

■ Revues générales

Dermocorticoïdes : comment vaincre la corticophobie ?

RÉSUMÉ : La corticophobie est le terme consacré pour désigner les craintes des patients ou des parents vis-à-vis de l'utilisation des dermocorticoïdes. Ces craintes sont fréquemment rencontrées en pratique clinique quotidienne et peuvent avoir pour conséquence un échec thérapeutique.

La corticophobie est un phénomène surtout constaté dans la prise en charge de la dermatite atopique. Elle peut être présente chez tous les patients, quelle que soit la sévérité de la maladie. Elle a pour objet la crainte d'effets secondaires, des croyances ou bien des craintes vagues. Ainsi, il paraît important de la rechercher systématiquement pour cibler l'information à délivrer au patient.



H. AUBERT

Service de Dermatologie,
CHU de NANTES.

■ Qu'est-ce que la corticophobie ? Définition, conséquences, origines

1. Définition

La corticophobie est un terme utilisé ou "consacré" pour parler des craintes vis-à-vis de l'utilisation des corticoïdes et notamment des corticoïdes locaux, mais aussi des corticoïdes inhalés ou systémiques. Nous parlerons quant à nous de la corticophobie concernant l'utilisation des dermocorticoïdes.

Le terme de "phobie" ici n'est pas très juste, car il ne s'agit pas à proprement parler d'une phobie dans la mesure où certaines de ces craintes peuvent être fondées et rationnelles.

Le terme de "corticophobie" fut utilisé pour la première fois par Tuft en 1979 [1] à propos des craintes erronées des médecins à l'égard des corticoïdes dans l'asthme et de leurs répercussions potentiellement négatives sur la prise en charge des patients. David, en 1987, reprit cette notion, non fondée scientifiquement, de peur des corticoïdes inhalés ou locaux [2].

En 1989, Patterson approfondit l'analyse de la "prednisone phobie" [3].

En dermatologie, la corticophobie a été principalement étudiée dans la dermatite atopique (DA) puisque cette pathologie est fréquente et représente une part importante de la prescription des dermocorticoïdes en dermatologie pédiatrique.

La corticophobie vis-à-vis des dermocorticoïdes (et son retentissement sur l'adhésion thérapeutique au cours de la DA) a été analysée par quelques études, lesquelles ont retrouvé une prévalence variable entre 40 et 70 % [4-6]. Dans une étude réalisée en France, la prévalence de la corticophobie était encore plus importante puisque 8 patients sur 10 rapportaient des craintes vis-à-vis de l'utilisation des dermocorticoïdes dans la dermatite atopique [7].

La corticophobie semble moins fréquente dans le psoriasis. Cependant, dans l'étude de Brown, la crainte des effets secondaires des dermocorticoïdes est une cause de mauvaise adhésion chez les patients traités pour un psoriasis [8]. La corticophobie peut avoir pour consé-

Revue générale

quence un échec thérapeutique avec une diminution de l'adhésion au traitement, cependant certains patients ont une bonne adhésion mais ressentent un mal être vis-à-vis du traitement.

Les facettes de la corticophobie sont multiples et les craintes sont variables tant par leur intensité que par leur objet. Certains patients ont des craintes modérées et d'autres très intenses rendant impossible toute utilisation de dermocorticoïdes. Certains craignent des effets secondaires précis cutanés ou systémiques et la survenue d'une dépendance ou d'une perte d'efficacité. En revanche, il arrive que l'objet de la crainte ne soit pas clairement identifié par le patient. Certaines craintes sont plus subtiles, liées à des effets imaginés ou aux croyances à propos du traitement et aux représentations de la maladie, ou bien encore vagues, ou enfin ne sont pas déclarées comme telles par le patient mais semblent se traduire par des comportements spécifiques (besoin de réassurance, réduction systématique des doses).

2. Origines de la corticophobie

>>> Les soignants

Le discours des soignants est la principale origine de la corticophobie : celui des médecins généralistes, des pharmaciens et également des dermatologues [5-7]. Plusieurs aspects de ce discours peuvent être source de craintes. Il est important pour les soignants de bien connaître les effets secondaires des dermocorticoïdes.

>>> La qualité de l'information reçue

Un des facteurs associés à la corticophobie est la qualité de l'information délivrée au patient par le médecin ou le pharmacien. Certains patients ont des interrogations sur les doses à appliquer, la manière d'arrêter le traitement et notamment de réaliser la décroissance des dermocorticoïdes lorsque celle-ci est prescrite. Cette confusion est à l'origine d'une peur de

mal faire. Dans l'étude de Hon [6] seulement 50 % des patients avaient parlé des effets indésirables avec leur médecin ou leur dermatologue. Beattie [9] évoquait une méconnaissance des traitements à l'origine de craintes infondées. Le manque de clarté de l'information ou une information insuffisante sont donc des facteurs explicatifs importants de la corticophobie, à l'origine notamment de craintes vagues (**tableau I**).

Par ailleurs, une des difficultés liées au traitement local est l'absence de précision de la dose prescrite. Certains auteurs proposent d'utiliser l'unité phalangette. L'unité phalangette correspond à la quantité de crème déposée d'un trait continu sur toute la longueur de la dernière phalange de l'index d'un adulte. Cette quantité ainsi délivrée permet de traiter une surface de peau correspondant à la surface des deux mains d'un adulte (soit environ 250 à 300 cm²). Une unité phalangette correspond à 0,5 g de produit. Un tube de 30 g contient 60 unités phalangettes [10]. Parfois, une démonstration de soin en consultation est plus efficace que de longs discours.

>>> Les divergences des discours

Le manque de cohérence et les divergences du discours entre les soignants (par exemple entre deux ou plusieurs médecins consultés pour la même maladie ou entre un médecin et un pharma-

cien) sont dus à un manque de consensus sur les modalités de traitement [11]. En effet, alors que les données de la littérature sont en faveur de l'efficacité et de la bonne tolérance des dermocorticoïdes [12, 13], les soignants sont encore réticents à les prescrire de manière adéquate. Ainsi, il existe une incohérence des messages reçus par les patients liée à un manque d'actualisation des pratiques mais également à une corticophobie des soignants eux-mêmes.

>>> L'entourage

Dans la littérature, les sources d'information des patients à l'origine de craintes concernent également l'entourage. L'entourage englobe les amis, la famille mais aussi les médias (magazines, télévision, internet).

>>> Les causes intrinsèques au patient

L'ancienneté de la maladie, sa sévérité et son retentissement n'ont pas de lien significatif avec la corticophobie. En revanche, l'expérience personnelle ou celle d'un proche concernant un effet indésirable est associée à la corticophobie [7, 14].

■ Quand l'évoquer ?

Comme on l'a vu, la corticophobie est un phénomène fréquent, en particulier dans la prise en charge de la dermatite ato-

Classification internationale	DCI	Nom commercial (forme galénique)
Classe IV très forte	Clobétasol propionate Bétaméthasone dipropionate	Dermoval (C, G), Clarelux Diprolène (C, P)
Classe III forte	Bétaméthasone dipropionate Bétaméthasone valérate Désonide Diflucortolone valérate Fluticasone propionate Hydrocortisone butyrate Hydrocortisone acéponate	Diprosone (C, P, L) Betneval (C, P, L) Locatop (C) Nerisone (C, P) Flixovate (C, P) Locoid (C, E, P, L) Efficort (C)
Classe II modérée	Désonide	Locapred (C) Tridesonit (C)
Classe I faible	Hydrocortisone	Hydracort

Tableau I : Classification des dermocorticoïdes selon leur puissance (exemples).

pique. Son intensité n'est pas corrélée à la sévérité de la DA. Plus l'enfant est jeune, plus les parents sont corticophobes [7]. En revanche, la corticophobie ne semble pas liée aux caractéristiques de la dermatite atopique (sévérité, ancienneté, retentissement). Cela renforce l'intérêt d'une recherche systématique de la corticophobie quels que soient l'âge, le sexe, la provenance ou l'histoire de la maladie.

■ Comment la prendre en charge ?

1. Laisser le patient s'expliquer sur ses croyances

Il est important de donner du temps au patient pour expliquer les causes de ses craintes (expériences antérieures d'effets indésirables, sentiment de dépendance au traitement, de perte d'efficacité, discours de l'entourage, incohérence des discours des soignants, manque d'explications sur les modalités d'utilisation, peur de mal faire ou craintes vagues...) Ainsi, la corticophobie des patients est une notion complexe. Elle est liée aux croyances et aux craintes des patients. Savoir la dépister est important car la corticophobie est rarement exprimée spontanément, ce qui a pour conséquence des échecs thérapeutiques mais peut aussi être source de mal-être lorsque le patient applique les dermocorticoïdes "malgré lui". Il est important, au cours des consultations, de rechercher systématiquement par des **questions ouvertes** non culpabilisantes le niveau de crainte des patients vis-à-vis de l'utilisation des dermocorticoïdes : "Certains parents ont peur d'utiliser les crèmes à la cortisone. Et vous, qu'en pensez-vous ?" ou bien "En avez-vous déjà utilisé et qu'en pensez-vous ? Avez-vous des craintes à propos des crèmes à la cortisone ? Pensez-vous qu'il y ait des effets indésirables ?"

En consultation, le questionnaire TOPICOP (**tableau II**) peut également être utilisé pour identifier une corticophobie. Ce score permet de dépister toutes les formes de corticophobie,

y compris les stratégies de réduction de dose (items 11 et 12). Il n'existe pas de seuil à proprement parler à partir duquel un patient est défini comme corticophobe, ce questionnaire permet un dépistage afin de mieux cibler et personnaliser l'information.

2. Donner des explications claires sur la maladie et le traitement

Une meilleure information du patient doit aborder de manière systématique les mécanismes de fonctionnement des traitements, les modalités précises d'application : les zones à traiter et la dose à appliquer (faire une démonstration de soins pratique avec le patient permet de dédramatiser l'application des dermocorticoïdes), les modalités d'arrêt et de reprise. Il s'agit d'apporter au patient des compétences d'auto-évaluation et d'adaptation de son traitement au quotidien. Un plan d'action personna-

lisé auquel le patient pourra se référer chez lui, à l'image de ceux utilisés dans l'asthme, est utile. La question des effets indésirables doit également être abordée. Cette information doit être claire, accessible au patient et partir des connaissances du patient en les modifiant par des connaissances nouvelles.

Concernant les effets secondaires des dermocorticoïdes : en l'absence de mésusage, les effets secondaires sont rares. Ces effets sont essentiellement cutanés (télangiectasies, atrophie cutanée, hyperpilosité). Il faut néanmoins être prudent concernant l'utilisation prolongée sur le visage (acné et rosacée cortico-induites, dermite péri-orale) et chez l'adolescent (risque de vergetures en cas d'utilisation prolongée sur l'abdomen, la racine des cuisses). Les troubles pigmentaires sont dus à la dermatose elle-même le plus souvent et non aux dermocorticoïdes. Dans la dermatite atopique et

1. Les CC passent dans le sang :			
☐ Pas du tout d'accord	☐ Pas vraiment d'accord	☐ Presque d'accord	☐ Tout à fait d'accord
2. Les CC favorisent les infections :			
☐ Pas du tout d'accord	☐ Pas vraiment d'accord	☐ Presque d'accord	☐ Tout à fait d'accord
3. Les CC font grossir :			
☐ Pas du tout d'accord	☐ Pas vraiment d'accord	☐ Presque d'accord	☐ Tout à fait d'accord
4. Les CC abîment la peau :			
☐ Pas du tout d'accord	☐ Pas vraiment d'accord	☐ Presque d'accord	☐ Tout à fait d'accord
5. Les CC ont des effets sur ma santé future :			
☐ Pas du tout d'accord	☐ Pas vraiment d'accord	☐ Presque d'accord	☐ Tout à fait d'accord
6. Les CC favorisent l'asthme :			
☐ Pas du tout d'accord	☐ Pas vraiment d'accord	☐ Presque d'accord	☐ Tout à fait d'accord
7. Je n'en connais pas les effets secondaires mais j'ai peur des CC :			
☐ Pas du tout d'accord	☐ Pas vraiment d'accord	☐ Presque d'accord	☐ Tout à fait d'accord
8. J'ai peur d'utiliser une dose de crème trop importante :			
☐ Jamais	☐ Parfois	☐ Souvent	☐ Toujours
9. J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine comme les paupières :			
☐ Très rarement, jamais	☐ Parfois	☐ Souvent	☐ Toujours
10. Je me traite le plus tard possible :			
☐ Jamais	☐ Parfois	☐ Souvent	☐ Toujours
11. Je me traite le moins longtemps possible :			
☐ Jamais	☐ Parfois	☐ Souvent	☐ Toujours
12. J'ai besoin d'être rassuré vis-à-vis du traitement par CC :			
☐ Jamais	☐ Parfois	☐ Souvent	☐ Toujours

Tableau II : Score TOPICOP. CC : corticoïdes.

Revue générale

POINTS FORTS

- La corticophobie est un phénomène fréquent.
- La corticophobie a pour principale origine le manque de clarté de l'information délivrée et la divergence de discours entre les soignants.
- Il est important de la rechercher en consultation, de laisser le patient s'exprimer sur ses craintes et croyances et de délivrer une information claire sur le traitement.

le psoriasis, les effets secondaires systémiques des dermocorticoïdes restent exceptionnels [15].

3. Proposer un contrat thérapeutique, s'y tenir et être efficace

L'efficacité du traitement d'attaque conditionne la confiance du patient envers le soignant et contribue à réduire la corticophobie. Il s'agit d'une étape essentielle à partir de laquelle se construit la relation médecin-malade au cours du traitement d'entretien. Le médecin et le malade doivent choisir ensemble des objectifs et des délais pour les atteindre (exemple : "*Le traitement d'attaque va durer 10 jours, notre objectif est de diminuer l'intensité de votre maladie aux ¾, puis notre objectif sera de maintenir ce résultat pendant les 3 mois à venir...*"). Le patient doit également être informé des options possibles si les objectifs fixés ne sont pas atteints. Le suivi doit être planifié. La consultation de suivi ne doit pas être espacée de plus d'un mois par rapport à la première consultation. L'adhésion thérapeutique chute rapidement après ce délai.

4. Encourager et réassurer le patient

La qualité de la relation médecin-malade est essentielle à l'adhésion au traitement [11]. Par ailleurs, les patients ressentent un besoin de réassurance. Il est important que le soignant mette en avant des bénéfices perçus, aidant ainsi

le patient à dédramatiser. Le soignant doit aider son patient à garder une attitude positive en l'encourageant et en le rassurant [7].

5. S'interroger sur sa propre corticophobie

Les médecins sont souvent corticophobes "sans le savoir". Les discours sont parfois parasités (exemples : "*Malheureusement, on est obligé d'utiliser les corticoïdes, n'en mettez pas trop, faites attention, lavez-vous les mains...*"). Ce discours renforce la corticophobie des patients.

Conclusion

La corticophobie des patients, et surtout des parents, est un phénomène fréquent qu'il faut connaître et rechercher. Prendre le temps d'aborder ce sujet en consultation permet d'éviter de nombreux échecs thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. TUFT L. "Steroid-phobia" in asthma management. *Ann Allergy*, 1979;42:152-159.
2. DAVID TJ. Steroid scare. *Arch Dis Child*, 1987;62:876-878.
3. PATTERSON R, WALKER CL, GREENBERGER PA et al. Prednisonephobia. *Allergy Proc*, 1989;10:423-428.
4. FISCHER G. Compliance problems in paediatric atopic eczema. *Australas J Dermatol*, 1996;37 Suppl 1:S10-13.

5. CHARMAN CR, MORRIS AD, WILLIAMS HC. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *Br J Dermatol*, 2000;142:931-936.
6. HON KL, KAM WY, LEUNG TF et al. Steroid fears in children with eczema. *Acta Paediatr*, 2006;95:1451-1455.
7. AUBERT H, BERNIER C, DEBONS M et al. [Atopic dermatitis of the child]. *Rev Prat*, 2013;63:1271-1281.
8. BROWN KK, REHMUS WE, KIMBALL AB. Determining the relative importance of patient motivations for nonadherence to topical corticosteroid therapy in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 2006;55:607-613.
9. BEATTIE PE, LEWIS-JONES MS. Parental knowledge of topical therapies in the treatment of childhood atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol*, 2003;28:549-553.
10. LONG CC, FINLAY AY. The finger-tip unit--a new practical measure. *Clin Exp Dermatol*, 1991;16:444-447.
11. OHYA Y, WILLIAMS H, STEPTOE A et al. Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *J Invest Dermatol*, 2001;117:852-857.
12. THOMAS KS, ARMSTRONG S, AVERY A et al. Randomised controlled trial of short bursts of a potent topical corticosteroid versus prolonged use of a mild preparation for children with mild or moderate atopic eczema. *BMJ*, 2002;324:768.
13. VAN DER MEER JB, GLAZENBURG EJ, MULDER PG et al. The management of moderate to severe atopic dermatitis in adults with topical fluticasone propionate. The Netherlands Adult Atopic Dermatitis Study Group. *Br J Dermatol*, 1999;140:1114-1121.
14. FUKAYA M. Why do patients with atopic dermatitis refuse to apply topical corticosteroids? *Dermatology*, 2000;201:242-245.
15. BEWLEY A, Dermatology Working Group. Expert consensus: time for a change in the way we advise our patients to use topical corticosteroids. *Br J Dermatol*, 2008;158:917-920.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.