablement augmentée par rapport à une peau intacte, accentuant ainsi leur biodisponibilité (5).

Il existe également l'effet réservoir qui consiste en un stockage des DC au niveau de la couche cornée. Ainsi, ceux-ci sont transférés progressivement dans les couches plus profondes de l'épiderme.

C'est pour cela qu'une application journalière est suffisante et qu'il est également possible de l'arrêter brutalement (7).

1.1.8. Les principaux effets indésirables

Les dermocorticoïdes, bien que très efficaces et sûrs, restent des médicaments qui peuvent avoir des effets indésirables, contribuant notamment à la dermocorticophobie. Parmi les effets indésirables les plus cités, on retrouve :

- L'atrophie cutanée ;
- Le purpura ;
- Les vergetures ;
- Les télangiectasies ;
- Les éruptions de type acnéiforme ou rosacée ;
- Le retard de cicatrisation ;
- L'hypertrichose ;
- La dermatite de contact allergique.

L'atrophie cutanée est l'un des effets indésirables qui préoccupe le plus les patients. Cependant elle reste très rare. Elle survient généralement après une application prolongée, répétée (supérieure à 12 mois), et sur les mêmes zones anatomiques, particulièrement avec des dermocorticoïdes puissants (classe III ou IV). De plus c'est un effet réversible après l'arrêt du traitement.

Une étude a également montré qu'en application journalière et intermittente, par exemple sous forme de "thérapie de week-end", l'application du DC n'entraînait pas d'amincissement cutané, même lors d'un usage prolongé (12 semaines) (13,14).

Il existe également des effets indésirables systémiques :

- Hypoadrénalisme ;
- Hyperglycémie ;
- Glaucome ou cataracte (uniquement si application prolongée sur les paupières) ;
- Retard de croissance.

Les DC présentent une faible absorption percutanée, rendant les effets systémiques rares. Toutefois, en cas d'utilisation prolongée de DC très puissants sur de grandes surfaces, une absorption significative peut survenir, augmentant le risque d'hypoadrénalisme. En revanche, une étude de 16 essais cliniques n'a pas réussi à trouver de lien entre l'utilisation de DC et une suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, confirmant leur sécurité lorsqu'ils sont utilisés selon les recommandations (13,15).

Bien que rares, des cas d'allergie de contact aux DC sont documentés. Ces allergies, aiguës ou chroniques, se manifestent par une exacerbation ou une absence d'amélioration de la dermatose malgré le traitement. D'un point de vue allergologique les DC sont classés en quatre groupes (A, B, C et

D), où l'on peut retrouver des allergies croisées (5). Cette classification se base sur la structure chimique et le potentiel de réactivité croisée du dermocorticoïde lors d'une dermatite de contact allergique (16).

1.1.9. Les contre-indications

Il y a très peu de contre-indications. Néanmoins elles sont bien présentes et à connaître :

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients ;
- Infections bactériennes, virales, fongiques primitives ou parasitaires ;
- Lésions ulcérées ;
- Acné ;
- Rosacée ;
- Dermatite péri-orale ;
- Application sur les paupières (pour les classes III et IV) (12,15).

Les règles d'utilisation diffèrent selon la classe :

- **Les DC de classe I** (faible puissance) ont une utilisation plus limitée, notamment pour les paupières, où ils doivent être appliqués avec précaution et pour des durées courtes ;
- **Les DC de classe II** (modérée) conviennent pour les zones sensibles comme le visage, les plis et les zones génitales, y compris chez le nourrisson ;

- **Les DC de classe III** (forte puissance) doivent être utilisés sur des cures courtes pour des lésions très inflammatoires ou lichénifiées ;
- **Les DC de classe IV** (très forte puissance) sont contre-indiqués chez le nourrisson et le jeune enfant, ainsi que sur le visage, les plis et le siège (17).

1.1.10. Stratégie thérapeutique

Il convient de souligner que cette stratégie thérapeutique s'adresse principalement à la dermatite atopique, les autres dermatoses inflammatoires faisant appel à des protocoles parfois différents.

La première chose à faire est une bonne hydratation de la peau avec l'application journalière de crèmes hydratantes afin d'espacer les poussées. Il faut également respecter la barrière cutanée en ne se lavant pas trop souvent avec une eau pas trop chaude (environ 36°C) et porter des vêtements doux.

Quant aux dermocorticoïdes il faut également respecter quelques règles pour limiter la survenue d'effets secondaires :

- Reconnaissance des zones à traiter ;
- Quantité de produit à appliquer ;
- Exécution d'une application décroissante ou non.

En effet la dermatite atopique est une pathologie chronique qui fonctionne par poussées et périodes de rémissions. Lors des périodes de

rémissions le patient n'a pas besoin d'appliquer le DC mais devra bien continuer à respecter les règles d'hygiène de vie données précédemment.

En revanche, lors d'une poussée (apparition d'une plaque, d'une rougeur ou de démangeaisons), le patient devra alors appliquer le DC sur les plaques, 1 fois par jour et selon la règle de l'unité phalange jusqu'à disparition complète de la lésion. Il faut que la peau soit redevenue totalement saine. A ce moment-là, le patient pourra arrêter brutalement le DC. Pendant la poussée, le patient devra continuer les règles hygiéno-diététiques.

Dans certains cas une thérapie de « week-end » sera mise en place lorsque les poussées reviennent régulièrement et aux mêmes endroits.

1.2. La dermocorticophobie

1.2.1. Définition et origine du concept de corticophobie

Le terme « corticophobie » désigne une peur ou des inquiétudes excessives liées à l'utilisation des corticoïdes, qu'ils soient en usage topique ou systémique. Cette crainte englobe l'anxiété, le doute, la réticence ou le scepticisme face à ces traitements, et peut impacter leur bonne utilisation.

Ce concept, mentionné pour la première fois par Tuft en 1979, portait initialement sur les réserves injustifiées des médecins concernant l'usage des corticoïdes dans le traitement de l'asthme. Par la suite, David, en 1987, a élargi cette notion aux craintes non fondées autour des corticoïdes inhalés ou topiques (18,19).

Au début de leur utilisation, les dermocorticoïdes ont été utilisés et prescrits de façon anarchique, conduisant à l'apparition de certains effets indésirables, parfois graves et responsables, en partie, de leur mauvaise réputation (5).

En 2006, aux Etats-Unis, une étude portant sur le taux d'adhésion chez les enfants et leurs parents au traitement pour la dermatite atopique a montré une adhésion de 32%, ce qui reste un chiffre peu élevé (19,20). C'est pour cela qu'il est impératif de comprendre et d'essayer de limiter ce phénomène (8,14).

Un niveau de confiance élevé dans son traitement, surtout lorsqu'il est chronique et contraignant permet une meilleure observance (21).

Les origines de ce phénomène sont multiples et diverses. Lors de leur apparition sur le marché dans les années 1960-1970, les corticostéroïdes topiques (CCT), mal utilisés, ont donné naissance à une mauvaise réputation. En raison de cette utilisation excessive, plusieurs effets secondaires sont apparus, notamment l'amincissement de la peau ou l'apparition de vergetures. Cette mauvaise réputation a également été amplifiée lorsque les patients ont confondu les crèmes à base de cortisone avec la cortisone prise par voie orale ou les stéroïdes utilisés par les athlètes, qui n'ont pas les mêmes répercussions (8).

De plus, au début de leur mise sur le marché, il y avait très peu de critères de prescription, ce qui a conduit à une utilisation abusive et à l'apparition d'effets secondaires (22).

Cette dermocorticophobie a plusieurs causes (23,24):

- La crainte des effets indésirables et leur confusion avec ceux des stéroïdes oraux ;
- La recherche d'informations via internet, les réseaux sociaux et les médias ;
- Les discours des professionnels de santé ;
- Le manque et la divergence d'information sur les stéroïdes topiques.

1.2.2. Prévalence de la dermocorticophobie et profil de population à risque

La dermocorticophobie présente différentes dimensions (croyances, peurs et comportements), ce qui rend son étude difficile. Néanmoins, le questionnaire TOPICOP (TOPIcal CORTicosteroid Phobia) a été créé afin d'essayer de l'évaluer en explorant toutes ces dimensions (11).

La prévalence de la dermocorticophobie est très large en fonction du pays et des études. Elle fluctue entre 21 et 84%, avec une moyenne d'environ 44% (11,13,24). Néanmoins, il apparaît que la dermocorticophobie soit plus élevée en France qu'au Royaume-Uni et en Chine (23).

Cependant, l'étude visant à évaluer le questionnaire TOPICOP a révélé qu'il n'y a pas toujours de corrélation entre les craintes liées à l'utilisation de ces dermocorticoïdes et une réduction d'application de la crème. Les pays où les craintes sont les plus élevées sont la Pologne, l'Ukraine, Taiwan, Canada et le Japon.

Mais ceux ayant un comportement de réduction d'application sont la Pologne, l'Ukraine, Taiwan, la Hongrie et le Mexique. Donc, pour les pays tels que l'Ukraine, la Pologne et Taiwan, il existe un lien entre les deux variables mais cela diverge pour le Canada et le Japon.

Ce qui signifie que même si les craintes sont élevées, cela n'aboutit pas systématiquement à une réduction de dose. Néanmoins, l'étude ne précise pas les causes de ces divergences (11).

La majorité des études portent sur la dermocorticophobie chez les patients atteints de dermatite atopique (DA) qui est la dermatose la plus répandue. Cependant, une étude a été réalisée chez les patients atteints de psoriasis et il semblerait qu'ils soient moins dermocorticophobes que ceux atteints de DA (19,25).

Plusieurs études ont mis en évidence différents facteurs de risques dans la dermocorticophobie tel que :

- Le niveau d'éducation des parents ;
- Le DLQI (Dermatology Life Quality Index) ;
- L'âge du patient et l'apparition précoce de la maladie ;
- Le sexe féminin (26) ;
- La sévérité de la DA.

Il y a également des facteurs diminuant le risque d'être dermocorticophobe tels que les antécédents de DA dans la famille (14).

Niveau d'éducation parental :

Dans plusieurs études, un lien significatif et positif a été observé entre le score TOPICOP (mesurant la corticophobie) et le niveau éducatif des parents, indiquant que les parents ayant un niveau d'éducation plus élevé, présentent une corticophobie plus importante.

Ces parents ont souvent un accès direct à des ressources scientifiques, notamment en ligne, ce qui peut les exposer à des informations erronées sur les dermocorticoïdes, renforçant ainsi leur phobie.

Ce phénomène est corroboré par d'autres recherches montrant que les parents ayant une profession nécessitant au moins cinq ans d'études supérieures présentent également un score de corticophobie plus élevé.

De plus, les parents éduqués, désireux de gérer eux-mêmes la maladie de leur enfant et de jouer un rôle actif dans les décisions thérapeutiques, sont plus enclins à chercher des informations, souvent auprès de professionnels de santé qui peuvent eux-mêmes avoir des préjugés contre les traitements à base de corticostéroïdes (14,27,28).

Cependant, contrairement aux études précédentes, une étude danoise, publiée en 2021, et une seconde étude portugaise, publiée en 2022, montrent que le niveau d'éducation parental modeste ou un score de littéracie plus bas seraient associés à une corticophobie plus forte, suggérant que la phobie pourrait être plus développée chez les parents moins informés (24,29).

DLQI :

Le DLQI est un indice représentant l'impact de la maladie sur la qualité de vie du patient ou de son entourage. Dans l'étude de Herzum et al., il a été montré que plus le DLQI parental était élevé, plus le parent était dermocorticophobe. Ce qui signifie que plus la maladie de l'enfant a un impact négatif sur leur vie, plus les parents sont susceptibles de présenter une dermocorticophobie sévère (14).

Age du patient :

Un âge compris entre 4 et 11 ans et une apparition précoce de la maladie (< 1 an) a montré un pic de dermocorticophobie chez les parents.

Ces facteurs sont probablement liés à l'accumulation d'informations contradictoires sur les corticostéroïdes topiques au fil du temps, créant des idées fausses chez les parents.

À l'inverse, les parents d'enfants plus jeunes (moins de 4 ans) ou ceux dont les enfants présentent une maladie débutant après 1 an ont généralement des niveaux de corticophobie moins élevés, car ils n'ont pas encore été exposés à des informations divergentes qui pourraient nourrir des croyances erronées. De plus, il semble que la corticophobie diminue au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Cette évolution pourrait être liée à la gestion maîtrisée de la DA, au caractère chronique de la maladie et à la lassitude des parents face au traitement (14,30).

Sévérité de la DA :

La relation entre la sévérité de la DA et la dermocorticophobie est sujette à débat.

Une étude coréenne indique que la peur des DC augmente avec la sévérité de la DA, tandis que d'autres ne montrent aucune corrélation significative (22,31).

Dans une étude italienne, les parents d'enfants présentant une DA légère à modérée exprimaient des niveaux de dermocorticophobie plus élevés, suggérant que cette peur est davantage liée à la perception subjective de la maladie plutôt qu'à sa sévérité réelle.

En revanche, les parents d'enfants avec une DA grave semblaient plus enclins à utiliser les DC sans appréhension, ce qui témoigne d'une confiance plus grande envers le traitement lorsqu'il devient indispensable pour gérer une situation sévère (14).

Parents avec des antécédents de DA :

Les parents ayant déjà eu une expérience avec la DA auraient un score TOPICOP moins élevé. Leur expérience précédente avec les dermocorticoïdes leur aurait permis d'avoir une meilleure connaissance de ces derniers et de leurs bienfaits et d'être moins enclins à écouter les avis et les croyances extérieures (29).

1.2.3. Des causes multiples

Plusieurs facteurs peuvent amener un patient à développer une dermocorticophobie.

- **Liées aux professionnels de santé**

Quelle que soit leur spécialité, les professionnels de santé ont, bien évidemment, un rôle à jouer dans la prise de conscience de la dermocorticophobie, au sein même du corps médical.

Cette phobie peut être véhiculée par le médecin. Selon l'étude de Smith et al., « 25% des parents d'enfants atteints de dermatite atopique ont déclaré avoir été alertés par leur médecin généraliste du danger des stéroïdes topiques » (23).

Le score TOPICOP est également plus élevé lorsque les visites chez le médecin généraliste sont nombreuses avant une redirection chez le dermatologue (29).

Dans les différentes études menées sur le taux de dermocorticophobie, le plus souvent calculé par le score TOPICOP, les pharmaciens et les médecins généralistes sont ceux qui obtiennent le plus haut score contrairement aux pédiatres et dermatologues (29,32,33).

En effet, selon l'étude de Lambrechts et al. 44% des patients ont été informés d'une dangerosité des DC par les pharmaciens (32).

Selon Raffin et al., plus de la moitié des pharmaciens admettait ajuster les prescriptions médicales de corticoïdes topiques en réduisant la quantité ou la durée (23).

Ces derniers étaient :

- 65,1% à répondre que les corticoïdes topiques devaient être complètement évités chez les nouveau-nés ;
- 24,5% que les dermocorticoïdes étaient plus dangereux que les corticoïdes oraux pour les enfants de moins de 2 ans et 20,6% pour les enfants de 2 à 18 ans ;
- 52 % des pharmaciens ajustent régulièrement la prescription des médecins en limitant la durée de prescription (< 5 jours) et diminuant la quantité de crème à appliquer (en fine couche) (23,34) ;

- Plus de 20% des pharmaciens considèrent que les DC sont plus dangereux que les corticoïdes oraux.

Les pharmaciens ne donneraient pas les informations correspondant aux directives françaises pour les enfants ayant une dermatite atopique (23).

Étant le plus accessible, le pharmacien est l'un des premiers acteurs de santé auprès duquel les patients vont régulièrement demander conseils. C'est pour cela qu'il est important de ne pas donner d'informations erronées au risque d'augmenter la dermocorticophobie du patient.

Les pharmaciennes seraient plus dermocorticophobes que les pharmaciens. Cela pourrait être à cause d'une anxiété plus présente chez les femmes ou d'une projection sur leur propre enfant (23).

L'étude d'Aubert-Wastiaux et al. a mis en évidence que la propre peur des professionnels de santé serait responsable d'une mauvaise information au patient (21). Les pharmaciens peuvent donc prodiguer de mauvais conseils à cause de leur propre perception des DC mais également d'une méconnaissance des dermatoses et de leur prise en charge (33).

Les professionnels de santé ont tendance à davantage insister sur les effets indésirables des dermocorticoïdes, tels que la photosensibilisation ou la dépigmentation cutanée, ainsi que sur leurs précautions d'emploi, plutôt que sur leurs bénéfices thérapeutiques (34).

En effet pour 86% des sondés (pharmaciens) dans l'étude de Sacko et al., les DC sont photosensibilisants et 43% conseilleraient aux patients de diminuer, d'espacer ou même d'arrêter les DC durant l'été.

De plus, lorsque les discours des professionnels de santé divergent vis-à-vis du traitement cela peut également augmenter la dermocorticophobie du patient. Une étude montre que des informations contradictoires données au patient atteint de DA augmenterait jusqu'à 80% la crainte des dermocorticoïdes (21).

- **Liées aux différentes sources d'informations (médias, proches, réseaux...)**

Aujourd'hui, l'accès à une information diverse et variée est facilité grâce à internet, aux réseaux sociaux et aux médias. Or cette information n'est pas toujours correcte et peut facilement transmettre des messages erronés et donc amplifier la méfiance des patients envers les dermocorticoïdes et modifier négativement leur vision. De plus, l'abondance d'informations sur internet rend plus difficile l'accès à des contenus fiables et de qualité.

Les patients ou leur entourage pourront notamment retrouver des témoignages de personnes atteintes de dermatoses qui ont eu une mauvaise expérience avec les dermocorticoïdes.

De plus, les dermatoses comme la dermatite atopique ou le psoriasis ont une étiologie complexe ce qui augmente le risque des mythes et des fausses croyances. En effet, le cerveau humain a tendance à préférer les explications simples. De plus elles sont facilement accessibles. Cette simplicité, les patients la trouve sur les réseaux sociaux, les médias ou leur entourage qui accréditent l'idée que leur maladie viendrait de causes évitables telles que, l'alimentation, les vaccins, les allergènes ou les produits chimiques. Ceci contribue aux croyances erronées sur les dermatoses.

Une étude coréenne a montré que les sources d'information liées à une dermocorticophobie des patients étaient majoritairement l'information sur internet (49,2%), la télévision (45,2%), les professionnels de santé (37,3%), les magazines/journaux (22).

De plus les patients sont à la recherche d'un traitement efficace, sûr et rapide ce qui les rend plus sensibles aux fausses informations sur les dermocorticoïdes.

Les médias et les réseaux sociaux véhiculent très rapidement les informations même si elles ne sont pas vérifiées. Par exemple, à l'apparition des DC en Corée leur prescription et leur utilisation n'étaient pas réglementées. Ceci a conduit à une mauvaise utilisation et donc des effets indésirables. Et c'est à cause de l'augmentation de la diffusion des médias en 1990 que ces informations ont été beaucoup plus accessibles pour la population (22).

La dermocorticophobie provient également de l'entourage des patients atteints. En effet, la grande majorité des patients ont reçu des avis négatifs sur les DC par leur amis (88%) et/ou leur famille (50%). Les parents d'enfants atteints de dermatite atopique rapportent également subir une pression de leur entourage, les incitant à éviter les traitements médicamenteux jugés potentiellement dangereux ou inutiles (14,35).

- **Liées aux craintes et croyances du patient**

La crainte des effets indésirables est l'une des préoccupations majeures dans la dermocorticophobie. En effets, beaucoup de patients les craignent pendant le traitement et également à l'arrêt du traitement. Selon l'étude de Li et Al., 95,7% des parents d'enfants atteints de DA craignaient les effets secondaires et 92,7% retardaient la prise en charge à cause de cette peur (21). Elle entraine également une mauvaise adhésion au traitement (19).

Cependant, l'apparition des effets secondaires n'est pas corrélée à une augmentation du score TOPICOP (25).

Les patients craignent majoritairement (22,23,35,36) :

- Une atrophie cutanée irréversible ;
- Un retard de croissance chez les enfants à cause d'une absorption systémique ;
- Une baisse de l'immunité.

Ces constatations mettent en évidence une confusion entre les corticoïdes oraux et topiques. Aussi, plus les patients connaissent les effets indésirables potentiels plus ils seront dermocorticophobes (22).

L'atrophie cutanée est reconnue dans la liste d'effets indésirables mais reste rare et transitoire. En effet, une étude a mesuré, sur 112 patients l'épaisseur de leur peau après une application journalière de plus de 100g de pommade au propionate de fluticasone à 0,005% pendant plus de 18 mois soit des doses bien supérieures à celles généralement utilisées dans le traitement de la dermatite atopique. Aucune atrophie n'a été constatée sur les biopsies (13).

Cet effet est généralement observé lors d'une application prolongée, sur le même site anatomique, avec un DC puissant et est totalement réversible à l'arrêt du DC (14).

Une revue récente de 16 essais cliniques n'a trouvé aucun lien entre la suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et l'application de DC. L'observation d'un hypoadrénalisme lors de l'application de DC est extrêmement rare et résulte uniquement d'un mésusage de ce dernier. Ce qui montre que les DC sont sûrs lorsque les règles d'utilisations sont bien respectées (14).

L'une des préoccupations majoritaires est la photosensibilisation. Cette idée reçue est très répandue auprès des patients mais également des professionnels de santé. En effet, sur internet, plusieurs articles

déconseillent l'application du DC dans la journée et l'exposition au soleil. Les DC sensibiliseraient la peau aux UV. Or il n'a jamais été noté dans les notices que les DC étaient photosensibilisants. En effet il est conseillé de les appliquer le soir, non parce qu'ils sont photosensibilisants, mais parce que la réaction inflammatoire est plus importante la nuit (34). Il ne faudrait pas que cette idée reçue empêche les patients de se traiter, notamment l'été.

La dépigmentation est aussi crainte. C'est un effet rare qui survient, le plus souvent, lors d'une utilisation beaucoup trop élevée. Cet effet peut être recherché chez les personnes à la peau foncée qui souhaitent s'éclaircir à des fins esthétiques.

Elle peut également être confondue avec une dépigmentation post-inflammatoire, qui arrive régulièrement après une crise de dermatite atopique, où il y a une destruction des mélanocytes due à l'inflammation.

Cet effet secondaire est réel mais est beaucoup trop surestimé et transitoire (34).

La peur de l'accoutumance des DC est également présente dans les études et reflète une perte d'efficacité du DC. Cependant cela peut être dû à une quantité d'application trop faible ou à une inadaptation du DC (pas assez puissant ou mauvaise forme galénique) (37).

Les effets indésirables des DC existent mais restent extrêmement rares et quasiment inexistantes si les recommandations sont bien suivies. Or, vivre avec une dermatose non maîtrisée peut être très handicapant pour les patients et leur entourage et engendrer des dommages cutanés (8).

- **Liées à l'apparition potentiel d'un nouvel effet indésirable**

En effet, depuis quelques années, un nouvel effet indésirable suspecté, connu sous le nom de syndrome de la peau rouge ou *Topical Steroid Withdrawal* (TSW), a émergé, notamment via les réseaux sociaux. Les patients atteints de dermatoses peuvent en être informés en consultant des contenus en ligne, ce qui peut renforcer leurs craintes vis-à-vis des dermocorticoïdes et contribuer au développement ou à l'aggravation de la dermocorticophobie.

Le syndrome de la peau rouge ou Topical steroid withdrawal (TSW) serait un effet indésirable grave, lié à l'arrêt des dermocorticoïdes après une longue période d'utilisation (quotidiennement pendant plusieurs mois) ou une utilisation abusive et/ou inappropriée.

Il a pour symptômes :

- Rougeur ;
- Papulo-pustules (« boutons » ressemblant à l'acné) ;
- Sensations de brûlures ;
- Picotements ;
- Démangeaisons ;
- Gonflements ;
- Peau sèche et/ou qui pèle ;
- Douleurs ;
- Bouffées de chaleur au visage amplifiées par la chaleur ou le soleil.



Figure 2 : Photo représentant ce qui pourrait ressembler à un syndrome de la peau rouge (38)

Ce syndrome est apparu il y a quelques années. On dénombre ces derniers temps de nombreux témoignages de patients, notamment via les réseaux sociaux. Néanmoins, à l'heure actuelle, le nombre de recherches sur ce phénomène récent est très faible. Il n'existe donc pas encore de consensus scientifique sur l'origine de ce syndrome, ni sur la potentielle causalité des dermocorticoïdes.

Plusieurs hypothèses sur les possibles origines de ce syndrome ont été mises en évidence :

- Une confusion, avec un début d'érythrodermie qui aurait été arrêté avec l'application des DC et qui resurgirait à leur arrêt ;
- Une rechute de la maladie ;
- Une dermite de contact aux composants des DC.

Il est surtout observé chez les femmes les utilisant sur le visage pendant plusieurs mois, soit pour une DA, ou pour d'autres causes (éclaircissement cutané, acné, rosacée...) (14,37).

Les scientifiques attendent les résultats de recherches plus solides et plus nombreuses pour se positionner sur la question.

En revanche, en septembre 2021, le gouvernement britannique et la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) ont bien reconnu ce syndrome et l'ont inscrit dans les notices des DC (39).

- **Liées à l'émergence des traitements et à la volonté au retour au naturel**

De plus, les traitements, dits naturels, font leur apparition. Ils sont vendus comme étant des traitements ayant une grande efficacité et sûrs (contrairement aux dermocorticoïdes). Or, certains de ces remèdes, comme les crèmes à base de plantes chinoises, contiennent, en réalité, des corticoïdes puissants qui seront appliqués sur des enfants et à l'insu des patients et qui n'appliqueront donc pas les règles d'utilisation. Ces traitements ont une grande visibilité grâce aux réseaux sociaux. Les

marques peuvent utiliser les influenceurs pour promulguer leurs produits (14,21,22,24,35).

Les médicaments et les herbes chinoises sont l'une de ces formes de traitement. Paradoxalement, certains de ces médicaments contiennent des corticoïdes et sont prescrits par les praticiens de médecine alternative à l'insu des patients (36).

- **Liées aux objectifs et à la stratégie thérapeutique complexe**

Les traitements par dermocorticoïdes peuvent être complexes pour les patients. En effet les dermatoses sont généralement des maladies chroniques qui n'ont pas de traitement curatif mais uniquement des traitements qui vont stabiliser la maladie et espacer les poussées ce qui peut induire une certaine frustration chez le patient.

De plus, ce sont des traitements qui vont avoir une bonne efficacité uniquement s'ils sont suivis rigoureusement.

Si le traitement est mal conduit, la dermatose ne sera pas bien contrôlée et la qualité de vie du patient sera impactée de façon négative (mauvais sommeil, réduction de la vie sexuelle, démangeaisons incontrôlables, isolement, baisse de l'activité physique...). De plus, si les plaques ne sont pas soignées, la peau sera de plus en plus fragilisée et le risque d'infection sera plus important.

Les craintes de mésusage du traitement et donc de voir apparaître des effets indésirables ont un impact sur la dermocorticophobie. C'est pour cette raison qu'il est important d'apporter une information, claire et précise, aux patients afin que ces craintes disparaissent et qu'ils puissent se traiter correctement sans avoir à souffrir des effets indésirables et, ainsi, traiter la dermatose et améliorer leur qualité de vie (19,35,40).

De plus, certaines personnes n'arrivent pas à accepter l'idée qu'il n'existe pas de guérison totale de leur maladie mais plutôt un contrôle de celle-ci. Cela les pousse à se tourner vers la naturopathie, dont le postulat est le suivant : leur dermatose viendrait d'une allergie. En évitant cet allergène ils arriveraient à une guérison totale (35).

1.2.4. Conséquences sur la prise en charge des dermatites et l'efficacité des traitements

Cette dermocorticophobie peut engendrer un mauvais usage du dermocorticoïde de la part des patients, et donc une dermatose non contrôlée. Or lorsque cette dernière n'est pas traitée, elle peut avoir un réel impact négatif sur la qualité de vie du patient, aussi bien mentale que physique. Peuvent être impactés : le sommeil, la vie sociale, la sexualité, la concentration et la vie de famille. Du stress peut aussi apparaître. À force de se gratter le patient pourra aussi induire des infections cutanées.

Plusieurs études ont montré une corrélation entre une dermocorticophobie élevée et une baisse de l'observance. Cette baisse d'observance a pour conséquence un impact sur la qualité de vie du patient (14,29).

Enfin, si l'application de dermocorticoïdes ne fonctionne pas, il sera proposé au patient des traitements par voie orale ou injectable qui auront des effets indésirables et un prix pour la Sécurité Sociale supérieurs. Cet enjeu soulève un problème socio-économique qui nécessite une prise de conscience de la part des professionnels de santé concernés.

2. Enquête auprès des équipes officinales des Pays de la Loire

Comme énoncé dans la première partie, la dermocorticophobie peut se révéler être très problématique vis-à-vis de la santé des patients.

Les pharmaciens ont un rôle important à jouer afin de diminuer ces inquiétudes. Cependant la confiance des pharmaciens vis-à-vis des DC est en moyenne de 44% (23), ce qui reste un score plutôt faible, et peut donc avoir un impact négatif sur les patients (14).

2.1. Objectifs

Le but de cette étude est de déterminer si les équipes officinales des Pays de la Loire sont corticophobes et mesurer l'évolution, par comparaison, avec les études antérieures. Elle servira également à détecter les idées

reçues sur les DC afin de pouvoir potentiellement cibler le discours à avoir pour des formations futures.

Nous avons également essayé de savoir s'il y avait des liens entre la dermocorticophobie et le sexe du répondant, son poste dans la pharmacie, l'année de son diplôme et la taille de la pharmacie dans laquelle il travaille.

2.2. Matériel et méthodes

Un questionnaire (Annexe 1) a été envoyé par mail aux officines des Pays de la Loire via le réseau du Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens des Pays de La Loire. Cette région comptait environ 1050 officines en 2024 (41). Il a été diffusé entre juin et octobre 2024.

Ce dernier a été réalisé à l'aide du questionnaire TOPICOP (Annexe 2). Il a été modifié afin de correspondre aux équipes officinales qui étaient le public visé.

Il a été réalisé pour être rapide et facile à remplir afin d'avoir un maximum de réponses.

Il contient 16 questions dont une où les officinaux évaluent eux-mêmes leur dermocorticophobie. Ils devaient répondre soit par OUI ou NON, ou alors par un degré d'accord (tout à fait d'accord, presque d'accord, pas vraiment d'accord, pas du tout d'accord, je ne sais pas). Chaque réponse correspond à un nombre de point allant de 0 à 3. Ce qui nous donnera un score total sur 20 points. Cependant, afin de pouvoir le

comparer à d'autres études, nous avons converti ce score en pourcentage. Plus le score final est élevé plus la dermocorticophobie est grande.

Nous pouvons considérer qu'un score compris entre :

- 0 et 20% = très faible dermocorticophobie ;
- 21 et 40% = faible dermocorticophobie ;
- 41 et 60% = dermocorticophobie modérée ;
- 61 et 80% = dermocorticophobie élevée ;
- 81 et 100% = dermocorticophobie très élevée / sévère.

2.3. Résultats

L'analyse des réponses a été réalisée avec Excel, le site internet BiostatTGV et le logiciel de statistique BayesiaLab.

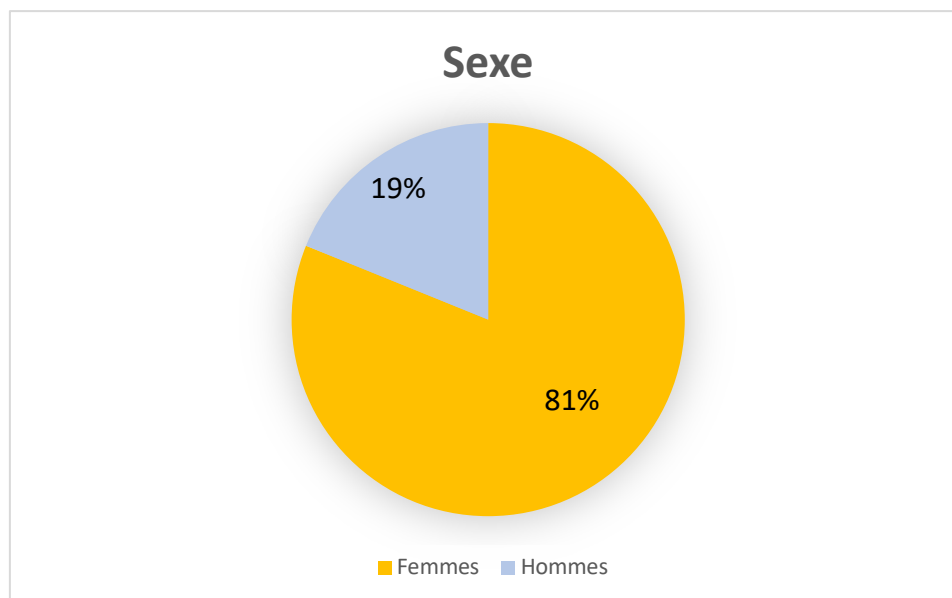
Tous les questionnaires ont été entièrement remplis. Aucun n'a été mis de côté pour les analyses statistiques. Seules les questions « je ne sais pas » n'ont pas été prises en compte dans l'analyse statistique.

Une étude menée par Claire Lhopital en 2022, dans le cadre de sa thèse de pharmacie à la faculté de Marseille, portait sur les causes de la dermocorticophobie dans la prise en charge de la dermatite atopique à l'officine (7). Certains de nos résultats pourront être comparés aux siens.

2.3.1. Effectifs

Au total, 53 personnes ont répondu au questionnaire. Dont :

- 43 femmes et 10 hommes

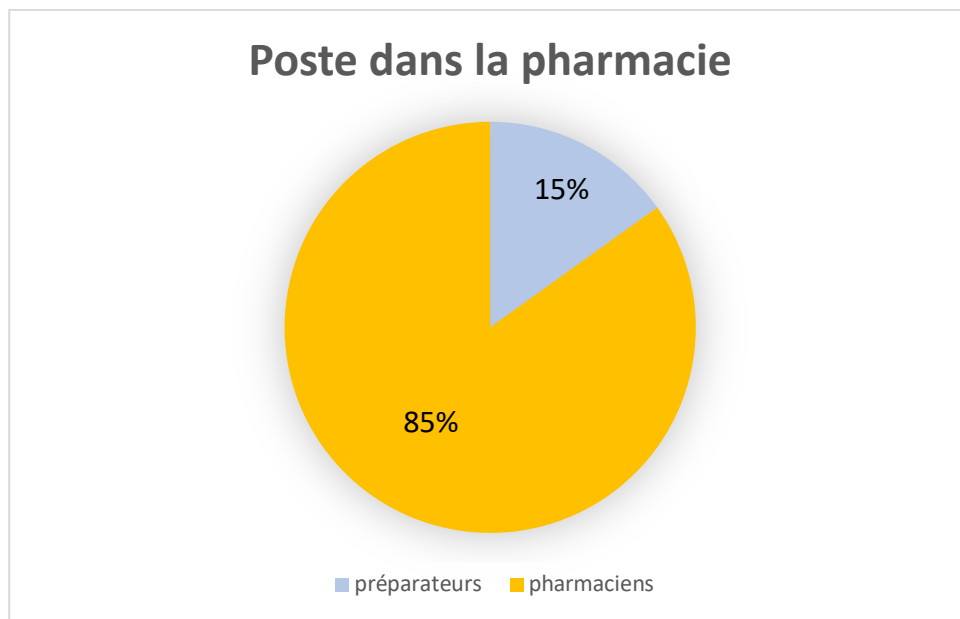


Graphique 1 : Répartition des répondants selon le sexe

Une grande majorité de femmes ont répondu. Cela peut s'expliquer par la féminisation de la profession. En 2022, selon le Conseil National de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) il y avait 32% d'homme et 68% de femme pharmaciens en officine (42).

Nous pouvons donc en conclure que la répartition des sexes est plutôt représentative à la réalité.

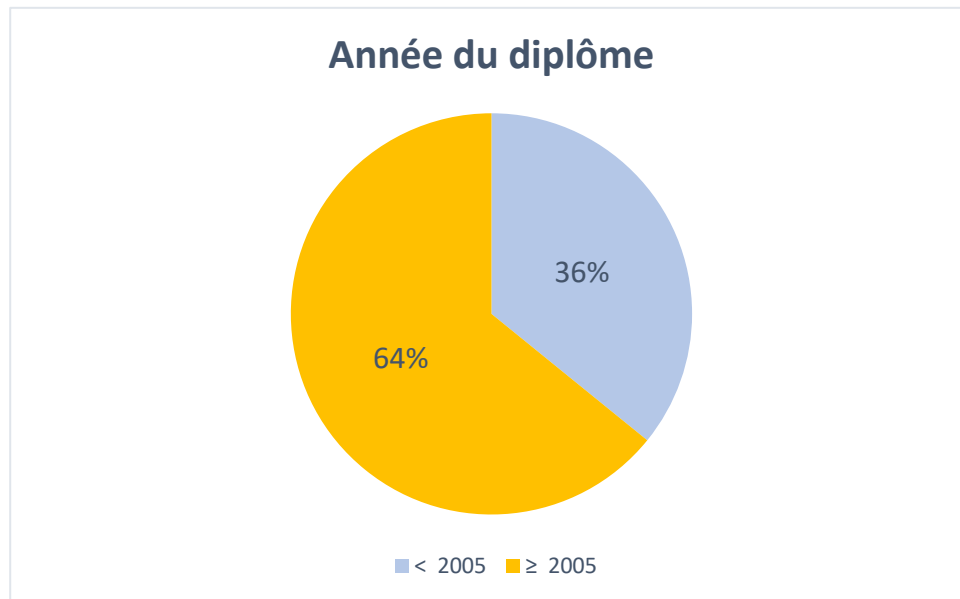
- 45 pharmaciens et 8 préparateurs



Graphique 2 : répartition des répondants selon leur poste

La grande majorité des répondants sont des pharmaciens. Il est possible que les pharmaciens se sentent davantage impliqués par cette question, du fait de leur responsabilité directe dans la délivrance des traitements, ou parce que le questionnaire provenait d'une étudiante en pharmacie. Les pharmaciens sont également plus souvent destinataires des mails.

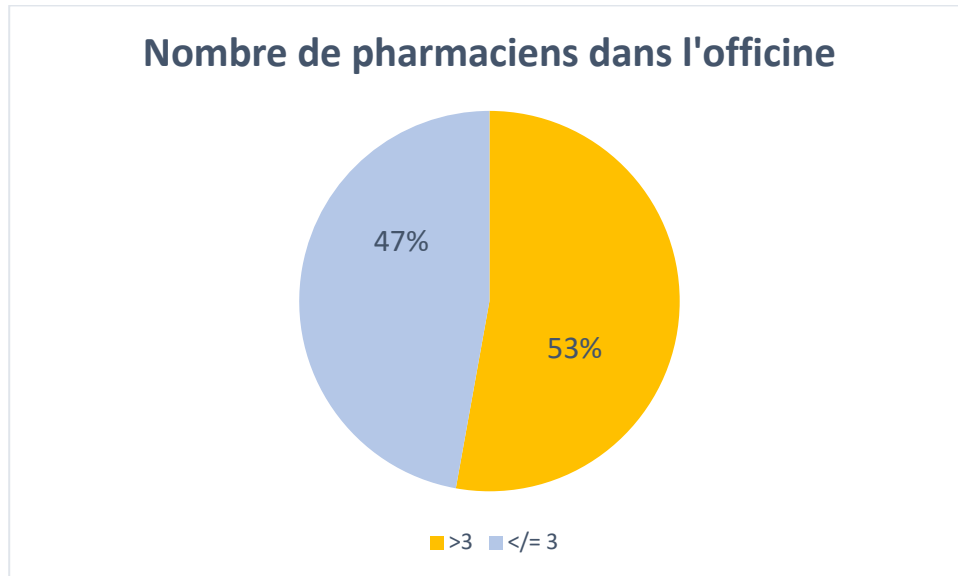
- 19 étant diplômés avant 2005 et 34 après 2005



Graphique 3 : répartition des répondants selon l'année d'obtention de leur diplôme

Nous avons pris 2005 comme valeur de référence car c'est dans cette année qu'a eu lieu la conférence de consensus sur la prise en charge de la dermatite atopique chez l'enfant.

- 28 exercent dans une pharmacie comptant moins de 3 pharmaciens, tandis que 25 travaillent dans une officine regroupant 3 pharmaciens ou plus.



Graphique 4 : répartition des répondants selon le nombre de pharmaciens exerçant dans l'officine

2.3.2. Score de dermocorticophobie

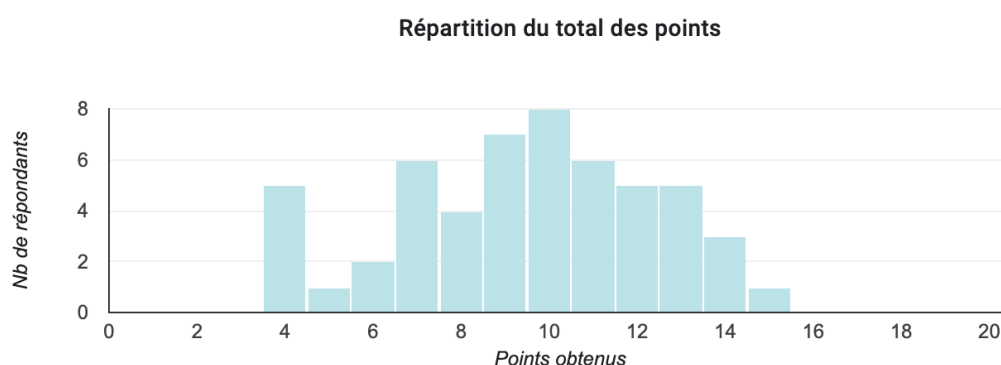
Dans cette étude, le taux de dermocorticophobie s'élève en moyenne à 47,4%.

La moyenne est de 9,47/20 avec une médiane à 10/20, un minimum de 4/20 et un maximum de 15/20.

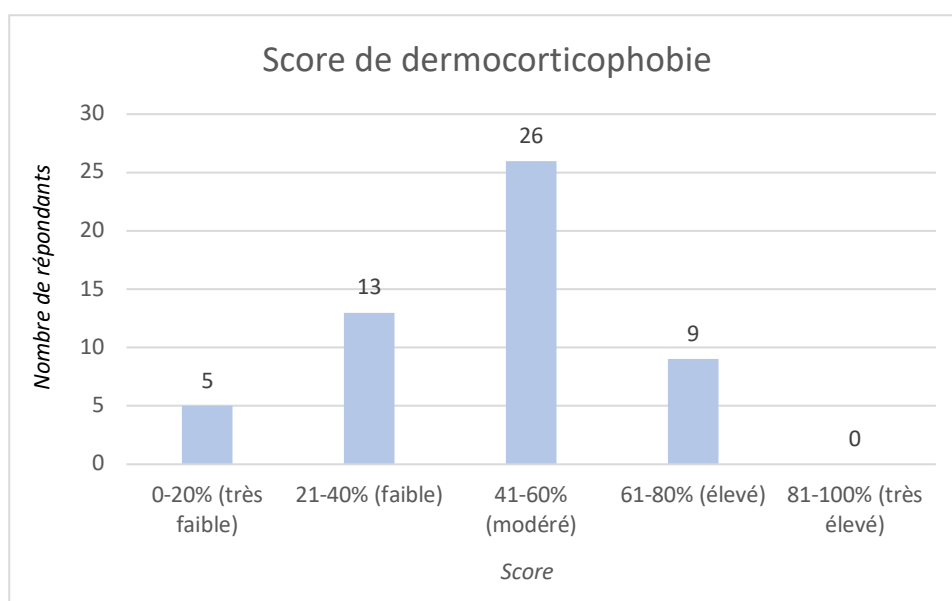
D'après la littérature, la dermocorticophobie se situe entre 44 et 80% chez les patients. L'étude sur la dermocorticophobie des pharmaciens français réalisée par Raffin et al. en 2016 a eu un résultat de 44,6% de confiance des pharmaciens dans les DC (23) et un score TOPICOP de 48,5% dans l'étude de 2019 sur les pharmaciens belges de Lambrechts et Al. (32).

Notre étude révèle un score similaire à ce dernier. Elle révèle une très faible évolution du score de dermocorticophobie ces dernières années.

Moyenne 9,47 points sur 20	Médiane 10 points sur 20	Plage 4 – 15 points
--------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------



Graphique 5 : Histogramme du score de dermocorticophobie noté sur 20



Graphique 6 : histogramme du score de dermocorticophobie en %

La majorité des participants présentent un niveau modéré de dermocorticophobie. On dénombre également 5 répondants avec un score très faible, 13 avec un score faible, 9 avec un score élevé.

2.3.3. Résultats par questions

- **Favorise les infections et altération du tissu cutané (graphique 7)**

La majorité des répondants pensent que les dermocorticoïdes favorisent les infections (39,6% pour « tout à fait d'accord » et 32,1% pour « presque d'accord ») et qu'ils altèrent le tissu cutané (34% pour « tout à fait d'accord » et 41,5% pour « presque d'accord »).

Or ces effets peuvent arriver dans de rares cas lorsque les règles d'applications des DC ne sont pas respectées.

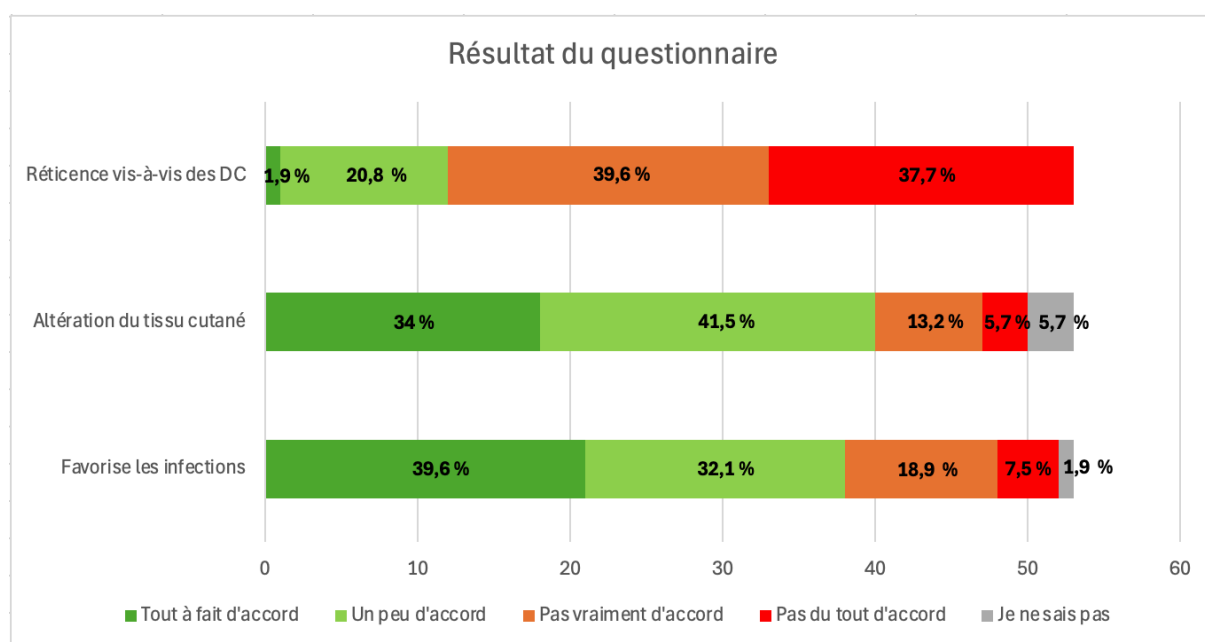
- **Réticence vis-à-vis des dermocorticoïdes (graphique 7)**

20,8% des répondants ont coché la réponse « presque d'accord » à la question « avez-vous des réticences vis-à-vis des dermocorticoïdes » et 1,9% « tout à fait d'accord ». Ce n'est pas la majorité des répondants mais ce chiffre reste quand même légèrement élevé sur un traitement qui reste sûr. Ceci peut dénoter un manque de connaissance vis-à-vis de sa sécurité et de ses règles d'utilisations.

39,6% disent ne pas être vraiment d'accord avec l'affirmation « avez-vous des réticences vis-à-vis des dermocorticoïdes » ce qui signifie qu'ils émettent quand même une certaine retenue.

Cependant 37,7% des participants pensent ne pas du tout être dermocorticophobes.

Cette question révèle que même si la majorité ne pensent pas avoir de réticence vis-à-vis des DC, le score de dermocorticophobie s'élève quand même à 47,4%. Donc la plupart pensent bien connaître les dermocorticoïdes sans être pleinement conscients qu'ils peuvent avoir des idées reçues et donc véhiculer de fausses informations ou des craintes aux patients.



Graphique 7 : Réponses au questionnaire – partie 1

▪ **Photosensibilité des dermocorticoïdes (graphique 8)**

L'une des idées reçues les plus importantes observée dans la littérature et dans ce travail, est la photosensibilité des DC. Ici plus de la moitié des répondants (52,8%) ont répondu « oui » à cette question. Ce score est plus faible que dans l'étude de Sacko et al., sur l'idée reçue de la photosensibilité des dermocorticoïdes, qui est de 87,6% (34). En revanche

elle est similaire aux résultats de L'hôpital Clair qui révèle que 54,8% des participants conseillent de ne pas exposer au soleil les zones traitées (7).

- **Modalité d'arrêt (graphique 8)**

L'arrêt brutal des DC reste également pour la majorité (67,9%) non optimal. L'étude réalisée par L'hôpital Claire pour sa thèse révèle un score de 75,4% qui est légèrement supérieur au nôtre (7).

Les préparateurs sont significativement moins enclins à l'arrêt brutal des DC que les pharmaciens au risque alpha 5% ($p < 0,05$; $p = 0,0402$).

On peut en conclure que ces fausses idées restent encore bien ancrées dans l'équipe officinale surtout auprès des préparateurs.

- **Application sur le visage et les paupières (graphique 8)**

Cependant, 100% des répondants savent qu'il est possible d'appliquer les DC sur le visage contrairement à l'étude de la dermocorticophobie chez les pharmaciens français de Raffin et al., où 82,9% des répondants considèrent qu'il faudrait totalement les éviter sur le visage.

Mais 18,9% n'en n'appliqueraient pas sur les paupières.

- **Utilisation uniquement en cas de poussées sévères (graphique 8)**

34% des répondants pensent qu'il faut utiliser les DC uniquement en cas de poussées sévères. Dans la même étude (Raffin et al.), c'était 27,7% des pharmaciens (23).

- **Application dès les premiers symptômes (graphique 8)**

62,3% ont correctement répondu à cette question. Nous pouvons en conclure que la majorité des répondants ont une bonne connaissance sur le moment d'application.

- **Utilisation des DC chez les enfants de – de 2 ans (graphique 8)**

43,4% des participants restent réticents à l'application de DC chez les jeunes enfants. Les équipes officinales restent encore méfiantes sur l'utilisation des DC chez les jeunes enfants.

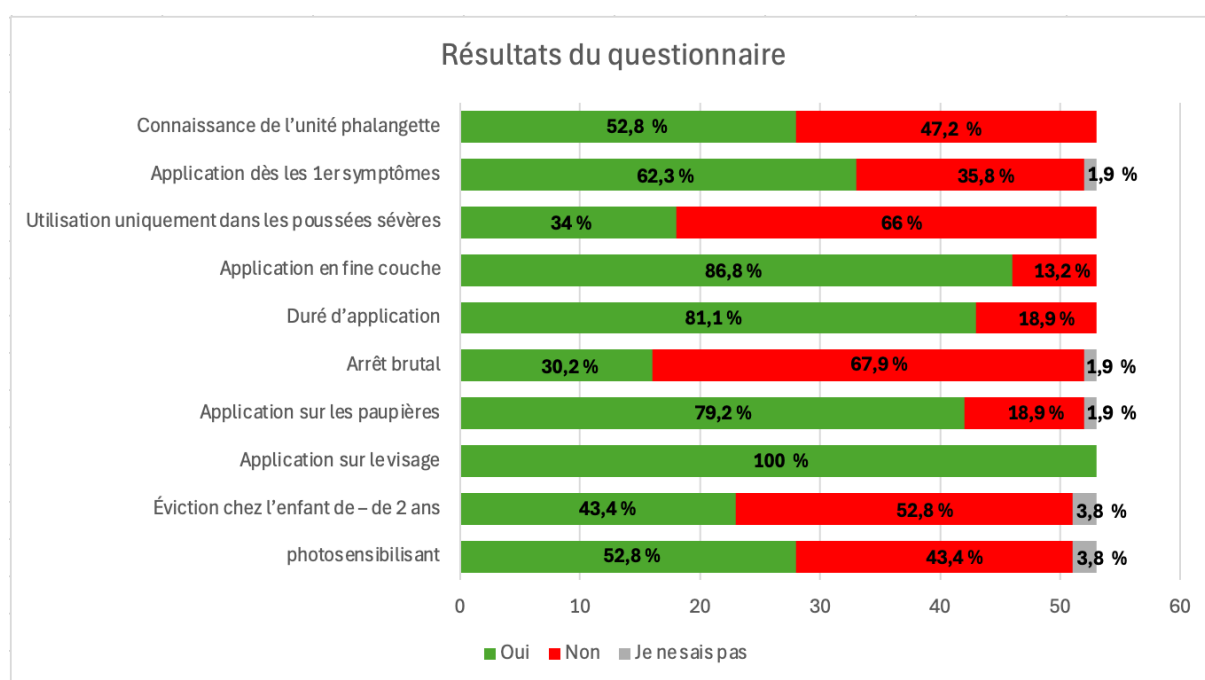
Les répondants exerçant dans de grandes pharmacies se montrent significativement moins opposés à l'application des dermocorticoïdes chez les enfants de moins de 2 ans ($p < 0,05$; $p = 0,0409$).

- **Application en fine couche, durée d'application et unité phalangette (graphique 8 et 9)**

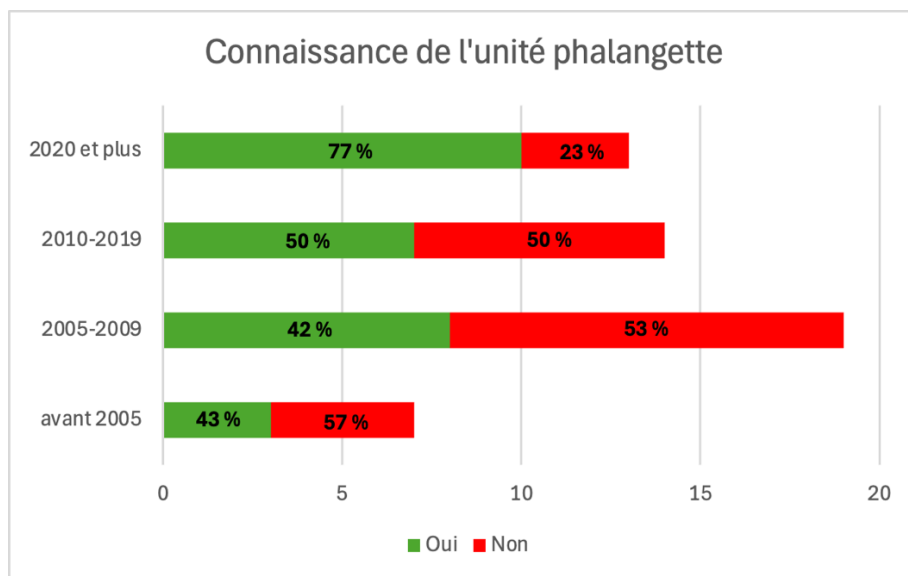
Respectivement, 81,1% et 86,8% pensent qu'il faut appliquer les dermocorticoïdes le moins longtemps possible et en fine couche afin d'en limiter la quantité. Or pour que la dermatose soit correctement traitée il faut que le patient applique le DC jusqu'à disparition complète de la lésion. Contrairement à l'étude de Claire Lhopital qui révèle un score de 36,5% (7).

De plus pour connaître la quantité de crème à appliquer, une règle simple existe : l'unité phalangette. Grace à cette dernière le patient a un moyen sûr de connaître la quantité à appliquer sans avoir de notion de

dangereuse. Or, ici, 47,2% des répondants ne connaissent pas cette mesure, ce qui peut refléter le manque de formation continue sur les dermocorticoïdes. Le fait de dire au patient de l'appliquer en fine couche, peut l'amener à ne pas mettre le traitement en quantité suffisante pour faire disparaître la lésion. De plus, cela peut également sous-entendre que le traitement est dangereux. Toutefois, ce résultat demeure inférieur à celui rapporté dans la thèse de pharmacie de Claire Lhopital soutenue à la faculté de Marseille en 2022, où il était de 61,1% (7). On peut, également, remarquer que plus le diplôme est récent plus les répondants connaissent cette règle.



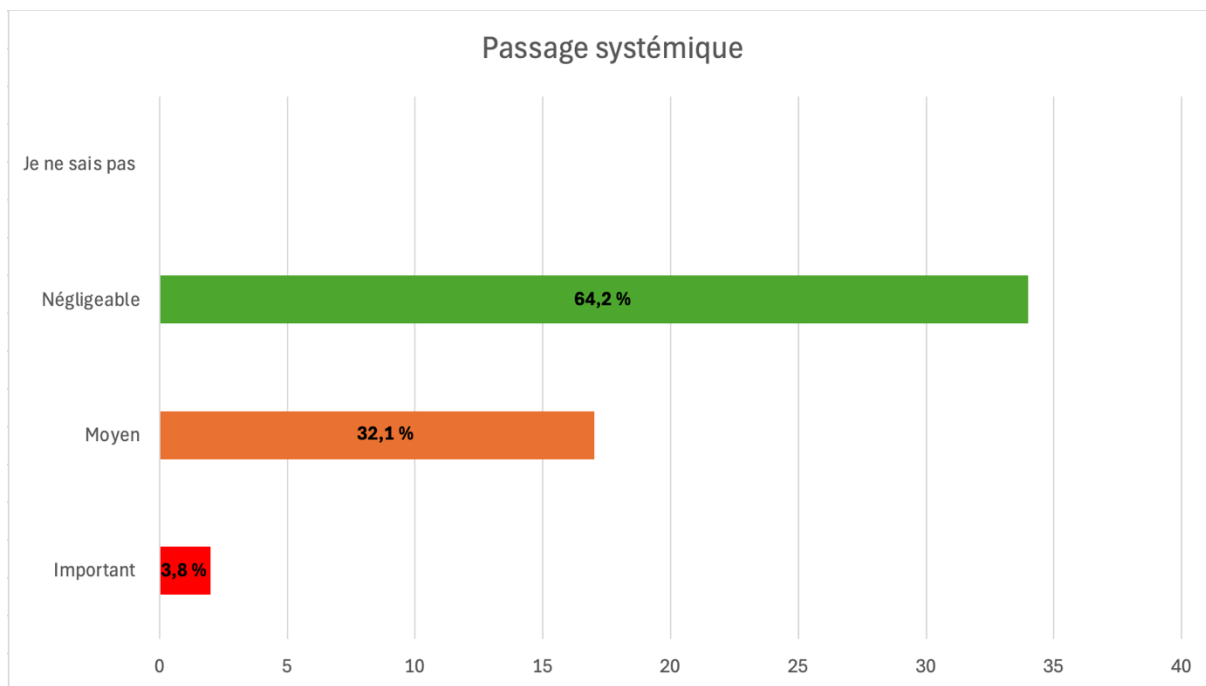
Graphique 8 : Réponses au questionnaire – partie 2



Graphique 9 : Connaissance de l'unité phalangette selon l'année de diplôme

▪ Passage systémique (graphique 10)

Les dermocorticoïdes présentent un passage systémique si faible qu'il peut être considéré comme négligeable. Dans notre enquête, 64,2% des participants ont correctement répondu à cette question. Toutefois, 32,1% estiment encore que ce passage est modéré, et 3,8% le jugent important. À titre de comparaison, dans l'étude menée par Claire Lhopital, 47,6% des répondants avaient fourni la bonne réponse (7). Ainsi, notre résultat apparaît comme plus favorable.



Graphique 10 : Appréciation du passage systémique selon les répondants

- **Modification des prescriptions (graphique 11)**

60,4% des répondants déclarent modifier occasionnellement les ordonnances de dermocorticoïdes, ce qui suggère qu'ils estiment, dans la majorité des cas, que ces prescriptions sont inappropriées ou perfectibles.

Nous avons également demandé quelles étaient ces modifications.

Les réponses qui reviennent le plus souvent sont le temps de traitement, la quantité de tube à délivrer et les modalités d'arrêt.

La plupart conseillent un arrêt progressif. Cependant une personne précise que c'est uniquement sur les traitements très longs, une autre lorsque c'est supérieur à 10 jours et une qui explique que la diminution progressive est inutile sur des courtes durées.

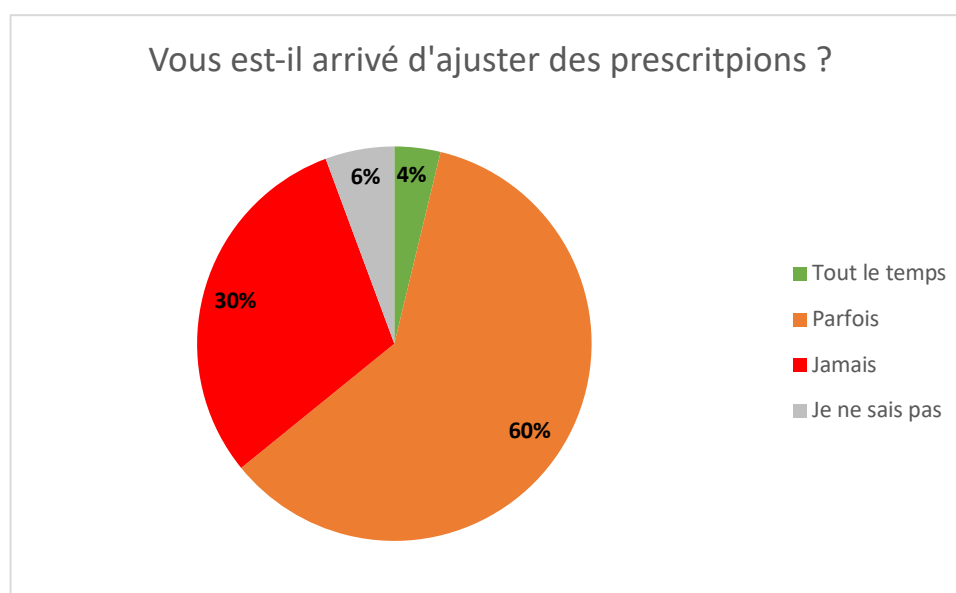
Trois personnes répondent qu'il faut arrêter l'application à la fin de l'inflammation, à l'arrêt des plaques d'eczéma et lorsque la peau reprend un aspect normal. La dernière précise qu'elle a appris cela lors d'une formation.

Certaines diminuent le nombre d'applications journalières et la durée du traitement.

Une personne reporte l'application au soir au lieu du matin s'il y a une exposition au soleil.

Une personne précise également la dose à appliquer en fonction de la surface à traiter.

Plusieurs personnes n'ont pas précisé si elles modifiaient en augmentant ou diminuant les doses, la durée ou le nombre de tube.



Graphique 11 : Fréquence d'ajustement des prescriptions par les répondants

2.3.4. Résultats statistiques du Khi 2 et test exact de Fisher

Selon le test exact de Fisher ou du Khi 2 il n'y a pas de lien significatif au risque alpha de 5% entre la dermocorticophobie et le sexe ($p = 0,29$), l'année du diplôme ($p = 0,78$), le nombre de pharmacien ($p = 0,32$) ou le poste ($p = 0,14$), dans l'officine. C'est-à-dire qu'on ne peut mettre en évidence ici le fait que ces variables jouent un rôle dans la dermocorticophobie de la personne.

L'âge du pharmacien et la date du diplôme (avant ou après 2005), et le milieu d'exercice n'ont pas montré de lien de corrélation avec le score de dermocorticophobie dans l'étude française de Raffin et al. Cependant, ces derniers et d'autres études, ont pu trouver un lien avec le sexe dans lequel les femmes seraient moins confiantes dans les DC (23,43).

2.3.5. Résultats statistiques Coefficient de Pearson et Kullbach-Liebler

Il a été fait appel à un statisticien, Arthur Jouffe, qui a pu réaliser des graphiques de Pearson et de Kullbach-Liebler. Ces derniers vont pouvoir nous donner une première vue sur les possibles liens entre les différentes variables sociodémographiques ou les questions et le score de dermocorticophobie.

- **Kullback-Leibler (graphique 12 et 13)**

Le Kullback-Leibler Divergence est un outil statistique permettant de donner des informations quant au résultat d'une valeur cible, ici, le score de phobie, en fonction des différentes variables.

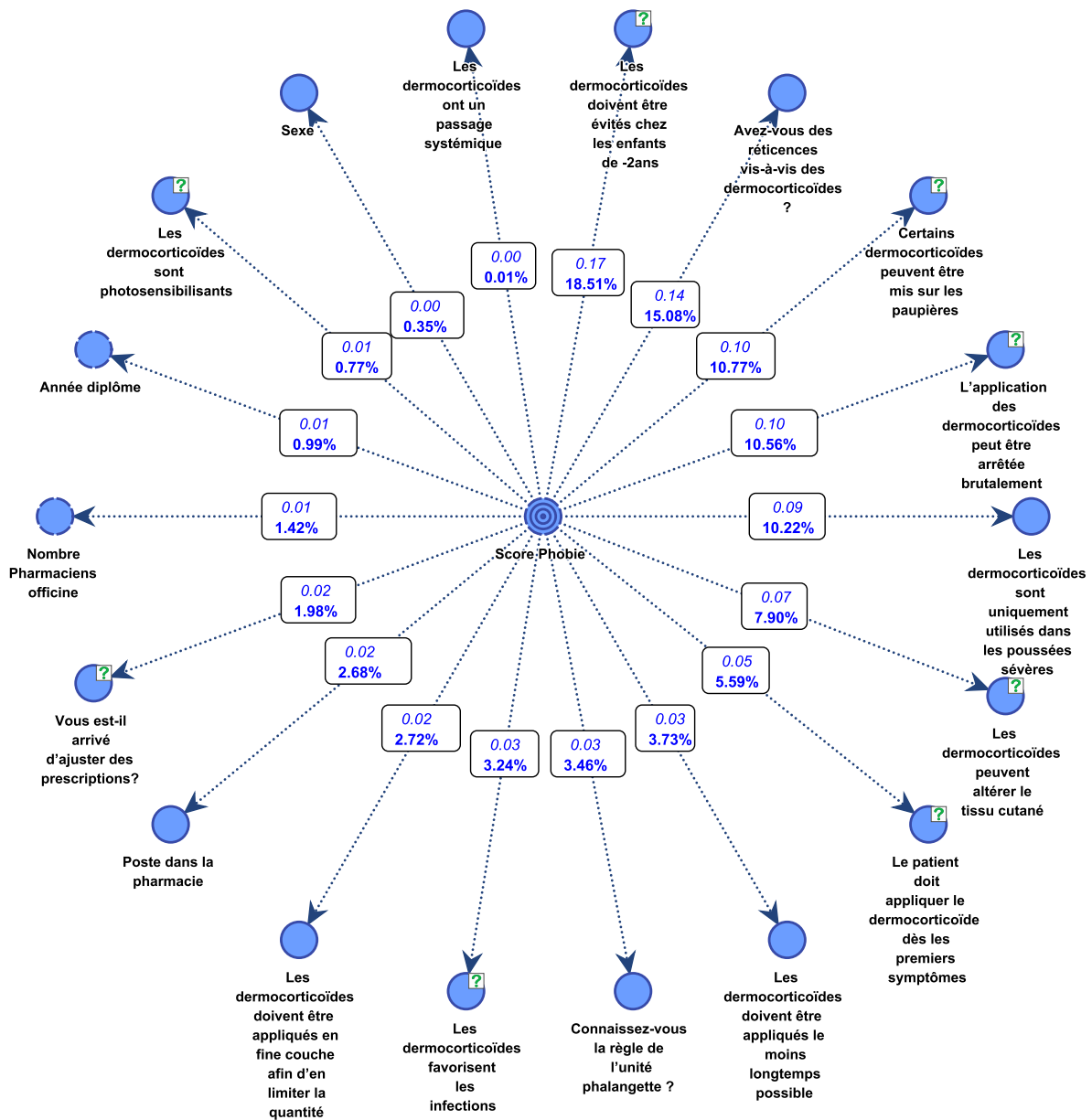
Les chiffres en haut des encadrés désignent la divergence du Kullback-Leibler absolue (ex : 0,07) et ceux du bas le pourcentage d'information relative par rapport à l'ensemble des variables analysées (ex : 41,12%).

L'analyse des divergences de Kullback-Leibler a permis d'identifier les variables les plus contributives à la variation du score de dermocorticophobie des répondants.

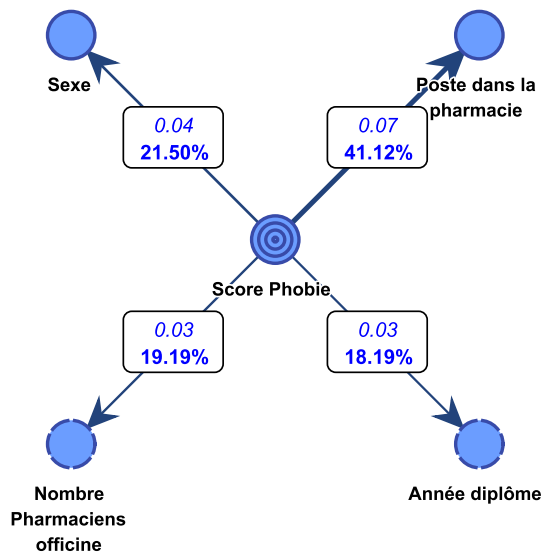
Ainsi, la croyance selon laquelle les dermocorticoïdes doivent être évités chez les enfants de moins de deux ans représente la variable la plus informative, expliquant à elle seule 18,5% de la réduction d'incertitude sur le score de phobie. Viennent ensuite les réticences déclarées vis-à-vis de l'utilisation des dermocorticoïdes (15,1%), la perception quant à la possibilité d'appliquer ces traitements sur les paupières (10,8%), ainsi que l'idée selon laquelle leur arrêt doit impérativement être progressif (10,6%) (graphique 12).

À l'inverse, les variables sociodémographiques telles que le sexe, l'année d'obtention du diplôme, le nombre de pharmaciens dans l'officine ou encore le poste occupé n'apportent qu'une information faible, représentant chacune moins de 3% de la variance explicative (graphique 13).

En résumé, le score de dermocorticophobie est principalement lié aux croyances et attitudes vis-à-vis des DC et très peu aux caractéristiques sociodémographiques.



Graphique 12 : Kullback-Leibler



Graphique 13 : Kullback-Leibler des variables sociodémographiques

- **Coefficient de Pearson (graphique 14 et 15)**

Le coefficient de Pearson permet, quant à lui, de voir dans quel sens varient deux variables. Un coefficient positif signifie que la variable (codé par 1) fait augmenter le score de dermocorticophobie. A l'inverse, un coefficient négatif signifie que la variable (codé par 1) fait diminuer le score.

Afin de correctement lire ces graphiques, nous avons besoin de savoir comment ils ont été codés.

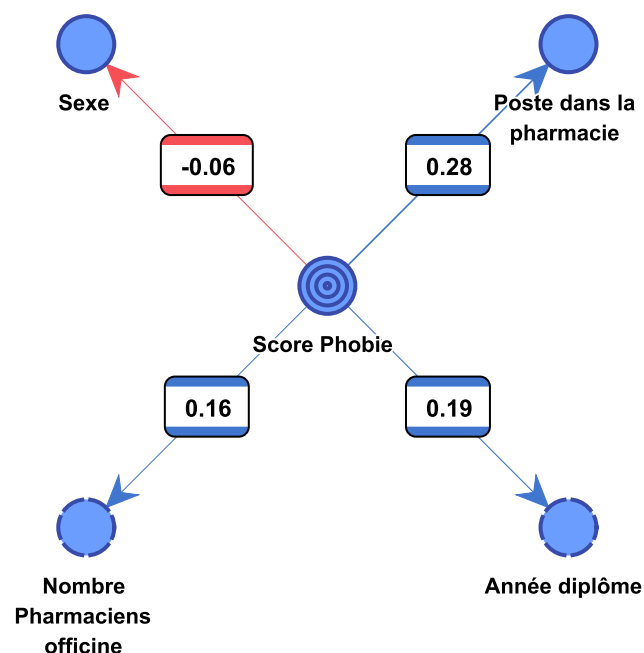
- Sexe : femme = 0 ; homme = 1
- Poste : pharmacien = 0 ; préparateur = 1
- Année du diplôme et nombre de pharmaciens dans l'officine : en ordre croissant

Le poste dans l'officine apporte une corrélation positive modérée. Cela suggère que les préparateurs seraient plus dermocorticophobes que les pharmaciens.

L'année du diplôme a une corrélation positive faible. Les diplômés les plus récents seraient plus dermocorticophobes.

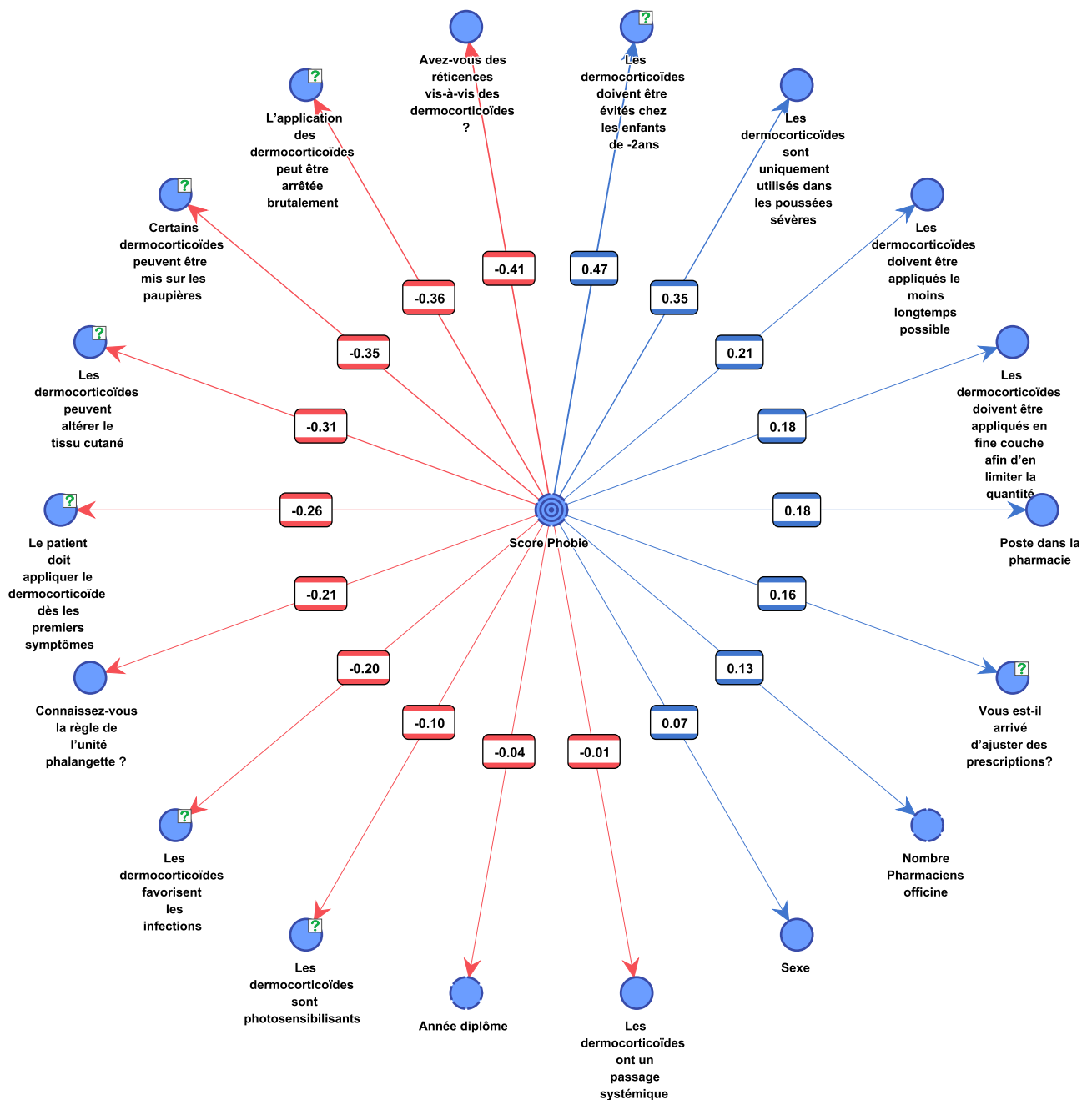
Le nombre de pharmaciens dans l'officine a également une corrélation positive faible : les plus grandes officines seraient plus dermocorticophobes.

A l'inverse, le sexe, apporte une corrélation négative très faible ce qui signifie que les hommes seraient moins dermocorticophobes (graphique 14).



Graphique 14 : Coefficient de Pearson des variables sociodémographiques

Ici nous pouvons remarquer que répondre « oui » à la question « les dermocorticoïdes doivent être évités chez les enfants de - de 2 ans » augmente le score de dermocorticophobie. A l'inverse, répondre « oui » à « avez-vous des réticences vis-à-vis des dermocorticoïdes » va le faire baisser (graphique 15).



Graphique 15 : Coefficient de Pearson

2.4. Discussion

Dans notre étude, le score moyen de dermocorticophobie s'élève à 47,4%, un résultat proche des données déjà publiées dans la littérature, notamment celles rapportées par Lambrechts et al. en 2019, qui observaient des scores TOPICOP moyens de 48,5% chez les pharmaciens, 46,0% chez les médecins généralistes, 39,7% chez les pédiatres et 32,3% chez les dermatologues.

Nos résultats confirment la persistance de plusieurs idées reçues parmi les professionnels d'officine, telles que :

- La photosensibilité supposée des dermocorticoïdes (DC) ;
- La peur d'une altération significative du tissu cutané ;
- Le rôle prétendu des DC dans l'apparition des infections cutanées ;
- Leur interdiction d'utilisation chez les enfants de moins de deux ans ;
- Des recommandations inadaptées concernant les modalités d'application (« en fine couche et le moins longtemps possible ») ;
- Ainsi qu'une vision restrictive des modalités d'arrêt.

La croyance selon laquelle les DC seraient photosensibilisants reste particulièrement répandue, alors qu'aucun Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) ne le mentionne. Cette idée fausse pourrait provenir d'une confusion avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens topiques, connus pour leur photosensibilisation.

Les effets indésirables des DC, bien réels, ne surviennent en pratique que lors d'utilisations prolongées (sur plusieurs mois sans interruption) ou en cas de mésusage. Lorsqu'ils sont employés conformément aux recommandations, avec une information adéquate, ces événements demeurent rares, ce qui souligne l'importance d'insister auprès des patients sur la sécurité du traitement dans le cadre d'un usage approprié.

Il est également préoccupant de constater que 34% des répondants estiment que les DC doivent être réservés aux seules poussées sévères. Cette attitude, non conforme aux recommandations actuelles, expose les patients à un risque d'aggravation des dermatoses, qui deviennent alors plus complexes à traiter, avec un risque accru de surinfections.

Par ailleurs, plus de 40% des participants se montrent méfiants à l'égard de l'utilisation des DC chez les très jeunes enfants. Bien que leur utilisation doive effectivement être prudente, elle n'est nullement contre-indiquée. À l'inverse, comme expliqué précédemment, laisser évoluer des lésions inflammatoires non traitées chez l'enfant peut s'avérer plus délétère et inconfortable que l'application raisonnée de DC.

Concernant les modalités d'application, une grande majorité des répondants continue de recommander une application « en fine couche et le moins longtemps possible », des mentions fréquemment retrouvées sur les ordonnances, mais qui divergent des recommandations officielles et contribuent à véhiculer une perception excessive des risques.

Cela s'illustre par le fait que seulement 47,2% des répondants connaissent l'unité phalangette, pourtant outil simple et validé pour déterminer les quantités à appliquer. Nous pouvons également regretter l'absence de cette notion dans les RCP des spécialités à base de DC qui constitue probablement un frein majeur à sa diffusion.

S'agissant des modalités d'arrêt, 67,9% des répondants estiment qu'un arrêt progressif est nécessaire, jugeant l'arrêt brutal inapproprié. Pourtant, dans la majorité des cas, un arrêt immédiat est recommandé, le recours à un sevrage progressif ne se justifiant que pour des traitements prolongés sur zones sensibles afin de prévenir une éventuelle résurgence des lésions.

Cette méfiance vis-à-vis des DC est d'autant plus notable que l'étude met en évidence une dermocorticophobie modérée, alors même qu'une majorité des professionnels déclare ne pas se sentir concernés. Ce paradoxe traduit une certaine méconnaissance des critères objectifs caractérisant cette phobie, et souligne le risque de véhiculer, même involontairement, des messages inadaptés aux patients, contribuant à leur propre dermocorticophobie.

Néanmoins, certains points positifs ressortent :

- 100% des répondants acceptent l'application des DC sur le visage et 79% sur les paupières, malgré les fortes réticences habituellement observées dans la population générale, ce qui témoigne d'une bonne maîtrise des spécificités des zones sensibles ;
- 62,3% savent qu'il convient d'initier le traitement dès l'apparition des premiers symptômes, en accord avec les recommandations pour limiter l'évolution des poussées ;
- La majorité a correctement identifié le caractère négligeable du passage systémique des DC, signe d'une bonne connaissance des différences pharmacodynamiques avec les corticoïdes oraux.

À noter également que la réponse « Je ne sais pas » reste marginale (14 réponses sur l'ensemble du questionnaire), traduisant des opinions généralement bien établies, même si certaines connaissances nécessitent d'être consolidées.

Sur le plan statistique, les tests exacts de Fisher et χ^2 n'ont pas permis de mettre en évidence de liens significatifs entre les variables étudiées (sexe, année d'obtention du diplôme, nombre de pharmaciens dans l'officine, poste occupé) et le score de dermocorticophobie. A l'inverse de l'étude de Raffin et al. suggérait que les femmes pharmaciens étaient plus concernées (23).

Cependant, les analyses par coefficients de Pearson et par divergence de Kullback-Leibler révèlent certaines tendances intéressantes.

Le poste occupé présente une corrélation positive modérée avec la dermocorticophobie, suggérant que les préparateurs seraient plus dermocorticophobes que les pharmaciens. Cette différence pourrait s'expliquer par une formation initiale moins approfondie en dermatologie et un apprentissage majoritairement effectué sur le terrain, où des croyances erronées peuvent être entretenues si l'équipe officinale est elle-même dermocorticophobe.

L'année d'obtention du diplôme montre une corrélation positive faible, indiquant que les diplômés les plus récents seraient légèrement plus dermocorticophobes. Cela pourrait refléter une sensibilisation accrue aux effets indésirables potentiels dans les formations récentes ou une moindre expérience clinique.

Le nombre de pharmaciens dans l'officine présente également une corrélation positive faible, laissant supposer qu'un environnement officinal plus large pourrait favoriser la diffusion de certaines appréhensions.

Enfin, le sexe apparaît très faiblement corrélé négativement au score, suggérant que les hommes seraient très légèrement moins dermocorticophobes, bien que cette différence soit négligeable au regard de la faible intensité du lien.

Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence compte tenu de la taille limitée de l'échantillon, qui ne permet pas d'établir des conclusions généralisables ni de statuer sur la causalité de ces associations. Ils offrent néanmoins des pistes exploratoires intéressantes, qui mériteraient d'être approfondies dans des études ultérieures, incluant des effectifs plus importants et des analyses multivariées pour mieux cerner les déterminants de la dermocorticophobie en officine.

Il est par ailleurs notable qu'un participant ait explicitement mentionné ne pas connaître le terme "dermocorticophobie". L'ajout d'une question spécifique sur la connaissance de ce concept, à l'instar de l'approche retenue par Lhopital et al., aurait ainsi permis d'enrichir notre analyse. Dans son étude, seulement 37,3% des répondants déclaraient connaître le terme, avec une proportion majoritaire d'étudiants (7). Or, ignorer jusqu'à l'existence de cette notion constitue un obstacle majeur à l'adaptation du discours officinal, pourtant indispensable pour accompagner les patients et lever leurs réticences.

Il convient enfin de rappeler que notre étude permet uniquement de mettre en évidence des corrélations, sans pouvoir établir de liens de causalité.

Ces constats soulignent la nécessité d'envisager des formations spécifiques sur les DC, notamment à destination des préparateurs, afin qu'ils puissent mieux appréhender l'usage de ces traitements, identifier la dermocorticophobie et adapter leur discours. En effet, dans une étude

anglaise, 64,8% des pharmaciens ont eu accès à une formation en dermatologie, ce qui a été considéré comme étant bénéfique vis-à-vis des traitements et des conseils donnés aux patient souffrant de maladie de peau (44).

Il serait également pertinent de développer des supports ludiques, tels que des bandes dessinées destinées aux enfants, pour leur expliquer leur maladie et les rassurer.

La présence d'affiches ou de flyers en officine et dans les salles d'attente des médecins pourrait également constituer un moyen efficace de sensibiliser les patients.

Enfin, le déploiement plus large de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), déjà mis en place dans certains hôpitaux comme le CHU d'Angers, serait une voie prometteuse. Élargir ces initiatives aux médecins généralistes, pédiatres et pharmacies permettrait de mieux prendre en charge la dermocorticophobie, à l'instar des succès observés avec l'ETP dans d'autres pathologies chroniques.

2.5. Limites

Cette étude présente certaines limites qu'il convient de souligner pour interpréter les résultats avec prudence.

Tout d'abord, la taille de l'échantillon reste relativement restreinte, avec 53 répondants seulement, dont 8 préparateurs en pharmacie. Cette

faible participation peut limiter la puissance des analyses et la représentativité de l'échantillon par rapport à l'ensemble des professionnels exerçant dans les Pays de la Loire.

Par ailleurs, la méthodologie de diffusion, reposant sur un envoi par mail aux officines, peut avoir induit un biais de sélection : les répondants sont possiblement ceux ayant un intérêt ou une sensibilité particulière pour le sujet, ce qui pourrait surestimer la prise de conscience ou l'intérêt porté à la dermocorticophobie.

Le questionnaire utilisé a été conçu spécifiquement pour cette étude, bien qu'inspiré du questionnaire validé TOPICOP. Toutefois, il n'a pas fait l'objet d'une validation formelle, ce qui limite la robustesse de l'outil en termes de fidélité et de validité des résultats obtenus.

De plus, les réponses étant auto-déclaratives et recueillies via un formulaire en ligne (Google Forms), des biais d'interprétation ou de désirabilité sociale ne peuvent être exclus.

Après avoir recueilli les réponses au questionnaire et discuté avec certains répondants, il est constaté qu'une incompréhension persistait chez certains participants concernant la formulation d'une des questions : « les dermocorticoïdes favorisent les infections ». L'intention initiale de cette question était d'évaluer si les professionnels considéraient que l'application de dermocorticoïdes pouvait directement entraîner ou déclencher une infection cutanée. Cependant, il est apparu que plusieurs répondants ont

interprété cette question autrement, en la comprenant plutôt comme : « est-ce que l'utilisation de dermocorticoïdes peut aggraver une infection déjà existante ? ».

Cette divergence d'interprétation a pu influencer les réponses obtenues et souligne l'importance de la précision dans la formulation des questions, notamment pour éviter toute ambiguïté qui pourrait biaiser les résultats. À l'avenir, il serait pertinent de reformuler cette question de manière plus explicite, par exemple en distinguant clairement la notion de « provoquer une nouvelle infection » de celle « d'exacerber une infection préexistante », afin de recueillir des données reflétant plus fidèlement les connaissances et perceptions des répondants.

Par ailleurs, l'ajout de la précision "dans un usage thérapeutique" aurait probablement permis d'obtenir un score plus faible, en recentrant les réponses sur un cadre d'utilisation contrôlé et conforme aux recommandations.

Enfin, l'étude étant circonscrite à une seule région (Pays de la Loire), les conclusions ne peuvent être généralisées à l'ensemble du territoire national sans précaution. Une extension de l'enquête à d'autres régions, voire à l'échelle nationale, ainsi qu'un échantillon plus large et plus diversifié, permettraient de renforcer la portée des résultats.

Ainsi les résultats présentés ci-dessus nous indiquent uniquement une ligne directrice et non des résultats représentatifs.

Conclusion

Les dermatoses inflammatoires chroniques, telles que la dermatite atopique, représentent un enjeu de santé publique majeur. Leur prise en charge repose en grande partie sur l'utilisation raisonnée des dermocorticoïdes, traitements de première intention dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Pourtant, la persistance d'une mauvaise observance, alimentée par une crainte injustifiée de ces médicaments, limite considérablement leur efficacité réelle. Cette dermocorticophobie, bien connue chez les patients, touche également les professionnels de santé, y compris les pharmaciens, pourtant en première ligne dans l'accompagnement thérapeutique.

L'enquête menée dans la région des Pays de la Loire montre que si les pharmaciens disposent globalement de connaissances solides sur les dermocorticoïdes, certains points restent à consolider : méconnaissance des posologies pratiques, hésitations à rassurer les patients, ou encore crainte des effets secondaires, parfois surestimés. Ces éléments peuvent influencer négativement la qualité du conseil pharmaceutique et par conséquent, nuire à l'adhésion du patient au traitement.

Face à ce constat, il apparaît essentiel de renforcer les connaissances sur les dermocorticoïdes dès la formation initiale. La lutte contre la dermocorticophobie doit commencer à l'université. Il est nécessaire d'y aborder de façon approfondie non seulement les bases pharmacologiques

et cliniques de ces traitements, mais aussi les notions de communication, d'éducation thérapeutique, et les données récentes sur l'observance. Former les futurs pharmaciens à mieux comprendre et expliquer l'usage raisonné des dermocorticoïdes est un levier fondamental pour améliorer l'adhésion des patients aux traitements et limiter les échecs thérapeutiques.

Au-delà de la formation universitaire, des actions de formation continue ciblées pourraient également contribuer à harmoniser les pratiques et à lever les réticences encore présentes. Car en tant qu'acteurs de premier recours, les pharmaciens et leur équipe ont un rôle essentiel à jouer dans la réassurance du patient, la pédagogie autour des traitements, et l'amélioration de l'observance. Mieux formés, mieux informés, ils pourront pleinement assumer ce rôle de relais entre la prescription médicale et l'adhésion thérapeutique du patient.

En définitive, cette problématique dépasse le seul cadre des dermocorticoïdes. Elle soulève plus largement la question de la perception des médicaments dans la société et du rôle des professionnels de santé dans la réassurance et l'éducation du patient. Les craintes liées aux traitements — qu'il s'agisse des corticoïdes, des vaccins, des antibiotiques ou des psychotropes — constituent un défi majeur pour la médecine moderne. À ce titre, mieux former les futurs professionnels à accompagner les patients dans leur parcours thérapeutique est un enjeu de santé publique à part entière.

Bibliographie

1. Marniquet ME, Barbarot S. Dermatite atopique de l'enfant et de l'adolescent. Revue Française d'Allergologie. oct 2020;60(6-7):469-75.
2. Inserm [Internet]. [cité 15 juill 2025]. Dermatite atopique (eczéma atopique) · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/dermatite-atopique-eczema-atopique/>
3. Inserm [Internet]. [cité 15 juill 2025]. Psoriasis · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/psoriasis/>
4. VIDAL [Internet]. [cité 15 mars 2024]. Les médicaments contre la dermatite atopique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/dermatite-eczema-atopique/medicaments.html>
5. Item 330 – Prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens : aspects dermatologiques. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie - FMC. 1 oct 2023;3(7):688-91.
6. Comment bien appliquer son dermocorticoïde ? | Fondation Eczéma [Internet]. [cité 29 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.pierrefabreeczemafoundation.org/etre-accompagne/conseils-pratiques/comment-bien-appliquer-son-dermocorticoide>
7. Claire Lhopital. Étude des causes de la corticophobie dans la prise en charge de la dermatite atopique en officine. 12 déc 2022;82.
8. AltogetherEczema - Treatment options - Results from #6 [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.altogethereczema.org/learn-more/treatment-options?start=6>
9. Eczéma : technique de l'habillage | Fondation Eczéma [Internet]. [cité 29 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.pierrefabreeczemafoundation.org/traiter/medicaments/traitements-locaux/technique-de-l-habillage>
10. Faure S. Dermocorticoïdes. Actualités Pharmaceutiques. 1 juin 2014;53(537):53-6.
11. Aubert H, Stalder JF, Moret L, Barbarot S. Corticophobie dans la dermatite atopique : étude internationale de validation du score TOPICOP. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 1 déc 2016;143(12, Supplément):S140-1.
12. Résumé des caractéristiques du produit - LOCATOP 0,1 %, crème - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 2 déc 2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62294181&typedoc=R#RcpContreindications>
13. Ladda M, Doiron P. Addressing topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: The role of the pharmacist. Can Pharm J (Ott). 2021;154(2):71-3.
14. Herzum A, Occella C, Gariazzo L, Pastorino C, Viglizzo G. Corticophobia among Parents of Children with Atopic Dermatitis: Assessing Major and Minor Risk Factors for High TOPICOP Scores. Journal of Clinical Medicine. janv 2023;12(21):6813.
15. Résumé des caractéristiques du produit - BETAMETHASONE BIOGARAN 0,05 %, crème - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 2 déc 2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63566111&typedoc=R#RcpContreindications>
16. Biver-Dalle C, Guichard A, Vigan M, Humbert P, Aubin F. Hypersensibilité aux dermocorticoïdes. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. juin 2012;139(6-7):489-99.

17. Société Française de Dermatologie. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. *Ann Dermatol Venereol*. 2005;132:1:S9-18.
18. Bos B, Antonescu I, Osinga H, Veenje S, de Jong K, de Vries TW. Corticosteroid phobia (corticophobia) in parents of young children with atopic dermatitis and their health care providers. *Pediatric Dermatology*. 2019;36(1):100-4.
19. Aubert H, Barbarot S. Non-adhésion et corticothérapie. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 1 janv 2012;139:S7-12.
20. Krejci-Manwaring J, Tusa MG, Carroll C, Camacho F, Kaur M, Carr D, et al. Stealth monitoring of adherence to topical medication: Adherence is very poor in children with atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1 févr 2007;56(2):211-6.
21. Andre N, Shmuel AB, Yahav L, Muallem L, Tripto IG, Horev A. Is corticophobia spreading among pediatricians?—Insights from a self-efficacy survey on the management of pediatric atopic dermatitis. *Translational Pediatrics*. 30 oct 2023;12(10):1823834-1821834.
22. Lee JY, Her Y, Kim CW, Kim SS. Topical Corticosteroid Phobia among Parents of Children with Atopic Eczema in Korea. *Ann Dermatol*. oct 2015;27(5):499-506.
23. Raffin D, Giraudeau B, Samimi M, Machet L, Pourrat X, Maruani A. Corticosteroid Phobia Among Pharmacists Regarding Atopic Dermatitis in Children: A National French Survey. *Acta Dermato-Venereologica*. 2016;96(2):177-80.
24. Gomes TF, Kieselova K, Guiote V, Henrique M, Santiago F. A low level of health literacy is a predictor of corticophobia in atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2022;97(6):704-9.
25. Moreau E, Rousseau H, Marzouki Zerouali A, Melgar E, Henry J, Schmutz J L., et al. A study of corticophobia in adult psoriasis patients: a French cross-sectional observational study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2021;35(11):e768-70.
26. Contento M, Cline A, Russo M. Steroid Phobia: A Review of Prevalence, Risk Factors, and Interventions. *Am J Clin Dermatol*. 1 nov 2021;22(6):837-51.
27. Mami S, Litaïem N, Gara S, Chabchoub I, Jones M, Zegloui F. Corticophobie « topique » chez les patients tunisiens atteints de dermatite atopique : étude transversale utilisant le score TOPICOP. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie - FMC*. 1 déc 2023;3(8, Supplement 1):A243-4.
28. Dufresne H, Bataille P, Bellon N, Compain S, Deladrière E, Bekel L, et al. Risk factors for corticophobia in atopic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2020;34(12):e846-9.
29. Gerner T, Haugaard JH, Vestergaard C, Deleuran M, Jemec GB, Mortz CG, et al. Healthcare utilization in Danish children with atopic dermatitis and parental topical corticosteroid phobia. *Pediatr Allergy Immunol*. févr 2021;32(2):331-41.
30. Dufresne H, Bataille P, Bellon N, Compain S, Deladrière E, Bekel L, et al. Facteurs de risque de corticophobie au cours de la dermatite atopique. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 1 déc 2020;147(12, Supplement):A97-8.
31. Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, Fontenoy AM, Nguyen JM, Leux C, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *British Journal of Dermatology*. 1 oct 2011;165(4):808-14.
32. Lambrechts L, Gilissen L, Morren MA. Topical Corticosteroid Phobia Among Healthcare Professionals Using the TOPICOP Score. *Acta Derm Venereol*. 1 oct 2019;99(11):1004-8.

33. Koster ES, Philbert D, Zheng X, Moradi N, de Vries TW, Bouvy ML. Reducing corticosteroid phobia in pharmacy staff and parents of children with atopic dermatitis. *Int J Clin Pharm*. oct 2021;43(5):1237-44.
34. Sacko A, Bourrat E, Bourdon O, Prot-Labarthe S. Dermocorticoïdes et exposition solaire : un malentendu ? *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 sept 2021;79(5):589-96.
35. Smith SD, Hong E, Fearn S, Blaszczyński A, Fischer G. Corticosteroid phobia and other confounders in the treatment of childhood atopic dermatitis explored using parent focus groups. *Australas J Dermatol*. août 2010;51(3):168-74.
36. Coondoo A, Sengupta S. Topical corticophobia among parents and caregivers of atopic children. *Indian Journal of Paediatric Dermatology*. déc 2016;17(4):255.
37. Syndrome de la peau rouge | Fondation Eczéma [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.pierrefabreeczemafoundation.org/traiter/medicaments/traitements-locaux/syndrome-de-la-peau-rouge>
38. Proctor A. National Eczema Society. 2022 [cité 6 mai 2024]. Topical Steroid Withdrawal (TSW). Disponible sur: <https://eczema.org/information-and-advice/topical-steroid-withdrawal-tsw/>
39. British Association of Dermatologists [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur: <https://www.bad.org.uk/national-eczema-society-and-british-association-of-dermatologists-joint-position-statement-on-topical-steroid-withdrawal/>
40. El Hachem M, Gesualdo F, Ricci G, Diociaiuti A, Giraldi L, Ametrano O, et al. Topical corticosteroid phobia in parents of pediatric patients with atopic dermatitis: a multicentre survey. *Ital J Pediatr*. 28 févr 2017;43(1):22.
41. CNOP [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Carte régionale - Officine (Mis à jour le 13/01/2024). Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/je-suis-pharmacien-titulaire-d-officine/mon-exercice-professionnel/les-cartes/carte-regionale-officine-mis-a-jour-le-13-01-2024>
42. CNOP [Internet]. [cité 2 juill 2025]. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2023. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-demographie/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2023>
43. Kojima R, Fujiwara T, Matsuda A, Narita M, Matsubara O, Nonoyama S, et al. Factors Associated with Steroid Phobia in Caregivers of Children with Atopic Dermatitis. *Pediatric Dermatology*. 2013;30(1):29-35.
44. Lindblad AK, Kjellgren KI, Ring L, Maroti M, Serup J. The role of dermatologists, nurses and pharmacists in chronic dermatological treatment: patient and provider views and experiences. *Acta Derm Venereol*. 2006;86(3):202-8.
45. Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, Rhun AL, Leux C, Mazereeuw-Hautier J, et al. TOPICOP©: A New Scale Evaluating Topical Corticosteroid Phobia among Atopic Dermatitis Outpatients and Their Parents. *PLOS ONE*. 16 oct 2013;8(10):e76493.

Annexes

▪ Annexe 1 : Questionnaire Pharmacie

Présentation

1. Combien de pharmacien compte l'officine ?
2. Sexe
 - Femme
 - Homme
 - Autre
3. Poste dans la pharmacie
 - Pharmacien(ne)
 - Préparateur(rice)
4. Année du diplôme/étude :

Questionnaire

5. Les dermocorticoïdes sont photosensibilisants
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
6. Les dermocorticoïdes ont un passage systémique
 - Important
 - Moyen
 - Négligeable
 - Je ne sais pas

7. Les dermocorticoïdes favorisent les infections

- Tout à fait d'accord
- Presque d'accord
- Pas vraiment d'accord
- Pas du tout d'accord
- Je ne sais pas

8. Les dermocorticoïdes peuvent altérer le tissu cutané

- Tout à fait d'accord
- Presque d'accord
- Pas vraiment d'accord
- Pas du tout d'accord
- Je ne sais pas

9. Les dermocorticoïdes doivent être évités chez les enfants de -2ans

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

10. Certains dermocorticoïdes peuvent être mis sur le visage

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

11. Certains dermocorticoïdes peuvent être mis sur les paupières

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

12. L'application des dermocorticoïdes peut être arrêtée brutalement

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

13. Les dermocorticoïdes doivent être appliqués le moins longtemps possible ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

14. Les dermocorticoïdes doivent être appliqués en fine couche afin d'en limiter la quantité

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

15. Les dermocorticoïdes sont uniquement utilisés dans les poussées sévères

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

16. Le patient doit appliquer le dermocorticoïde dès les premiers symptômes

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

17. Vous est-il arrivé d'ajuster des prescriptions (temps de traitement, quantité d'application ? ...)

- Tout à fait
- Un peu
- Pas vraiment
- Pas du tout
- Je ne sais pas

18. Si oui, quelles sont vos modifications ?

.....

19. Avez-vous des réticences vis-à-vis des dermocorticoïdes ?

- Tout à fait
- Un peu
- Pas vraiment
- Pas du tout

20. Connaissez-vous la règle de l'unité phalangelette ?

- Oui
- Non

21. Avez-vous des remarques ?

.....

▪ **Annexe 2 : Questionnaire TOPICOP (45)**

TOPICOP*

simplifié

Merci de cocher une seule réponse pour chaque proposition

1. Les dermocorticoïdes passent dans le sang
 pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
2. Les dermocorticoïdes favorisent les infections
 pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
3. Les dermocorticoïdes font grossir
 pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
4. Les dermocorticoïdes abîment la peau
 pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
5. Les dermocorticoïdes ont des effets sur ma santé future
 pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
6. Les dermocorticoïdes favorisent l'asthme
 pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
7. J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine comme les paupières
 pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
8. Je n'en connais pas les effets secondaires mais j'ai peur des dermocorticoïdes
 pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
9. J'ai peur d'utiliser une dose trop importante
 pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question
10. Je me traite le plus tard possible
 jamais parfois souvent toujours je ne comprends pas la question
11. Je me traite le moins longtemps possible
 jamais parfois souvent toujours je ne comprends pas la question
12. J'ai besoin d'être rassuré(e) vis-à-vis du traitement par dermocorticoïdes
 pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

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

LE BRAS Maëlys

État des lieux de la dermocorticophobie dans l'exercice officinal dans les Pays de la Loire

RÉSUMÉ

Les dermatoses inflammatoires dont la dermatite atopique, sont des pathologies fréquemment rencontrées dans la population. Leur traitement repose principalement sur l'usage des dermocorticoïdes, médicaments reconnus pour leur efficacité. Pourtant, leur utilisation reste souvent entravée par une mauvaise observance, largement influencée par une peur irrationnelle de ces traitements : la dermocorticophobie. Ce phénomène, bien documenté chez les patients, semble également concerner certains professionnels de santé, dont les pharmaciens.

Ce travail de thèse a pour objectif d'évaluer la prévalence et les caractéristiques de la dermocorticophobie parmi les pharmaciens d'officine de la région des Pays de la Loire. Une enquête a été menée au moyen d'un questionnaire inspiré de l'outil TOPICOP, adapté aux professionnels. L'étude a permis d'identifier les réticences et des idées reçues persistantes, ou bien des lacunes de connaissances, ce qui a pour influence la qualité du conseil pharmaceutique et, par conséquent, l'observance des traitements par les patients.

Les résultats mettent en évidence l'importance d'un renforcement de la formation initiale des étudiants en pharmacie sur la bonne utilisation des dermocorticoïdes, ainsi que la nécessité de proposer des actions de formation continue ciblées. Mieux informés, les pharmaciens seront davantage en mesure de rassurer, d'éduquer et d'accompagner les patients, et ainsi de contribuer à une prise en charge plus efficace des dermatoses inflammatoires chroniques.

Mots-clés : dermocorticophobie, dermocorticoïdes, dermatite atopique, observance, pharmacien, TOPICOP

Assessment of corticophobia among pharmacists in the Pays de la Loire Region

ABSTRACT

Inflammatory dermatoses, including atopic dermatitis, are common conditions in the general population. Their treatment mainly based on the use of topical corticosteroids, which are widely recognized for their effectiveness. However, their use is often hindered by poor adherence, largely influenced by an irrational fear of these medications, known as corticophobia. While this phenomenon is well documented among patients, it also appears to affect some healthcare professionals, including pharmacists.

This thesis aims to assess the prevalence and characteristics of corticophobia among community pharmacists in the Pays de la Loire region. A survey was conducted using a questionnaire based on the TOPICOP tool, adapted for healthcare professionals. The study identified persistent misconceptions, hesitations, and knowledge gaps that can affect the quality of pharmaceutical counseling and, consequently, patient adherence to treatment.

The results highlight the importance of strengthening pharmacy students' initial training on the appropriate use of topical corticosteroids, as well as the need for targeted continuing education programs. Better-informed pharmacists will be more capable of reassuring, educating, and supporting patients, thereby contributing to more effective management of chronic inflammatory skin diseases.

Keywords : corticophobia, topical corticosteroid, atopic dermatitis, adherence, pharmacist, TOPICOP