

Dermocorticoïdes : quelle place leur donner en 2025 ?



L. Ronjat
Cabinet libéral de Dermatologie
ANDORRE

RÉSUMÉ : En 2025, les dermocorticoïdes (DC) conservent une place centrale dans la prise en charge des dermatoses inflammatoires (dermatite atopique, psoriasis, lichen plan, lichen scléreux etc.), demeurant le traitement de 1^{re} intention grâce à leur efficacité démontrée. Malgré l'émergence de thérapies topiques, ils restent indispensables dans l'arsenal thérapeutique dermatologique.

Les effets indésirables sont globalement rares lorsque l'on se conforme aux recommandations. Effet le plus fréquent, l'atrophie cutanée survient principalement sur le visage et les plis avec les corticoïdes d'activité forte à très forte utilisés de façon prolongée. Elle reste généralement réversible. Le syndrome de sevrage reste peu fréquent : plus de 98 % des cas surviennent après une application fréquente, prolongée et continue (≥ 6 mois) sur le visage ou la région génitale.

Chez la femme enceinte, aucune association n'a été retrouvée entre l'exposition maternelle aux dermocorticoïdes et des événements indésirables pendant la grossesse. La corticophobie topique est fréquente chez les patients, leur entourage et certains soignants. Elle demeure la première cause d'échec thérapeutique. L'éducation thérapeutique du patient est un levier clé pour améliorer l'adhésion et l'efficacité des traitements.

POINTS FORTS

- Efficacité maintenue en 2025 : les dermocorticoïdes (DC) restent le traitement de 1^{re} intention pour de nombreuses dermatoses inflammatoires courantes.
- Tolérance : les effets indésirables sont rares quand on respecte les recommandations. L'atrophie cutanée, surtout sur le visage et dans les plis, reste l'effet le plus fréquent et nécessite une utilisation prudente.
- Syndrome de sevrage aux DC : peu observé ; plus de 98 % des cas surviennent uniquement en cas d'applications fréquentes, d'usage prolongé et continu (≥ 6 mois) sur le visage ou la région génitale.
- Sécurité pendant la grossesse : aucune association causale n'a été démontrée entre l'exposition maternelle aux DC et les événements indésirables durant la grossesse ou l'accouchement.
- Corticophobie topique : encore fréquente chez les patients et les soignants, elle reste la première cause d'échec thérapeutique par sous-utilisation injustifiée des dermocorticoïdes.



©Tazhanova@Stock

Retrouvez cette fiche en flashant
le QR code ci-dessous



Les dermocorticoïdes (DC) représentent aujourd'hui encore **l'une des classes thérapeutiques les plus prescrites en dermatologie**. Leur mécanisme d'action est multiple, combinant des propriétés anti-inflammatoires, antimitotiques et immunosuppressives.

Ils restent le traitement de 1^{re} intention pour de nombreuses dermatoses inflammatoires, bien que le paysage thérapeutique se soit considérablement enrichi ces dernières années. L'arrivée de nouveaux topiques tels que les inhibiteurs de la calcineurine (pommade au tacrolimus) et les inhibiteurs de JAK topiques (delgocitinib crème) a enrichi l'arsenal thérapeutique disponible en 2025. De même, les traitements biologiques ont connu un essor majeur pour la prise en charge des dermatoses inflammatoires.

Devant cette évolution du paysage thérapeutique, la place des dermocorticoïdes est souvent discutée, notamment sur le long terme, du fait de leurs possibles effets secondaires.

Efficacité des corticostéroïdes topiques en 2025

Les dermocorticoïdes sont une pierre angulaire du traitement de nombreuses dermatoses inflammatoires. Leur efficacité est bien établie. L'objectif est ici de faire un tour d'horizon actualisé de leur efficacité dans les principales pathologies dermatologiques pour lesquelles ils sont prescrits.

1. Dermate atopique

Selon les récentes recommandations françaises sur la prise en charge de la dermatite atopique (DA), **les DC demeurent le traitement de référence en 1^{re} ligne pour les poussées de dermatite atopique** et dans le cadre d'un traitement proactif visant à réduire le nombre de récurrences [1]. Le choix de la puissance du DC se fait principalement en fonction de la localisation des lésions.

La méta-analyse Cochrane 2024 a comparé les traitements topiques dans la DA. Elle a confirmé leur efficacité à court

terme. Les DC de puissance forte et très forte se sont révélés les plus efficaces selon l'évaluation faite par le clinicien, dans cette méta-analyse incluant 32 essais randomisés (odds ratio de succès thérapeutique *versus* placebo : 8,15 ; IC95 % : 4,99-13,57). L'efficacité d'autres topiques était cependant proche : pour le tacrolimus 0,1 % (OR = 8,06 ; IC95 % : 3,30-19,67), pour le ruxolitinib 1,5 % (OR = 7,72 ; IC95 % : 4,92-12,10) et pour le delgocitinib 0,5 % (OR = 7,61 ; IC95 % : 3,72-15,58). Les DC d'activité modérée à faible avaient, en revanche, une efficacité inférieure [2].

2. Psoriasis

Les DC font partie des traitements de 1^{re} intention du psoriasis en plaques, notamment des formes légères à modérées. La méta-analyse Cochrane 2013 portant sur les traitements topiques du psoriasis a montré que les DC d'activité modérée et forte étaient efficaces, sans différence significative par rapport aux topiques à base de vitamine D. L'association des deux classes thérapeutiques était plus efficace que lorsqu'elles étaient utilisées séparément [3].

3. Lichen plan

Les DC font là encore partie des traitements de 1^{re} ligne. Les DC d'activité forte et très forte (exemple : clobétasol 0,05 % en gel/Orabase) ont démontré leur efficacité pour la prise en charge du lichen plan oral, tant sur l'atteinte clinique que sur la réduction de la douleur liée aux lésions [4, 5]. Par ailleurs, si des études ont rapporté des effets supérieurs du tacrolimus (TAC) 0,1 % par rapport aux DC (à la triamcinolone acétonide 0,1 % dans de l'Orabase [6] et au propionate de clobétasol) [7, 8], d'autres essais ont observé des effets similaires [9-12]. Du fait de leur efficacité et de leur coût réduit, **les DC restent donc un traitement de 1^{re} ligne du lichen plan oral**. Ils sont également efficaces dans la prise en charge du lichen plan génital érosif, comme le rapportent plusieurs séries de cas dans la littérature [13].

4. Lichen scléreux

Plusieurs études ont confirmé que les corticostéroïdes topiques d'activité très forte sont efficaces dans la prise en charge du lichen scléreux (LS) génital,

tant chez les hommes que chez les femmes, et qu'ils restent le traitement de référence [14]. Une étude les a comparés au tacrolimus topique à 0,1 % chez des patientes présentant un LS vulvaire. Le groupe recevant du propionate de clobétasol a montré une diminution plus importante des papules et des lésions atrophiques que le groupe tacrolimus. À la fin de l'étude, le nombre de patientes ne présentant plus aucun signe clinique était significativement plus élevé dans le groupe sous clobétasol, lequel était également plus efficace que le tacrolimus pour réduire les sensations de brûlure, la douleur et le prurit [15].

5. Pelade

Un nombre limité d'essais cliniques utilisant les DC a été mené. Les taux d'efficacité pour une repousse complète des cheveux varient de 20 à 61 % selon les études, mais **les taux de rechute après l'arrêt du traitement sont importants** (jusqu'à plus de 60 % des cas dans certaines études) [16]. Des taux de succès plus élevés sont observés dans les formes légères de pelade [17].

Profil de tolérance des CCT en 2025

De façon générale, les effets indésirables des corticoïdes topiques (CCT) sont rares. Ils peuvent être divisés en effets locaux et effets systémiques. Ils sont résumés dans le **tableau I**.

1. Les effets indésirables locaux

>>> L'atrophie cutanée est l'effet indésirable le plus fréquent. Elle est liée à l'action antimitotique des corticoïdes topiques. Les zones les plus à risque sont le visage et les plis. Cet amincissement cutané est généralement réversible après l'arrêt du traitement, mais la peau peut mettre plusieurs mois à retrouver un aspect normal.

Une récente méta-analyse de 25 essais cliniques portant sur les traitements topiques de la DA (3 691 participants) n'a trouvé aucune preuve d'augmentation de l'amincissement cutané avec l'utilisation à court terme de DC, quelle

Type d'effet	Fréquence	Facteurs de risque	Réversibilité
Atrophie cutanée	Rare	DC d'activité forte à très forte, durée prolongée, occlusion et application sur zones à risque (visage, plis)	Généralement réversible en quelques mois
Vergetures	Rare	DC d'activité forte à très forte, application prolongée	Irréversible
Rosacée cortico-induite	Rare	Application sur le visage	Réversible si arrêt précoce
Hypertrichose	Rare	DC d'activité forte à très forte	Réversible
Troubles de la pigmentation	Rare	Application sur zones à risque	Réversible
Télangiectasies	Rare	DC d'activité forte à très forte, application prolongée	Partiellement réversible
Retard de cicatrisation	Rare	Application sur peau lésée	Réversible
Suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien	Très rare	Application sur grande surface, peau lésée, DC d'activité forte à très forte, durée prolongée	Réversible
Syndrome de Cushing	Très rare	Application sur grande surface, peau lésée, DC d'activité forte à très forte, durée prolongée	Réversible
Hyperglycémie/révélation d'un diabète latent	Rare	Application sur grande surface, peau lésée, DC d'activité forte à très forte, durée prolongée	Réversible sauf si diabète
Ostéoporose/fractures ostéoporotiques majeures	Rare	Exposition cumulative importante	Inconstant
Syndrome de sevrage aux corticoïdes topiques	Rare	Application fréquente ≥ 6 mois sur visage ou zone génitale	Réversible

Tableau I : Effets indésirables des corticoïdes topiques.

que soit leur puissance. En revanche, les résultats à plus long terme, sur 6 à 60 mois, ont montré une augmentation de l'amaigrissement cutané avec les DC faibles à puissants *versus* les inhibiteurs de la calcineurine topiques (3 essais, 4 069 participants).

Cette analyse a aussi montré que les DC étaient le traitement topique le moins susceptible de provoquer des réactions au site d'application (notamment les sensations de brûlure et le prurit), et ce quelle que soit leur puissance [2].

>>> Les autres effets locaux bien connus incluent l'apparition de vergetures, la rosacée cortico-induite, les éruptions acnéiformes et la dermatite péri-orale. Leur prévalence n'est pas connue précisément. Les facteurs de risque communs sont la prescription d'un DC d'activité forte à très forte, une durée prolongée du traitement, une occlusion par un facteur externe ou dans les plis, une application

sur le visage et l'utilisation concomitante de plusieurs DC.

>>> Les effets locaux plus rares comprennent l'hypertrichose, les troubles de la pigmentation, les télangiectasies et le retard de cicatrisation

2. Les effets indésirables systémiques

Ils sont très rares en raison de la faible absorption percutanée, mais peuvent survenir en cas d'utilisation prolongée de corticoïdes puissants sur des zones où l'épiderme est fin.

- La suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien peut survenir avec les DC en cas d'usage prolongé, d'application sur de grandes surfaces ou lorsque les DC sont appliqués sur une peau lésée [18, 19].
- Des cas de **syndrome de Cushing** liés à l'absorption systémique des DC ont également été décrits [20], ainsi que des

cas d'hyperglycémie et de révélation d'un diabète latent [21].

- Une étude de cohorte danoise portant sur 723 251 utilisateurs de corticostéroïdes topiques d'activité forte à très forte a montré que l'usage de ces médicaments était associé à une augmentation du risque d'ostéoporose et de fractures ostéoporotiques majeures, avec une relation dose-réponse en fonction de l'exposition cumulée, à savoir une augmentation relative de 3 % de ce risque à chaque doublement de la dose cumulée [22].
- Le syndrome de sevrage aux corticoïdes topiques est lui une affection encore mal caractérisée. Il s'agit d'une inflammation par effet rebond survenant après l'arrêt d'un traitement par corticostéroïdes topiques, parfois liée à un mésusage des DC. Un érythème, des démangeaisons et des sensations de brûlure apparaissent [23]. Les préoccupations autour de ce syndrome se sont accrues ces dernières années et les références à cette affection dans la littérature médicale ont fortement augmenté. Sa prévalence réelle, chez l'adulte comme chez l'enfant, reste inconnue, avec de fortes divergences entre les données rapportées par les patients et celles rapportées par les médecins, notamment en raison de l'absence de critères diagnostiques harmonisés. Il ressort cependant que plus de 98 % des cas surviennent après une application fréquente, prolongée et continue (≥ 6 mois) sur le visage ou la région génitale, zones à risque nécessitant une prudence particulière [24]. En cas de risque identifié de phénomène de rebond, la décroissance progressive du DC est généralement conseillée.
- À noter : les enfants sont particulièrement à risque de réactions systémiques liées aux médicaments appliqués par voie topique de façon générale, en raison de leur rapport plus élevé entre la surface corporelle totale et le poids corporel.
- En revanche, chez la femme enceinte, il n'a pas été retrouvé d'association causale entre l'exposition maternelle à des corticostéroïdes topiques, quelle qu'en soit la puissance, et un quelconque événement indésirable pendant la grossesse

ou l'accouchement (anomalies congénitales, accouchement prématuré, mort fœtale *in utero*, faible score d'Apgar à la naissance) [25, 26].

La corticophobie topique en 2025

La peur d'utiliser des corticostéroïdes topiques, généralement appelée corticophobie topique, est une préoccupation fréquente chez les patients atteints de dermatoses inflammatoires et/ou leur entourage. Elle a en effet été **rapportée chez 21,0 à 83,7 % des patients atteints de DA à travers le monde** [27-32]. De faibles taux d'adhésion aux DC sont fréquemment observés, précisément en raison de préoccupations concernant les éventuels effets secondaires liés aux DC [33, 34]. En effet, les patients et leurs parents sont souvent inquiets de leur surutilisation et des possibles effets rebond survenant lors de l'arrêt de leur utilisation. Or la première cause d'échec des dermocorticoïdes est la sous-utilisation du produit prescrit, à cause de la crainte injustifiée des effets secondaires.

Un questionnaire spécifique et validé, appelé TOPICOP (*TOPical Corticosteroid Phobia*), a ainsi été développé [35, 36]. Il permet de dépister et de prendre en charge la corticophobie topique au quotidien afin d'améliorer l'adhésion au traitement et de diminuer les échecs thérapeutiques. Il comporte 12 items couvrant 2 dimensions importantes : les "inquiétudes" (6 items) et les "croyances" (6 items).

Il semble que la gravité réelle de la maladie n'influence pas particulièrement le degré de corticophobie ; **elle serait plutôt influencée par la perception personnelle de la maladie** [37].

Si cette problématique est fréquente chez les patients, elle est aussi présente chez les professionnels de santé [38-40], ce qui renforce le sentiment de défiance envers cette classe thérapeutique et la circulation d'informations erronées. Chez les pharmaciens, un manque de connaissances sur ce thème ainsi qu'un manque de confiance dans cette classe

thérapeutique, a déjà été identifié en France [41] et dans le monde [42]. Or, ils pourraient jouer un rôle clé pour mieux informer les patients.

La désinformation présente sur les réseaux sociaux et dans les médias participe aussi grandement à ce phénomène [43].

L'éducation thérapeutique a ici un rôle central à jouer. Elle permet d'expliquer en détail les modalités du traitement et de lutter contre une possible corticophobie. Elle peut se faire au cabinet du médecin traitant ou du dermatologue, et/ou dans des structures spécialisées dans le cadre des sessions d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Pour en bénéficier, le patient peut en faire la demande auprès du médecin qui le suit et, au besoin, auprès de tout autre professionnel de santé. Il sera alors orienté vers le programme le plus adapté à ses besoins. La carte des centres d'éducation thérapeutique en dermatologie est disponible sur le site Internet de la Société française de dermatologie : <https://www.sfdermato.org/page-29-centres-d-education-the-rapeutique>.

Conclusion

En 2025, les dermocorticoïdes conservent une place centrale dans la prise en charge de nombreuses dermatoses inflammatoires, grâce à leur efficacité démontrée et à leur profil de tolérance globalement favorable lorsqu'ils sont utilisés conformément aux recommandations. Avec l'émergence de nouvelles molécules topiques et des biothérapies, les avancées thérapeutiques offrent désormais des alternatives et des options complémentaires lorsque cela est nécessaire. Cependant, ces innovations ne doivent pas occulter le rôle fondamental des DC comme traitement de 1^{re} intention dans des pathologies fréquentes telles que la dermatite atopique, le psoriasis, le lichen plan ou le lichen scléreux.

La bonne utilisation des DC repose sur un équilibre entre efficacité et minimisation des effets indésirables, *via* le choix adapté de la molécule, de son activité, de la durée et du schéma d'application.

Les données actuelles rappellent également l'importance de lutter contre la corticophobie, fréquente tant chez les patients que chez certains professionnels de santé, afin de limiter la sous-utilisation injustifiée et les échecs thérapeutiques qui en découlent.

Bibliographie

1. SIGG N, LEDUCQ S, BARBAROT S *et al.* French guidelines for the management of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venerol*, 2025;10.1111/jdv.20782
2. LAX SJ, VAN VOGT E, CANDY B *et al.* Topical anti-inflammatory treatments for eczema: a cochrane systematic review and network meta-analysis. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol*, 2024;54:960-972.
3. MASON AR, MASON J, CORK M *et al.* Topical treatments for chronic plaque psoriasis. 2009, *Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005028.pub2/full>
4. ZHANG Y, MAO C, ZHU J *et al.* Comparing the efficacy of topical interventions for pain management in oral lichen planus: a time-stratified bayesian network analysis of randomized controlled trials. *BMC Oral Health*, 2025;25:962.
5. LEONG XY, GOPINATH D, SYEED SM *et al.* Comparative efficacy and safety of interventions for the treatment of oral lichen planus: a systematic review and network meta-analysis. *J Clin Med*, 2023;12:2763.
6. REVANAPPA MM, NAIKMASUR VG, SATTUR AP. Evaluation of efficacy of tacrolimus 0.1% in orabase and triamcinolone acetonide 0.1% in orabase in the management of symptomatic oral lichen planus randomized single blind control study. *J Indian Acad Oral Med Radiol*, 2012;24:269.
7. CORROCHER G, DI LORENZO G, MARTINELLI N *et al.* Comparative effect of tacrolimus 0.1% ointment and clobetasol 0.05% ointment in patients with oral lichen planus. *J Clin Periodontol*, 2008;35:244-249.
8. HETTIARACHCHI PVKS, HETTIARACHCHI RM, JAYASINGHE RD *et al.* Comparison of topical tacrolimus and clobetasol in the management of symptomatic oral lichen planus: a double-blinded, randomized clinical trial in Sri Lanka. *J Invest Clin Dent*, 2017;8:e12237.
9. SCHROEDER FMM, PEDRAÇA ES, PALMA VM *et al.* Topical tacrolimus orabase *versus* topical clobetasol propionate orabase in the treatment of symptomatic oral lichen planus: a pilot randomized study. *Clin Oral Investig*, 2024;28:559.

10. AZIZI A, LAWAF S. The comparison of efficacy of ad corticosteroid ointment and topical tacrolimus in treatment of erosive oral lichen planus. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*, 2007;1:99-102.
11. SONTALIA S, SINGAL A. Comparative efficacy of tacrolimus 0.1% ointment and clobetasol propionate 0.05% ointment in oral lichen planus: a randomized double-blind trial. *Int J Dermatol*, 2012;51:1371-1378.
12. RADFAR L, WILD RC, SURESH L. A comparative treatment study of topical tacrolimus and clobetasol in oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2008;105:187-193.
13. SAFARI-KISH B, BIDARES M, ZARESHARIFI S *et al*. Treatment strategies for erosive genital lichen planus: a systematic review of therapeutic modalities and emerging breakthroughs. *Health Sci Rep*, 2024;7:e70129.
14. CONTE S, DARAJ MOHAMED S, SHERGILL M *et al*. Treatment modalities for genital lichen sclerosus: a systematic review. *Dermato*, 2024;4:136-172.
15. FUNARO D, LOVETT A, LEROUX N *et al*. A double-blind, randomized prospective study evaluating topical clobetasol propionate 0.05% versus topical tacrolimus 0.1% in patients with vulvar lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol*, 2014;71:84-91.
16. GREGOIRE S, MCINTOSH B, SANCHEZ K *et al*. Local corticosteroids for alopecia areata: a narrative review. *Dermatol Ther*, 2025;15: 1607-1631.
17. TOSTI A, IORIZZO M, BOTTA GL *et al*. Efficacy and safety of a new clobetasol propionate 0.05% foam in alopecia areata: a randomized, double-blind placebo-controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*, 2006;20:1243-1247.
18. BROERSEN LHA, PEREIRA AM, JØRGENSEN JOL *et al*. Adrenal insufficiency in corticosteroids use: systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, 2015;100:2171-2180.
19. HINTONG S, PHINYO P, CHUAMANOCHAN M *et al*. Novel predictive model for adrenal insufficiency in dermatological patients with topical corticosteroids use: a cross-sectional study. *Int J Gen Med*, 2021;14:8141-8147.
20. TEMPARK T, PHATARAKIJNIRUND V, CHATPROEDPRAI S *et al*. Exogenous Cushing's syndrome due to topical corticosteroid application: case report and review literature. *Endocrine*, 2010;38:328-334.
21. ANDERSEN YMF, EGEBERG A, BAN L *et al*. Association between topical corticosteroid use and type 2 diabetes in two European population-based adult cohorts. *Diabetes Care*, 2019;42:1095-1103.
22. EGEBERG A, SCHWARZ P, HARSLOF T *et al*. Association of potent and very potent topical corticosteroids and the risk of osteoporosis and major osteoporotic fractures. *JAMA Dermatol*, 2021;157:1-8.
23. HAJAR T, LESHEM YA, HANIFIN JM *et al*. A systematic review of topical corticosteroid withdrawal ("steroid addiction") in patients with atopic dermatitis and other dermatoses. *J Am Acad Dermatol*, 2015;72:541-549.
24. MIAO KL, YEN H, LUU M. Pediatric topical steroid withdrawal syndrome: facts, misconceptions and communicating with patients and families. *Curr Opin Pediatr*, 2025;37:366.
25. CHI CC, WANG SH, WOJNAROWSKA F *et al*. Safety of topical corticosteroids in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015;10:CD007346.
26. SINGAL A, LIPNER SR. Topical corticosteroid exposure is not associated with increased risk of pregnancy complications in a large population-based cohort study of psoriasis patients. *J Am Acad Dermatol*, 2025; 92:1408-1410.
27. LI AW, YIN ES, ANTAYA RJ. topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a systematic review. *JAMA Dermatol*, 2017;153:1036-1042.
28. MAGBOUL MA, FADEL HA, AL-JOHANI AG *et al*. Topical corticosteroid phobia among the general population in the western region of Saudi Arabia. *J Fam Med Prim Care*, 2025; 14:1085-1090.
29. ALBOGAMI MF, ALJOMAIE MS, ALMARRI SS *et al*. Topical corticosteroid phobia among parents of children with atopic dermatitis (eczema)- a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*, 2023;17:2761-2772.
30. SAITO-ABE M, FUTAMURA M, YAMAMOTO-HANADA K *et al*. Topical corticosteroid phobia among caretakers of children with atopic dermatitis: a cross-sectional study using TOPICOP in Japan. *Pediatr Dermatol*, 2019;36:311-316.
31. EL HACHEM M, GESUALDO F, RICCI G *et al*. Topical corticosteroid phobia in parents of pediatric patients with atopic dermatitis: a multicentre survey. *Ital J Pediatr*, 2017;43:22.
32. CHOI E, CHANDRAN NS, TAN C. Corticosteroid phobia: a questionnaire study using TOPICOP score. *Singapore Med J*, 2020; 61:149-153.
33. KOJIMA R, FUJIWARA T, MATSUDA A *et al*. Factors associated with steroid phobia in caregivers of children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*, 2013;30:29-35.
34. LEE JY, HER Y, KIM CW *et al*. Topical corticosteroid phobia among parents of children with atopic eczema in Korea. *Ann Dermatol*, 2015;27:499-506.
35. AUBERT H, STALDER JF, MORET L *et al*. Corticophobie dans la dermatite atopique: étude internationale de validation du score TOPICOP. *Ann Dermatol Venereol*, 2016;143:S140-S141.
36. MORET L, ANTHOINE E, AUBERT-WASTIAUX H *et al*. TOPICOP®: a new scale evaluating topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents. *PLoS One*, 2013;8:e76493.
37. CONTENTO M, CLINE A, RUSSO M. Steroid phobia: a review of prevalence, risk factors, and interventions. *Am J Clin Dermatol*, 2021;22:837-851.
38. LAMBRECHTS L, GILISSEN L, MORREN MA. Topical corticosteroid phobia among healthcare professionals using the TOPICOP score. *Acta Derm Venereol*, 2019;99:1004-1008.
39. ALAKEEL A, ALKAHTANI A, ALSHAREEF R *et al*. Topical corticophobia among healthcare professionals in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Dermatol Pract Concept*, 2024; 14:e2024106-e2024106.
40. RAGAMIN A, VAN HALEWIJN KF, SCHAPPIN R *et al*. Management strategies and corticophobia among healthcare professionals involved in the care for atopic dermatitis: a Dutch survey. *Dermatol Basel Switz*, 2025;241:101-112.
41. RAFFIN D, GIRAudeau B, SAMIMI M *et al*. Corticosteroid phobia among pharmacists regarding atopic dermatitis in children: a national French survey. *Acta Derm Venereol*, 2016;96:177-180.
42. SMITH SD, HONG E, FEARN S *et al*. Corticosteroid phobia and other confounders in the treatment of childhood atopic dermatitis explored using parent focus groups. *Australas J Dermatol*, 2010;51:168-174.
43. FINNEGAN P, MURPHY M, O'CONNOR C. #corticophobia: a review on online misinformation related to topical steroids. *Clin Exp Dermatol*, 2023;48:112-115.

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants : consultante pour Almirall et LEO Pharma.