

## I Revues générales

# Patients “corticophobes” : quelles réponses rationnelles peuvent donner les dermatologues ?

**RÉSUMÉ :** Expliquer ne suffit pas : il faut pouvoir déconstruire des schémas anciens pour pouvoir en accepter de nouveaux. Il faut s’aimer un peu pour avoir envie de se faire du bien. L’alliance thérapeutique est une rencontre entre l’émotionnel et le rationnel. La corticophobie est l’un des obstacles à cette rencontre. La meilleure réponse est l’attitude éducationnelle, à promouvoir en consultation individuelle et à ne pas réserver uniquement aux programmes hospitaliers.



**M. BOURREL-BOUTTAZ**  
Cabinet de Dermatologie, CHAMBÉRY.

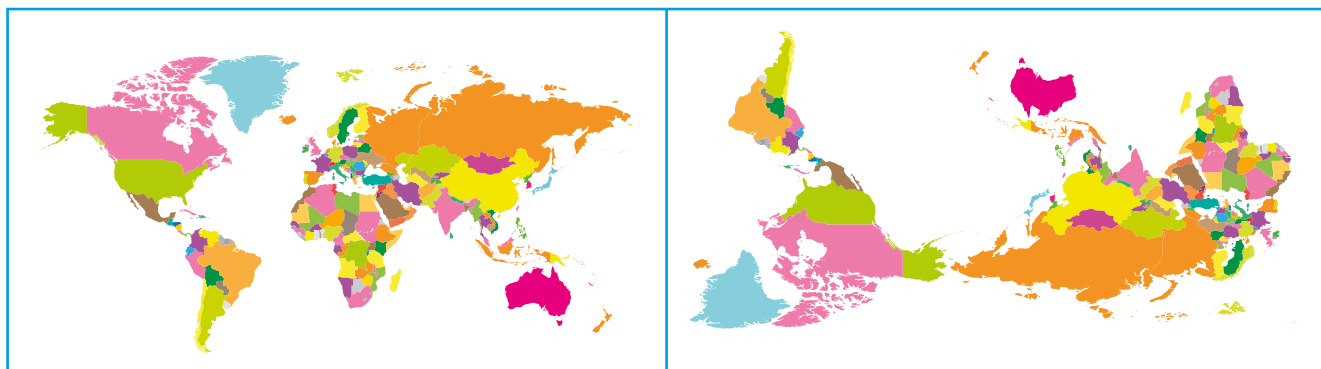
**A**border la corticophobie sans l’intégrer dans les autres raisons de la non-adhésion est un risque d’échec global [1]. L’éducation thérapeutique a bien montré qu’aborder le patient dans la globalité de ses difficultés face à la maladie permettait de renouer plus facilement la confiance vis-à-vis du dermocorticoïde lui-même.

Quelles différences entre une carte du monde vue par un Français et celle vue par un Australien ? Chacun place son pays au centre de la carte (*fig. 1*) ! Ce petit jeu permet facilement de comprendre que nous sommes tous au centre de notre monde

et que chacun d’entre nous a un monde différent de celui du voisin. Il en est ainsi pour parler de la corticophobie. Il faut aller à la rencontre du patient dans son monde, car affirmer un discours scientifique sans tenir compte des “savoirs et du monde” du patient ne sera pas efficace.

### ■ Plusieurs principes de base

Il existe trois grands principes :  
– le soignant ne doit pas être corticophobe lui-même ;  
– le patient a toujours raison même quand il a tort car ce sont ses raisons ;



**Fig. 1 :** Le monde vue par un Français... et par un Australien !

**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



Fig. 2: La peau atopique est "trouée" comme une passoire.

● **Le manque de connaissances**

- il ne connaît pas sa maladie;
- il n'a pas compris la logique du traitement;
- il ne connaît pas les trois critères qui définissent une crise;
- il ne connaît pas les dangers de ne pas traiter;
- il confond chronique et incurable.

● **Il a des préjugés :**

- c'est dans la tête;
- ce n'est pas une maladie;
- il doit bien y avoir une cause;
- c'est allergique;
- ça ne sert à rien de traiter, ça revient tout le temps;
- le traitement est plus dangereux que la maladie;
- c'est le mal qui doit sortir.

● **Il n'est pas motivé**

- effondrement de l'estime de soi;

Tableau I: TOPICOP pour tester la corticophobie [3]. CC: corticoïdes.

- le refus du patient d'employer la cortisone dépasse largement la peur de la molécule elle-même.

d'un dermocorticoïde pour vous-même. La corticophobie est franche au-dessus de 16.

>>> **Principe 1**

Pour comprendre la corticophobie du soignant [2], testez-vous sur le TOPICOP (tableau I) comme si vous aviez besoin

>>> **Principes 2 et 3 :** Les raisons du patient concernant le refus des soins. Trois grands chapitres sont concernés :

- le patient manque de connaissances;
- le patient a des préjugés;
- le patient manque de motivation.



Fig. 3: Modélisation de la peau atopique en mode BD et en schéma. Dessin de Eric Van Wetter.

## I Revues générales

### Questionnaire d'attitude éducationnelle

- |  |   |
|--|---|
| 1. Avez-vous demandé au patient s'il connaît les 3 types d'eczéma ?                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Avez-vous demandé au patient l'origine de sa dermatite atopique (DA) ?                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Avez-vous demandé au patient s'il sait comment fonctionne sa peau dans la DA ?            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Avez-vous demandé au patient de quoi il a peur avec les dermocorticoïdes ?                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Avez-vous demandé d'où viennent les idées qu'il a sur la maladie et le traitement ?       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Avez-vous des outils pour expliquer au patient comment fonctionne sa peau ?               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Avez-vous fait le geste d'appliquer l'émollient ou le dermocorticoïde devant le patient ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Avez-vous demandé au patient de faire le geste devant vous ?                              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Avez-vous cherché si des obstacles dans la famille s'opposent à la prise en charge ?      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 10. Avez-vous demandé au patient si se faire prendre en photo lui pose problème ?            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

#### Voici les réponses :

**Question 1 :** expliquer la différence entre l'eczéma allergique, l'eczéma atopique et l'eczéma irritatif.

**Question 2 :** elle est épigénétique, interaction de l'environnement sur le codage des gènes [5].

**Question 3 :** elle est poreuse, par défaut de fabrication du ciment interkératinocytaire (**fig. 2**).

**Question 4 :** demander au patient d'énoncer les peurs et reproches entendus ou son vécu sur le dermocorticoïde (DC) [6].

**Question 5 :** cela permet de voir le circuit qu'a fait le patient (magnétiseur, homéopathe, acupuncteur, naturopathe) et de lui demander ce qu'il en a retiré.

**Question 6 :** en visuel: faire un dessin de la peau poreuse en mode bande dessinée (**fig. 3**, outil utilisé en éducation thérapeutique à Lyon Sud); en kinesthésique: jetez votre crayon sur le bureau (la peau est intacte) puis jetez-le par terre (la peau est trouée) et demandez au patient de ramasser votre crayon (le patient joue le rôle du système immunitaire).

**Questions 7 et 8 :** demander d'abord au patient de faire le geste puis faites-le vous-même. Jouez à la coccinelle (des petits tas d'émollient) ou au zèbre (grande trainée d'émollient) pour étaler l'émollient avec un enfant.

**Question 9 :** il peut être intéressant de savoir si un membre de la famille s'oppose au traitement et, dans ce cas, de lui proposer de venir aussi en consultation pour en parler ensemble.

**Question 10 :** la DA peut impacter l'estime de soi de l'enfant ou de l'adulte. Se laisser prendre en photo ou non est révélateur de ce type d'impact [7, 8].

**Tableau II :** Questionnaire d'attitude éducationnelle.

– perte de confiance dans les soignants, les soins;  
– perte de confiance en lui.

Il faut s'aimer un peu pour prendre soin de soi !

Aller à la rencontre du patient, c'est d'abord le laisser s'exprimer, mais souvent le discours se limite à : "Ça gratte et le docteur Untel m'a donné de la cortisone, ça ne sert à rien !" En réalité, le patient en "sait" beaucoup plus, mais il ne le sait pas. Voici donc quelques questions de base pour l'aider à parler.

Ce questionnaire faisait office de pré-quiz à l'atelier sur l'attitude éducationnelle dans la DA présenté aux JDP 2019 (**tableau II**) [4].

### Définir un objectif dans la vraie vie

Une fois la rencontre effectuée avec le patient au travers de toutes ces questions, une fois l'alliance thérapeutique rétablie, avant d'écrire l'ordonnance, il faut définir un objectif, un critère qui appartient à la vraie vie du patient et qui

servira d'ores et déjà de motivation et d'évaluation [9] : *Qu'est qui te ferait plaisir : rejouer au foot, retourner à la piscine, dormir sans te gratter ?* ; *Comment se passe votre sexualité ?* ; *Comment ça se passe pour mettre vos bagues ?* ... C'est au patient de se projeter dans son principe de plaisir.

### L'ordonnance : aborder la corticophobie

À ce moment-là seulement peut arriver la phase de négociation sur la place du dermocorticoïde et l'éventuelle corticophobie du patient : c'est la réponse à la question 4 (**tableau II**).

Vous avez déjà écrit les réponses du patient, c'est le moment d'argumenter en essayant le plus souvent possible de créditer les dires du patient. Par exemple :

– *la cortisone donne des vergetures* : oui, vous avez raison, quand on en met trop ;

– *la cortisone fait grossir* : oui, vous avez raison, quand on la prend en comprimés ;

– *la cortisone ne traite rien, ça revient tout le temps* : oui, vous avez raison, elle ne traite que l'inflammation mais ne dit rien du facteur déclenchant de l'inflammation, c'est au médecin et au patient de réfléchir ensemble pour trouver le facteur déclenchant ;

– *la cortisone passe dans le sang* : oui, sur une peau normale, mais pas sur une peau inflammatoire. L'inflammation détruit la molécule de la cortisone tandis que la cortisone éteint l'inflammation, ce sont deux systèmes qui se neutralisent, mais tout dépend de la dose ;

– *la cortisone abîme la peau* : oui, vous avez dû voir des photos épouvantables sur internet, ce sont des malades très différents de vous. Il s'agit de la pemphigoïde bulleuse, une maladie parfois mortelle, donc effectivement 4 tubes de cortisone par jour pendant des semaines abîment la peau mais ils sauvent la vie de ces patients ;

– *on peut devenir dépendant* : oui, sur une peau normale, les femmes africaines se servent du dermocorticoïde pour

décolorer leur peau et c'est sur elles que la plupart des effets négatifs sont décrits. Sur le visage, il s'agit de rosacée. C'est un mésusage du médicament [10].

Quand tous les arguments seront partagés et expliqués, terminez par le site de l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD) qui reconnaît la cortisone comme un dopant quand elle est administrée par voie orale et injectable, mais pas en local sur une prescription justifiée par une maladie inflammatoire bien sûr [11].

**L'ordonnance : une écriture partagée**

Concernant le dermocorticoïde, plusieurs notions doivent apparaître sur l'ordonnance :

**>>> La dose**

*“Pas assez, vous ne serez pas efficace, trop vous ne serez pas plus efficace mais vous risquez les effets secondaires. Donc : quelle est la bonne dose ?”*

Réponse : l'unité phalange [12]. Faites le geste vous-même (fig. 4).

- Demandez alors au patient de :
- compter lui-même sur sa peau le nombre de paumes de mains qu'il doit traiter ;
  - diviser par 2 pour avoir le nombre d'unités phalanges à appliquer par jour ;
  - compter ensuite le nombre de tubes nécessaires sachant qu'un tube de 30 g contient 60 unités phalanges.

Inscrivez alors la posologie du **dermocorticoïde en unité phalange** sur l'ordonnance. Ajoutez la mention “à renouveler pour plusieurs mois”, ce qui permettra ainsi au patient de faire du stock chez lui et de pouvoir traiter au plus vite quand la crise reprendra.

Mais encore faut-il savoir identifier une crise...

**>>> Les critères de la crise (tableau III)**

Voilà une raison très fréquente d'un retard de l'application du dermocorticoïde et d'un arrêt trop rapide : ne pas savoir identifier “la crise”. Très souvent, le patient définit la crise quand c'est pire qu'avant et qu'il ne peut plus rien faire.

**Une crise : c'est quand c'est rouge, ou quand ça gratte, ou quand c'est rugueux.** Inscrivez-le sur l'ordonnance, cela permet aussi de lutter contre la corticophobie des pharmaciens. Le patient arrête quand les trois critères ont disparu. L'eczéma est un incendie, c'est plus facile d'éteindre un mégot qui fume qu'une forêt qui brûle.

Critères de la crise	Le patient	Le médecin
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Quand c'est invivable</li> <li>● Quand je ne dors plus</li> <li>● Quand il y a du sang dans le lit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Quand c'est rouge</li> <li>● Quand ça gratte</li> <li>● Quand c'est rugueux</li> </ul>

Tableau III.

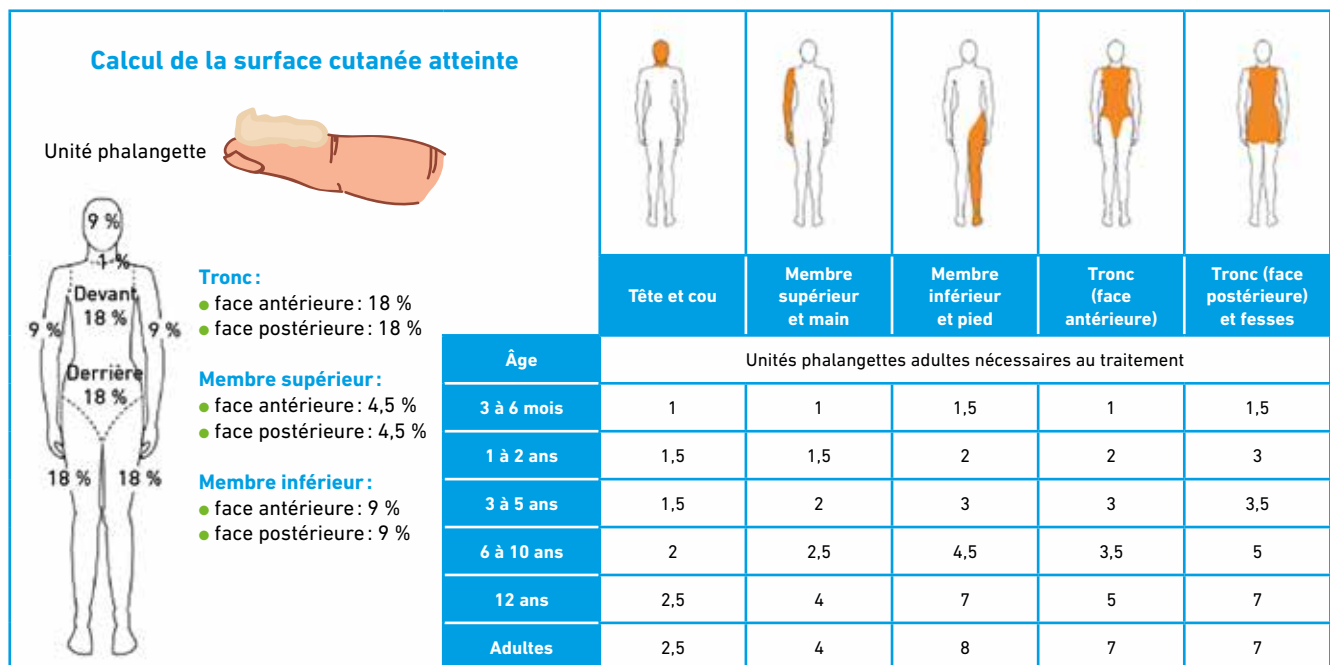


Fig. 4 : L'unité phalange : la dernière phalange de l'index pour la surface de deux paumes de main (DC goulot large).

## I Revues générales

### >>> Les zones oubliées

Les grandes oubliées sont la zone génitale et les paupières. Il convient de les traiter avec un dermocorticoïde adapté à l'épaisseur de la peau. C'est l'occasion d'expliquer les différentes classes de puissance du dermocorticoïde.

### >>> La durée

La durée du traitement s'entend jusqu'à extinction des trois critères de la crise. Mais cela sous-entend aussi que :

- le patient part avec un rendez-vous de contrôle car il n'est pas question de le laisser avec trois tubes de DC par jour pendant 1 an ;
- toute ordonnance inscrivant une limite dans le temps est vouée à l'échec : une plaque lichénifiée par le frottement mettra beaucoup plus de temps à disparaître que celle due à des erreurs d'hygiène ;
- la meilleure sécurité du patient, c'est la disponibilité du dermatologue.

### >>> Le soleil

Beaucoup pensent (surtout les pharmaciens) que l'exposition solaire est interdite en cas d'utilisation de DC. De nombreux patients préfèrent alors arrêter le DC plutôt que de se priver de soleil. D'où des poussées importantes sous l'effet de la sueur et la conviction que le DC les empêche de vivre.

Pour les rassurer, évoquez le fait :

- que les ultraviolets sont un traitement "naturel" de la peau inflammatoire, qu'ils ont raison d'aller au soleil, tout en respectant les règles habituelles de prudence ;
- qu'il s'agit chez les pharmaciens d'une double prudence : les UV sont

POINTS FORTS

**Cet article vous propose d'agir concrètement en 4 étapes :**

- Tester votre propre corticophobie.
- Aller à la recherche du "savoir" du patient.
- Expliquer de façon simple et imagée comment fonctionne la peau atopique.
- Montrer, par le geste réalisé sur votre doigt, quelle est la bonne dose du DC.

mauvais pour la peau, la cortisone c'est mauvais pour la peau, donc on évite l'association des deux, ce qui n'a aucun sens scientifique.

Faites alors apparaître sur l'ordonnance, la mention "*L'application du DC est possible au soleil*".

### >>> Les plaies et crevasses

Le patient a lu sur la notice du DC que celui-ci ne doit pas être appliqué sur une plaie. Il risque alors de ne pas en mettre sur les stries de grattage à vif et sur les crevasses car il va les interpréter comme étant des "plaies". À nous d'anticiper le problème de vocabulaire et de bien rassurer le patient en lui expliquant qu'il ne s'agit que de DA justifiant d'être traitée comme le reste.

### >>> L'âge

Il est commun d'entendre que le bébé et le nourrisson sont trop petits pour être traités. Faites apparaître sur l'ordonnance que le bébé **doit** être traité et non peut être traité.

Concernant l'émollient, les erreurs de manipulation alimentent beaucoup de réticences vis-à-vis du dermocorticoïde, le patient n'ayant pas compris l'intérêt complémentaire de l'un et de l'autre. L'émollient bouche les trous de la peau atopique, le DC traite l'inflammation.

**La dosimétrie de l'émollient doit donc aussi figurer sur l'ordonnance :** l'idéal est 30 g par jour, soit 900 g par mois ! Demandez combien de temps dure le flacon de baume de 400 mL. Il n'est pas rare que la réponse soit 3 mois, ce qui revient à être complètement inefficace. Il faut donc écrire : "**Le flacon de 400 mL doit être fini dans le mois, au minimum**" (pour un adulte).

Il est indispensable d'étaler l'émollient sur le corps entier (et donc aussi visage, paupière, zone génitale). Il faut ajouter par-dessus le DC sur les zones atteintes, selon la règle de l'unité phalange.

L'erreur la plus fréquente est l'absence de soins quand tout va bien, puis l'application d'un émollient en cas de crise d'eczéma, or tous les émollants piquent sur une peau inflammatoire, ce qui retarde d'autant l'application du dermocorticoïde car le patient va chercher un autre émollient. Faut-il d'abord mettre le DC puis l'émollient, ou l'inverse, ou l'un le matin et l'autre le soir ? Les avis divergent, laissez le patient choisir ce qui est le plus simple pour lui.

#### 5 outils proposés pour lutter contre la corticophobie

- TOPICOP pour tester sa propre corticophobie (*tableau I*)
- Questionnaire pour tester les savoirs du patient (*tableau II*)
- Une passoire pour visualiser l'anomalie de la barrière cutanée (*fig. 2*)
- Un dessin et un schéma pour faire comprendre la dynamique de la peau atopique (*fig. 3*)
- L'unité phalange pour rassurer sur la posologie nécessaire et suffisante (*fig. 4*)

## ■ Conclusion

Aborder la corticophobie de façon frontale par un discours scientifique, c'est prendre le risque de ne pas être entendu. Sous l'influence des réseaux sociaux est en train de naître une nouvelle citoyenneté qui remet en cause l'autorité de la compétence [13]. Il faut donc aller rencontrer le patient dans son "monde" tout en restant maître du discours et de la pédagogie employés.

## BIBLIOGRAPHIE

1. CONSOLI SG. Réflexions sur la non-observance. *Ann Dermatol Venereol*, 2012;139:S1-S32.
2. LAMBRECHTS L, GILISSEN L, MORREN MA. Topical Corticosteroid Phobia Among Healthcare Professionals Using the TOPICOP Score. *Acta Derm Venereol*, 2019;99:1004-1008.
3. BOURRELBOUTTAZ M, CHAVIGNY JM, VERDU V. Améliorer l'observance du patient par l'attitude éducationnelle: application à la dermatite atopique. Atelier JDP 2019.
4. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/epigenetique>
5. AUBERT H, BABAROT S. Non-adhésion et corticothérapie. *Ann Dermatol Venereol*, 2012;139:S7-S12.
6. LEE S, SHIN A. Association of atopic dermatitis with depressive symptoms and suicidal behaviors among adolescents in Korea: the 2013 Korean Youth Risk Behavior Survey. *BMC Psychiatry*, 2017.
7. DLQI disponible sur le site de la SFD: <https://www.sfdermato.org/pour-la-pratique/scores-et-echelles.html>
8. GOLAY A, LAGGER G, GIORDAN A. *Comment motiver le patient à changer?* Ed. Maloine, 2009.
9. HAJAR T, LESHEM YA, HANIFIN JM *et al.*; the National Eczema Association Task Force. A systematic review of topical corticosteroid withdrawal ("steroid addiction") in patients with atopic dermatitis and other dermatoses *J Am Acad Dermatol*, 2015;72:541-549.e2.
10. Agence nationale contre le dopage : <https://www.afld.fr/>
11. LONG CC, FINLAY AY. The finger-tip unit--a new practical measure. *Clin Exp Dermatol*, 1991;16:444-447.
12. STALDER JF, AUBERT H, ANTHOINE E *et al.* Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: International feasibility study of the TOPICOP score. *Allergy*, 2017;72:1713-1719.
13. MERKLÉ P. Sociologie des réseaux sociaux. Éd? La Découverte (coll. Repères), 2016.

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