

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Adrien DOSTAL

le 16 juin 2020

**ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE
ATOPIQUE DE L'ENFANT PAR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES DE L'EX-RÉGION MIDI PYRÉNÉES**

Directrice de thèse : Dr Leila LATROUS

JURY :

- | | |
|---|-----------|
| - Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ | PRÉSIDENT |
| - Madame la Professeure Motoko DELAHAYE | ASSESEUR |
| - Monsieur le Docteur Michel BISMUTH | ASSESEUR |
| - Madame le Docteur Leila LATROUS | ASSESEUR |

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Adrien DOSTAL

le 16 juin 2020

**ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE
ATOPIQUE DE L'ENFANT PAR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES DE L'EX-RÉGION MIDI PYRÉNÉES**

Directrice de thèse : Dr Leila LATROUS

JURY :

- | | |
|---|-----------|
| - Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ | PRÉSIDENT |
| - Madame la Professeure Motoko DELAHAYE | ASSESEUR |
| - Monsieur le Docteur Michel BISMUTH | ASSESEUR |
| - Madame le Docteur Leila LATROUS | ASSESEUR |



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allée Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOLIC David (C3)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jeremy	Neurologie
M. ATIAL NABIL (C3)	Physiologie
M. AVOU-LUBEAU Hervé	Physiologie, Anatomie
Mlle BRYNE-MAUZY Dora	Médecine Interne
M. BERNER Philippe	Physiologie
M. BLANCHARD Aurélien	Immunologie, Cyto-biologie
M. BORSAVY Jean-Pierre (C3)	Oncologie, Pédiatrie
M. BRASSAT David	Physiologie
M. BUDJICHI Laurent	Oncologie, Biologie Cellulaire, Biochimie
M. BUDJICHI Pierre (C3)	Anatomie, Pathologie
M. BURSAU Christophe	Hypertension, Médecine
M. CALVAS Patrick (C3)	Généraliste
M. CANTONNI Nicolas	Oncologie, Génétique
M. CARRIC Odile (C3)	Cardiologie
M. CHAM Pierre	Tuberculose
Mlle CHARPENTIER Gaëlle	Médecine d'urgence
M. CHAUSSA Dominique	Neurologie
M. CHOLLET François (C3)	Neurologie
M. DAHAN Michel (C3)	Oncologie, Génétique et Cellulaire
M. DE BOSSACON Xavier	Médecine, Physique et Radiologie, Pédiatrie
M. DUGRE Olivier (C3)	Oncologie, Neurologie
M. DUBOIS Jean-Benoît	Cardiologie
M. FERRE-ROUSSEAU (C3)	Spécialité, Génétique
M. FOURCADE Pascal	Anatomie, Pathologie
M. FOURNIER Yves	Ophtalmologie
M. GARD Xavier	Urologie
M. GILCHRIST Thomas	Anatomie, Biologie et Médecine
M. GOSST Amélie (C3)	Neurologie, Pathologie
Mlle LAMM Laurentine (C3)	Anatomie, Pathologie
M. LANG Thierry (C3)	Biostatistique, Immunologie, Médecine
M. LANGEON Christophe (C3)	Pathologie
M. LAURENT Dominique (C3)	Médecine Interne
M. LAURENS Frédéric	Oncologie, Médecine Interne
M. LEBLANC Olivier (C3)	Cardiologie
M. MALAVALD Bertrand	Urologie
M. MARET Pierre	Oncologie, Diabète
M. MARSOU Jean-Benoît	Médecine Interne
M. MAZOUZ Julien	Physiologie
M. MOUNIER Laurent	Ophtalmologie, Oculophtalmologie
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C3)	Neurologie
Mlle MOYAL Elizabeth	Cardiologie
Mlle MOURAHIM Fatima (C3)	Pathologie
M. OUBALDIE (C3)	Médecine Interne, Pathologie
M. PAVANT Olivier	Cardiologie, Génétique
M. PAVONIC Anthony	Neurologie
M. PERRAUD Jean (C3)	Sci. de l'Homme, In de la Santé
M. PAUL Géo	Dermatologie
M. PAYSUX Pierre	Neurologie
M. PERRASTRE Maxime (C3)	Physiologie
M. PERON Jean-Marie	Hypertension, Médecine
M. PERREY Germain (C3)	Généraliste
M. RASCOL Olivier (C3)	Neurologie
M. RICHIER Christophe (C3)	Neurologie
M. RIGOLI DE GAUZY ANNE	Oncologie, Génétique
M. SALLES Jean-Pierre (C3)	Pathologie
M. SARRS Nicolas	Neurologie
Mlle SELLERS Annie	Anatomie et Cytologie, Pathologie
M. SERRE Guy (C3)	Oncologie, Génétique
M. SIMON Mathieu (C3)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C3)	Hypertension, Médecine

Mlle BONJARD Sabine	Cardiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Oncologie, Endocrinologie et Neurologie
Mlle CAMBER Chloé	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neurologie
M. LARIZ David	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. LAROCHE Michel	Physiologie
M. LEBRON Bertrand	Oncologie, Toxicologie, Chimie
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Médecine Interne, Génétique, Pédiatrie
M. MARX Michel	Oncologie, Neurologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire
M. PORTER Guillaume	Oncologie, Génétique
M. PONDOLL Sébastien	Cardiologie
Mlle RUYSSSEN VITRANO Aurore	Physiologie
Mlle SAVIGNON Priscille	Biophysique et Biologie Nucléaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurologie
Mlle TREMOLLIERES Florence	Biologie du Développement
Mlle VEZIOS Dalphine	Dermatologie

P.U. Médecine générale

M. MESTRE Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. BERTHOUD, Yves

M. POTRAN, Jean-Christophe

Professeur Associé en Dermatologie-Ophtalmologie

Mlle MAJNARD Sabine

P.U. Médecine générale

M. GUSTRE Catherine (C3)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mlle RIGOLAHAYE Emmanuelle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACRIF Philippe	Pédiatrie
M. ACCOBBLED Pierre	Chirurgie Générale
M. AUBIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Généraliste
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BURN Louis (C.E)	Urologie Andrologie
Mme BURLE-RIVIERE Annick	Médecine Vasculaire
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépatologie Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Jean (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAVNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CHRISTAMIN Vincent	Neurologie
M. COURBON Frédéric	Stomatologie
Mme COURTADE SANDI Myriam	Hépatologie Gastrologie
M. DAMBRIN Caroline	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEZ Pierre	Médecine Médecines
M. DELORD Jean-Pierre	Chirurgie Générale
M. DEREMAKI (S.E)	Pneumologie
Mme DALEY SOUMAKER BARBARA (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Oncologie
M. GALMER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHEZ Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Entérologie
M. GRAND Nady (C.E)	Epidémiologie - Et. de Santé Publique
M. GROSJEAN RADOU Jean-Louis (C.E)	Chirurgie Générale
Mme GUYERAUD Romée	Chimie
Mme HANARD Hélène (C.E)	Dermatologie
M. HAYGHE Eric	Urologie
M. KAWAT Naam (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEWADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MAILLAGE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARCUS Philippe	Médecine Physique et Réhabilitation
M. WALRY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZDRESKI Juliette	Dermatologie
M. MIVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYWALD Jean-François (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RIZI Fabrice (C.E)	Néonologie
M. ROLLAND Yann (C.E)	Généraliste
M. ROLLET David (C.E)	Médecine Interne
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Patrick-Dominique	Neurochirurgie
M. SALLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHIFFY Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SEMARD Jean-Michel (C.E)	Pathologie
M. SERRANO Eric (C.E)	Oncologie Gynécologique
M. SERLAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULE Michel (C.E)	Urologie
M. SUD Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Dominique	Anatomie Pathologique
M. YAYSSERE Christophe	Gynécologie Gynécologie
M. VILLAS Renaud (C.E)	Généraliste

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STUMMUCKES Jean

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AUSSEL Jerome	Généraliste et chirurgie médicale
M. BERRY Gérard	Neurologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Séverine	Urologie-entérologie
M. CHARLET David	Chirurgie générale et des Urges
Mme DALENC Florence	Chirurgie
M. DECHAMBER Stephane	Pédiatrie
M. FAGEOT Stéphanie	Neurologie
Mme FANCHER-SUPELLO Marie	Neurologie et Neurologie Infantile
M. FRANCHETTO Myriam	Arthrologie
Mme GARDETTE Virginie	Endocrinologie
M. GARRIDO-STOVIHAS Jean-Louis	Chirurgie Pédiatrique
Mme LAPIRE Arny	Radiobiologie
Mme LAURENT Corinne	Anatomie Pathologique
M. LE CHENEZ Denis	Chirurgie
M. LEANDRI Roger	Stomatologie (dent., ortho., maxillo-faciale)
M. LEBLANCHET Bertrand	Chirurgie Générale et Gastro-entérologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MESSIERER Fabrice	Chirurgie Générale
M. RENA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SELLIA-SPOURTES Damien	Neurologie
M. SOLLET Vincent	Neurologie
Mme SOMMET Agathe	Neurologie
Mme SOTO-MARTIN Maria Eugenia	Généraliste et Médecine des Femmes
M. TACK Jean	Physiologie
M. VERRET Guillaume	Chirurgie Orthopédique
M. YSEBAERT Jean	Neurologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUJE BOUAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Renaud

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ARSO Olivier	Chirurgie générale
M. AROL Paul-Marie	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Endocrinologie
Mme BERTOU Sarah	Hématologie, Anesthésie
M. BETH Eric	Généraliste
Mme CASPAR BAUGUI Sylvie	Médecin
Mme CASSAGNE Myrtil	Dermatologie
Mme CASSANI Sophie	Parasitologie
M. CHAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHYRALAT Gaëlle	Néphrologie
M. COMY Nicolas	Immunologie
Mme COLIRON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GUGIENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie, Mycologie, Hygiène
Mme FILLALX Judith	Parasitologie
M. GAUDET Pierre	Endocrinologie
Mme GENERO Isabelle	Bactériologie
Mme GENOUX Anne-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMEL Sébastien	Bactériologie
Mme HIZO Anne	Bactériologie
M. IRWAT Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Noémie	Biologie cellulaire
M. JERIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPYRE MESTRE Myrtil	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. L'HOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Médecin
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NGUGUIRA M.L.	Médecine Oculaire
Mme PERROT Anne	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUSSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Sébastien	Bactériologie, Mycologie, Hygiène
Mme SARGURDY Roxane	Bactériologie
Mme SAUVE Karim	Bactériologie, Mycologie
M. TAFANI Jean-André	Bactériologie
M. TREMPER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUCI Sébastien	Bactériologie
Mme VAYSSÉ Charlotte	Cardiologie
M. VIDA Fabien	Dermatologie, allergologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme OLROUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme PREYENS Anne
M. CHOULLA Bruno
Mme PUECH Marie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
135, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEI Florence	Bactériologie, Mycologie, Hygiène
Mme BASSET Odile	Chirurgie et Obstétrique
Mme CAMBAC Cyrille	Bactériologie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASPERO Anne-Laure	Bactériologie
Mme CARPAGNA Lucie	Phobie
Mme CASSE Emmanuel	Suppléant
M. CHISSANG Nicolas	Immunologie
M. CLAVEL Cyril	Bactériologie
Mme COLOMBAT Marie	Analyses et Chimie pathologiques
Mme CORRE JB	Hématologie
M. DE BONNECANT Guillaume	Anatome
M. DECOULT Fabrice	Médecine légale
M. DEBOIS Yannick	Pharmacologie
M. DELPLA Pierre-Alexandre	Médecine légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDUARDO Thomas	Phobie
Mme ESCOFFIER Yolande	Médecine de l'enfant
Mme EVRARD Sabine	Hématologie, microbiologie, virologie
Mme FLECHER Fabrice	Bactériologie, Mycologie
Mme GUISIER Anne	Médecin
Mme GALLINI Aline	Endocrinologie
M. GARD David	Dermatologie
M. GATHEL Nicolas	Médecine de l'environnement
Mme GIBRE Marion	Bactériologie, Mycologie, Hygiène
M. GILBERT Nicolas	Pharmacologie
Mme GILBEAU-FRUGER Céline	Anatome, Pathologie
M. GUILLEMMALT Laurent	Pharmacologie
Mme GUYONNET Sophie	Médecin
M. HERN Fabrice	Médecine et santé publique
Mme HIGUENEAU Céline	Bactériologie
M. LEPAGE Remi	Bactériologie et Parasitologie (M.D.S.M.)
Mme MAURAS SCHWALM Florence	Bactériologie
M. MOUSSE Guillaume	Médecine générale
Mme NAVEY Nadine	Hématologie
Mme QUEVEN Isabelle	Bactériologie et médecine légale
M. REYNAUD Jacques	Exploration et Chimie (Général)
M. RODRIGUES Marie	Anatome, Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marie	Dermatologie
M. VERDET François	Hématologie
M. VITON Fabrice	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BRUUTH Marie

M.C.A. Médecine Générale

M. BUREDMY Julien
Mme BOURGEOIS Océane
Mme BOURGEOIS Noémie
Mme LATROUS Laura

REMERCIEMENTS

À notre président du jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de trouver dans ce travail, le témoignage de mon plus grand respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et d'évaluer ce travail.

Madame le Docteur Motoko DELAHAYE,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et d'évaluer ce travail.

Madame le Docteur Leila LATROUS,

Je te remercie de m'avoir fait confiance pour ce travail et de m'avoir aidé à l'élaborer au mieux. Merci pour tes nombreux conseils et pour m'avoir guidé jusqu'au bout.

À ma famille,

À toi Moun et à toi Stan, je vous dédie cette thèse pour vous remercier de votre soutien, de votre présence et de vos encouragements au cours de ce long parcours d'études médicales. Mais aussi pour tous ces moments précieux passés à vos côtés et tout le bonheur que vous m'apportez. J'ai conscience que ça n' a pas toujours été facile, mais vous êtes et resterez toujours dans mon cœur.

À mon père et ma famille, vous qui êtes loin mais que je n'oublie pas.

À mes amis, ma deuxième famille,

À mon crew : Milord, Hiougz, Matix, Lambix, Renzor, Julox, Codet, Redman, Trouille, Vinet, Doc, Wilou et Bébé : vous étiez là depuis le début et vous serez toujours là. La distance nous sépare mais nos retrouvailles sont toujours autant indispensables pour moi et riches en émotions. C'est tellement un plaisir de tous vous voir évoluer de façon si spéciale et singulière. J'espère qu'un jour j'aurais la chance d'être un médecin pour vos petites familles.

À ma famille toulousaine : Mich, Flo, Zacouille, Sebiche, Gueugueule, Salah, Dérick l'inspecteur, Jéré la

pantoufle, Guigui, Lapin, Jean-Batte, ptit Flo, Lolo, Aline et Alia, Oriane, Camo et Mel, Polo et Minette, Mini Seb. On a traversé pas mal d'épreuves ensemble, que ce soit à l'hôpital ou à la fac, en voyage à l'autre bout du monde ou dans des soirées toutes plus périlleuses les unes que les autres. Je vous remercie d'être à mes côtés, de me faire rire, de continuer à me faire découvrir des choses, vous êtes l'énergie dans ma vie. J'espère que nos chemins ne sont pas près de se séparer. Il y aurait tant de choses à dire mais je m'arrête là car je ne suis pas très doué pour les éloges et que l'encre coûte cher...

À la team des globe-trotteurs Math, Fredou et mon gros gégé la fripouille : Merci à toi p'tite tête pour nos moments géniaux en Amérique du sud, les descentes de pistes noires au ski, tes fêtes de villages en contrée landaise, les accidents avec ta voiture et toutes les autres instants à tes côtés (qui sont à chaque fois une aventure). Toi Gégé, je te remercie de ne pas avoir changé d'un poil (de barbe), d'être toujours aussi fun et exceptionnel. J'espère qu'un jour tu reviendras vivre dans le sud pas loin de moi. Fredou tu restes un modèle de « coolattitude », ta façon atypique de combattre les éléments et tes techniques de survie en territoires hostiles sont une source de réflexion et d'inspiration sans fin pour moi.

À toi Norman, mon sicilien préféré : pour tous les délires passés ensemble et toutes les maxi-chouffes écumées... Puisque tu ne m'as pas choisi, je te souhaite d'être heureux avec Manon et si possible dans le sud...

À Coomy et sa famille adorable : je vous remercie pour tous les moments de bonheur que vous m'avez apportés, j'espère ne jamais vous perdre complètement et vous souhaite d'être heureux car vous le méritez.

Et enfin à mon petit patator : merci d'être à mes côtés depuis plus de 2 ans et de continuer à illuminer mes journées, sans toi je n'aurais pas réussi toutes ses épreuves et la vie n'aurait pas cette saveur exquise.

Mais aussi à tous ceux que je n'ai pas cité ou que j'oublie : vous comptez plus pour moi que quelques mots sur une page blanche....

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	3
I) INTRODUCTION.....	4
1) DÉFINITIONS.....	4
A) Rappels des termes (Nouveau-né, Nourrisson)	
B) La dermatite atopique	
C) L'atopie	
D) La poussée	
2) ÉPIDÉMIOLOGIE.....	5
3) ÉTIO-PHYSIOPATHOLOGIE.....	6
A) Anomalie de la barrière épidermique	
B) Réaction immunologique excessive	
C) Sensibilisation IgE et allergènes	
D) Facteurs d'exposition et théorie hygiéniste	
E) Microbiome intestinal et cutané, rôle du Staphylocoque Doré	
F) Influence du stress	
4) ÉVOLUTION ET MARCHE ATOPIQUE.....	8
5) DIAGNOSTIC.....	9
A) Les critères de l'UK Working Party	
B) Score de gravité : le SCORAD	
C) Place des tests allergologiques	
6) COMPLICATIONS.....	10
A) Altération de la qualité de vie	
B) Complications infectieuses	
C) Eczéma de contact	
D) Retard de croissance	
E) Iatrogénie des dermocorticoïdes	
7) PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE.....	11
A) Traitement d'attaque : les dermocorticoïdes topiques (DCT)	
B) Traitement d'entretien : les émoullients et les mesures physiques	
C) Le rôle de l'éducation thérapeutique (ET) / Corticophobie	
D) Le Tacrolimus : inhibiteur topique de la Calcineurine	
E) Place des antihistaminiques-H1	
F) Médecines alternatives	
8) MESURES DE PRÉVENTION PRIMAIRE.....	15
A) Mesures validées	
B) Mesures non validées	
II) MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	17
1) OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	17
2) POPULATION CIBLE.....	17
3) LE QUESTIONNAIRE.....	17
4) DISTRIBUTION DU QUESTIONNAIRE.....	17
5) SAISIE DES DONNÉES ET ANALYSES STATISTIQUES.....	18
III) RÉSULTATS.....	19
1) DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	19
A) Caractéristiques générales	
B) Mode d'exercice des médecins généralistes	
C) Répartition démographique des médecins généralistes	
D) Activité pédiatrique des médecins généralistes	
E) Formation complémentaires des médecins généralistes	
2) RÉSULTATS EN RELATION AVEC L'OBJECTIF PRINCIPAL.....	21
A) Diagnostic	

A.1	Incidence de la DA dans les consultations des MG de notre étude	
A.2	Catégories d'âge majoritairement atteintes par la DA selon les MG	
A.3	Signes cliniques retenus par les MG de notre étude pour le diagnostic de DA	
A.4	Utilisation du score SCORAD par les MG de notre étude	
B)	Traitement de première intention chez l'enfant	
B.1	Traitement de première intention tout âge confondu	
B.2	Traitement de première intention selon l'âge de l'enfant	
B.3	Comparaisons statistiques des prescriptions de DCT selon l'âge de l'enfant	
C)	Modalités de la prescription de la corticothérapie locale	
C.1	Selon l'aspect clinique des lésions	
C.2	Classes de DCT prescrites sur le visage selon l'âge de l'enfant	
C.3	Classes de DCT prescrites sur le corps selon l'âge de l'enfant	
C.4	Durée de prescription des DCT	
C.5	Fréquence d'application de DCT	
C.6	Modalité d'interruption du traitement DCT	
D)	Place des antihistaminiques	
D.1	Prescription selon l'âge de l'enfant	
D.2	Déterminants de prescription des antihistaminiques	
E)	Éducation thérapeutique et mesures de prévention	
F)	Autres thérapeutiques utilisées par les MG dans la DA de l'enfant	
3)	RÉSULTATS EN RELATION AVEC L'OBJECTIF SECONDAIRE.....	29
A)	Avis des médecins concernant les dermocorticoïdes topiques	
B)	Corticophobie et craintes médicales des DCT	
4)	ÉTUDE STATISTIQUE MULTIVARIÉE.....	30
A)	Influence du genre des médecins sur la prescription des DCT chez l'enfant	
B)	Influence de l'ancienneté d'expérience des médecins sur la prescription des DCT chez l'enfant	
C)	Influence du genre des médecins sur les craintes à utiliser les DCT	
D)	Influence de l'ancienneté d'expérience des médecins sur les craintes à utiliser les DCT	
IV)	DISCUSSION.....	32
1)	PRÉVALENCE ET DIAGNOSTIC DE LA DERMATITE ATOPIQUE.....	32
2)	LE TRAITEMENT DE LA DERMATITE ATOPIQUE CHEZ L'ENFANT.....	33
A)	Amélioration de l'efficacité de la prescription des DCT par les MG	
B)	Les déterminants de prescription des DCT par les MG	
C)	Prescription de DCT sur les lésions impétiginisées	
D)	Une utilisation trop systématique des antihistaminiques chez l'enfant	
E)	Les médecins généralistes totalement investis dans l'éducation thérapeutique et la prévention	
F)	Le médecin généraliste face aux autres thérapeutiques	
G)	Corticophobie et défiance des médecins vis à vis des dermocorticoïdes	
3)	VALIDITÉ DE L'ÉTUDE.....	37
A)	Forces de l'étude	
B)	Faiblesses de l'étude	
C)	Perspectives d'amélioration des pratiques	
V)	CONCLUSION.....	39
VI)	BIBLIOGRAPHIE.....	40
VII)	ANNEXES.....	48
Annexe 1	: Questionnaire envoyé aux médecins généralistes	48
Annexe 2	: Lettre adressée aux médecins et accompagnant le questionnaire	52
Annexe 3	: Les scores de gravité SCORAD et PO-SCORAD.....	53
Annexe 4	: Questionnaire TOPICOP	54

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AA : allergie alimentaire

APLV : allergie aux protéines de lait de vache

DA : dermatite atopique

DCT : dermocorticoïdes topiques

ET : éducation thérapeutique

HA : hypo-allergénique

HSV : herpès simplex virus

IgE : immunoglobuline E

IV : intra-veineuse

LT : lymphocytes T

MG : médecin généraliste

NN: nouveau-né

NRS : nourrisson

OMS : organisation mondiale de la santé

PLV : protéines de lait de vache

QDV : qualité de vie

SARM : staphylocoque aureus résistant à la méthicilline

SC : surface corporelle

SCORAD : Scoring of Atopic Dermatitis (score de gravité)

SD : staphylocoque doré

TPO : test de provocation oral

I) INTRODUCTION :

La dermatite atopique (DA) est une pathologie fréquente et précoce de la petite enfance, associant une atteinte cutanée et un prurit constant responsable d'une altération franche de la qualité de vie de l'enfant et de sa famille.

Elle survient sur un terrain atopique et s'accompagne donc souvent d'autres manifestations allergiques (asthme, allergies alimentaires, rhinite saisonnière...) au cours de la marche atopique.

La conférence de consensus française inter-disciplinaire du 20 octobre 2004, puis l'élaboration des recommandations de la société européenne de Dermatologie en 2012 puis 2018 ont permis de préciser et d'homogénéiser les pratiques. (1) ; (2) ; (3)

Il semblait donc intéressant d'interroger nos confrères généralistes de l'ex-région Midi Pyrénées afin de réaliser un état des lieux de leurs pratiques dans la prise en charge de la DA de l'enfant (jusqu'à 6 ans).

L'objectif secondaire étant d'étudier les déterminants et les freins à la prescription des dermocorticoïdes topiques chez l'enfant.

1) DÉFINITIONS

A) Rappel des termes (définitions OMS) :

- Nouveau-né : enfant âgé de moins de 28 jours.
- Nourrisson : enfant âgé de 28 jours à 2 ans.

B) La Dermatite Atopique (DA) :

C'est une dermatose inflammatoire chronique et prurigineuse de l'enfant survenant sur un terrain atopique prédisposant. Elle est aussi appelé eczéma constitutionnel ou atopique.

C'est une pathologie globalement bénigne mais à risque de formes grave ou compliquée. Cependant, elle altère fortement la qualité de vie de l'enfant et de sa famille (à cause du caractère récurrent, du prurit, du préjudice esthétique et des coûts liés aux soins).

La DA correspond à l'étape initiale de la marche atopique.

C) L'atopie (définition OMS) :

C'est la prédisposition personnelle et/ou familiale d'origine génétique à développer des réactions immunologiques excessives vis à vis d'allergènes banals de l'environnement. Chez un sujet non atopique, la rencontre avec ces allergènes n'entraîne aucune réaction.

Au niveau moléculaire : elle se traduit par la production sérique excessive d'immunoglobulines E (IgE) spécifiques d'un allergène qui s'accumulent dans différents tissus de l'organisme entraînant des perturbations cliniques (DA, allergies alimentaires, asthme et

rhinoconjonctivite allergique).

Cette définition sous-entend la réalisation de tests allergologiques (recherche IgE spécifiques), qui n'est ni systématique ni indispensable au diagnostic de DA en pratique courante.

D'autant plus que cette réponse IgE médiée n'est pas retrouvée dans 30 à 70% des formes de DA de l'enfant (dites formes intrinsèques ou atopiformes), et qui n'entrent donc pas dans la définition stricte de l'atopie proposée par l'OMS. (4)

L'origine génétique de l'atopie a été mise en évidence grâce à des études sur les jumeaux : le phénotype atopique était plus fréquemment retrouvé chez les jumeaux monozygotes. (5) De même, chez 50 à 70% des patients atteints de DA, on retrouve également un parent du premier degré atteint.

D) Définition de poussée de DA :

On parle de poussée de DA car l'atteinte cutanée évolue en alternant des périodes d'exacerbation et de rémission.

Mais ce terme peut aussi faire référence aux différentes phases inflammatoires d'aggravation progressive de la lésion élémentaire : phase initiale érythémateuse ou érythémato-oedémateuse puis survient une phase vésiculeuse suivie d'une phase de suintement et d'une phase desquamative.

La lichénification peut se produire pour les formes chroniques mais est rare chez l'enfant.

Les poussées ont également une évolution spatiale variable au cours de la croissance de l'enfant :

- Avant 1 an : atteinte bilatérale et symétrique des convexités du visage (front, joues et menton avec nez épargné), convexité de l'abdomen et de la face externe des membres (siège très souvent épargné).
Mais l'atteinte peut être plus diffuse sur l'ensemble du corps avec atteinte des plis de flexion et du cuir chevelu (« croûtes de lait »).
- Après 1 an : atteinte préférentielle des plis de flexion (coudes, creux poplités, cou et fissures sous-auriculaires).
- Vers 3-4 ans : l'eczéma touche préférentiellement les plis, mais aussi les mains et le visage autour de la bouche et au niveau des paupières (signe de Dennie Morgan).
- Vers 5-6 ans : les grandes poussées d'eczéma auront disparu, mais l'enfant gardera le plus souvent une peau très sèche.

La définition de poussée est donc complexe, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) et les études récentes la définissent comme l'aggravation progressive des lésions cliniques au cours du temps nécessitant l'avis médical et le recours aux dermocorticoïdes. (6) ; (7)

2) ÉPIDÉMIOLOGIE :

La DA est la dermatose la plus fréquente de l'enfant, elle touche environ 12 à 15 % des enfants en France. (8)

Elle atteint tout type de peau : une étude récente rapporte que 17% des peaux noires et 15% des peaux hispaniques sont également atteintes de DA. (9)

Il s'agit aussi d'une pathologie de début précoce, dès les premiers mois de la vie (20 % des enfants de moins de 7 ans en sont atteints).

La prévalence de la DA a triplé en 30 ans dans les pays industrialisés du fait des modifications de l'environnement et de notre mode de vie, ainsi que l'amélioration des conditions d'hygiène. (10) ; (11)

3) ÉTIO-PHYSIOPATHOLOGIE :

La DA survient chez des individus atopiques génétiquement prédisposés, elle résulte d'interactions complexes entre une barrière épidermique dysfonctionnelle et de facteurs environnementaux ayant un impact négatif sur la barrière cutanée et sur le fonctionnement du système immunitaire. (12)

A) Anomalie de fonction de la barrière épidermique :

L'enfant porteur d'une DA présente une sécheresse cutanée excessive (xérose) qui rend sa peau très perméable et donc plus vulnérable aux agressions externes : (13)

- irritation mécanique par certains savons, détergents et le grattage,
- pénétration facilitée des aéro-allergènes de l'environnement,
- infections bactériennes et colonisation par le Staphylocoque Doré fréquentes.

La peau de l'enfant atopique subit une inflammation répétée voire chronique.

En cause principale, des mutations inactivatrices du gène de la filaggrine ont été mises en évidence chez 1/3 des patients atteints de DA. (14)

La présence de la mutation est un facteur de mauvais pronostic (eczéma de déclenchement précoce, sévère et persistant à l'âge adulte, multiplication par 3 du risque de développer une DA, par 1,5 un asthme en cas de DA et par 5 celui d'allergie à l'arachide). (15)

D'autres gènes semblent également impliqués (mutation SPINK5, anomalies des «tight junctions»...) soit directement sous l'effet de mutations, soit indirectement sous l'effet de facteurs épigénétiques liés à notre mode de vie (qui altèrent la transcription d'un gène non muté).

B) Réaction immunologique excessive : (16)

À cause de l'hyper-perméabilité cutanée : virus, bactéries et allergènes environnementaux stimulent de façon répétée le système immunitaire qui réagit en conséquence de façon excessive. Il y a production exagérée de médiateurs de l'inflammation (à prédominance de lymphocytes et éosinophiles) qui s'accumulent dans le derme et provoquent en retour des dommages kératinocytaires, aggravant la perméabilité cutanée sous la forme d'un cercle vicieux.

Les mécanismes précis sont complexes et encore mal élucidés mais il semble que des réactions d'hypersensibilité retardée (patch test positif et augmentation tissulaire des LT) et immédiate (prick test positif et augmentation des IgE spécifiques tissulaires) interviennent

isolément ou en association selon la forme et l'évolution de la DA (intrinsèque et extrinsèque).

C) Sensibilisation IgE et allergènes :

La réaction allergique n'est plus considérée comme l'élément déclencheur de la DA, c'est un phénomène d'apparition secondaire au cours de la croissance qui va permettre à différents allergènes d'exacerber les poussées chez un enfant préalablement sensibilisé.

Les allergènes les plus décrits dans la littérature sont les poils et salive d'animaux, acariens, pollens, certains aliments comme le lait de vache, œuf et arachide, les irritants comme le savon, les détergents, et les tissus rêches (rôle controversé), ainsi que la chaleur et la sueur... (17-19)

Cette sensibilisation allergique se traduit par la production d'IgE spécifiques de l'allergène, elle représente la transition entre les formes initiales de DA (intrinsèques ou atopiformes) vers les formes réellement atopiques selon la définition OMS (dites extrinsèques).

Elle marque un tournant dans la maladie : l'entrée dans la marche atopique et le risque de chronicité. (4)

D) Facteurs d'exposition et théorie hygiéniste :

Partant du constat que toutes les DA n'étaient pas atopiques et que la répartition des formes n'était pas homogène au sein même du pays, de nombreuses cohortes ont tenté de rechercher des facteurs environnementaux impliqués dans le déclenchement de la DA.

Elles mettent en évidence une association à une plus forte prévalence sans pour autant établir l'imputabilité directe. (20)

Facteurs associés à un risque plus faible de DA : (21-29)

- mode de vie rural : probablement par l'exposition précoce aux endotoxines bactériennes.
- mode de garde en crèche et la croissance parmi une grande fratrie.
- la vie à la ferme avec des animaux dont le chien surtout, et la consommation de lait non transformé pendant la grossesse.
- les infections parasitaires pendant la grossesse et dans l'enfance.
- le climat chaud et humide / l'exposition aux lumières UV (régions ensoleillées).

Facteurs associés à un sûr-risque de DA : (30) ; (31)

- l'utilisation répétée d'antibiotiques à large spectre anténatale et chez le nourrisson.
- la présence d'un chat à domicile dans la première année de vie en particulier chez les enfants porteurs d'une mutation de la FLG.
- régime occidental (riche en graisses et sucres, pauvre en fruits), et les allergies alimentaires.
- la pollution atmosphérique liée au trafic (NO et CO).
- l'obésité et le manque d'activité physique.

Facteurs n'influençant pas le risque de DA : (32) ; (33),

- les infections bactériennes et virales précoces.
- les mesures d'éviction des acariens.
- l'alimentation au sein.
- les introductions alimentaires tardives.
- le schéma vaccinal de routine.

Tableau 1 : Déterminants environnementaux de la DA

Ces observations ont donné naissance à la «théorie hygiéniste» : la diminution d'exposition microbienne dans l'enfance et l'aseptisation croissante liées à notre mode de vie occidental favoriseraient la recrudescence des pathologies atopiques dont la DA. (34-35)

Aujourd'hui elle tend à être remplacée par l'hypothèse du microbiote (ou de la biodiversité).

E) Microbiome intestinal et cutané, rôle du Staphylocoque Doré :

L'acquisition précoce anté-néonatale d'un microbiome digestif et cutané riche et diversifié permet une bonne maturation du système immunitaire de l'enfant et le préserve du risque de DA et autres manifestations atopiques.

La richesse de cette flore étant favorisée par un environnement animal et végétal important (gradient rural vs urbain) et appauvrie par une surconsommation précoce d'antibiotiques.

En effet, il a été mis en évidence que les nouveaux-nés à risque de DA ont une flore intestinale pauvre en Lactobacille et Bifidobactérie alors qu'ils sont plus souvent colonisés par des bactéries de type Clostridia, E.Coli et Staphylocoque Aureus. (36) ; (37)

Et au niveau cutané, on observe une plus grande diversité des populations bactériennes cutanées en dehors des poussées (BGN de type Acinetobacter) et qui décroît au profit des staphylocoques (essentiellement de type Aureus et Epidermidis) au cours des poussées. (38) ; (39)

Le Staphylocoque Doré semble jouer un rôle important dans la DA car il colonise très fréquemment les enfants atteints (90% des DA), d'autant plus si ils sont porteurs de la mutation FLG. Il entretient l'inflammation cutanée chronique et favorise la surinfection. (40)

F) Influence du stress : (41-45)

C'est un facteur aggravant très souvent évoqué par les malades et les médecins mais aucune étude n'a réussi à démontrer son imputabilité.

Dans la DA, démangeaisons, grattage et stress sont fortement intriqués au point qu'il est difficile de savoir lequel est à l'origine ou entretient l'autre.

4) ÉVOLUTION ET MARCHE ATOPIQUE :

L'évolution naturelle de la DA aboutit à la guérison spontanée d'environ 1 cas sur 2 à l'âge de deux ans et de la quasi totalité des cas vers 5-6 ans.

En fait, environ 90% des eczémas infantiles disparaissent après quelques années et seulement 10% des enfants sont réellement atopiques (formes extrinsèques à sensibilisation IgE) et donc à haut risque de s'engager dans la «marche atopique» : 1 risque sur 3 de développer secondairement un asthme, 2 sur 3 de la rhino-conjonctivite et 30% des allergies alimentaires. (46-49)

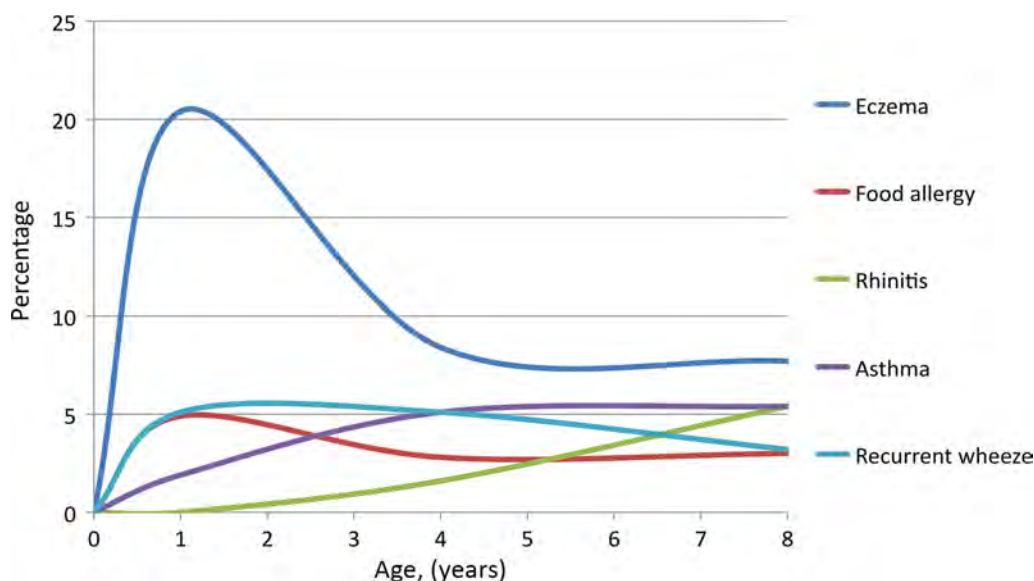


Figure 1 : Prévalence des allergies au cours de la croissance de l'enfant (la marche atopique) (50)

La barrière cutanée défaillante de l'enfant atopique constitue le site de sensibilisation initiale aux allergènes environnementaux, la DA est donc considérée comme la porte d'entrée dans la marche atopique.

5) DIAGNOSTIC :

Il s'agit d'un diagnostic clinique et anamnestique.

A) Les critères de l'UK Working Party :

Il n'y a pas de «Gold Standard» pour le diagnostic de la DA mais les critères de Hanifin et Rajka révisés par l'UK Working Party (1994) sont utilisés en référence dans la littérature. Il ont une sensibilité de 85% et spécificité de 96% et sont validés chez l'enfant à partir d'un an.

Dermatose prurigineuse chronique et au moins 3 des critères suivants :
<ul style="list-style-type: none"> • Eczéma visible des plis de flexion (ou des joues et/ou des faces d'extension des membres avant l'âge de 18 mois) • Antécédent personnel d'eczéma des plis de flexion (ou des joues et/ou des faces d'extension des membres avant l'âge de 18 mois) • Antécédent personnel de peau sèche au cours de la dernière année • Antécédent personnel d'asthme ou de rhinite allergique (ou antécédent familial direct d'atopie chez l'enfant de moins de 4 ans) • Apparition des lésions avant 2 ans (critère utilisé chez les enfants de plus de 4 ans)

Tableau 2 : Critères diagnostiques de la DA selon l'UK Working Party (51)

B) Score de gravité : le SCORAD :

Le SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) est le score de gravité validé dans la DA. (52) Il prend en compte l'intensité des signes cliniques, l'évolution de la dermatose et le

retentissement fonctionnel sur la qualité de vie (prurit et troubles du sommeil).

Il comprend 3 grades de sévérité, les formes graves représentent moins de 10% des malades.

SCORAD	Gravité :
< 15	Mineure : Sécheresse cutanée mineure. Eczéma peu étendu et peu inflammatoire. Prurit mineur. Peu ou pas de trouble du sommeil. Qualité de vie peu altérée.
15-40	Modérée : Sécheresse cutanée modérée. Eczéma modérément étendu et inflammatoire. Prurit modéré à sévère. Troubles modérés du sommeil. Qualité de vie altérée.
> 40	Grave : Sécheresse cutanée sévère. Eczéma étendu et/ou très inflammatoire. Prurit sévère. Troubles du sommeil importants. Qualité de vie très altérée.

Tableau 3 : Grades de sévérité selon le SCORAD

Il existe également un score destiné au patient pour l'auto-évaluation de sa maladie (le PO-SCORAD pour Patient Oriented SCORAD). Ces 2 scores ont une très bonne corrélation clinique dans le suivi de la DA des enfants.

C) Place des tests allergologiques :

Le diagnostic de DA est avant tout clinique et ne nécessite aucune exploration allergologique systématique.

En revanche, la conférence de consensus valide l'exploration allergologique chez l'enfant ayant une DA dans 3 situations :

- DA grave persistante malgré un traitement adapté bien conduit ou forme cortico-dépendante (y compris chez les nourrissons sous allaitement maternel exclusif).
- Association à une stagnation ou cassure de la courbe staturo-pondérale.
- Association à des manifestations cliniques immédiates d'allergie alimentaire, respiratoires ou de contact (urticairre, angioedème, bronchospasme, choc anaphylactique...).

L'objectif étant de rechercher une allergie alimentaire, respiratoire ou de contact associée exacerbant potentiellement l'eczéma.

6) COMPLICATIONS :

A) Altération de la qualité de vie :

La qualité de vie de l'enfant (et de sa famille) est souvent très altérée dans les formes modérées et graves de DA (altération directement corrélée à la gravité : prurit responsable de troubles de l'humeur et du sommeil, caractère affichant de l'eczéma et surcoûts liés aux soins). (53)

Globalement la qualité de vie est plus altérée dans la DA qu'au cours de l'asthme ou du diabète chez l'enfant. (54-55)

B) Complications infectieuses :

Elles sont favorisées par l'effet immunosuppresseur des DCT et aussi par le grattage.

L'impétiginisation des lésions par le Staphylocoque Doré est le phénomène classique mais relativement rare compte tenu de sa colonisation quasi systématique (90%) : elle doit être suspectée devant l'apparition de fièvre, purulence et croûtes mélicériques et nécessite des soins locaux ou une antibiothérapie générale.

Mais les infections peuvent également être d'origine :

- virale : Molluscum Contagiosum et HSV (pustulose disséminée de Kaposi Juliusberg);
- mycosique : pityriasis versicolor et dermatophytoses ;
- parasitaire : gale norvégienne en particulier.

C) Eczéma de contact :

Les enfants ayant une DA sont plus à risque de sensibilisation de contact (y compris aux produits topiques de soins et DCT. (56)

D) Retard de Croissance :

Il peut s'observer dans les formes graves et se corrige une fois la DA correctement traitée. Il doit également faire suspecter une allergie alimentaire, un régime d'éviction injustifié ou trop sévère (le rôle des DCT dans le retard de croissance n'est pas établi).

E) Iatrogénie des dermocorticoïdes :

Les complications locales et systémiques des DCT sont directement corrélées à la puissance de la molécule, à la durée du traitement, à l'occlusion, à la surface traitée, à l'intégrité cutanée et à l'âge de l'enfant. (57)

Chez le nourrisson et l'enfant jeune, le passage transcutané des DCT est plus important (grande SC, faible poids, peau fine avec replis cutanés) donc le risque d'effets systémiques est plus fréquent et plus précoce, il convient d'être d'autant plus prudent. (58)

Cependant de très rares cas de freination biologique de l'axe adrénocorticotrope ont été rapportés chez l'enfant et ils concernaient une utilisation prolongée hors recommandation à doses élevées de DCT de forte puissance. (59-61)

Les effets secondaires locaux sont rares chez l'enfant si l'utilisation des DCT est intermittente et adaptée : l'atrophie cutanée, l'hypopigmentation, l'hypertrichose et les télangiectasies sont réversibles en quelques semaines après arrêt du traitement contrairement aux vergetures. (56) ; (62-63)

L'acnée induite et les tableaux de dermite péribuccale ou péri-oculaire sont également possibles, bénins et réversibles.

Les complications ophtalmologiques sont rares (kératoconjonctivite, cataracte ou glaucome).

7) PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE :

L'objectif est double : obtenir la rémission rapide de la poussée grâce au traitement d'attaque et la maintenir le plus longtemps possible par un traitement d'entretien pour améliorer la qualité de vie de l'enfant et de sa famille au long terme.

A) Traitement d'attaque : les dermocorticoïdes topiques (DCT)

C'est le traitement de référence en phase de poussée de la DA pour faire régresser l'inflammation cutanée, son action est multiple : (57-58)

- activité anti-inflammatoire par vasoconstriction et diminution de la perméabilité capillaire (diminue oedème et érythème) ;
- effet antiprolifératif sur les kératinocytes, mélanocytes et fibroblastes de l'épiderme ;
- effet immunosuppresseur par inhibition des leucocytes et de la synthèse des cytokines dans l'épiderme ;
- stimulation de l'expression de la filaggrine ;
- réduction de la colonisation cutanée par le staphylocoque doré ;
- effet apaisant sur le prurit.

La conférence de consensus préconise une seule application par jour (après toilette sur peau propre et légèrement humide) sur les zones inflammatoires à débiter dès le stade de rougeur et à poursuivre jusqu'à régression complète des lésions (durée moyenne d'utilisation environ 1-2 semaines) avec un arrêt net sans décroissance une fois la guérison obtenue.

Chez le nourrisson et chez l'enfant, la dose nécessaire efficace peut être estimée par la règle de la phalange et le choix de la classe de DCT à prescrire dépend de l'âge, de la localisation et la sévérité des lésions, et de l'étendue à traiter.

Le caractère éventuellement suintant/sec des lésions oriente la galénique (crème/pommade), enfin les formes de gel et lotion réservées aux zones pileuses, plis et cuir chevelu sont très peu utilisées chez l'enfant.

L'application sur le visage, les plis et sous la couche doit être plus prudente (à cause de la peau plus fine et de l'effet occlusif augmentant l'absorption systémique et le risque d'EI).

L'efficacité et la sécurité des DCT prescrits à doses adaptées sont prouvées chez l'enfant. (64)

Les études ont démontré que les classes de forte activité permettent d'obtenir une rémission plus précoce des poussées mais ne préviennent pas mieux du risque de récurrence à l'arrêt du traitement que les classes plus faibles. (65)

Donc la classe de puissance minimale efficace doit être privilégiée afin de prévenir au maximum des effets secondaires des DCT.

Dans certains cas de DA sévère ou récidivante rapidement à l'arrêt de la corticothérapie locale, les DCT peuvent également être utilisés en traitement d'entretien sous forme d'application bi ou tri-hebdomadaire au long cours (plusieurs semaines voire plusieurs mois) sous la forme d'un « traitement proactif ». Cela permet de réduire les poussées à moyen terme sans effet secondaire avec un effet d'épargne des dermocorticoïdes. (66)

Enfin chez l'enfant, certaines lésions très lichénifiées ou très inflammatoires peuvent bénéficier d'une application biquotidienne de DCT voire de l'utilisation sous pansements occlusifs (technique de wet-wrapping : cet usage doit être prudent et préférablement initié par une infirmière formée car l'effet occlusif augmente le risque d'absorption systémique). (67)

Classification Internationale	Nom commercial	Conseils d'utilisation et contre-indications
Classe IV : Action Très Forte	- Dermoval - Diprolène	Contre-indication chez le NRS et l'enfant jeune, contre-indication sur le visage, les plis et le siège
Classe III : Action Forte	- Diprosone - Betnéval - Locatop - Nérisonne - Flixovate - Locoïd - Efficort	À réserver en cures courtes (4-7 jours) aux formes très inflammatoires ou très lichénifiées des extrémités de l'enfant Ou pour les lésions résistantes aux DC de classe II. <i>Non recommandé chez le NRS de moins de 3 mois (absence de donnée)</i>
Classe II : Action Modérée	- Locapred - Tridésanit	Utilisation sur le visage (et paupières), plis, zone génitale et l'ensemble du corps chez le NRS et l'enfant.
Classe I : Action Faible	- Kerapharm ou Hydracort	Peu de place en thérapeutique, rarement utilisés en France.

Tableau 4 : Classification internationale des DCT et recommandations d'utilisation

B) Traitement d'entretien : les émoullients et les mesures physiques

Ils ont pour objectifs de restaurer, protéger la barrière cutanée au long cours et éviter l'irritation cutanée qui favorise la récurrence des poussées.

L'émoullient doit être appliqué sur tout le corps, au moins deux fois par jour, de manière généreuse, idéalement sur peau propre et sèche soit après le bain ou la douche. On évitera de l'appliquer sur les zones inflammatoires car il est souvent mal toléré (sensation de brûlures) et n'ont aucun intérêt démontré. (2-3)

On préférera les crèmes et les pommades contenant de hautes concentrations de lipides, mais surtout sans parfum ni conservateur (parabène). (68)

Actuellement, les émoullients ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie (excepté le Dexeryl remboursé à 15%).

Leur application 1 fois par jour en alternance avec un DCT est aussi efficace qu'une application biquotidienne de DCT et permet donc un effet d'épargne prouvé de dermocorticoïdes à court et moyen terme (d'autant plus important que la puissance du DCT est élevée). (69)

Il est également nécessaire de promouvoir les mesures physiques suivantes chez l'enfant atopiques : (70)

- bain ou douche quotidiens de courte durée (5 minutes) et pas trop chauds (environ à 30°) : ils permettent de réduire la colonisation bactérienne cutanée et les lésions croûteuses prurigineuses ;
- utilisation syndets réhydratants ou huiles lavantes sans parfum ni savon puis séchage doux de la peau sans frottement ;
- privilégier les textiles vestimentaires doux : coton, soie ou polyesters à fibres fines et éviter la laine ;
- ne pas surchauffer l'habitation et ne pas « surcouvrir » les enfants (rôle aggravant

probable du chauffage domestique et de l'humidité / sudation).

C) Le rôle de l'éducation thérapeutique (ET) / Corticophobie :

L'ET est l'ensemble des informations et techniques d'apprentissage dispensées par le médecin pour permettre à l'enfant et sa famille de comprendre, s'autonomiser et gérer sa maladie et ses traitements.

En France depuis 2007, elle est dispensée dans les hôpitaux sous le modèle des « écoles de l'atopie » : ce sont des programmes individuels ou ateliers collectifs menés par des équipes pluridisciplinaires (dermatologues, généralistes, infirmières, psychologues, diététicienne...) accueillant parents et enfants atteints de DA. (71)

La Société Française de Dermatologie et le site de la Fondation de la Dermatite Atopique mettent à la disposition du praticien et patient, deux sites de référence de l'ET : <http://www.edudermatologie.com/> et <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/>.

L'ET est un processus intégré et indispensable aux soins dont l'efficacité est prouvée dans la DA de l'enfant (amélioration de la sévérité clinique de la maladie et de la qualité de vie à court et moyen terme). (72)

Actuellement, un de ces enjeux majeurs est de lutter contre le phénomène de corticophobie qui conduit au retard et la diminution de prescription des DCT, à une baisse d'observance parentale et reste donc la principale cause d'échec thérapeutique dans la DA de l'enfant. (73)

La corticophobie est décrite comme la crainte parentale liée à la prescription et l'application des DCT chez leur enfant atteint de DA, elle peut être renforcée par des positions divergentes observées chez certains professionnels de santé (médecins, pharmaciens...). (74-75)

L'importance de ce phénomène implique de la part du médecin prescripteur la recherche de cette crainte, une information claire sur la sécurité et l'utilisation du DCT, un accompagnement des parents dans la réalisation des soins ainsi qu'un suivi strict de la consommation de DCT.

Une étude japonaise a démontré que plus le patient était informé par son médecin sur les dermocorticoïdes, moins il avait peur de les appliquer. (76)

Pour les aider dans leur pratique quotidienne, les généralistes ont à disposition le questionnaire TOPICOP ou le site d'information de la Fondation de la DA. (77)

Il est également conseillé de réaliser la première application de DCT sur le nourrisson au cabinet en présence des parents et de quantifier la consommation en tube.

D) Le Tacrolimus : inhibiteur topique de la Calcineurine

Il est indiqué chez l'enfant après 2 ans dans la DA modérée à sévère en cas d'échec ou de contre-indications aux DCT (efficacité et sécurité à long terme prouvées par des essais randomisés contre placebo et DCT d'activité I et II). (78-80)

Disponible chez l'enfant (> 2 ans) sous forme d'une pommade à 0.03% (efficacité équivalente à un DCT d'activité modéré), il n'est plus remboursé depuis 2014.

Sa prescription est réservée aux pédiatres et dermatologues.

E) Place des antihistaminiques-H1 :

Leur utilisation ne doit pas être systématique car ils n'ont aucune efficacité prouvée en prévention primaire ou secondaire des poussées de DA et ils n'ont pas non plus prouvé d'efficacité sur le soulagement du prurit chez l'enfant. (81)

Le soulagement du prurit dans la DA de l'enfant repose sur les soins locaux (émollients et DCT) et méthodes de relaxation. On peut éventuellement proposer que les ongles soient coupés courts et l'usage d'un pyjama en coton froid voire humide et recouvert d'un sec. (82)

En revanche, l'utilisation d'anti-H1 sédatifs (comme l'Hydroxyzine) peut s'envisager au cas par cas chez les enfants ayant des troubles sévères du sommeil à cause du prurit mais uniquement sous forme de cures courtes car à long terme, ils seraient susceptibles d'altérer le sommeil. (3)

F) Médecines alternatives :

Actuellement, aucune autre thérapie n'a fait preuve d'efficacité dans la prise en charge de la DA de l'enfant. (3)

8) MESURES DE PRÉVENTION PRIMAIRE :

Dans la DA, la prévention a un rôle majeur car il n'existe actuellement aucun traitement capable d'éradiquer définitivement les poussées.

Le concept d'éviction de l'allergène est désuet, la tendance actuelle est plutôt à l'induction de tolérance mais la priorité réside dans la restitution et le maintien au long cours de l'intégrité de la barrière cutanée. (83)

A) Mesures validées :

- Les émollients : une étude randomisée contrôlée anglo-américaine a prouvé qu'une application quotidienne d'émollients de la naissance à 6 mois réduisait d'environ 50% le risque de développer une DA chez l'enfant à risque et ce en toute sécurité. (84)
- Remise en question de l'effet bénéfique de l'allaitement maternel, place des laits hydrolysats : le rôle protecteur de l'allaitement maternel comme préconisé par la conférence de consensus (allaitement maternel exclusif d'au moins 3 mois chez le nouveau-né à risque de DA) a été remis en question par des études plus récentes. (32 ; 85-86)
L'étude allemande GINI a montré que l'utilisation pendant les 4 premiers mois de vie de certains laits hydrolysats de protéines de lait de vache (hydrolysats extensifs de caséine type Nutramigen® ou hydrolysats partiels de lactoglobuline type Nidal® excel HA), pris seuls ou en complément de l'allaitement maternel diminuaient l'incidence cumulée à 10 ans de la DA chez les enfants à risque (antécédent familial d'atopie au 1^{er} degré) par rapport aux formules classiques. (87; 88)
- La vaccination VZV : elle est recommandée chez les enfants atteints de DA. (3)

B) Mesures non validées :

- Les probiotiques : la prise quotidienne de Lactobacillus Rhamnosus un mois avant l'accouchement chez la mère et pendant 6 mois post-accouchement (chez mère et enfant) diminue le risque de développer une DA à 4 ans chez l'enfant à risque ; mais elle est également associée à une augmentation du risque de sensibilisation aux protéines de lait de vache. (89)
Leur utilisation ne peut donc être recommandée mais constitue une perspective intéressante pour la recherche future. (90-91)
- L'éviction des acariens : n'a démontré aucune preuve d'efficacité préventive y compris chez les enfants sensibilisés. Les différentes techniques (aspiration ou aération fréquente des sols, tapis et literies, ou les housses et spray anti-acariens) sont coûteuses et ne doivent donc pas être préconisées. (92)
Une publication anglaise de 2007 laissait même suggérer une possible réduction du risque de DA chez l'enfant par l'exposition précoce à des taux élevés d'acariens. (93)
- Régime maternel : il n'existe aucune preuve d'efficacité suffisante pour préconiser un régime préventif ou d'éviction chez la femme enceinte ou allaitante, de même pour une quelconque supplémentation diététique (vitamine D, zinc sélénium, huile de poisson). (94-95)
- Diversification alimentaire et régime de l'enfant : le retard à l'introduction chez le nourrisson voire l'éviction des aliments réputés allergisants (œuf, arachide, poisson) ne diminuent pas la prévalence de la DA (ni celle de l'allergie alimentaire d'ailleurs).
Au contraire, plus le nombre d'aliments introduits dans la première année de vie du nourrisson est grand, plus le risque de DA est faible. (96-98)
Ainsi la tendance est actuellement à l'introduction précoce de l'ensemble des aliments, de préférence entre 17 et 24 semaines, âge de fenêtre de tolérance immunitaire.
Au delà de la diversification, il n'existe aucun régime efficace chez l'enfant pour prévenir la DA. (83)

II) MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Cette étude de type observationnelle descriptive transversale a été réalisée dans l'ex-région Midi-Pyrénées du 01/02/2020 au 31/03/2020. Le recueil d'informations a été effectué via l'envoi d'un questionnaire sous forme électronique et par voie postale auprès des médecins généralistes de l'ex-région Midi Pyrénées.

1) OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant (de 0 à 6 ans) par les médecins généralistes de l'ex-région Midi Pyrénées.

L'objectif secondaire est de rechercher les déterminants et les freins à la prescription des dermocorticoïdes chez les généralistes.

2) POPULATION CIBLE :

Dans notre étude, la population cible était les médecins généralistes travaillant en cabinet de ville dans l'ex-région Midi-Pyrénées et suivant des patients pédiatriques atteints de dermatite atopique entre la naissance et 6 ans.

3) LE QUESTIONNAIRE :

Le questionnaire a été élaboré après recherche bibliographique dans les bases de données Pubmed, Cismef et Google Scholar.

La version initiale a été soumise à deux reprises à un test préliminaire de faisabilité auprès d'un échantillon de 5 MG pour tester sa compréhension et s'assurer que la durée nécessaire pour répondre était acceptable afin de favoriser la participation des médecins.

Des modifications ont été apportées en tenant compte des remarques pour aboutir à la version finale.

Le questionnaire comprend 25 questions indépendantes à choix unique ou multiples et se décompose en plusieurs parties :

- 6 items portant sur les caractéristiques générales de la population ;
- 2 items d'épidémiologie ;
- 3 items relatifs au diagnostic de la DA ;
- 2 items de prévention ;
- 12 questions portant sur les traitements utilisés dans la DA.

Il est disponible en annexe.

4) DISTRIBUTION DU QUESTIONNAIRE :

Tous les participants ont été informés que la réponse au questionnaire était anonyme.

La période de recrutement s'est déroulée du 01/02/2020 au 31/03/2020, nous avons contacté les MG selon 2 façons :

- Envoi postal auprès de 200 médecins généralistes sélectionnés de façon aléatoire par tirage au sort parmi les membres du DUMG (maîtres de stage de praticien niveau 1, SASPAS et gynéco-pédiatrie ambulatoire).

- Envoi électronique par mail à 2454 médecins inscrits à l'Union Régional des Professionnels de Santé (URPS).

Il n'y a pas eu de relance effectuée, ni par l'investigateur ni par l'URPS.

5) SAISIE DES DONNÉES ET ANALYSES STATISTIQUES :

Pour réaliser les analyses statistiques, les données des questionnaires ont été saisies dans un tableur type Excel.

Dans l'analyse descriptive, les données sont présentées en valeur absolue avec leur effectif et leur pourcentage.

Pour effectuer des comparaisons entre les variables, un test du chi-2 dit de conformité a été appliqué. La différence entre les variables était significative si p était inférieur à 0.05.

III) RÉSULTATS :

Sur 2654 questionnaires diffusés, 247 questionnaires complets ont pu être analysés par l'investigateur, soit un taux de participation de 9,3%.

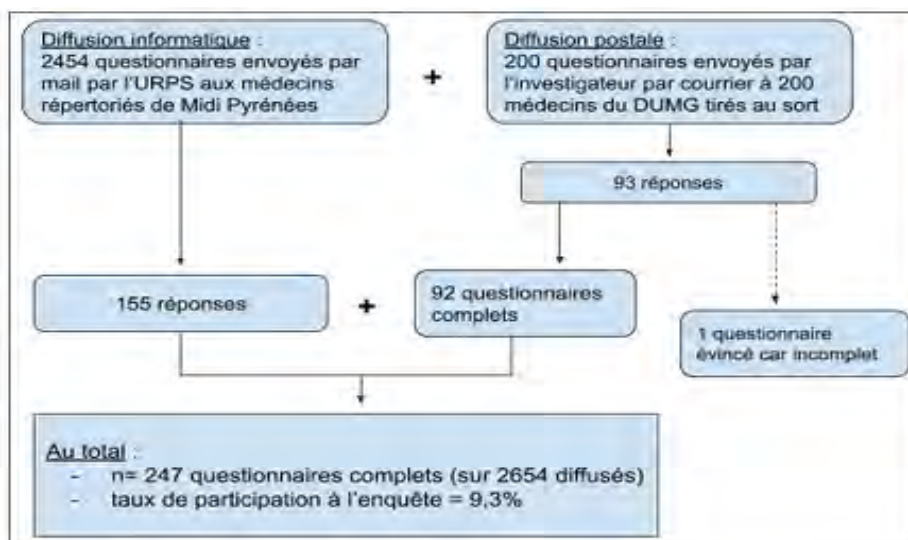


Figure 2 : Diagramme de flux

1) DESCRIPTION DE LA POPULATION :

A) Caractéristiques générales :

Le tableau suivant résume les caractéristiques démographiques de notre échantillon de MG.

<u>Caractéristiques générales de la population</u> :		Nombre de MG (n=247)	Pourcentage de MG
<u>Genre</u> :	Féminin	158	64%
	Masculin	89	36%
<u>Tranche d'âge</u> : (Âge moyen : 44,7 ans)	20 - 39 ans	98	39,7%
	40 - 59 ans	110	44,5%
	60 ans et plus	39	15,8%
<u>Ancienneté d'exercice</u> :	< 5 ans	76	30,8%
	5 - 10 ans	39	15,8%
	11 - 20 ans	48	19,4%
	> 20 ans	84	34%
<u>Statut</u> :	Installé	215	87%
	Remplaçant	15	6%
	En collaboration	17	7%
<u>Structure d'exercice</u> :	MSP ou cabinet	245	99%
	Crèche	23	9,3%
	Service hospitalier pédiatrique	2	0,8%

Tableau 5 : Caractéristiques générales de la population (n=247)

B) Mode d'exercice :

<u>Mode d'exercice</u> :	Nombre de MG (n=247)	Pourcentage de MG
Urbain	88	35,7%
Semi-rural	108	43,7%
Rural	51	20,6%

C) Répartition démographique des MG :



Figure 3 : Répartition départementale des 247 médecins interrogés en ex-Midi Pyrénées

D) Activité pédiatrique des médecins généralistes :

L'activité pédiatrique des médecins a été évaluée sur la base de leur taux de consultations pédiatriques journalières. Leurs réponses figurent dans le tableau suivant.

<u>Activité pédiatrique en consultation</u> :	Nombre de MG (n=247)	Pourcentage de MG
Faible (< 25 %)	133	53,8%
Modérée (entre 25-50 %)	106	43%
Majeure (> 50 %)	8	3,2%

E) Formation complémentaires des médecins généralistes :

Le tableau suivant résume les différents types de formations suivies par les MG de l'étude.

<u>Formations complémentaires suivies :</u>	Nombre de MG (n=247)	Pourcentage de MG
FMC	161	65,2%
DU/DIU de Pédiatrie ou de Dermatologie	12	4,8%
Chargés de cours pédiatriques au DUMG	8	3,2%
DU de MSU	7	2,8%
Autres formations	20	8,1%
Aucune formation	66	26,7%

2) RÉSULTATS EN RELATION AVEC L'OBJECTIF PRINCIPAL :

A) Diagnostic :

A.1) Incidence de la DA dans les consultations des MG de notre étude :

39,3% des médecins estimaient que la DA de l'enfant est un motif de consultation fréquent en cabinet de médecine générale.

A.2) Catégories d'âge majoritairement atteintes par la DA selon les MG :

<u>Tranches d'âge majoritairement rencontrées dans la DA :</u>	Nombre de MG (n=247)	Pourcentage de MG
Nouveau-né (< 28 jours)	0	0%
Nourrisson (1 – 24 mois)	180	73%
Jeune enfant (2 – 6 ans)	67	27%

Les médecins rencontraient majoritairement des cas de DA chez les nourrissons entre 1 mois et 2 ans.

A.3) Signes cliniques retenus par les MG de notre étude pour le diagnostic de DA :

Pour 66,4% des médecins, le diagnostic de DA est facile à poser par l'examen clinique en consultation. 24 médecins avaient été capables d'évoquer en totalité la combinaison correcte de tous les signes diagnostiques pertinents, soit 9,7% de notre échantillon.

		Nombre de MG (n=247)	Pourcentage de MG
<u>Signes diagnostiques typiques :</u>	Érythème cutané	199	80,5%
	Oedème et vésicules	63	25,5%
	Xérose cutanée	218	88%
	Terrain atopique familial	235	95,1%

<u>Signes non pertinents</u> :	Présence de croûtes mélicériques	41	16,6%
	Caractère non prurigineux	23	9,3%
	Début tardif après 2 ans	8	3,2%
	Atteinte fréquente du siège	34	13,7%
<u>Autres réponses libres précisées</u> : (n=18)	Prurit	9	50%
	Atteinte des plis	6	33,3%
	Évolution en poussée	3	16,7%

Tableau 6 : Signes cliniques diagnostiques évoqués par les médecins

A.4) Utilisation du score SCORAD par les MG de notre étude :

Le SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) est l'outil le plus utilisé et le mieux validé pour évaluer la gravité de la DA depuis sa création en 1990.

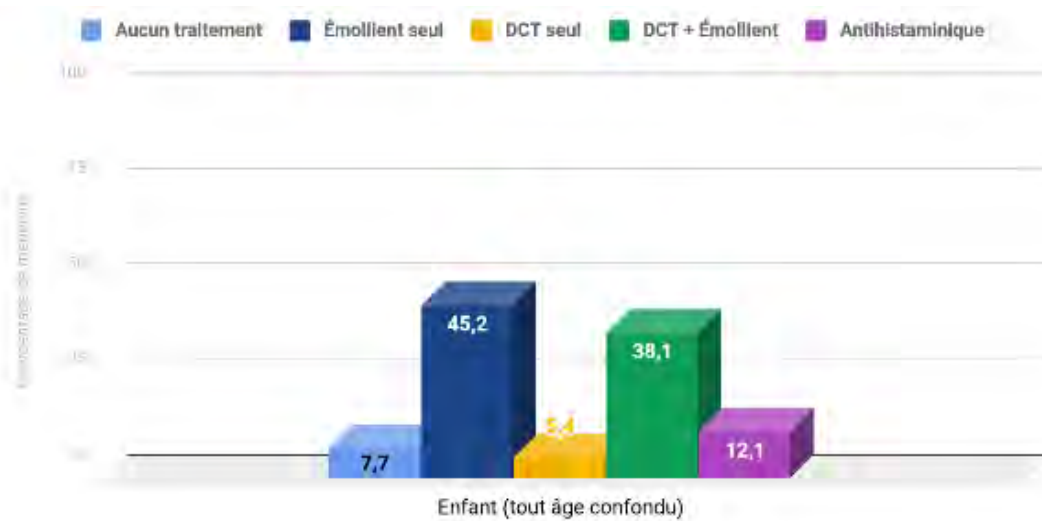
<u>Recours à l'outil SCORAD en consultation</u> :	Nombre de MG (n=247)	Pourcentage de MG
Ne connais pas ce score	119	48,2%
Jamais	107	43,3%
Occasionnel	20	8,1%
Fréquent	1	0,4%

B) Traitement de première intention de la DA chez l'enfant de 0-6 ans :

	Nouveau-né (< 28 jours)	Nourrisson (1 – 24 mois)	Jeune Enfant (2 – 6 ans)	Moyenne tout âge confondu
MG ne prescrivant aucun traitement (n=247)	44 (17,8%)	6 (2,4%)	7 (2,8%)	19 (7,7%)
MG prescrivant l'émollient seul (n=247)	155 (62,7%)	104 (42,1%)	76 (30,7%)	112 (45,2%)
MG prescrivant un DCT seul (n=247)	7 (2,8%)	16 (6,5%)	17 (6,9%)	13 (5,4%)
MG prescrivant un DCT associé à un émollient (n=247)	41 (16,6%)	120 (48,6%)	121 (49%)	94 (38,1%)
MG prescrivant un antihistaminique seul ou associé aux traitements précédents (n=247)	3 (1,2%)	30 (12,1%)	57 (23,1%)	30 (12,1%)
Nombre total de MG prescrivant les DCT en 1 ^{ère} intention (seul ou en association) (n=247)	48 (19,4%)	136 (55,1%)	138 (55,9%)	107 (43,4%)

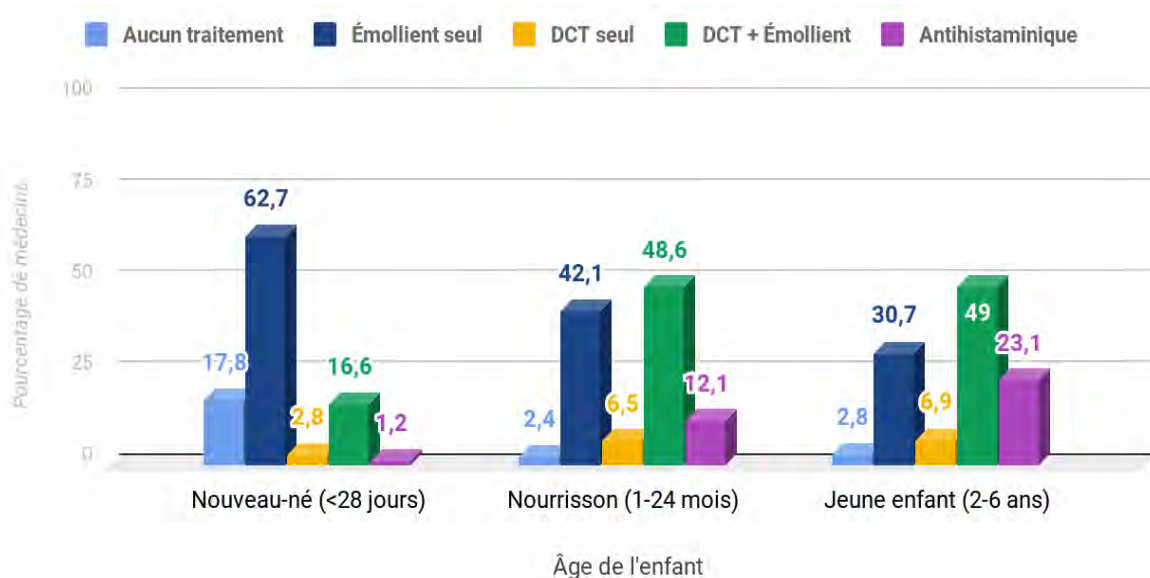
Tableau 7 : Traitements de première intention prescrits par les MG de l'étude

B.1) Traitement de première intention tout âge confondu :



Graphique 1 : Traitement prescrit en première intention par les MG en cas de poussée simple de DA chez l'enfant (résultats en pourcentage)

B.2) Traitement de première intention selon l'âge de l'enfant :



Graphique 2 : Traitement prescrit en première intention par les MG en cas de poussée simple de DA chez l'enfant selon son âge (résultats en pourcentage)

B.3) Comparaisons statistiques des prescriptions de DCT selon l'âge de l'enfant :

Pour la comparaison, nous avons utilisé le nombre total de MG prescrivant des DCT en première intention, sous forme seule et en association avec l'émollient.

	Chez le nouveau-né < 28 jours (n=247)	Chez le nourrisson entre 1-24 mois (n=247)	p
MG prescrivant les DCT en première intention (n=184) :	48 (19,4%)	136 (55,1%)	p=2,6x10 ⁻¹⁶

	Chez le nouveau-né < 28 jours (n=247)	Chez l'enfant entre 2-6 ans (n=247)	p
MG prescrivant les DCT en première intention (n=186) :	48 (19,4%)	138 (55,9%)	p=6,4x10 ⁻¹⁷

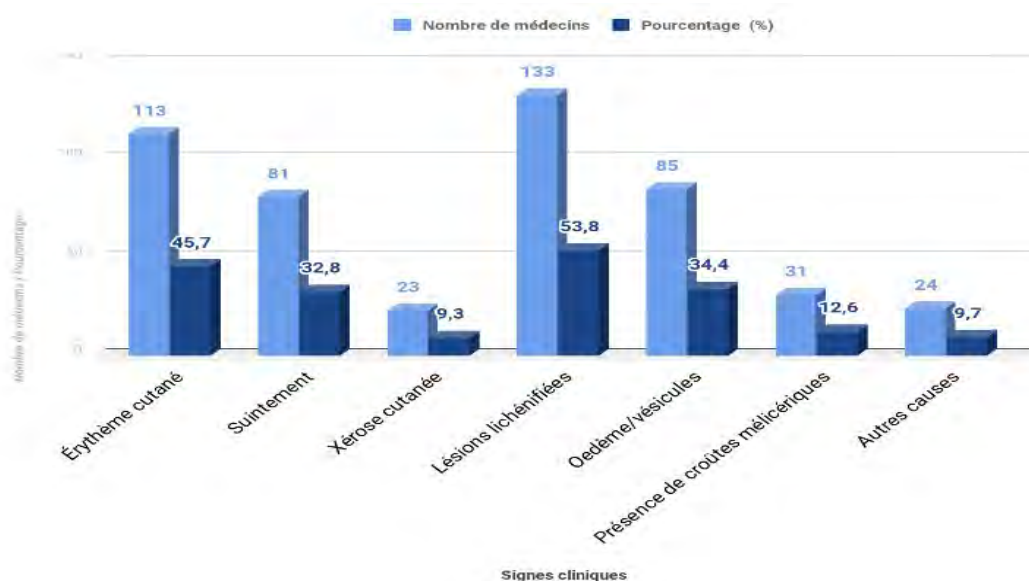
	Chez le nourrisson entre 1-24 mois (n=247)	Chez l'enfant entre 2-6 ans (n=247)	p
MG prescrivant les DCT en première intention (n=274) :	136 (55,1%)	138 (55,9%)	p=0,86

Les médecins de notre étude prescrivent significativement moins de DCT chez le nouveau-né que chez le nourrisson et l'enfant. Les autres résultats ne sont pas significatifs et ne permettent pas de conclure à un lien entre les variables.

L'âge d'un mois semble être déterminant à l'introduction des DCT dans la DA de l'enfant par les médecins dans notre étude.

C) Modalités de prescription de la corticothérapie locale :

C.1) Selon l'aspect clinique des lésions :



Graphique 3 : Signes cliniques déterminant la prescription des DCT par les MG

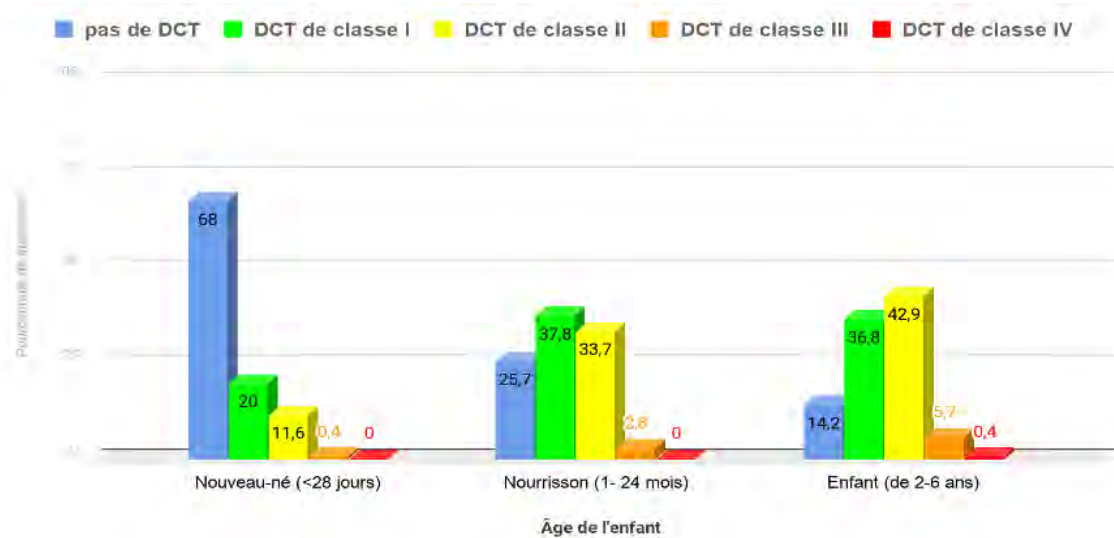
L'érythème et l'aspect lichénifié des lésions étaient les principaux déterminants cliniques de la prescription des DCT par les médecins.

On constate par ailleurs que 12,5% des interrogés préconisaient l'application de dermocorticoïdes sur des lésions impétiginisées à type de croûtes mélicériques.

La xérose cutanée isolée n'était pas un motif fréquent de prescription de DCT dans notre étude (9,3%).

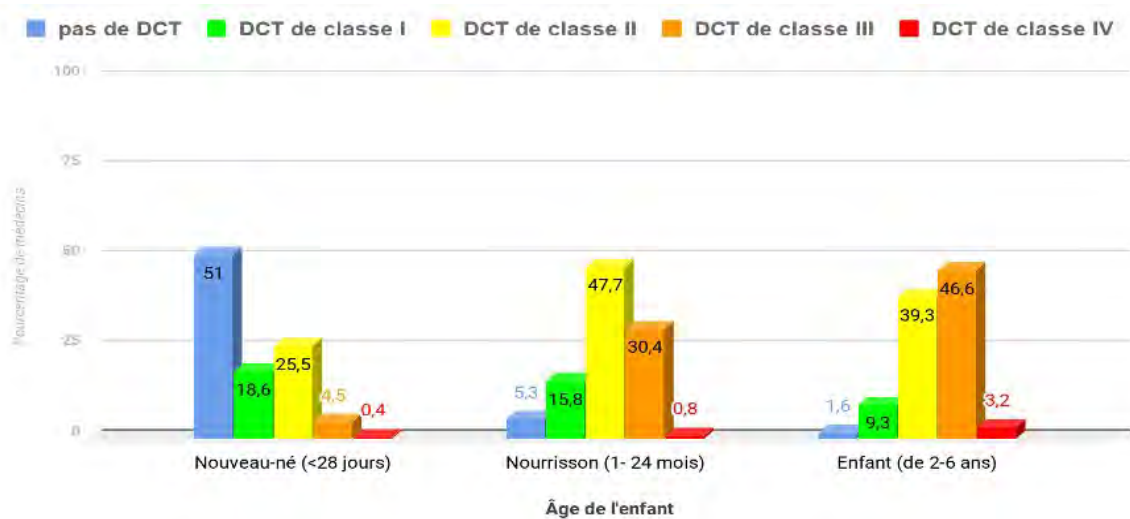
Les autres motifs de prescription précisés par les médecins étaient le prurit dans 62,5% des cas et l'inefficacité de l'émollient dans 25%.

C.2) Classes de DCT prescrites sur le visage selon l'âge de l'enfant :



Graphique 4 : Classes maximales de DCT prescrites par les MG sur le visage selon l'âge de l'enfant

C.3) Classes de DCT prescrites sur le corps selon l'âge de l'enfant :



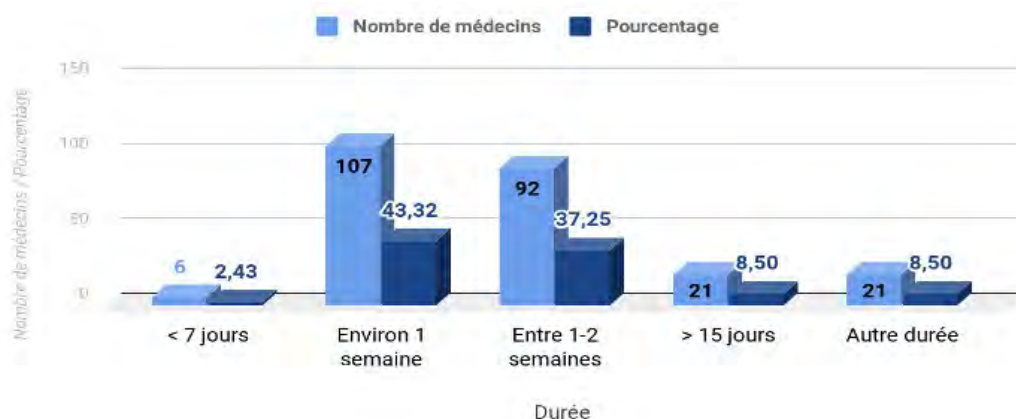
Graphique 5 : Classes maximales de DCT prescrites par les MG sur le corps selon l'âge de l'enfant

	Sur le visage (n=247)	Sur le corps (n=247)	p
MG prescrivant les DCT en première intention chez le nouveau-né < 28 jours (n=200) :	79 (32%)	121 (49%)	p=1,2x10 ⁻⁴
MG prescrivant les DCT en première intention chez le nourrisson de 1 à 24 mois (n=417) :	183 (74,3%)	234 (94,7%)	p=2,5x10 ⁻¹⁰
MG prescrivant les DCT en première intention chez l'enfant jeune de 2 à 6 ans (n=454) :	211 (85,8%)	243 (98,4%)	p=1,3x10 ⁻⁷
Moyenne des MG prescrivant les DCT en première intention chez l'enfant de 0-6 ans (n=357) :	158 (64%)	199 (80,5%)	p=3,8x10 ⁻⁵

Tableau 8 : Influence de la localisation des lésions sur la prescription de DCT (toute classe de puissance confondue) chez l'enfant

Les médecins généralistes interrogés prescrivait significativement moins de DCT sur le visage que sur le corps chez l'enfant quelque soit son âge. Ils adaptent également la classe de DCT à l'âge de l'enfant et à la localisation.

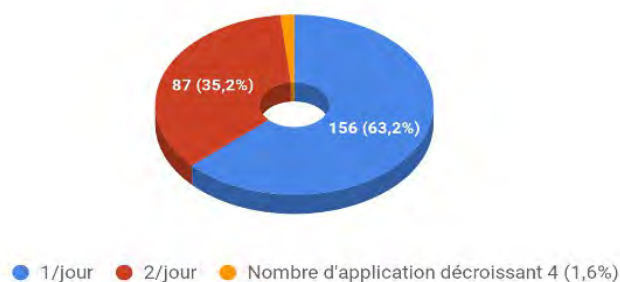
C.4) Durée de prescription des DCT :



Graphique 6 : Durée moyenne habituelle de prescription des DCT par les MG

21 médecins rapportaient une durée d'utilisation autre, parmi eux 76,2% préconisaient de ne pas limiter quantitativement la durée de traitement mais plutôt d'appliquer les DCT jusqu'à disparition complète des lésions (ou blanchiment).

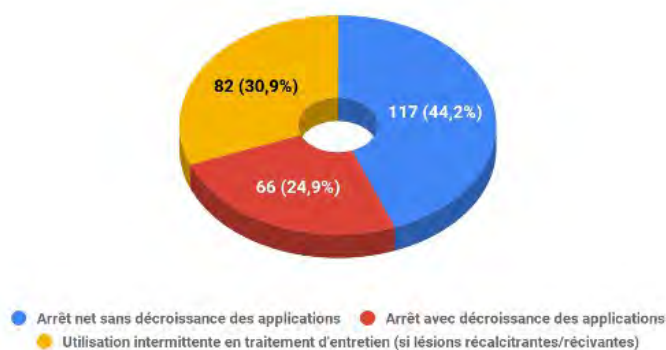
C.5) Fréquence d'application de DCT :



Graphique 7 : Fréquence quotidienne d'application du DCT préconisée par les MG

Dans notre étude, aucun médecin n'utilisait plus de 2 applications par jour de DCT.

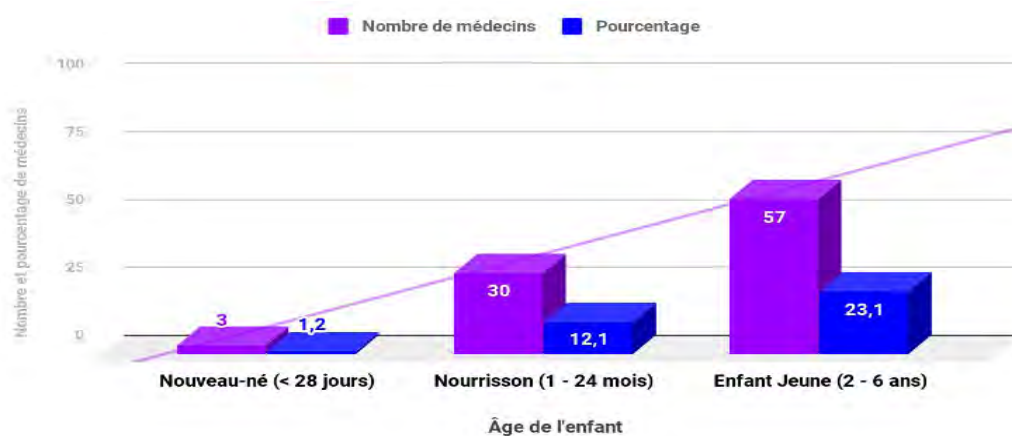
C.6) Modalité d'interruption du traitement DCT :



Graphique 8 : Modalité d'interruption du traitement d'attaque par DCT selon les MG

D) Les antihistaminiques :

D.1) Prescription selon l'âge de l'enfant :



Graphique 9 : Prescription d'antihistaminiques en première intention par les MG selon l'âge de l'enfant

D.2) Déterminants de prescription des antihistaminiques :

61,4% des médecins prescrivait en cas de prurit rapporté par les parents au cours de la consultation, et 68,8% uniquement en cas d'insomnie invalidante liée au prurit. 32,7% des médecins précisait ne pas prescrire d'antihistaminiques chez le nourrisson de avant un an chez qui ils sont contre-indiqués.

E) Éducation thérapeutique et mesures de prévention :

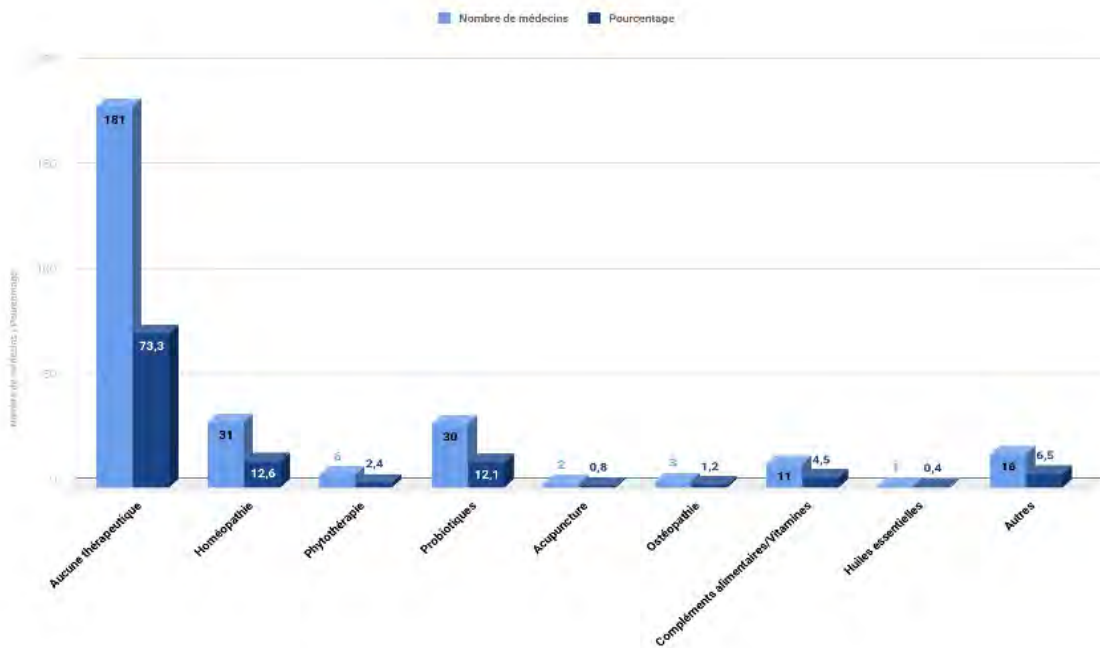
Dans notre étude, 231 médecins (93,5%) considéraient que l'éducation thérapeutique jouait

un rôle primordial dans la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. Ils étaient 88% à la pratiquer en consultation (soit 217 médecins).

		Nombre de MG (n=247)	Pourcentage de MG
Mesures validées :	Limiter la durée des lavages	159	64,4%
	Limiter la fréquence des lavages	154	62,3%
	Utilisation de gel ou pain sans savon	212	85,8%
	Application quotidienne et régulière d'émollients après la toilette	229	92,7%
	Éviction des vêtements en laine	102	41,3%
	Privilégier un mode d'allaitement particulier	39	15,8%
	Autres mesures précisées librement par les médecins : (n=14)		
	Favoriser bains tièdes / baisser température du bain	2	14%
	Couper les ongles courts	1	7%
	Essuyage délicat de la peau par tamponnement	5	36%
	Utilisation d'huiles lavantes sans savon	4	28%
Mesures non validées :	Éviction des acariens	70	28,3%
	Régime particulier : chez la femme enceinte et/ou chez l'enfant	12	4,8%
	Retarder la diversification alimentaire	35	14,2%
	Utilisation de probiotiques	19	7,7%
	Désensibilisation	2	0,8%
	Autres mesures précisées librement par les médecins : (n=14)		
	Éviction des adoucissants et diminuer doses de lessive	1	7%
	Mettre amidon dans l'eau du bain 2 fois par semaine	1	7%
Aucune mesure de prévention :		2	0,8%

Tableau 9 : Les différentes mesures de prévention préconisées par les médecins de l'étude

F) Autres thérapeutiques utilisées par les MG dans la DA de l'enfant :

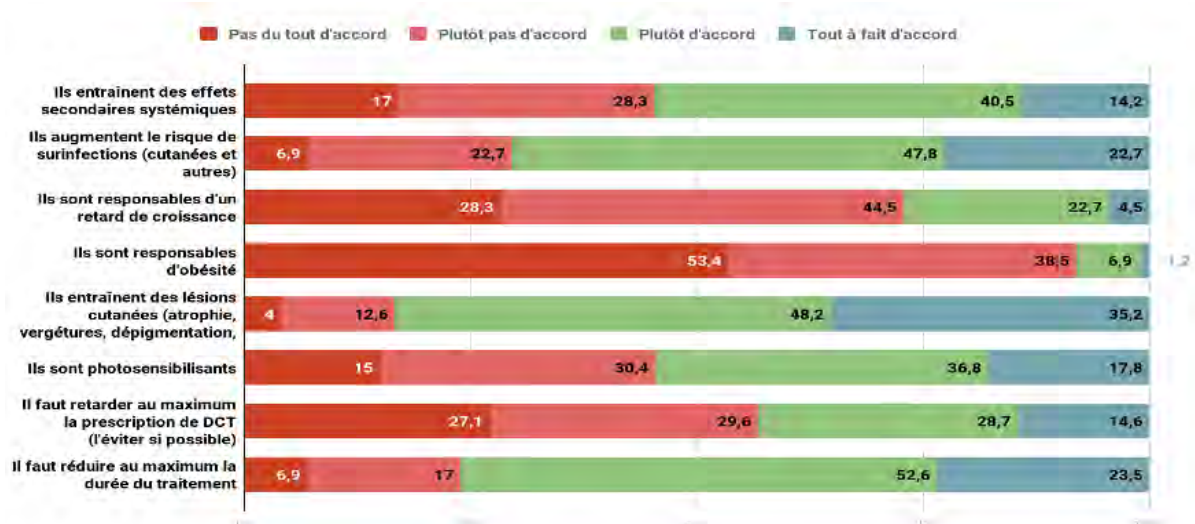


Graphique 10 : Traitements complémentaires préconisés par les MG dans la DA de l'enfant

Les thérapeutiques autres précisées étaient pour 25% des cures thermales et 6% de l'hypnose.

3) RÉSULTATS EN RELATION AVEC L'OBJECTIF SECONDAIRE :

A) Avis des médecins concernant les dermocorticoïdes topiques :

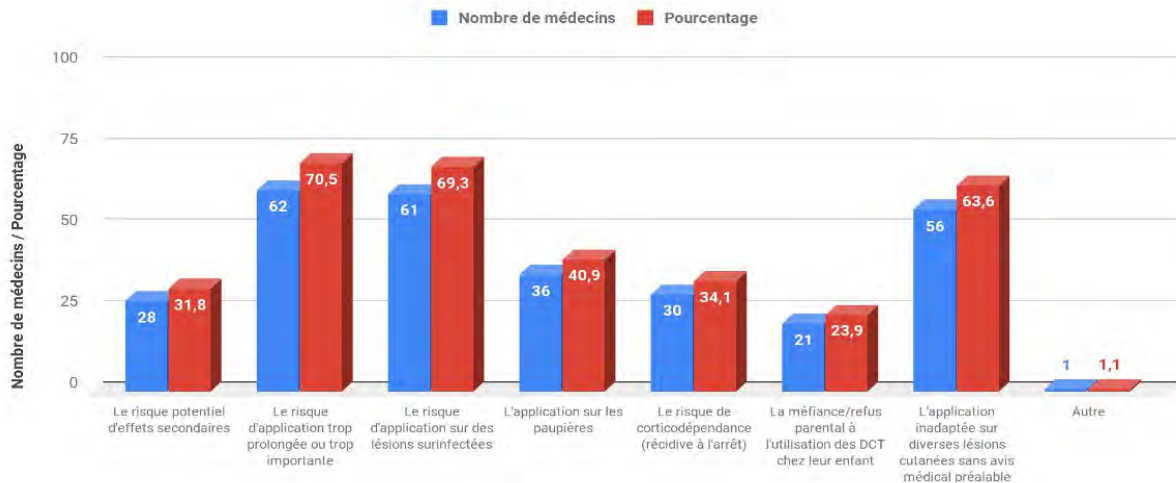


Graphique 11 : Avis des MG concernant les DCT (résultats en pourcentage)

B) Corticophobie et craintes médicales des DCT :

Dans notre étude, 61,5 % des interrogés (soit 152 médecins) affirmaient connaître la notion de corticophobie. En revanche, ils n'étaient que 44,9% à la rechercher en consultation (111 médecins).

64,4% des médecins de l'étude estimaient ne pas avoir de craintes à prescrire les dermocorticoïdes chez l'enfant (soit 159 médecins).



Graphique 12 : Craintes formulées par les MG concernant l'utilisation des DCT chez l'enfant

Les craintes du corps médical à l'égard des DCT étaient davantage en rapport avec une utilisation inadaptée par le patient ("mésusage thérapeutique") qu'avec les effets secondaires systémiques ou locaux du traitement en lui-même.

4) ÉTUDE STATISTIQUE MULTIVARIÉE :

A) Influence du genre des médecins sur la prescription des DCT chez l'enfant :

	MG Femmes (n=158)	MG Hommes (n=89)	p
MG prescrivant les DCT en première intention chez le nouveau-né de < 28 jours (n=48) :	30 (18,9%)	18 (20,2%)	p=0,81
MG prescrivant les DCT en première intention chez le nourrisson entre 1-24 mois (n=136) :	86 (54,5%)	50 (56,2%)	p=0,79
MG prescrivant les DCT en première intention chez l'enfant entre 2-6 ans (n=138) :	89 (56,3%)	49 (55,1%)	p=0,85
Moyenne des MG prescrivant les DCT chez l'enfant tout âge confondu entre 0 – 6 ans (n=107) :	68 43,2%	39 43,8%	p=0,93

B) Influence de l'ancienneté d'expérience des médecins sur la prescription des DCT chez l'enfant :

	MG < 20 ans d'exercice (n=163)	MG > 20 ans d'exercice (n=84)	p
MG prescrivant les DCT en première intention chez le nouveau-né de < 28 jours (n=48) :	34 (20,8%)	14 (16,7%)	p=0,43
MG prescrivant les DCT en première intention chez le nourrisson entre 1-24 mois (n=136) :	94 (57,7%)	42 (50%)	p=0,25
MG prescrivant les DCT en première intention chez l'enfant entre 2-6 ans (n=138) :	93 (57%)	45 (53,6%)	p=0,60
Moyenne des MG prescrivant les DCT chez l'enfant tout âge confondu entre 0 – 6 ans (n=107) :	74 45,2%	33 40,1%	p=0,46

C) Influence du genre des médecins sur les craintes à utiliser les DCT :

	MG Femmes (n=158)	MG Hommes (n=89)	p
MG ayant des craintes à prescrire les DCT (n=88) :	58 (36,7%)	30 (33,7%)	p=0,64

D) Influence de l'ancienneté d'expérience des médecins sur les craintes à utiliser les DCT :

	MG < 20 ans d'exercice (n=163)	MG > 20 ans d'exercice (n=84)	p
MG ayant des craintes à prescrire les DCT (n=88) :	57 (34,9%)	31 (36,9%)	p=0,76

IV) DISCUSSION :

1) PRÉVALENCE ET DIAGNOSTIC DE LA DERMATITE ATOPIQUE :

Dans notre étude, les médecins généralistes considèrent la poussée de dermatite atopique chez l'enfant comme un motif peu fréquent de consultation. Ils considèrent aussi qu'elle touche majoritairement le nourrisson entre 1-24 mois.

En effet, seulement 39,3% des médecins interrogés estimaient voir fréquemment des cas de DA de l'enfant au cabinet, mais il faut rappeler que dans notre étude 53,8% des médecins avaient une activité pédiatrique faible (inférieure à 25% des consultations journalières).

La DA est pourtant la dermatose la plus fréquente chez l'enfant, elle touche environ 12 à 15% des enfants en France et sa prévalence a triplé en 30 ans dans les pays industrialisés. (8-10)

L'Observatoire de Médecine Générale étant fermé depuis 2011, il n'existe pas de donnée récente concernant la fréquence des consultations en cabinet de médecine générale pour motif de DA mais une étude française menée en 2012 auprès de 80 généralistes de Haute-Normandie, la classait comme le diagnostic le plus souvent posé en cas de consultation pour lésions dermatologiques (18,9% des consultations dermatologiques de MG). (99)

La majorité (66,4%) des médecins jugeaient le diagnostic de poussée de DA facile à réaliser à l'examen clinique chez l'enfant.

Nous avons trouvé plus pertinent de les interroger sur l'aspect des lésions élémentaires de l'eczéma plutôt que sur leur connaissance de la classification de l'UK Working Party.

Même si celle-ci sert de référence au diagnostic dans la littérature, elle n'est pas pour autant le Gold Standard. La dermatite atopique est un diagnostic clinique et comme le montre notre étude, les MG restent avant tout des cliniciens. En effet, les lésions élémentaires de l'eczéma étaient bien connues et les médecins retenaient principalement comme signes diagnostiques : l'érythème (80,5%), la xérose cutanée (88%), le terrain atopique familial (95,1%) et le prurit (50%).

En revanche, 16,6% des médecins rattachait la présence de croûtes mélicériques au diagnostic classique de DA. Pourtant, il s'agit d'un signe typique de complication : l'impétiginisation de l'eczéma par le Staphylocoque Doré.

On peut donc s'interroger sur ce résultat, peut-être que la formulation de la question n'était pas assez claire, ainsi certains médecins généralistes auraient rattaché cette complication habituelle au tableau clinique classique ?

Concernant l'évaluation de la gravité des formes de DA de l'enfant, l'étude a mis en évidence une insuffisance d'utilisation de l'outil SCORAD (43% d'utilisateurs occasionnels). Et pour cause, 48% des médecins ne connaissait pas ce score.

Le SCORAD est un score validé dans la DA, créé en 1990, il prend en compte l'intensité des signes cliniques, l'extension de la dermatose et la sévérité des signes fonctionnels (insomnie, prurit, altération de la qualité de vie).

Il mériterait d'avoir sa place dans l'évaluation et le suivi par le généraliste car la DA est une maladie chronique de l'enfant qui perturbe fortement sa qualité de vie et celle de sa famille (en raison du prurit, des troubles de l'humeur et du sommeil induits, du caractère affichant de l'eczéma, du surcoût lié aux soins locaux) parfois même plus qu'au cours de l'asthme et du diabète. (54-55)

2) LE TRAITEMENT DE LA DERMATITE ATOPIQUE CHEZ L'ENFANT :

A) Amélioration de l'efficacité de la prescription des DCT par les MG :

En moyenne, 43,4% des médecins de notre étude prescrivaient les DCT en première intention en cas de poussée de DA non grave non compliquée chez l'enfant (tout âge confondu), pour une durée moyenne d'une semaine (43,3%) au rythme d'une application quotidienne (63,2%) et avec arrêt net sans décroissance des applications en fin de traitement (44,2%).

La plupart des médecins interrogés prescrivaient le DCT d'emblée sous la forme d'une association de première intention avec l'émollient (38,1%).

Cette pratique est conforme aux recommandations de la conférence de consensus : l'application du DCT une fois par jour en alternance avec l'émollient est tout aussi efficace qu'une application biquotidienne de DCT avec l'avantage de diminuer le risque de survenue d'effets indésirables. (64-65)

Pour comparaison, l'enquête nationale téléphonique menée en France entre Juin et Août 2004 par le comité d'experts de façon préalable à la conférence de consensus, avait retrouvé un taux de prescription des DCT de 28% en première intention par les généralistes contre 60% chez les dermatologues. (100) Aussi, une enquête nationale menée par un médecin généraliste lillois dans le cadre de son travail de thèse, avait interrogé 96 médecins généralistes français en 2015 et retrouvait quant à lui un taux de prescription des DCT de 76% en première intention dans la DA de l'enfant. (101)

Dans notre étude, les MG prescrivaient significativement moins de DCT chez le nouveau-né que chez le nourrisson ($p=2,6 \times 10^{-16}$) et chez le jeune enfant de 2-6 ans ($p=6,4 \times 10^{-17}$).

Ils prescrivaient aussi moins de DCT sur le visage que sur le corps chez tous les enfants ($p=3,8 \times 10^{-5}$). Et ils adaptaient également la classe de puissance du DCT prescrit à l'âge de l'enfant et à la localisation de l'atteinte :

- chez le nouveau-né et le nourrisson : la classe 1 était la plus utilisée sur le visage et la classe 2 sur le corps.
- chez l'enfant (2-6 ans) : c'est la classe 2 qui était la plus fréquemment utilisée pour le visage et la classe 3 pour le corps.

Pratiquement aucun médecin généraliste n'utilisait les DCT de classe 4 ni sur le visage ni sur le corps chez l'enfant, cela est rassurant car leur utilisation est réservée à l'usage spécialisé sous surveillance adaptée et durée limitée. Dans l'enquête nationale de 2004, la classe de dermocorticoïdes la plus utilisée par tous les médecins correspondait à la classe d'activité modérée (classe 2) comme dans notre étude et conformément aux recommandations. (100)

À noter également, presque un tiers des médecins de notre étude (30,9%) pouvaient prescrire le DCT de façon intermittente en traitement d'entretien entre deux poussées pour les formes sévères récalcitrantes ou rapidement récidivantes dès l'arrêt de la corticothérapie.

Cette méthode dite "proactive" sous la forme d'une application bi-hebdomadaire de DCT a prouvé son efficacité sur l'espacement des récurrences de poussées. (66)

Il semblerait donc que la conférence de consensus d'Octobre 2004 et l'élaboration successive des « guidelines » européennes de 2012 et 2018 aient contribué à promouvoir la prescription des dermocorticoïdes par les généralistes dans la DA de l'enfant.

B) Les déterminants de prescription des DCT par les MG :

Dans notre étude, le genre et l'ancienneté d'exercice du médecin n'avaient pas d'influence sur la prescription des DCT en première intention.

En revanche, l'âge de l'enfant et la localisation des lésions étaient déterminants de la prescription ou non de DCT ainsi que du choix de la classe de puissance utilisée.

Les signes cliniques conduisant les médecins à prescrire les DCT étaient les mêmes que ceux qu'ils retenaient pour poser le diagnostic de DA.

C) Prescription de DCT sur les lésions impétiginisées :

12,5% des généralistes prescrivaient les dermocorticoïdes sur les croûtes mélicériques surinfectées par le staphylocoque.

Cela soulève l'hypothèse d'un éventuel risque d'aggravation locale de l'impétiginisation.

En réalité, l'application des DCT contribue à diminuer la colonisation à Staphylocoque et a donc un rôle bénéfique curatif et préventif des surinfections cutanées.

Les applications de DCT et émoullients ne doivent pas être interrompues en cas de lésions impétiginisées typiques. Il convient de prescrire des soins locaux antiseptiques (efficacité démontrée du Dakin en application directe ou dilué dans le bain).

Les antibiotiques locaux ne sont pas recommandés car ils sont à risque de sensibilisation et de résistance au long terme. En cas d'extension ou de généralisation de l'infection, l'antibiothérapie orale est recommandée en privilégiant une céphalosporine de première génération en cure courte (comme la Céfalexine) car elle évite de sélectionner des SARM. (3)

En revanche, les DCT sont contre-indiqués en cas de dermatose infectieuse notamment virale (herpès, varicelle), de lésions d'acné, de rosacée et d'érythème fessier. (57)

D) Une utilisation trop systématique des antihistaminiques chez l'enfant :

Les MG prescrivaient trop systématiquement les antihistaminiques en première intention chez le nourrisson (12,1%) et chez l'enfant (23,1%), cette prescription augmentait significativement avec l'âge de l'enfant.

La cause probable à ce recours excessif est le motif de prescription inadapté : 61,4% des MG les prescrivaient en cas de prurit. Or le prurit est un symptôme quasi-constant et les études n'ont pas prouvé l'efficacité des antihistaminiques anti-H1 pour le soulager dans la DA. (81-82)

68,8% des médecins rapportaient les prescrire en cas d'insomnie invalidante selon la recommandation de la conférence de consensus : l'utilisation d'anti-H1 sédatifs comme l'Hydroxyzine peut s'envisager en cures courtes au cas par cas chez l'enfant si trouble sévère du sommeil.

Et 32,7% des médecins précisaient ne pas utiliser les antihistaminiques chez le nourrisson avant un an.

E) Les médecins généralistes totalement investis dans l'éducation thérapeutique et la prévention :

Le rôle de l'éducation thérapeutique qui fait partie intégrante de la prise en charge de la DA de l'enfant, est reconnu comme primordial par 93,5% des médecins, et ils étaient 88% à la pratiquer en consultation.

Concernant les mesures préventives dans la DA de l'enfant : 99,2% des médecins de l'étude les délivraient en consultation.

Les mesures fréquentes efficaces et validées (réduction de la fréquence et durée des lavages, utilisation de gel ou pain sans savon, application régulière d'émollients sur la peau) étaient très largement connues des médecins (préconisées en moyenne dans 69,3% des cas).

15,8% des médecins préconisaient un mode d'allaitement particulier en prévention primaire, il aurait été intéressant d'avoir eu la possibilité de leur faire préciser lequel. Car l'allaitement maternel exclusif (comme préconisé par la conférence de consensus) n'a pas apporté la preuve scientifique d'efficacité en prévention primaire de la DA chez l'enfant à risque (antécédent au 1^{er} degré d'atopie). (32)

En revanche, l'essai contrôlé randomisé allemand GINI paru en 2013, a prouvé que l'utilisation de certains laits hypo-allergéniques pendant les 4 premiers mois de vie, diminuait l'incidence cumulée à 10 ans de DA par rapport aux formules infantiles classiques chez les enfants à risque. (87 ; 88)

Donc pour la population générale, les médecins généralistes doivent continuer à promouvoir l'allaitement maternel. Mais pour les familles à risque d'atopie, un lait hydrolysé ayant fait la preuve de son efficacité (Nidal HA ou Nutramigen par exemple) doit être prescrit de la naissance jusqu'à la diversification, seul ou en complément de l'allaitement maternel.

Nous avons aussi pu remarquer que presque un tiers des interrogés (28,3%) favorisaient l'éviction des acariens (aspirations et aérations fréquentes, drap-housse et pyjama anti-acarien) mais cela n'a aucune efficacité sur l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de DA contrairement à la maladie asthmatique. Ceci peut éventuellement résulter d'une confusion des médecins entre DA et asthme du fait de leur évolution conjointe au cours de la marche atopique. Étant responsable de surcoûts liés aux soins, l'éviction des acariens ne doit pas être préconisée aux parents d'enfants atteints de DA. (93)

Enfin, on a constaté que les régimes alimentaires spéciaux (conduites d'éviction chez la mère ou l'enfant, et retard à la diversification chez le nourrisson) étaient préconisés par 9,5% des médecins. En fait, il s'agit d'attitudes désuètes.

Le retard à l'introduction voire l'éviction des aliments réputés allergisants (notamment œuf, arachide, poisson) ne diminuent ni la prévalence de la DA (ni celle de l'allergie alimentaire par ailleurs) chez l'enfant atopique. Au contraire, une étude récente a mis en évidence que plus le nombre d'aliments introduits dans la première année de vie du nourrisson est grand, plus le risque de DA est faible. (96-98)

Ainsi la tendance chez l'enfant atopique est actuellement à l'introduction précoce de l'ensemble des aliments, de préférence entre 17 et 24 semaines, âge de fenêtre de tolérance immunitaire.

F) Le médecin généraliste face aux autres thérapeutiques :

Comme dans toute maladie chronique, l'échec des traitements classiques conduit

fréquemment les patients et les médecins à se tourner vers des médecines parallèles. Dans notre étude, plus d'un quart des médecins avaient recours à une thérapeutique alternative, en tête de ces pratiques : l'homéopathie et les probiotiques, préconisés chacun par environ 12% des médecins.

Or à l'heure actuelle, aucun de ces traitements n'a réellement fait la preuve de son efficacité.

Certaines études portant sur les probiotiques, ont mis en évidence que la prise quotidienne de *Lactobacillus Rhamnosus* un mois avant l'accouchement chez la mère et pendant 6 mois en entretien chez la mère et l'enfant, diminuait le risque de développer une DA à 4 ans chez l'enfant à risque. Mais cette prise serait également associée à une sensibilisation accrue aux protéines de lait de vache et ne peut en conséquence être actuellement recommandée. (89-92)

G) Corticophobie et défiance des médecins vis à vis des dermocorticoïdes :

La corticophobie est le terme utilisée pour faire référence aux craintes vis à vis de l'utilisation des corticoïdes et notamment des DCT ici dans le cadre de la DA.

Il a été introduit par Tuft en 1979 à propos des craintes erronées des médecins à l'égard des corticoïdes dans l'asthme et leurs répercussions négatives sur la prise en charge des patients (102). Elle prend ses origines dans les années 1950, marquées par la découverte par Sulzberger de l'efficacité de l'Hydrocortisone dans la polyarthrite rhumatoïde et de l'essor de nouveaux DCT plus puissants dont l'utilisation initiale abusive s'est accompagnée d'effets indésirables graves notamment chez l'enfant. (103)

Dans la DA de l'enfant, la corticophobie fragilise l'adhésion au traitement local et reste actuellement la principale cause d'échec thérapeutique.

Ce phénomène a été majoritairement mis en évidence chez le patient et son entourage.

Une étude française menée en 2009 montrait un taux de 80,2% patients corticophobes (104).

Les études internationales de Charman et Hon et al. réalisées en 2000 et 2006 estimaient respectivement la prévalence des craintes chez les patients à 72,5% et à 40-60% selon la sévérité de l'eczéma. Ces deux études avaient également permis d'identifier les principales sources de crainte des patients : les effets indésirables cutanés et systémiques des DCT, mais certains patients incriminaient également la qualité de l'information délivrée par le médecin (74) ; (105). Une étude japonaise confirmait que plus le médecin informait le patient, moins celui-ci avait peur d'appliquer les DCT. (76)

En 2012, une étude française prouvait que la corticophobie était également présente chez 35% de pharmaciens d'officine (106). Qu'en est-il au sein de la communauté médicale? Les études sur ce sujet sont rares. Pourtant il semble que la corticophobie n'épargne pas les soignants et qu'elle se transmette directement du soignant vers le patient.

Dans notre étude, 61,5 % des médecins interrogés étaient familiers avec la notion de corticophobie, mais cependant ils étaient moins de la moitié à la dépister chez les patients en consultation (44,9%).

Seulement 35,6% des médecins interrogés rapportaient avoir des craintes à prescrire les dermocorticoïdes chez l'enfant. Ce pourcentage est bien inférieur à celui observé chez les patients dans les 2 études citées précédemment mais il est similaire à celui observé chez les pharmaciens d'officine. Les craintes les plus fréquemment rapportées par les MG étaient : le risque d'application trop prolongée ou trop importante (70,5%), le risque d'application sur des lésions infectées (69,3%), et le risque d'usage inadapté sans avis médical préalable (63,6%). Le risque de survenue d'effets secondaires étaient craints par seulement 31,8% des médecins

de l'étude. Ni le genre ni l'ancienneté d'expérience des médecins n'avaient d'influence sur les craintes à l'égard des DCT.

Les médecins généralistes de notre étude étaient davantage inquiets d'une utilisation inadaptée par les parents des DCT chez l'enfant (" mésusage thérapeutique ") que du risque infectieux ou des effets secondaires du traitement en lui-même.

Pour étoffer ce constat et préciser les avis des MG concernant les DCT, nous les avons interrogé sur certains items du questionnaire TOPICOP qui est l'outil validé internationalement pour le dépistage de la corticophobie chez le patient dans la DA. (107) Concernant le risque d'effets secondaires systémiques des dermocorticoïdes, les avis des médecins étaient assez mitigés (54,7% d'accords et 45,3% pas d'accord). Pourtant, ils n'étaient pas d'accord en grande majorité avec le risque de retard de croissance (72,8%) ou d'obésité (91,9%) induits par les DCT.

À propos des effets indésirables locaux (atrophie, dépigmentation, vergétures ou hypertrichose...), la position des médecins était plus tranchée : ils étaient d'accord à 83,4%. Et 70,5% des médecins étaient d'accord avec l'augmentation du risque infectieux local et général.

Il faut rappeler que seule une petite quantité des DCT appliqués passe dans la circulation générale. Chez l'enfant ce passage peut être plus important à cause de sa plus grande surface cutanée pour son faible poids, sa peau fine, l'application occlusive sous la couche.... Mais à puissance, doses et durée adaptées, l'usage des DCT chez l'enfant n'entraîne quasiment jamais d'effets systémiques. Les complications locales sont possibles mais plutôt rares et réversibles pour la plupart. L'efficacité et la sécurité d'emploi des DCT sont établies chez l'enfant, il n'y a donc pas lieu de craindre de les prescrire en première intention y compris chez l'enfant jeune quelque soit la localisation ou la sévérité de l'atteinte. (56-58) ; (64-65)

Ainsi dans notre étude, la tendance médicale vis à vis de l'utilisation des dermocorticoïdes chez l'enfant était à la prudence mais pas à l'éviction : plus de la moitié des médecins (56,7%) s'accordaient à ne pas éviter ou retarder le début du traitement mais la grande majorité (76,1%) était d'avis de réduire au maximum la durée du traitement.

3) VALIDITÉ DE L'ÉTUDE :

A) Forces de l'étude :

La double méthode de distribution du questionnaire par mail URPS et diffusion postale à des MG tirés au sort a permis de constituer un échantillon relativement important, avec un taux de participation atteignant presque 10%.

Ce chiffre semble se situer dans la moyenne haute de participation aux enquêtes de thèses de médecine générale du DUMG de Toulouse.

Une étude préliminaire de faisabilité du questionnaire a permis d'élaborer un questionnaire à la fois complet, concis et accessible pour les médecins généralistes autour des différents axes les plus pertinents de la pathologie.

Enfin, il s'agit d'un travail de thèse original qui n'a jamais été traité dans l'ex-région Midi Pyrénées. En effet à notre connaissance, le dernier travail de thèse effectué sur la dermatite atopique de l'enfant date de plus de 5 ans et il s'agissait d'une étude nationale menée par un

médecin généraliste du Nord Pas de Calais.

B) Faiblesses de l'étude :

L'échantillon des médecins sélectionnés n'est pas représentatif de la démographie médicale de l'ancienne région Midi Pyrénées (pour la répartition des genres, des tranches d'âge et de l'âge moyen des médecins). (108)

Il existe plusieurs biais au niveau du recrutement des médecins :

- Seuls ceux possédant une adresse mail répertoriée à l'URPS ont pu être contacté.
- La double méthode de diffusion du questionnaire a pu engendrer des doublons. Cependant au vue du taux d'abstention, on peut supposer ce biais peu significatif car il semble peu probable qu'un médecin ayant répondu au questionnaire papier, réponde une seconde fois par mail ou inversement.
- On peut penser que les médecins ayant répondu au questionnaire quelque soit son mode de diffusion, sont ceux qui sont les mieux formés ou ceux ayant le plus de connaissance ou les plus motivés par la dermatite atopique de l'enfant.

Par ailleurs, les médecins interrogés avaient finalement une activité pédiatrique faible (moins de 25% de leur relevé SNIR ou de consultations journalières).

Enfin le questionnaire comportait essentiellement des questions fermées à choix uniques ou multiples, nos propositions ont pu induire les réponses des médecins. Mais nous avons fait ce choix volontairement pour favoriser la participation et également faciliter l'analyse statistique.

C) Perspectives d'amélioration des pratiques :

Il serait souhaitable que l'utilisation du SCORAD se répande dans la pratique des médecins généralistes afin d'améliorer le dépistage des formes graves et l'évaluation du retentissement sur la qualité de vie de l'enfant. Par ailleurs, on pourrait améliorer le suivi via l'utilisation de l'auto-évaluation clinique des enfants avec un score validé, le PO-SCORAD (Patient Oriented SCORAD). Ce score participe également à l'autonomisation de l'enfant et le rend acteur à part entière de sa pathologie. Le SCORAD et le PO-SCORAD semblent bien corrélés chez les enfants atteints de dermatite atopique. (109)

Il est indispensable de promouvoir l'éducation thérapeutique au cabinet. Une étude réalisée en 2012 dans le nord de la France montrait que seulement 29% des médecins avait reçu une formation en éducation thérapeutique dermatologique (110). La mise en place de consultation dédiée d'éducation thérapeutique en médecine générale permettrait de préciser les conditions de bonne utilisation des DCT (source d'inquiétude avérée chez les médecins de notre étude) afin de rassurer les patients quant à leur sécurité et efficacité chez l'enfant.

Cela contribuerait à améliorer la bonne observance de ce traitement et à ainsi réduire l'échec thérapeutique dans la DA de l'enfant.

V) CONCLUSION :

La dermatite atopique est la dermatose la plus fréquente de l'enfant et donc un motif fréquent de consultation en médecine générale.

Notre étude montre que les pratiques des médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées sont relativement concordantes avec les recommandations européennes de 2012 et 2018 et celles de la conférence de consensus de 2004. Les signes diagnostiques, la place de l'éducation thérapeutique et les mesures de prévention étaient bien connus et largement préconisés par les médecins.

Par contre, la prescription des dermocorticoïdes pourrait être améliorée. En effet seulement 43,4% des médecins généralistes les prescrivent en première intention chez l'enfant de 0 à 6 ans, contre 45,2% de prescription d'un émollient seul et 7,7% d'abstention thérapeutique.

Quand les DCT étaient prescrits, la durée moyenne était d'une semaine au rythme d'une application par jour avec un arrêt net sans décroissance des applications en fin de traitement. Ils étaient aussi associés à la prescription d'un émollient, ce qui est conforme aux recommandations.

Les médecins généralistes prescrivent significativement moins de DCT chez le nouveau-né que chez le nourrisson et l'enfant entre 2 et 6 ans.

Ils adaptent également la classe de puissance du DCT à l'âge de l'enfant et à la localisation des lésions (visage versus corps).

Dans notre étude, 61,5 % des médecins interrogés étaient familiers avec la notion de corticophobie, pourtant ils étaient moins de la moitié à la dépister en consultation (44,9%), or ceci est un frein à l'observance du traitement par les parents.

Un tiers des médecins généralistes rapportaient avoir des craintes à prescrire les dermocorticoïdes chez l'enfant. Ces craintes sont principalement en rapport avec le risque d'usage inadapté des DCT par les parents d'enfants atteints de DA.

Cela souligne le rôle crucial de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant au cabinet de médecine générale : informer pour promouvoir une utilisation efficace et sécurisée des DCT chez l'enfant et lutter contre la corticophobie parentale qui reste à l'heure actuelle la principale cause d'échec thérapeutique.

Vu
Toulouse le 25/05/2020

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 26 mai 2020
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Purpan
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIÉ

VI) **BIBLIOGRAPHIE** :

1. Conférence de consensus : Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique. juin 2005;45(4):335-46.
2. Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I: Guidelines for treatment of atopic eczema. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. août 2012;26(8):1045-60.
3. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. J Eur Acad Dermatol Venereol. juin 2018;32(6):850-78.
4. Flohr C, Johansson SG., Wahlgren C-F, Williams H. How atopic is atopic dermatitis? Journal of Allergy and Clinical Immunology. juill 2004;114(1):150-8.
5. Thomsen SF, Ulrik CS, Kyvik KO, Hjelmberg J v. B, Skadhauge LR, Steffensen I, et al. Importance of genetic factors in the etiology of atopic dermatitis: A twin study. Allergy and Asthma Proceedings. 1 sept 2007;28(5):535-9.
6. Langan SM, Thomas KS, Williams HC. What Is Meant by a “Flare” in Atopic Dermatitis?: A Systematic Review and Proposal. 1 sept 2006;142(9).
7. Atopic eczema in children : management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. Clinical Guideline December 2007 Funded to produce guidelines for the NHS by NICE.
8. H. Aubert, C. Paul, C. Segard, J-F. Nicolas, J-F. Stalder. La dermatite atopique vue par les mamans: résultats d'une enquête nationale. Prévalence en France et évolution de la maladie chez l'enfant. 2012.
9. Williams H, Robertson C, Stewart A, Ait-Khaled N, Anabwani G, Anderson R, et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study of asthma and allergies in childhood. Journal of Allergy and Clinical Immunology. janv 1999;103(1):125-38.
10. Deckers IAG, McLean S, Linssen S, Mommers M, van Schayck CP, Sheikh A. Investigating International Time Trends in the Incidence and Prevalence of Atopic Eczema 1990–2010: A Systematic Review of Epidemiological Studies. Kirk M, éditeur. PLoS ONE. 11 juill 2012;7:e39803.
11. Mallol J, Crane J, von Mutius E, Odhiambo J, Keil U, Stewart A. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: A global synthesis. Allergologia et Immunopathologia. mars 2013;41:73-85.
12. Leung DYM. New insights into atopic dermatitis: role of skin barrier and immune dysregulation. Allergol Int Off J Jpn Soc Allergol. 2013 Jun;62(2):151–61.
13. Kelleher M, Dunn-Galvin A, Hourihane JO, Murray D, Campbell LE, McLean WHI, et al. Skin barrier dysfunction measured by transepidermal water loss at 2 days and 2 months predates and predicts atopic dermatitis at 1 year. J Allergy Clin Immunol. avr 2015;135(4):930-935.e1.
14. Ziyab AH, Karmaus W, Yousefi M, Ewart S, Schauburger E, Holloway JW, et al. Interplay of Filaggrin Loss-of-Function Variants, Allergic Sensitization, and Eczema in a Longitudinal Study Covering Infancy to 18 Years of Age. PLOS ONE. 5 mars 2012;7(3):e32721.
15. van den Oord RAHM, Sheikh A. Filaggrin gene defects and risk of developing allergic

sensitisation and allergic disorders: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009 Jul 9;339:b2433.

16. J.F.Nicolas, A.Nosbaum, F.Berard. Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie, n°213, Février 2012

17. Ring J, Darsow U, Behrendt H. Role of aeroallergens in atopic eczema: Proof of concept with the atopy patch test. *Journal of the American Academy of Dermatology*. juill 2001;45(1):S49-52.

18. Nicolie B. Place de l'allergie des pollens et dermatite atopique. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*. mars 2008;48(2):67-9.

19. Langan SM, Williams HC. What causes worsening of eczema? A systematic review. *British Journal of Dermatology*. sept 2006;155(3):504-14.

20. Cramer C, Link E, Koletzko S, Lehmann I, Heinrich J, Wichmann H-E, et al. The Hygiene Hypothesis Does Not Apply to Atopic Eczema in Childhood. *Chemical Immunology and Allergy* . Basel: KARGER; 2012. p. 15-23.

21. Schram ME, Tedja AM, Spijker R, Bos JD, Williams HC, Spuls PI. Is there a rural/urban gradient in the prevalence of eczema? A systematic review. *British Journal of Dermatology*. mai 2010;162(5):964-73.

22. Chen C-M, Sausenthaler S, Bischof W, Herbarth O, Borte M, Behrendt H, et al. Perinatal exposure to endotoxin and the development of eczema during the first 6 years of life. *Clinical and Experimental Dermatology*. Avr 2010;35(3):238-44.

23. Schmitt J, Schmitt NM, Kirch W, Meurer M. Early exposure to antibiotics and infections and the incidence of atopic eczema: A population-based cohort study. *Pediatric Allergy and Immunology*. mars 2010;21(2p1):292-300.

24. Cramer C, Link E, Bauer C-P, Hoffmann U, Von Berg A, Lehmann I, et al. Association between attendance of day care centres and increased prevalence of eczema in the German birth cohort study LISApplus: Association between attendance of day care centres and increased prevalence of eczema. *Allergy*. janv 2011;66(1):68-75.

25. Strachan DP. Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ*. 18 nov 1989;299(6710):1259-60.

26. Pelucchi C, Galeone C, Bach J-F, La Vecchia C, Chatenoud L. Pet exposure and risk of atopic dermatitis at the pediatric age: A meta-analysis of birth cohort studies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. sept 2013;132(3):616-622.e7.

27. Douwes J, Cheng S, Travier N, Cohet C, Niesink A, McKenzie J, et al. Farm exposure in utero may protect against asthma, hay fever and eczema. *European Respiratory Journal*. 1 sept 2008;32(3):603-11.

28. Mpairwe H, Webb EL, Muhangi L, Ndibazza J, Akishule D, Nampijja M, et al. Anthelmintic treatment during pregnancy is associated with increased risk of infantile eczema: randomised-controlled trial results: Deworming in pregnancy and allergy risk. *Pediatric Allergy and Immunology*. mai 2011;22(3):305-12.

29. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CKW, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet Lond Engl*. 2006;368(9537):733-43

30. Schuttelaar MLA, Kerkhof M, Jonkman MF, Koppelman GH, Brunekreef B, de Jongste JC, et al. Filaggrin mutations in the onset of eczema, sensitization, asthma, hay fever and the interaction with cat exposure. *Allergy*. déc 2009;64(12):1758-65.
31. Nutten S. Atopic Dermatitis: Global Epidemiology and Risk Factors. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2015;66(1):8-16.
32. Flohr C, Nagel G, Weinmayr G, Kleiner A, Strachan DP, Williams HC, et al. Lack of evidence for a protective effect of prolonged breastfeeding on childhood eczema: lessons from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Two: Breastfeeding and childhood eczema: ISAAC Phase Two. *British Journal of Dermatology*. déc 2011;165(6):1280-9.
33. Flohr C, Yeo L. Atopic Dermatitis and the Hygiene Hypothesis Revisited. In: Shiohara T : Pathogenesis and Management of Atopic Dermatitis. *Curr Probl Dermatol*. Basel, Karger, 2011, vol 41, p 1–34
34. Williams H, Flohr C. How epidemiology has challenged 3 prevailing concepts about atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. juill 2006;118(1):209-13.
35. Sherriff A, Golding J, Team TAS. Hygiene levels in a contemporary population cohort are associated with wheezing and atopic eczema in preschool infants. *Archives of Disease in Childhood*. 1 juill 2002;87(1):26-9.
36. Kelleher M, Dunn-Galvin A, Hourihane JO, Murray D, Campbell LE, McLean WHI, et al. Skin barrier dysfunction measured by transepidermal water loss at 2 days and 2 months predates and predicts atopic dermatitis at 1 year. *J Allergy Clin Immunol*. avr 2015;135(4):930-935.e1.
37. Forno E, Onderdonk AB, McCracken J, Litonjua AA, Laskey D, Delaney ML, et al. Diversity of the gut microbiota and eczema in early life. *Clinical and Molecular Allergy*. 2008;6(1):11.
38. Abrahamsson TR, Jakobsson HE, Andersson AF, Björkstén B, Engstrand L, Jenmalm MC. Low diversity of the gut microbiota in infants with atopic eczema. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 1 févr 2012;129(2):434-440.e2.
39. Kong HH, Oh J, Deming C, Conlan S, Grice EA, Beatson MA, et al. Temporal shifts in the skin microbiome associated with disease flares and treatment in children with atopic dermatitis. *Genome Research*. 1 mai 2012;22(5):850-9.
40. Totté JEE, van der Feltz WT, Hennekam M, van Belkum A, van Zuuren EJ, Pasmans SGMA. Prevalence and odds of *Staphylococcus aureus* carriage in atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*. oct 2016;175(4):687-95.
41. Yosipovitch G, Tran B, Papoiu A, Russoniello C, Wang H, Patel T, et al. Effect of Itch, Scratching and Mental Stress on Autonomic Nervous System Function in Atopic Dermatitis. *Acta Dermato Venereologica*. 2010;90(4):354-61.
42. Buske-Kirschbaum A, Gierens A, Höllig H, Hellhammer DH. Stress-induced immunomodulation is altered in patients with atopic dermatitis. *Journal of Neuroimmunology*. août 2002;129(1-2):161-7.
43. Schmid-Ott G, Jaeger B, Meyera,b S, Stephana,b E, Kapp A, Werfel T. Different expression of cytokine and membrane molecules by circulating lymphocytes on acute mental stress in patients with atopic dermatitis in comparison with healthy controls. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. sept 2001;108(3):455-62.

44. Peters EMJ, Michenko A, Kupfer J, Kummer W, Wiegand S, Niemeier V, et al. Mental Stress in Atopic Dermatitis – Neuronal Plasticity and the Cholinergic System Are Affected in Atopic Dermatitis and in Response to Acute Experimental Mental Stress in a Randomized Controlled Pilot Study. *Oberszyn TM, éditeur. PLoS ONE.* 2 déc 2014;9(12)
45. Hashizume H, Takigawa M. Anxiety in allergy and atopic dermatitis: Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology. *oct 2006;6(5):335-9.*
46. Williams H, Flohr C. How epidemiology has challenged 3 prevailing concepts about atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* Juill 2006;118(1):209-13.
47. Zheng T, Yu J, Oh MH, Zhu Z. The Atopic March: Progression from Atopic Dermatitis to Allergic Rhinitis and Asthma. *Allergy, Asthma and Immunology Research.* 2011;3(2):67.
48. Dharmage SC, Lowe AJ, Matheson MC, Burgess JA, Allen KJ, Abramson MJ. Atopic dermatitis and the atopic march revisited. *Allergy.* janv 2014;69(1):17-27.
49. Ricci G, Dondi A, Neri I, Ricci L, Patrizi A, Pession A. Atopic dermatitis phenotypes in childhood. *Italian Journal of Pediatrics.* 2014;40(1):46.
50. Goksör E, Loid P, Alm B, Åberg N, Wennergren G. The allergic march comprises the coexistence of related patterns of allergic disease not just the progressive development of one disease. *Acta Paediatrica.* 1 déc 2016;105(12):1472-9.
51. Williams HC, Jburney PG, Hay RJ, Archer CB, Shipley MJ, Ahunter JJ, et al. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis.: I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology.* sept 1994;131(3):383-96.
52. Severity Scoring of Atopic Dermatitis: The SCORAD Index. *Dermatology.* 1993;186:23-31.
53. Ben-Gashir MA, Seed PT, Hay RJ. Quality of life and disease severity are correlated in children with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology.* févr 2004;150(2):284-90.
54. Lewis-Jones S. Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. *International Journal of Clinical Practice.* 2006;60(8):984-92
55. Su JC, Kemp AS, Varigos GA, Nolan TM. Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Archives of Disease in Childhood.* 1 févr 1997;76(2):159-62.
56. Guillot B. Effets indésirables cutanés des glucocorticoïdes. *La Revue de Médecine Interne.* mai 2013;34(5):310-4.
57. B. Lebrun-Vignes, O. Chosidow. *Les dermocorticoïdes.* Elsevier Masson 2014. 98-900-A610
58. Céline Zenklusen, Laurence Feldmeyer. Dermocorticoïdes : incontournables et redoutés. *Rev Med Suisse* 2014; volume 10. 821-826
59. Callen J, Chamlin S, Eichenfield LF, Ellis C, Girardi M, Goldfarb M, et al. A systematic review of the safety of topical therapies for atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology.* févr 2007;156(2):203-21.
60. Ozon A, Cetinkaya S, Alikasifoglu A, Gonc EN, Şen Y, Kandemir N. Inappropriate Use of Potent Topical Glucocorticoids in Infants. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism [Internet].* Janv 2007:20(2).

61. Levin C, Maibach HI. Topical Corticosteroid-Induced Adrenocortical Insufficiency: Clinical Implications. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2002;3(3):141-7.
62. Charman C, Williams H. The use of corticosteroids and corticosteroid phobia in atopic dermatitis. *Clinics in Dermatology*. mai 2003;21:193-200.
63. Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. *Journal of the American Academy of Dermatology*. Janv 2006;54(1):1-15
64. Hoare C, Li Wan Po A, Williams H. Systematic review of treatments for atopic eczema. *Health Technol Assess*. 2000;4(37):1-191.
65. Thomas KS. 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*. 30 mars 2002;324(7340):768-768.
66. Hanifin J, Gupta AK, Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients. *British Journal of Dermatology*. Sept 2002;147(3):528-37
67. SJ Braham, R Pugashetti, J Koo, and HI Maibach. Occlusive therapy in atopic dermatitis: overview. *J Dermatolog Treat* 2010;21:62-72
68. Chamlin SL, Kao J, Frieden IJ, Sheu MY, Fowler AJ, Fluhr JW, et al. Ceramide-dominant barrier repair lipids alleviate childhood atopic dermatitis: Changes in barrier function provide a sensitive indicator of disease activity. *Journal of the American Academy of Dermatology*. août 2002;47(2):198-208.
69. Grimalt R, Mengeaud V, Cambazard F. The Steroid-Sparing Effect of an Emollient Therapy in Infants with Atopic Dermatitis: A Randomized Controlled Study. *Dermatology*. 2007;214(1):61-7.
70. Schneider L, Tilles S, Lio P, Boguniewicz M, Beck L, LeBovidge J, et al. Atopic dermatitis: A practice parameter update 2012. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. févr 2013;131(2):295-299.e27.
71. Barbarot S., Gagnayre R., Bernier C., Chavigny JM., Chiaverini C., Lacour JP., Dupre-Goetghebeur D., Misery L., Piram M., Cuny JF., Dega H., Stalder JF. ; Groupe Education Thérapeutique de La Société Française de Dermatologie. Guide pour un programme d'éducation dans la dermatite atopique *Ann Dermatol Venereol*. 2007 Feb;134(2):121-7
72. J-M . Chavigny, F. Adiceom, C. Bernier, M. Debons, J-F. Stalder. « École de l'atopie », évaluation d'une expérience d'éducation thérapeutique chez 40 malades. *Ann Dermatol Venereol* 2002;129:1003-7
73. Cork MJ, Britton J, Butler L, Young S, Murphy R, Keohane SG. Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *British Journal of Dermatology*. sept 2003;149(3):582-9.
74. Charman CR, Morris AD, Williams HC. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema: CORTICOSTEROID PHOBIA IN ATOPIC ECZEMA. *British Journal of Dermatology*. mai 2000;142(5):931-6.
75. 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.

76. Fukaya M. Why Do Patients with Atopic Dermatitis Refuse to Apply Topical Corticosteroids? *Dermatology*. 2000;201:242-5.

77. Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, Le Rhun A, Leux C, Mazereeuw-Hautier J, et al. TOPICOP : A New Scale Evaluating Topical Corticosteroid Phobia among Atopic Dermatitis Outpatients and Their Parents. Szecsi PB, éditeur. *PLoS ONE*. 16 oct 2013;8(10):e76493.

78. Kang S, Lucky AW, Pariser D, Lawrence I, Hanifin JM. Long-term safety and efficacy of tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis in children. *Journal of the American Academy of Dermatology*. janv 2001;44(1):S58-64.

79. Reitamo S, Van Leent EJM, Ho V, Harper J, Ruzicka T, Kalimo K, et al. Efficacy and safety of tacrolimus ointment compared with that of hydrocortisone acetate ointment in children with atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. mars 2002;109(3):539-46.

80. Remitz A, Harper J, Rustin M, Goldschmidt W, Palatsi R, van der Valk P, et al. Long-term Safety and Efficacy of Tacrolimus Ointment for the Treatment of Atopic Dermatitis in Children. *Acta Dermato-Venereologica*. 2007;87(1):54-61.

81. Matteredne U, Böhmer MM, Weisshaar E, Jupiter A, Carter B, Apfelbacher CJ. Antihistaminiques H1 oraux comme traitement d'appoint au traitement topique de l'eczéma. *Cochrane Systematic Review*. Publication 22 Janvier 2019.

82. Blume-Peytavi U, Metz M. Atopic dermatitis in children: management of pruritus: Pruritus management in atopic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. nov 2012;26:2-8.

83. Flohr C, Mann J. New approaches to the prevention of childhood atopic dermatitis. *Allergy*. janv 2014;69(1):56-61.

84. Simpson EL, Chalmers JR, Hanifin JM, Thomas KS, Cork MJ, McLean WHI, et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. oct 2014;134(4):818-23.

85. Yang YW, Tsai CL, Lu CY. Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *British Journal of Dermatology*. août 2009;161(2):373-83.

86. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW, and the Committee on Nutrition and Section on Allergy and Immunology. Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Timing of Introduction of Complementary Foods, and Hydrolyzed Formulas. *PEDIATRICS*. 1 janv 2008;121(1):183-91.

87. J-L Brochot, Dermatite atopique du nourrisson : alimentation et diversification, *Pédiatrie Pratique*, le 19 avr 2009.

88. von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Krämer U, Hoffmann B, Link E, Beckmann C, et al. Allergies in high-risk schoolchildren after early intervention with cow's milk protein hydrolysates: 10-year results from the German Infant Nutritional Intervention (GINI) study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. juin 2013;131(6):1565-1573.e5.

89. Taylor AL, Dunstan JA, Prescott SL. Probiotic supplementation for the first 6 months of life fails

- to reduce the risk of atopic dermatitis and increases the risk of allergen sensitization in high-risk children: A randomized controlled trial. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. janv 2007;119(1):184-91.
90. Osborn DA, Sinn JK. Probiotics in infants for prevention of allergy. *Cochrane Neonatal Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Publication 28 mars 2013.
91. Pelucchi C, Chatenoud L, Turati F, Galeone C, Moja L, Bach J-F, et al. Probiotics Supplementation During Pregnancy or Infancy for the Prevention of Atopic Dermatitis: A Meta-analysis. *Epidemiology*. mai 2012;23(3):402-14.
92. Nankervis H, Pynn EV, Boyle RJ, Rushton L, Williams HC, Hewson DM, Platts-Mills T. Mesures de réduction et d'éviction des acariens dans le traitement de l'eczéma, Groupe de Revue Principal *Cochrane*, publiée en janvier 2015
93. Harris JM, Williams HC, White C, Moffat S, Mills P, Newman Taylor AJ, et al. Early allergen exposure and atopic eczema. *British Journal of Dermatology*. avr 2007;156(4):698-704.
94. Muraro A, Dreborg S, Halken S, Host A, Niggemann B, Aalberse R, et al. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part III: Critical review of published peer-reviewed observational and interventional studies and final recommendations*. *Pediatric Allergy and Immunology*. août 2004;15(4):291-307.
95. Kramer MS, Kakuma R. Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child: Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*. Juin 2014;9(2):447-83.
96. Roduit C, Frei R, Loss G, Büchele G, Weber J, Depner M, et al. Development of atopic dermatitis according to age of onset and association with early-life exposures. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 1 juill 2012;130(1):130-136.e5.
97. Early complementary feeding and risk of food sensitization in a birth cohort. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 1 mai 2011;127(5):1203-1210.e5.
98. Chuang C-H, Hsieh W-S, Chen Y-C, Chang P-J, Hurng B-S, Lin S-J, et al. Infant feeding practices and physician diagnosed atopic dermatitis: a prospective cohort study in Taiwan. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2011;22(1-Part-I):43-9.
99. Thèse d'exercice de Médecine Générale. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie. Par Stéphanie Avogadro-Leroy, soutenue en 2012.
100. Barbarot S, Beauchet A, Zaid S, Lacour JP, Groupe de Recherche Clinique en Dermatologie Pédiatrique. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant par les dermatologues, pédiatres, médecins généralistes et allergologues : enquête nationale de pratique. *Ann Dermatol Vénereol* 2005 ; 132 : 1S261-1S273
101. Thèse d'exercice de Médecine Générale. La dermatite atopique chez le nourrisson et le jeune enfant (de 2 ans à 6 ans) : descriptif de l'usage des dermocorticoïdes en médecine générale. Par Guillaume Demarest, publiée en juin 2015.
102. L. Tuft. « Steroid-phobia » in asthma management. *Ann Allergy*. 1 mars 1979;42(3):152-9.
103. B Burkholder Topical corticosteroids : An update. *Curr Probl Dermatol* 2000 (12)
104. Thèse d'exercice de Médecine Dermatologie et vénéréologie : La corticophobie dans la dermatite

atopique : création et validation d'un outil d'évaluation / Hélène Wastiaux Aubert; sous la direction de Sébastien Barbarot. Publiée en 2009, 1vol.(125p).

105. Hon K-LE, Kam W-YC, Leung T-F, Lam M-CA, Wong K-Y, Lee K-CK, et al. Steroid fears in children with eczema. *Acta Paediatrica*. 2006;95(11):1451-5.

106. Florin V, Florin S, Delaporte E et al. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la dermatite atopique. *Ann Venereol* 2012 ; 139(Suppl.) :B65.

107. Aubert H, Stalder J-F, Moret L, Barbarot S. Corticophobie dans la dermatite atopique : étude internationale de validation du score TOPICOP. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 déc 2016;143(12, Supplement):S140-1.

108. La démographie médicale En Région Midi-Pyrénées Situation en 2015, quatrième édition des Atlas régionaux de la démographie médicale, par le Conseil national de l'Ordre des médecins

109. Oosterhout M van, Janmohamed SR, Spierings M, Hiddinga J, Spek FB de W der, Oranje AP. Correlation between Objective SCORAD and Three-Item Severity Score Used by Physicians and Objective PO-SCORAD Used by Parents/Patients in Children with Atopic Dermatitis. *DRM*. 2015;230(2):105-12

110. Thèse d'exercice de Médecine Générale. Etat des lieux des pratiques et des attentes des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais dans la prise en charge éducative des patients souffrant de pathologies dermatologiques chroniques. Par Céline Roussel, publiée en 2012.

VII) ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

1. Préciser votre genre et renseigner votre âge :

Femme

Homme

Votre âge : ____ ans

2. Cocher votre statut de médecin généraliste :

Remplaçant

Installé

Collaboration

Et précisez depuis quand vous exercez sous ce statut :

Moins de 5 ans

Entre 10 et 20 ans

Entre 5 et 10 ans

Plus de 20 ans

3. Quel est votre type d'activité ? (Pour les médecins remplaçants, cocher l'activité majoritaire)

Rurale

Semi-rurale

Urbaine

Et dans quel département l'exercez-vous ? (Pour les médecins remplaçants, précisez le département de plus forte activité)

Numéro du département (2 chiffres) : ____

4. Avez-vous suivi des formations complémentaires parmi les suivantes ?

- Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter-Universitaire en relation avec la Pédiatrie
- Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter-Universitaire en relation avec la Dermatologie
- Chargé de cours en Pédiatrie au sein du pôle du DMG
- Formation Médicale Continue (FMC)
- Autres, préciser laquelle : _____

5. Exercez-vous une activité : (cocher 1 ou plusieurs cases possibles)

En cabinet ou en Maison de Santé ?

En PMI?

En pouponnière ?

En crèche?

En milieu scolaire ?

Hospitalière dans un service pédiatrique ?

6. Quel pourcentage représente approximativement la population pédiatrique dans votre patientèle ? (vous pouvez vous aider de votre relevé du SNIR)

> 50 %

Entre 25-50%

< 25%

7. A quelle fréquence, considérez-vous voir des Dermatites Atopiques chez les enfants : (cocher 1 case)

Jamais

Occasionnellement

Souvent

Beaucoup

8. Quelle est la tranche d'âge majoritaire de votre patientèle pédiatrique atteinte de Dermatite Atopique ?

Tranche d'âge	Nouveau-né (<28jours)	Nourrissons (de 28 jours à 2 ans)	Enfant (de 2 ans à 6 ans)
Cocher <u>une</u> case :			

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

- Oui Non

10. Quels symptômes classiques et habituels reprenez-vous pour poser le diagnostic de poussée de Dermatite Atopique ? (Cocher une ou plusieurs réponses)

- Caractère non prurigineux Oedème / vésicules
 Croûtes mélicériques Xérose cutanée
 Erythème cutané Atteinte du siège
 Début tardif après 2 ans Terrain atopique familial
 Autres, préciser: _____

11. Avez-vous recours à l'outil SCORAD pour évaluer la gravité de la Dermatite Atopique ?

- Jamais Rarement Souvent Toujours Je ne connais pas ce score

12. Dans la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant, quel rôle joue l'éducation thérapeutique d'après vous ?

- Primordial Secondaire N'a pas sa place

La pratiquez-vous en consultation ?

- Oui Non

13. Conseillez-vous des mesures de prévention particulières aux parents ?

(cocher une ou plusieurs cases)

- Eviction des acariens Utilisation de gel/pain sans savon
 Utilisation de probiotiques Eviction des vêtements en laine
 Limiter la durée de lavage Limiter la fréquence de lavage
 Désensibilisation Retarder la diversification alimentaire
 Application quotidienne et régulière d'émollients après la toilette
 Régime particulier : chez la femme enceinte et/ou chez l'enfant
 Privilégier un mode allaitement particulier : maternel exclusif / lait hydrolysé de PLV
 Aucune mesure particulière
 Autres, préciser : _____

14. En cas de poussée non compliquée de Dermatite Atopique, quel(s) traitement(s) prescrivez-vous en première intention selon l'âge du patient ? (cocher une ou plusieurs cases par colonne d'âge)

	Chez le NN (<28 jours)	Chez le NRS (28 jours à 2 ans)	Chez l'enfant (2 à 6 ans)
Aucun traitement			
Emollients			
Dermocorticoïdes			
Corticothérapie générale			
Antibiotiques oraux			
Antibiotiques locaux			
Antihistaminiques			
Autre thérapeutique, préciser :			

15. Devant quels signes cliniques de Dermatite Atopique prescrivez-vous des dermocorticoïdes dans votre pratique ?

- Érythème Xérose cutanée isolée Oedème / Vésicules
 Suintement Lichénification Croûtes mélicériques
 Autres, préciser le(s)quel(s) : _____

16. Quelles classes de dermocorticoïdes prescrivez-vous en fonction de l'âge et des localisations ?

(cocher une ou plusieurs cases par colonne d'âge et de localisation)

Classe de DC	Nouveau Né (<28 jours)		Nourrisson (28 jours à 2 ans)		Enfant (2 ans à 6 ans)	
	Visage	Corps	Visage	Corps	Visage	Corps
Pas de prescription de DC						
Classe IV (très forte) (Exemples : Dermoval, Diprolène)						
Classe III (forte) : (Exemples : Betneval, Diprosone, Nerisone, Locoid, Flixovate, Efficort)						
Classe II (modérée) : (Exemples: Tridesonit, Locapred)						
Classe I (faible) : (Exemples: Hydracort, Hydrocortisone)						

17. Durée moyenne de prescription habituelle des dermocorticoïdes (jusqu'à rémission/blanchiment des lésions) :

- Inférieure ou égale à 3 jours Environ 1 semaine
 Entre 1 à 2 semaines > 15 jours
 Autre, préciser votre durée : _____

18. Nombre d'applications locales de dermocorticoïdes prescrites par jour :

- 1/jour 2/jour > 2/jour Autre, préciser: ___

19. Quelle est votre attitude concernant l'interruption du traitement d'attaque par dermocorticoïdes ? (Plusieurs réponses possibles)

- Je préfère un arrêt avec décroissance des doses en fin de traitement
 Je préconise un arrêt net sans décroissance en fin de traitement
 Il m'arrive de les utiliser de façon intermittente en entretien si l'atteinte est récalcitrante / récidivante d'emblée à l'arrêt

20. La notion de corticophobie vous est-elle familière ?

- Oui Si oui, la recherchez-vous en consultation ? Oui Non
 Non

21. Contrôlez-vous à l'interrogatoire la quantité utilisée de dermocorticoïdes par les patients

en fonction du nombre de tubes que vous leur avez prescrits ?

- Oui Non

22. Avez-vous des craintes à prescrire des dermocorticoïdes en traitement d'attaque d'une poussée non compliquée de Dermatite Atopique ? Oui Non

Si Oui, la ou lesquelles(s) ? (cocher une ou plusieurs réponses)

- Le risque potentiel d'effets secondaires
 Le risque d'application trop importante ou trop prolongée
 Le risque d'application sur des lésions surinfectées
 L'application sur les paupières
 Le risque de corticodépendance (récidive à l'arrêt)
 La méfiance ou le refus parental quant à l'utilisation des dermocorticoïdes chez leur enfant
 L'application inadaptée sur diverses lésions cutanées sans avis médical préalable
 Autre, préciser : _____

23. Que pensez-vous des affirmations suivantes concernant les dermocorticoïdes topiques (DCT) ? (Cocher une case par ligne)

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les DCT ont un risque d'effets systémiques				
Les effets des DCT peuvent induire un retard de croissance				
Les DCT favorisent les surinfections (cutanées et autres)				
Les DCT favorisent l'obésité				
Les DCT peuvent induire des lésions cutanées (atrophie cutanée, vergetures, hypertrichose, dépigmentation)				
Il faut retarder au maximum la prescription de DCT voire l'éviter si possible				
Il faut réduire au maximum la durée du traitement				
Les DCT sont photosensibilisants				

24. Dans quelle(s) situation(s) prescrivez vous des anti-histaminiques dans la Dermatite Atopique ?

(cocher une ou plusieurs réponses)

- Jamais
 Je n'en prescris pas chez le nourrisson avant 1 an
 En cas de prurit rapporté par les parents
 Au cas par cas si insomnie invalidante
 Systématiquement

25. Avez-vous recours à des thérapeutiques complémentaires dans la prise en charge de la Dermatite Atopique de l'enfant ? (cocher une ou plusieurs cases)

- Homéopathie Acupuncture

- Phytothérapie
- Compléments alimentaires et vitamines
- Ostéopathie
complémentaire
- Autres, préciser lesquelles : _____

- Huiles essentielles
- Probiotiques
- Aucune thérapeutique

Annexe 2 : Lettre adressée aux médecins et accompagnant le questionnaire

Bonjour,

Actuellement à la fin de mon cursus de Médecine Générale à la faculté de Toulouse, j'effectue un travail de thèse sous la direction du Dr Leila LATROUS, qui consiste à mener un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes d'Occitanie sur la prise en charge de la Dermatite Atopique (DA) de l'enfant au cabinet.

Je vous invite donc à répondre à ce court questionnaire de 25 questions indépendantes en seulement quelques minutes. Il s'agit d'un questionnaire anonyme dont l'exploitation des données est exclusivement réservée à mon travail de thèse.

Merci par avance pour votre attention et participation, bien confraternellement.

Adrien Dostal

Annexe 3 : Scores de gravité SCORAD et PO-SCORAD (source : site Fondation Eczéma)

SCORAD
EUROPEAN TASK FORCE
ON ATOPIC DERMATITIS

INSTITUTION: _____
PHYSICIAN: _____

Last Name: _____ First Name: _____
Date of Birth: _____ Sex: M / F
Date of Visit: _____

Topical Steroid used:
Potency (order name): _____
Amount / times: _____
Number of times / month: _____

Figures in parentheses for children under two years

A. EXTENT (Mean body area involved) _____

B. INTENSITY _____

CRITERIA	INTENSITY	MEANS OF CALCULATION
Itchiness		Intensity (0-3)
Redness/Pinkness		0 = none, 1 = mild, 2 = moderate, 3 = severe
Crusting		
Swelling		
Lichenification		
Cracks		

C. SUBJECTIVE SYMPTOMS
PRURITUS + SLEEP LOSS

SCORAD $A/5 + 7B/2 + C$ _____

Pruritus (last 3 days or nights) (0-10) _____
Sleep Loss (last 3 days or nights) (0-10) _____

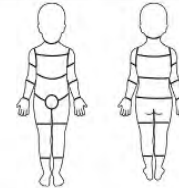
TREATMENT: _____
REMARKS: _____

PO-SCORAD à J _____

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

● Surface atteinte

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



Sur le dessin,
hachurez les zones d'eczéma.

● Intensité des symptômes

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

* La sécheresse est évaluée sur la peau sans eczéma.

● Symptômes subjectifs : démangeaisons + troubles du sommeil

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



Le calcul de votre PO-SCORAD sera fait automatiquement sur votre médication ou votre symptôme à l'aide d'une application que vous pouvez télécharger : votre ordinateur créera une courbe selon l'évolution de votre eczéma, vous pourrez l'imprimer et la transmettre à votre médecin.

PO SCORAD du jour :

Recherchez vous sur : PO-SCORAD sur Google Play et Apple store
<http://www.opend4-dermatology.com>
ou www.fondation-dermatite-atopique.org

Annexe 4 : Questionnaire TOPICOP

: score de corticophobie : TOPICOP

Questionnaire Eczéma et crèmes corticoïdes

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

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

Cochez une case par ligne

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

CROYANCES : 6 items

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

COMPORTEMENT : 6 items

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

Évaluation de la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant par les médecins généralistes de l'ex-région Midi Pyrénées.

Intro : La dermatite atopique est la dermatose la plus fréquente chez l'enfant, c'est donc un motif de consultation courant en médecine générale. Elle bénéficie de recommandations récentes : conférence française de consensus de 2004 et « guidelines » européennes de 2012 et 2018. Nous avons voulu évaluer les pratiques des médecins généralistes de l'ex-Midi Pyrénées afin de les comparer aux recommandations actuelles. **Méthode** : Étude observationnelle transversale descriptive avec envoi d'un questionnaire du 01/02/2020 au 31/03/2020 aux médecins généralistes de l'ex Midi-Pyrénées selon 2 méthodes : par mail à ceux inscrits à l'URPS ; par voie postale après tirage au sort. **Résultats** : 247 questionnaires ont été étudiés. 43,4% des médecins généralistes prescrivent les dermocorticoïdes en première intention chez l'enfant de 0 à 6 ans ; contre 45,2% l'émollient seul et 7,7% d'abstention thérapeutique. Conformément aux recommandations, les DCT étaient prescrits en moyenne une semaine, une fois par jour en association avec un émollient. Les MG adaptent également la puissance du DCT à l'âge de l'enfant et à la localisation des lésions mais ils sont en revanche trop nombreux à prescrire des antihistaminiques. Dans notre étude, 61,5 % des médecins interrogés étaient familiers avec la notion de corticophobie, pourtant ils n'étaient que 44,9% à la dépister en consultation, or ceci est un frein à l'observance du traitement par les parents. Un tiers des médecins généralistes rapportaient avoir des craintes à prescrire les DCT chez l'enfant. **Discussion** : Les pratiques des médecins interrogés sont en adéquation avec les recommandations en matière de diagnostic, de traitement, et de prévention dans la dermatite atopique de l'enfant. Le taux de prescription des dermocorticoïdes en première intention pourrait être amélioré. L'éducation thérapeutique permettrait de promouvoir l'utilisation efficace et sécurisée des DCT chez l'enfant, et de réduire la corticophobie parentale qui reste actuellement la principale cause d'échec thérapeutique.

Mots-clés : dermatite atopique de l'enfant, médecine générale, eczéma, dermocorticoïdes, corticophobie

Evaluation of the management of atopic dermatitis in children by general practitioners in the former Midi Pyrénées.

Intro : Atopic dermatitis is the most frequent dermatosis in children, it is therefore a common reason to consult general practitioners. It benefits from recent recommendations : French consensus conference in 2004 and European "guidelines" in 2012 and 2018. We wanted to assess the practices of general practitioners in the former Midi Pyrenees in order to compare them with current recommendations. **Method** : Descriptive cross-sectional observational study lead by an investigation between 01/02/2020 to 31/03/2020 on general practitioners in the former Midi-Pyrénées using 2 methods: by email to those registered with the URPS; by post after drawing lots. **Results** : 247 questionnaires were studied. 43.4% of GP prescribe first-line dermocorticoids in children 0 to 6 years old; compared with 45.2% for the emollient alone and 7.7% for therapeutic abstention. In accordance with the recommendations, DCTs were prescribed on average for one week, once a day in combination with an emollient. GP also adapt the power of DCT to the age of the child and the location of the lesions, but they are too numerous to prescribe antihistamines. In our study, 61.5% of the GP were familiar with the concept of corticophobia, yet only 44.9% detected it in consultation, unfortunately it is a hindrance to therapeutic adherence of parents. A third of GP reported concerns about prescribing DCTs in children. **Discussion** : The practices of the doctors interviewed are in line with the recommendations in terms of diagnosis, treatment and prevention in atopic dermatitis in children. The prescription rate for first-line dermocorticoids could be improved. Therapeutic education would promote the effective and safe use of DCT in children, and reduce parental corticophobia, which remains the main cause of therapeutic failure.

Keywords : childhood atopic dermatitis, general medicine, eczema, dermocorticoids, corticophobia

Discipline administrative: MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne –31062 TOULOUSE Cedex 04 France