



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2018 - 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etat des lieux de la prise en charge de l'acné par les médecins
généralistes en France**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 2019

Au pôle formation

Par Pauline HURET – TABARY

Née le 6 février 1990 à ARRAS

JURY

Président :

Madame le Professeur Delphine STAUMONT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Professeur Bernard GRESSIER

Monsieur le Professeur Philippe MODIANO

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Philippe MODIANO

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
RAPPELS GENERAUX	6
Physiopathologie de l'acné.....	6
Epidémiologie de l'acné	8
Facteurs de risques de l'acné	8
Lésions élémentaires de l'acné	9
Scores d'évaluation de la sévérité de l'acné	9
Formes cliniques de l'acné	10
Prise en charge de l'acné.....	12
Traitements recommandés selon le stade de gravité	17
METHODES	18
Type d'étude.....	18
Population interrogée	18
Questionnaire en ligne	19
Analyse statistique	19
Plan de rédaction.....	19
RESULTATS	20
Données épidémiologiques	20
Données générales sur les patients pris en charge pour acné	22
Prise en charge pour acné	24
DISCUSSION	28
Validité de l'étude	28
Résultats principaux et confrontation aux données de la littérature	29
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	39
Annexe 1 : The Cardiff Acne Disability Index (CADI)	39
Annexe 2 : Global Evaluation Acne (GEA)	40
Annexe 3 : Questionnaire en ligne – prise en charge de l'acné en médecine générale	41
Annexe 4 : Comparaison des effectifs de médecins généralistes par région de 2016 avec les effectifs de notre étude.....	46

INTRODUCTION

L'acné est une maladie du follicule pilo-sébacé qui touche en France environ 15 millions de personnes, dont la plupart sont des adolescents.

L'acné est la maladie à laquelle le dermatologue est le plus fréquemment confronté (1). Elle est fréquemment rencontrée en cabinet de médecine générale. Selon l'observatoire de la médecine générale, la prévalence de l'acné en médecine générale est restée aux alentours de 10 % des patients entre 1994 et 2009, avec une majorité de patients ayant entre 10 et 19 ans (2).

En 2015, une actualisation des recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) de 2007 a été effectuée par la Société Française de Dermatologie (SFD) et sa Commission l'Association Recommandations en Dermatologie (ARED). (3)

En 2015, L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) publie une lettre restreignant la prescription initiale de l'isotrétinoïne aux dermatologues, suite à deux études récentes réalisées à partir des données de l'Assurance Maladie mettant en évidence un respect insuffisant des conditions de prescription et de délivrance.(4)

Notre étude a été réalisée afin de décrire la prise en charge actuelle de l'acné en médecine générale.

L'analyse des résultats avait pour principal objectif de répondre à la question suivante : Comment les médecins généralistes de France prennent-ils en charge l'acné depuis les dernières recommandations de 2015 ?

L'objectif secondaire de cette étude était de rechercher des pistes pour améliorer la prise en charge de l'acné par les médecins généralistes. Des questions ont également été posées afin de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur la consultation pour acné.

RAPPELS GENERAUX

Physiopathologie de l'acné (5)

Les quatre facteurs principaux qui jouent un rôle important sont le sébum, les modifications du canal pilo-sébacé, *Propionibacterium acnes* et l'inflammation. Le déroulement exact de l'intervention de ces facteurs n'est pas entièrement élucidé. La principale hypothèse est que les phénomènes inflammatoires précèdent la formation du comédon, mais il existe des données qui laissent penser que certains de ces facteurs agissent à tous les niveaux de la formation des lésions de l'acné.

- L'hyperséborrhée

Une corrélation a été établie entre le type de lésions acnéiques et la sécrétion de sébum au niveau du visage, les lésions inflammatoires étant plus nombreuses sur les joues, là où la quantité de sébum est plus importante. Aucune corrélation n'a été retrouvée entre l'excrétion du sébum et le développement des comédons. Au cours de l'acné, la production de sébum n'est pas expliquée par un trouble hormonal (taux de testostérone le plus souvent normal). Les anomalies se situent donc ailleurs au niveau cutané, il peut exister une hypersensibilité à différents récepteurs, une hyperréactivité à des systèmes enzymatiques assurant la production intracellulaire d'androgènes dans les glandes sébacées et/ou les kératinocytes, ou une action directe ou indirecte de *P. acnes*.

- Hypersensibilité des différents récepteurs

Les premiers récepteurs à avoir été identifiés sont les récepteurs aux androgènes. La testostérone circulante est transformée en dihydrotestostérone sous l'effet de la 5α réductase de type 1. La dihydrotestostérone va se fixer sur un récepteur spécifique de la glande sébacée, activant alors les gènes responsables de la production du sébum.

D'autres récepteurs sont capables d'induire une hyperséborrhée. La glande sébacée se comporte comme un système endocrinien périphérique indépendant exprimant des récepteurs :

- Récepteurs aux neuromédiateurs : la substance P est libérée en quantité abondante par les terminaisons nerveuses situées autour des follicules pilo-sébacés lors du stress.
- Récepteurs à la corticotrophin releasing hormone (CRH) dont la production est stimulée par *P. acnes* et lors d'un stress.
- Récepteurs à l' α -melanocyte stimulating hormone (α -MSH) intervenant dans la lipogenèse, le métabolisme des androgènes et la libération de cytokines.
- Récepteurs PPAR (α , β , γ) ou peroxisome proliferator activated receptor : ce sont des récepteurs hormonaux intranucléaires formant des hétéro-dimères avec les récepteurs RXR. Ils interviennent comme régulateurs dans la différenciation des sébocytes et la lipogenèse.
- Récepteurs de l'IGF1 (insulin-like growth factor) et des récepteurs à l'histamine 1.

- Rôle de *P. acnes*

Propionibacterium est une corynébactérie anaérobie, Gram positif, saprophyte normal de la peau, non spécifique de l'acné. Il existe plusieurs sous-groupes de *P. acnes*. Il semble agir plus par son action pro-inflammatoire qu'infectieuse, aucune corrélation entre le nombre de bactéries et l'intensité de l'acné n'ayant été démontrée. *P. acnes* initie la réaction inflammatoire dans le follicule pilo-sébacé, assure sa diffusion et son maintien au cours de l'acné.

P. acnes crée un biofilm en s'entourant de polysaccharides extracellulaires, formant une colle biologique et augmentant son adhérence aux kératinocytes, et participe par ce biais à la formation du comédon. Ce biofilm pourrait expliquer le retard de pénétration et de résistance aux antibiotiques dans l'acné, la nécessité d'un traitement prolongé dans cette maladie et la tolérance de *P. acnes* à de fortes concentrations d'antibiotiques.

- Rôle du sébum

Dans l'acné, le sébum produit par la glande sébacée contient un mélange de squalènes, d'esters de cire et de triglycérides en grande quantité. Cela favorise la prolifération de *P. acnes* en lui apportant les nutriments dont il a besoin. Ceci s'expliquerait par une hyperséborrhée qui favoriserait une diminution de la perte en eau au niveau de la peau, ayant pour conséquence une réduction de l'effet protecteur vis-à-vis des infections cutanées et une augmentation de la prolifération de germes dans le follicule pilo-sébacé. Le sébum est irritant à cause de la transformation des triglycérides dans le follicule pilo-sébacé par les enzymes de *P. acnes* en acides gras libres pro-inflammatoires et des peroxydes de squalènes qui libèrent des cytokines pro-inflammatoires (leucotriènes B4) par les kératinocytes.

- La formation du comédon

Le comédon est formé par la modification de la prolifération et de la différenciation des kératinocytes. Certaines de ces modifications sont influencées par *P. acnes*, d'autres par des anomalies d'activation de systèmes enzymatiques qui entraîneraient une modification de la concentration des androgènes et du cholestérol intracellulaire.

La composition du sébum joue également un rôle : l'hyperséborrhée modifie le taux des acides gras libres dans le canal pilo-sébacé. Les troubles de différenciation des kératinocytes sont favorisés par le rapport squalène-cires / acide linoléique qui se trouve augmenté par dilution.

L'interleukine-1 α est également impliquée : *In vivo* la présence d'IL-1 α est observée en peau saine autour des follicules pileux et, dans les comédons, *in vitro* elle induit la formation de comédons.

Epidémiologie de l'acné

Une étude sur la prévalence de l'acné dans quatre pays européens (France, Espagne, Italie, Pologne) en 2014 retrouve les résultats suivants (6) :

- La prévalence globale de l'acné chez des patients de 15 à 24 ans était de 65,5 %, la prévalence ponctuelle de l'acné était de 31,06 %. On constatait une acné sévère chez 29 % d'entre eux.
- La prévalence de l'acné légère à modérée était de 46,6 % chez les 15 – 17 ans, 26,9 % chez les 18 – 21 ans et 26,5 % chez les 22 - 25 ans.
- Concernant la prévalence de l'acné sévère, elle était de 37,3 % chez les 15 – 17 ans, 31,3 % chez les 18 – 21 ans et 31,3 % chez les 22 - 25 ans.
- 38,7 % des cas d'acné d'intensité légère à modérée étaient traités surtout par le dermatologue et 13,4 % par un médecin généraliste.
- 43,4 % des patients souffrant d'acné sévère étaient soignés par leur dermatologue et 19,2 % par leur médecin généraliste.

Les données de prévalence dans cette étude étaient cohérentes avec les résultats déjà publiés dans la littérature.

Une étude transversale réalisée en Algérie montrait une absence de différence de prévalence entre une population de moins de 20 ans et une population de 20 à 30 ans. La sévérité moyenne de l'acné faciale était significativement plus importante dans la tranche de 11-19 ans, celle de l'acné en dehors du visage était significativement plus élevée chez les 20-30 ans.(7)

Facteurs de risques de l'acné

- Rôle de l'alimentation

Il existe un débat sur l'association de l'acné avec la consommation de certains aliments. Actuellement, une faible preuve existe entre une consommation importante de lait et l'acné de l'adolescent. Une association entre consommation d'hydrates de carbone et acné est également supposée, le mécanisme d'action serait une augmentation des taux sériques d'insuline et d'insulin growth factor -1 (IGF-1). (8)

- Rôle de l'exposition solaire

Il a été constaté cliniquement que le soleil améliore l'acné, surtout les lésions au niveau du dos. Il est également responsable d'un rebond à l'automne, avec apparition de lésions rétentionnelles, ce rebond étant dû à un épaissement de la couche cornée. (8)

- Autres facteurs de risque

Des données différentes ont été retrouvées concernant le rôle du tabac, des habitudes de toilettes, du syndrome des ovaires polykystiques et du surpoids. Le stress semble intervenir par une sécrétion de neuromédiateurs au niveau de la glande sébacée. (8)

Lésions élémentaires de l'acné (8)

- Hyperséborrhée

Elle correspond à l'aspect brillant de la peau sans hypersudation, majoritairement présente au niveau de la zone médiofaciale du visage. Parfois, il existe uniquement un aspect de pores dilatés, surtout sur le nez ou le haut des pommettes.

- Lésions rétentionnelles : comédon et microkyste

Le comédon (appelé aussi point noir ou comédon ouvert) est un bouchon corné de 1 à 3 mm de diamètre qui obstrue l'orifice infundibulaire. Il est constitué de kératine et de sébum. L'extrémité externe est de couleur noire, ce sont des graisses oxydées associées à un dépôt de mélanine provenant de l'épithélium infundibulaire entourant le comédon.

Le microkyste (ou point blanc ou comédon fermé) est dû à l'accumulation de sébum et de kératine dans un infundibulum fermé. C'est une papule blanchâtre de 2 à 3 mm de diamètre. Il peut évoluer soit vers l'ouverture à la peau, soit vers une rupture dans le derme environnant. Son inflammation est favorisée par la présence de *P. acnes*.

- Lésions inflammatoires

La papule est une lésion inflammatoire superficielle. Elle peut être de novo ou la conséquence de l'inflammation d'un microkyste. Elle peut évoluer vers la résorption spontanée ou vers une pustule.

La pustule est une lésion inflammatoire superficielle. C'est une papule avec un contenu purulent à son sommet.

Le nodule est une lésion inflammatoire profonde, de plus de 5 mm. Il peut s'ouvrir vers l'extérieur, ou se rompre dans le derme. Il peut donner des pseudokystes inflammatoires, des abcès qui peuvent confluer en sinus (lésions inflammatoires allongées fluctuantes souvent localisées dans les sillons nasogéniens).

Scores d'évaluation de la sévérité de l'acné

Il existe deux manières d'évaluer la sévérité de l'acné :

- Mesure de l'activité de l'acné avec une échelle de cotation
- Mesure de l'impact de la maladie sur la qualité de vie. Différentes échelles ont été créées pour évaluer le retentissement psychique de l'acné, comme l'échelle Cardiff Acne Disability Index (CADI) (Annexe 1), qui est validée en France.

Une étude de 2015, basée sur l'échelle Cardiff Acne Disability Index, montrait que l'acné entraîne une altération de la qualité de vie de tous les patients de la population étudiée sans différence de sexe ni d'âge. Le caractère affichant et inesthétique de l'acné pourrait justifier son impact négatif sur la qualité de vie. L'acné est également associée à de nombreuses comorbidités psychiatriques comme la dépression et l'anxiété. (9)

Deux types d'évaluation de l'acné existent :

- Le décompte par type de lésions sur le visage : plus précis mais difficile à utiliser en pratique.
- Les échelles d'évaluation globales de l'acné : Ce sont des échelles simples, reproductibles et utilisables en pratique courante. L'échelle Validée en Europe est l'échelle Global Evaluation Acne (GEA) (Annexe 2). Elle compte six grades de « 0 : pas de lésion » à « 5 : acné très sévère ». (8)

Formes cliniques de l'acné (8)

- Formes cliniques selon l'âge

➤ *Acné juvénile polymorphe (forme commune)*

Elle débute le plus souvent à l'âge de 12 à 13 ans chez la fille, 1 ou 2 ans plus tard chez le garçon. On retrouve des lésions rétentionnelles inflammatoires sur le visage. Les lésions rétentionnelles sont nécessaires pour le diagnostic. Les lésions peuvent être présentes également au cou et au tronc, aux épaules et au dos.

➤ *Acné néonatale*

Elle est transitoire, retrouvée chez 20 % des nouveau-nés environ, elle est plus fréquente chez le garçon. La cause serait une stimulation des glandes sébacées par les androgènes maternels, mais on évoque également le rôle de *Malassezia furfur*. Il est rare de retrouver des lésions du thorax, on constate parfois une diffusion de lésions inflammatoires aux épaules et à la partie haute du dos. L'évolution est rapidement favorable spontanément (2 – 3 mois).

➤ *Acné infantile*

Elle débute après 2 ans mais avant la puberté. C'est une acné rare, il faut donc rechercher un trouble endocrinien sous-jacent quand elle est sévère et inflammatoire (hyperplasie congénitale des surrénales, tumeur ovarienne ou surrénalienne).

➤ *Acné prépubertaire*

On note essentiellement des lésions rétentionnelles sur le front, les joues et le nez.

➤ *Acné de la femme adulte*

Elle est présente chez la femme après 25 ans. Il existe deux sous-types : le sous-type « continu » qui correspond à un prolongement de l'acné de l'adolescence, et le sous-type « début à l'âge adulte ». Rarement, il existe une cause hormonale sous-jacente, à évoquer s'il existe des signes cliniques d'hyperandrogénisme.

Deux présentations cliniques sont possibles : La première ressemble à l'acné de l'adolescent avec une association de lésions rétentionnelles et inflammatoires, avec parfois une localisation au tronc et une acné modérée à sévère chez la moitié des femmes. La seconde est caractérisée par des lésions majoritairement présentes au niveau de la mandibule, avec un nombre de lésions souvent modéré, des nodules profonds en petit nombre présentant par période des poussées inflammatoires.

➤ *Acné et grossesse*

Chez certaines patientes, il existe une récurrence de l'acné, alors que chez d'autres, l'acné s'améliore de façon importante pendant la grossesse. Le principal problème pendant cette période est d'ordre thérapeutique, car les rétinoïdes systémiques et topiques ainsi que les cyclines sont contre-indiqués. Le gluconate de zinc est utilisable à partir du deuxième trimestre de grossesse. Il faut privilégier un traitement par peroxyde de benzoyle et antibiotiques topiques.

- Formes graves d'acné : acné conglobata et acné fulminans

L'acné conglobata est une acné nodulaire suppurative chronique. On retrouve de multiples nodules, volumineux, douloureux, pouvant évoluer vers la fistulisation. On note également des pseudokystes profonds présentant des poussées inflammatoires. Ils sont suivis de comédons de grande taille souvent polypores, séquellaires des lésions nodulaires, ainsi que des cicatrices indurées, déprimées ou rétractiles. Le retentissement sur la qualité de vie est important.

La forme la plus grave de l'acné est l'acné fulminans. Elle est très rare et touche surtout les adolescents de sexe masculin. Elle peut apparaître spontanément ou être induite par l'isotrétinoïne. L'apparition est brutale et associe des lésions inflammatoires douloureuses pouvant se fistuliser à la peau et des signes généraux (hyperthermie, altération de l'état général, douleurs articulaires et musculaires). Les lésions sont parfois ulcéronécrotiques, surtout au niveau du tronc. On note une hyperleucocytose au niveau biologique.

- Acnés induites

Origine exogène : huiles mécaniques, goudron, chlore (« chloracné ou acné chlorique »), cosmétiques inadaptés (« acné cosmetica »), huiles essentielles...

Les frottements répétés et/ou l'occlusion peuvent aggraver une acné (« acné mécanique »).

Acné excoriée : Majoritairement chez les femmes jeunes, manipulant leurs lésions.

Acnés médicamenteuses : On note une prédominance de lésions inflammatoires, monomorphes, notamment suite aux traitements anticancéreux tels que les anti-*epidermal growth factor* (anti-EGF0). Il est préférable d'employer le terme de folliculite médicamenteuse à celui d'acné.

Prise en charge de l'acné

La plupart du temps, les traitements ont un effet suspensif. La prise en charge de l'acné s'effectue en 2 phases, avec une première phase d'induction afin de faire disparaître les lésions, puis une phase d'entretien afin de prévenir les rechutes.

Le facteur le plus important de la phase d'induction est l'efficacité thérapeutique, alors que c'est la tolérance qui est le facteur prédominant de la phase d'entretien. Dans ces 2 phases, l'utilisation de soins cosmétiques adaptés à la peau du patient acnéique est essentielle. (10)

Le traitement d'attaque doit être poursuivi 3 mois avant de pouvoir juger de son efficacité et de le modifier. En cas d'échec, on initiera un traitement d'attaque de deuxième intention.

Lorsqu'une rémission est obtenue avec le traitement d'attaque, un relais par un traitement d'entretien local est fait et doit être prolongé aussi longtemps que nécessaire. En cas de rechute malgré le traitement d'entretien (après vérification de l'observance du patient), un traitement d'attaque peut être repris en fonction de la sévérité de la récurrence. (3)

Les recommandations européennes rejoignent les recommandations françaises. (11) (12)

- Information et éducation des patients (3)

Ces 2 facteurs peuvent améliorer l'adhésion au traitement.

Il faut informer le patient :

- du caractère suspensif du traitement et de la nécessité d'un traitement d'entretien local aussi longtemps que nécessaire ;
- du délai d'action du traitement (quelques semaines) ;
- de la nécessité d'une bonne observance ;
- des effets indésirables du traitement local, notamment irritants qui sont fréquents, et des mesures à prendre en prévention.

Il faut prendre en compte les préférences du patient pour augmenter l'adhésion au traitement.

En cas d'échec du traitement, une évaluation de l'adhésion du patient doit être faite et des consultations rapprochées peuvent être proposées.

- Prise en charge alimentaire

Aucune recommandation de modification de l'alimentation n'est proposée dans l'objectif d'améliorer l'acné. (3)

Il n'est pas inutile de limiter les aliments gras et hypercaloriques. On peut encourager la consommation de carottes fraîches, de fruits rouges à effet antioxydant, d'abricot, d'avocat et de fraises. (13)

- Traitements oraux

➤ *Traitement antibiotique (3)*

Les molécules recommandées sont la doxycycline à 100mg par jour et la lymécycline à 300mg par jour.

Le niveau de preuve de l'efficacité de l'érythromycine orale étant très faible, et compte tenu des taux de résistance importants de certaines bactéries, l'utilisation de cette molécule n'est utilisée que dans des situations exceptionnelles (retentissement sur la qualité de vie avec contre-indication aux cyclines et échec du traitement local bien conduit). Elle sera utilisée en association avec des traitements locaux en dehors des traitements de la classe des antibiotiques.

➤ *L'isotrétinoïne orale (14)*

L'initiation de ce traitement est effectuée uniquement par un dermatologue. Les renouvellements peuvent être faits par le médecin généraliste.

L'isotrétinoïne orale est utilisée uniquement dans les acnés sévères (acné nodulaire, conglobata ou acné susceptible d'entraîner des cicatrices définitives) résistantes à des traitements bien conduits comportant des antibiotiques oraux et un traitement local.

Il est soumis à une surveillance particulière :

- Tératogénicité et exposition au médicament pendant la grossesse :

Il existe un Programme de Prévention de la Grossesse (PPG) afin de sensibiliser les professionnels de santé et les patients à la nature tératogène de l'isotrétinoïne, pour améliorer l'observance de la contraception chez les femmes en âge de procréer dans le but de diminuer le risque de grossesse.

Une brochure d'information est remise aux patients (destinée aux femmes en âge de procréer) par le dermatologue. Celle-ci est accompagnée d'un carnet de suivi et d'un formulaire d'accord de soins et de contraception qui devra être signé. Des courriers de liaison avec le médecin chargé de la contraception ou du suivi / renouvellement du traitement seront également remis.

Le niveau de compréhension de la patiente doit être évalué : il faut s'assurer de la prise d'une contraception (au moins une, voire deux, un dispositif de type barrière étant intéressant en tant que deuxième méthode de contraception) depuis

au moins 4 semaines avant le début du traitement. La capacité à continuer cette contraception efficace pendant et au moins 4 semaines après l'arrêt du traitement doit également être vérifiée. Un dernier test de grossesse devra être effectué 5 semaines après l'arrêt du traitement.

L'ordonnance initiale doit être précédée d'un test de grossesse négatif et est limitée à 4 semaines de traitement. Un nouveau test de grossesse doit être réalisé dans les 3 jours précédant le renouvellement.

Une grossesse sous isotrétinoïne orale doit faire immédiatement interrompre le traitement et la patiente doit être adressée à un médecin spécialiste ou compétent en tératologie pour évaluation et conseil.

Pour les patients de sexe masculin, il est nécessaire de les informer que les études actuelles suggèrent que la prise d'isotrétinoïne orale n'est pas associée à un effet tératogène en cas de grossesse de leur partenaire. Par contre, il est important de rappeler à ces patients de ne jamais partager leur traitement avec une autre personne, particulièrement avec une femme, et de ne pas donner leur sang pendant le traitement.

- Troubles psychiatriques :

Les troubles de l'humeur sont à dépister, surtout chez les patients présentant une acné sévère, même si la relation entre la prise d'isotrétinoïne et l'apparition de troubles de l'humeur n'a pas été prouvée.

- Troubles lipidiques, augmentation des transaminases et hépatite :

Le traitement par isotrétinoïne orale modifie les taux de lipides sanguins sans que le mécanisme soit clairement identifié. Le traitement peut également provoquer une élévation des transaminases, et causer une hépatite.

Une surveillance des taux de lipides sériques et des transaminases (à jeun) avant le traitement, 1 mois après le début du traitement et par la suite tous les 3 mois est recommandée.

Le traitement sera interrompu si l'hypertriglycémie ne peut être contrôlée à un niveau acceptable ou si des symptômes de pancréatite apparaissent. Il faudra diminuer la dose ou arrêter le traitement par isotrétinoïne orale si les transaminases ne sont pas contrôlées.

- Autres précautions d'utilisation :

Il convient d'informer tous les patients :

- ✓ De ne pas associer de tétracyclines au traitement par isotrétinoïne orale (risque d'hypertension intracrânienne).
- ✓ De ne pas prendre des compléments vitaminés contenant de la vitamine A ou des bêta-carotènes.
- ✓ De ne pas prendre d'autres rétinoïdes (alitrétinoïne, acitrétine).
- ✓ De conseiller l'utilisation de larmes artificielles aux porteurs de lentilles de contact, ou de les remplacer par des lunettes pendant le traitement.
- ✓ D'éviter au maximum l'exposition au soleil et d'utiliser une protection solaire.

- ✓ De ne pas appliquer de produits kératolytiques ou exfoliants.
- ✓ D'éviter les sports intenses pendant le traitement (risque de rhabdomyolyse).
- ✓ D'éviter l'épilation à la cire pendant le traitement et pendant au moins 6 mois après son arrêt.
- ✓ D'éviter également les dermabrasions chirurgicales ou au rayon LASER. Ceci pourrait entraîner des cicatrices, une hypo ou hyper pigmentation de la peau ou une desquamation de l'épiderme.

- Traitements topiques (15)

➤ *Les rétinoïdes :*

Les rétinoïdes naturels sont la trétinoïne (acide tout-trans rétinoïque ou vitamine A acide) et l'isotrétinoïne (acide rétinoïque 13-cis).

Les rétinoïdes synthétiques sont l'adapalène (acide naphthoïque) qui est un analogue synthétique de la vitamine A, et le tazarotène.

Depuis octobre 2018, les rétinoïdes topiques sont contre-indiqués pendant la grossesse. (16)

➤ *Le peroxyde de benzoyle :*

Le peroxyde de benzoyle existe en France en gel pour application locale à 2,5 %, 5 % et 10 %.

Depuis 2014, on trouve une forme gel associant adapalène 0,1 % ou 0,3 % et peroxyde de benzoyle 2,5 % (Epiduo®).

Depuis le 10 décembre 2018, le traitement Curaspot® 5% gel a été supprimé des médicaments en libre accès par l'ANSM. (17)

➤ *Antibiotiques locaux :*

En France, on utilise l'érythromycine et la clindamycine. On peut les trouver sous forme de lotion ou de gel, seuls ou associés à d'autres principes actifs.

➤ *L'acide azélaïque :*

Ce topique est utilisé en France sous forme de crème à 20 % et de gel à 15 %.

- Cosmétiques d'accompagnement (18)

Les traitements de l'acné sont souvent irritants, ils peuvent altérer la barrière cutanée. Il est donc utile de les associer à des cosmétiques qui viseront à protéger cette barrière cutanée. Ils améliorent la tolérance des traitements et donc favorisent le succès thérapeutique et l'adhésion des patients au traitement. (19)

➤ *Toilette*

Certains patients pensent que l'acné est secondaire à une mauvaise hygiène. Ils pratiquent alors des toilettes vigoureuses, source d'irritation, de mauvaise tolérance des traitements topiques, et même d'aggravation de l'acné. La toilette est un geste d'hygiène qui a pour rôle de débarrasser la peau du sébum, de la sueur, et des salissures tout en respectant la barrière cutanée, elle ne doit pas être trop détergente.

Les savons sont de bons détergents et sont bon marché.

Les syndets ou pains dermatologiques associent plusieurs tensioactifs synthétiques. Leur pH entre 5 et 7 respecte le pH cutané. Ils permettent une toilette douce mais sont plus chers que les savons classiques. Les gels ou crèmes moussantes sont des détergents synthétiques comme les syndets.

Les laits sont des émulsions plus ou moins concentrées en eau. Ils permettent une toilette douce et sont très efficaces en tant que démaquillants.

Les eaux nettoyantes contiennent des micelles qui permettent une toilette douce sans rinçage en captant les salissures et le sébum à la surface de la peau qui sont éliminés par un coton.

➤ *Rasage*

Le rasage étant traumatisant pour la peau, il est préférable de le limiter chez l'adolescent acnéique, ou d'utiliser une tondeuse qui est moins irritante puisqu'elle laisse une barbe de plusieurs jours.

➤ *Crèmes hydratantes*

Elles sont indispensables en association au traitement de l'acné car les rétinoïdes entraînent une desquamation parfois importante, les peroxydes de benzoyle peuvent provoquer un érythème cuisant en début de traitement. Les antibiotiques topiques assèchent souvent la peau, ainsi que l'isotrétinoïne orale. L'application de crème hydratante doit être conseillée le matin.

➤ *Photoprotection*

Les produits solaires pour acnéiques ne doivent pas avoir une texture grasse et épaisse et sont non comédogènes. Ils doivent être anti-ultraviolets B (UVB) et anti-UVA.

➤ *Cosmétiques « actifs »*

Ce sont des crèmes qui revendiquent une efficacité sur les lésions d'acné, l'effet est le plus souvent modeste. Ce sont en général des associations, pouvant contenir divers hydroxyacides ou d'autres molécules aux propriétés antimicrobiennes et anti-inflammatoires, comme la phytosphingosine, le nicotinamide, la piroctone olamine.

➤ *Maquillage*

Il existe des lignes de maquillage pour les peaux acnéiques, non comédogènes. S'il existe des lésions importantes, on peut également utiliser les techniques de maquillage médical. (20)

- Traitement phytothérapique (13)

Le traitement par la phytothérapie et les huiles essentielles peut être efficace si l'observance est bonne. Le traitement doit autant être externe qu'interne. Il doit être guidé par la notion de terrain.

Traitements recommandés selon le stade de gravité (Figure 1)

Algorithme Recommandations de prise en charge de l'acné

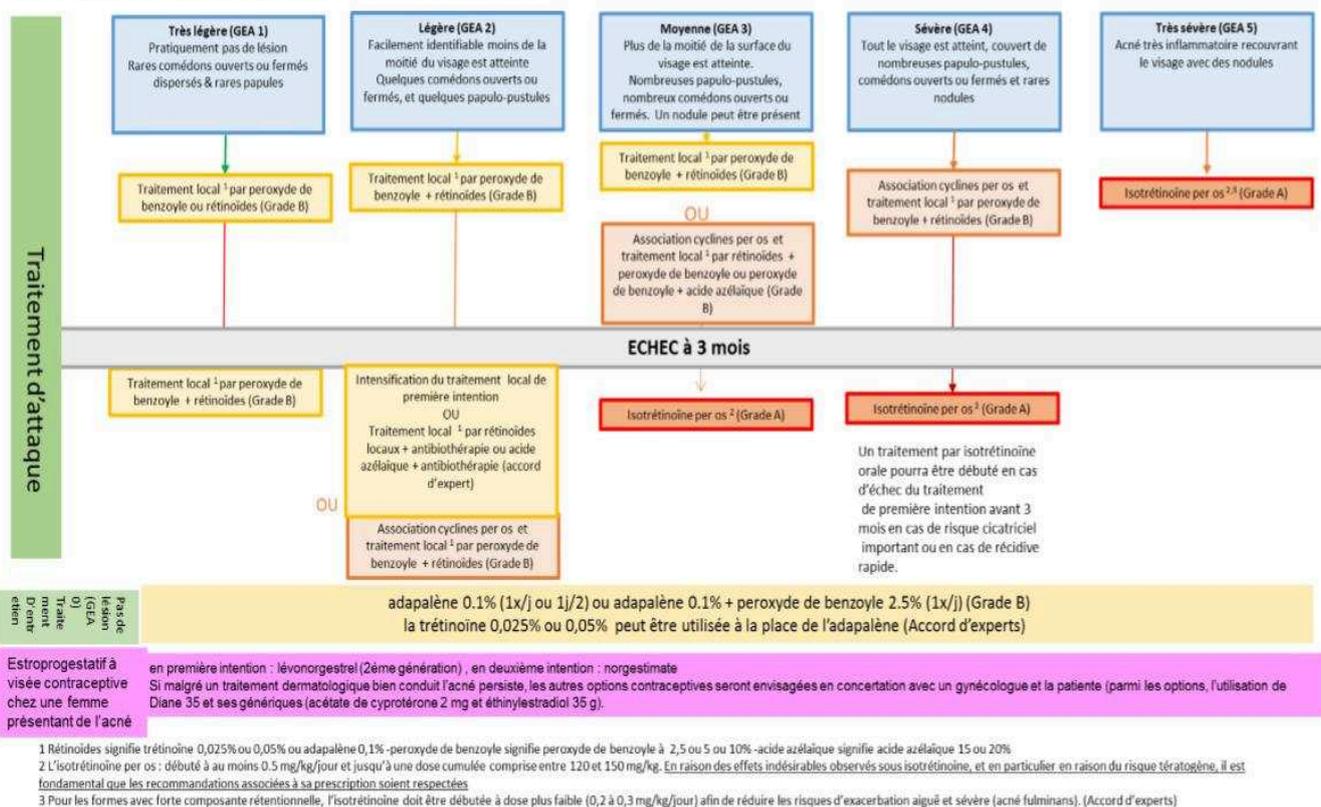


Figure 1 : Société Française de Dermatologie – Prise en charge de l'acné (3)

METHODES

Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête nationale de pratique en médecine générale concernant la prise en charge de l'acné. L'étude était de type épidémiologique, descriptif et quantitatif.

L'objectif principal de cette enquête était d'étudier en France les attitudes thérapeutiques des médecins généralistes lors de la prise en charge de l'acné.

L'objectif secondaire était de rechercher des pistes pour améliorer la prise en charge de l'acné par les médecins généralistes. Des questions ont également été posées afin de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur la consultation pour acné.

Population interrogée (Figure 2)

Un tirage au sort a été réalisé par le service Méthodologie, Biostatistiques, Gestion de Données et Archives de Lille 2 : 400 médecins généralistes ont été tirés au sort à partir du site <https://annuaire.sante.fr/>. Il était souhaitable d'avoir au moins la participation de 100 médecins dans cette étude, et le taux moyen de réponse à un questionnaire envoyé par courrier étant de 30%, il a donc été choisi de tirer au sort 400 médecins afin qu'au moins 300 d'entre eux soient éligibles au questionnaire après avoir éliminé les médecins « non généralistes ».

Chaque médecin a été contacté par téléphone afin d'obtenir son adresse mail pour lui envoyer le questionnaire en ligne. Les médecins non joignables par téléphone ont été contactés par courrier afin de leur fournir le lien internet vers le questionnaire en ligne.

Le questionnaire a été envoyé par mail à 178 médecins, et par courrier à 70 médecins. Une relance, par mail uniquement, a été effectuée le 10 juin 2018 soit 14 jours avant la clôture du questionnaire.

Au total, 100 réponses ont été obtenues soit un taux de réponse de 40,3 %.

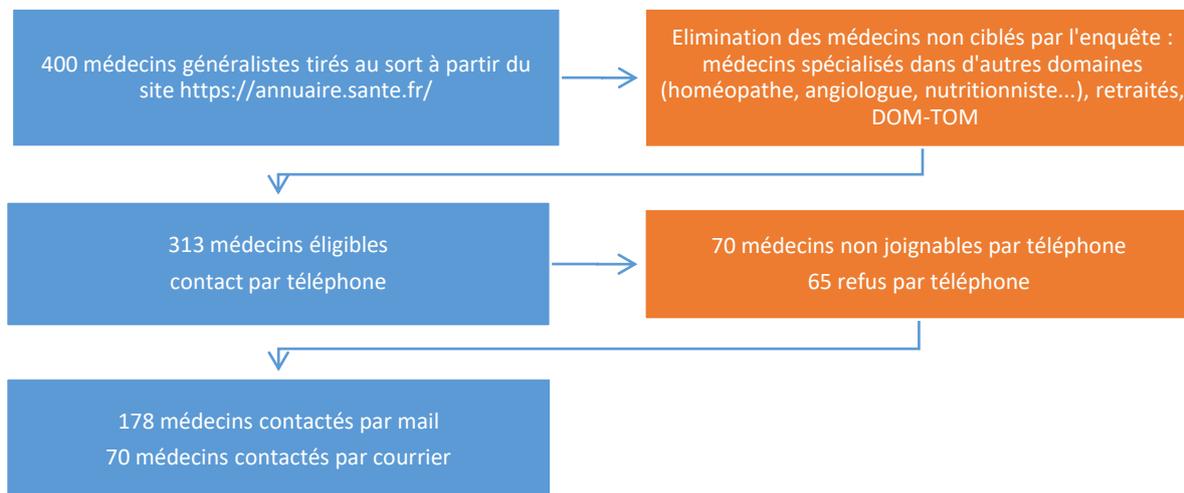


Figure 2 : Organigramme de la sélection de la population de médecins interrogée

Questionnaire en ligne

Les médecins tirés au sort ont été contactés entre mars et juin 2018.

La première partie du questionnaire visait à rassembler des données démographiques, la deuxième recueillait des informations sur la pratique des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'acné. Au total, le questionnaire comportait 24 questions. Quatre d'entre elles étaient des questions ouvertes (âge, formation supplémentaire, suivi du traitement par isotrétinoïne, suggestion pour l'amélioration de la prise en charge de l'acné), les autres étant des questions fermées à choix unique ou multiple. (Annexe 3)

Analyse statistique

Les données ont été recueillies dans un tableau sous EXCEL 2007. Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide du docteur Develter, médecin à l'hôpital St Philibert, à partir du logiciel PASW Statistics Viewer. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et intervalle de confiance à 95%, les variables qualitatives ont été décrites par leurs fréquences et/ou effectifs.

Plan de rédaction

Le type de plan utilisé pour la rédaction de ce travail est le STROBE statement.

RESULTATS

Données épidémiologiques

- Age et sexe

Parmi les 313 médecins éligibles au questionnaire, 100 ont participé à l'étude ; 53 étaient des hommes (53 %) et 47 étaient des femmes (47 %).

La moyenne d'âge était de 48,8 ans avec un intervalle de confiance (IC95%) [46,3 ; 51,3]. L'âge minimum était de 29 ans et l'âge maximum de 71 ans.

- Région d'exercice (figure 3)

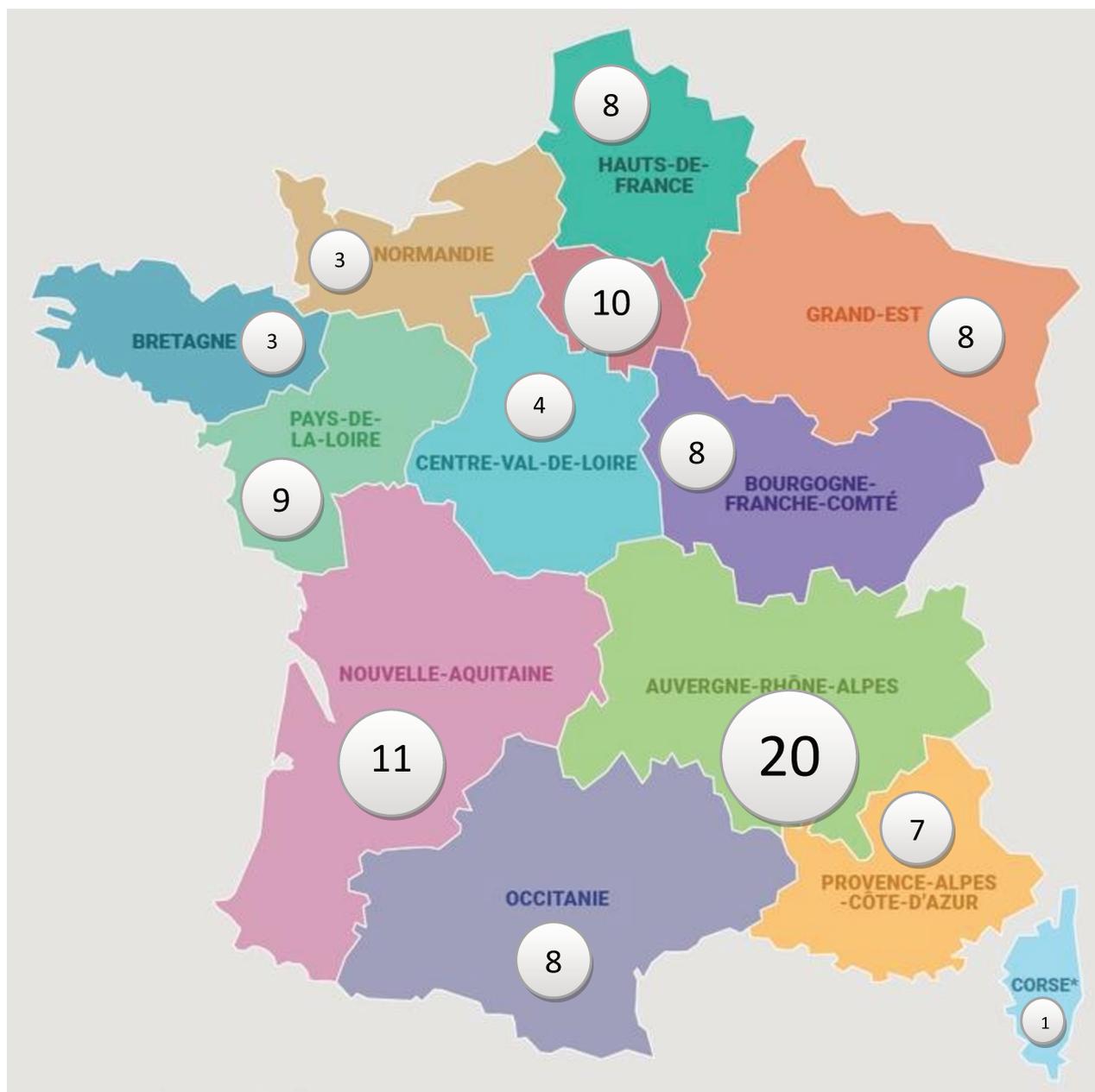


Figure 3 : Nombre de médecins par région ayant répondu au questionnaire.

Les régions ayant le plus participé étaient l'Auvergne-Rhône-Alpes, la Nouvelle-Aquitaine et l'Île-de-France. Les régions ayant le moins participé étaient la Corse, la Bretagne et la Normandie.

- Milieu d'exercice (figure 4)

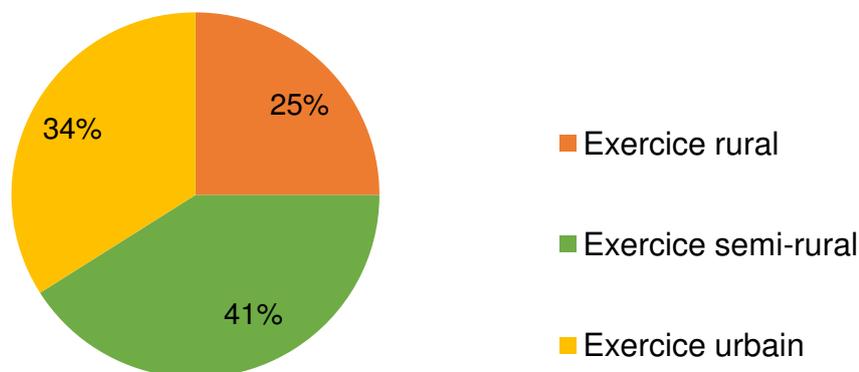


Figure 4 : Répartition des médecins selon le milieu d'exercice

Chaque milieu était représenté de façon conséquente, avec une majorité d'exercice semi-rural.

- Durée d'exercice (figure 5)

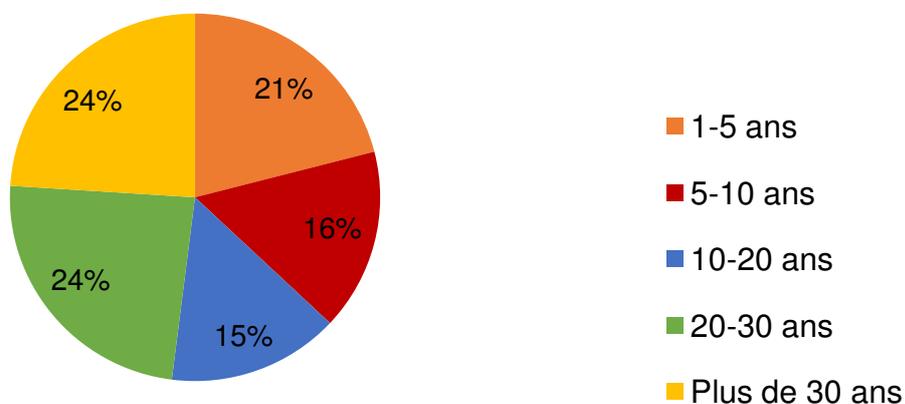


Figure 5 : Durée d'exercice des médecins en cabinet

- Formations supplémentaires

50 % des médecins avaient une ou plusieurs formation(s) supplémentaire(s).

12 d'entre eux détenaient un Diplôme Universitaire (DU) en gériatrie ou soins palliatifs, 5 un DU de médecine tropicale, 8 un DU de médecine du sport, 10 un DU concernant la mère et l'enfant (gynécologie, pédiatrie). 4 d'entre eux avaient une

formation en médecine d'urgence. 8 médecins pratiquaient des médecines parallèles (phytothérapie, naturothérapie...).

Les 15 restants possédaient d'autres formations : oncologie, réparation de préjudice corporel, médecine de l'adolescence, médecine des armées, DU de prise en charge de l'infection au VIH, pratique de la thérapie cognitivo-comportementale, échographie, maître de stage universitaire, santé publique, formation à l'ECG, éthique médicale, médecine hyperbare, médecine du travail.

Données générales sur les patients pris en charge pour acné

- Estimation du nombre de cas d'acné par mois (figure 6)

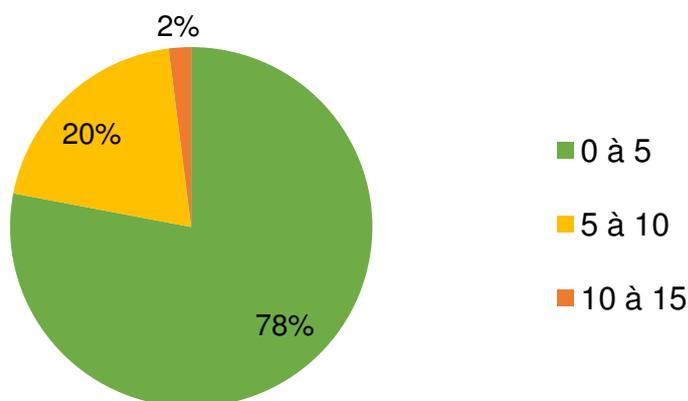


Figure 6 : Estimation du nombre de cas d'acné par mois

La grande majorité des médecins déclaraient voir 0 à 5 cas d'acné par mois.

- Age moyen des patients consultant pour acné (figure 7)

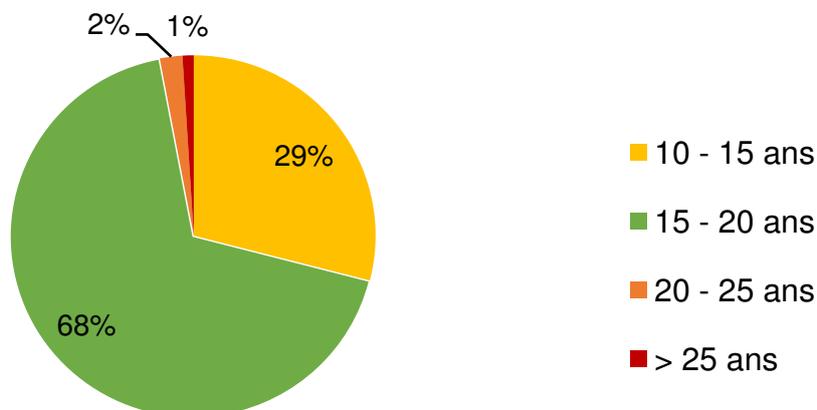


Figure 7 : Age moyen des patients consultant pour acné

Selon les médecins, la majorité des patients consultant pour acné avaient entre 15 et 20 ans.

- Proportion de patients adressés au dermatologue pour acné (figure 8)

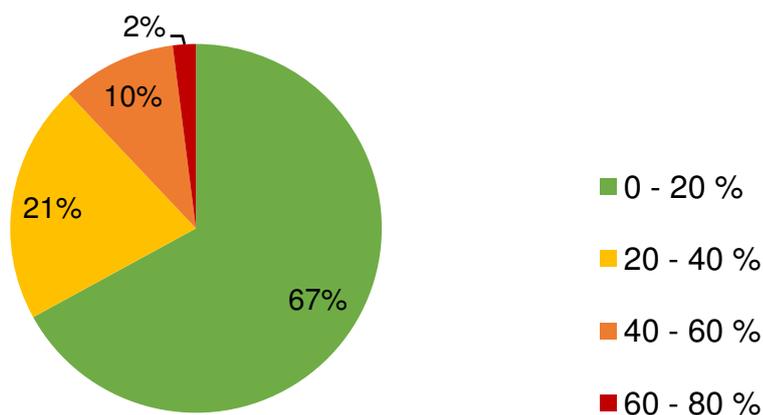


Figure 8 : Proportion de patients adressés au dermatologue

La majorité des médecins adressaient moins de 40 % de leurs patients au dermatologue.

- Indications pour lesquelles les médecins adressaient leurs patients au dermatologue en cas d'acné (figure 9)

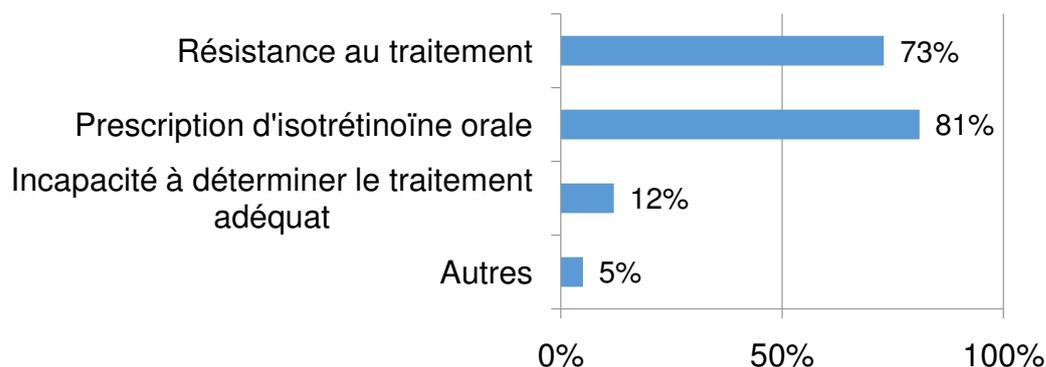


Figure 9 : Indications pour lesquelles les médecins adressent leurs patients au dermatologue

Les 2 principales raisons pour lesquelles les patients étaient adressés au dermatologue étaient la prescription d'isotrétinoïne orale et la résistance au traitement.

Les autres motifs étaient l'incapacité à déterminer le traitement adéquat, les patients polyhandicapés, la demande d'avis spécialisé par le patient ou sa famille, l'acné sévère, le sexe féminin.

2 médecins ont répondu qu'ils n'adressaient pas de patients au dermatologue, l'un n'ayant pas précisé pourquoi, l'autre évoquant l'absence de dermatologue dans son secteur.

- Personne à l'origine de la demande de prise en charge de l'acné (figure 10)

C'était dans la moitié des cas les parents et le patient conjointement qui demandaient l'initiation d'un traitement contre l'acné. Dans 6 % des cas, le médecin proposait le traitement.

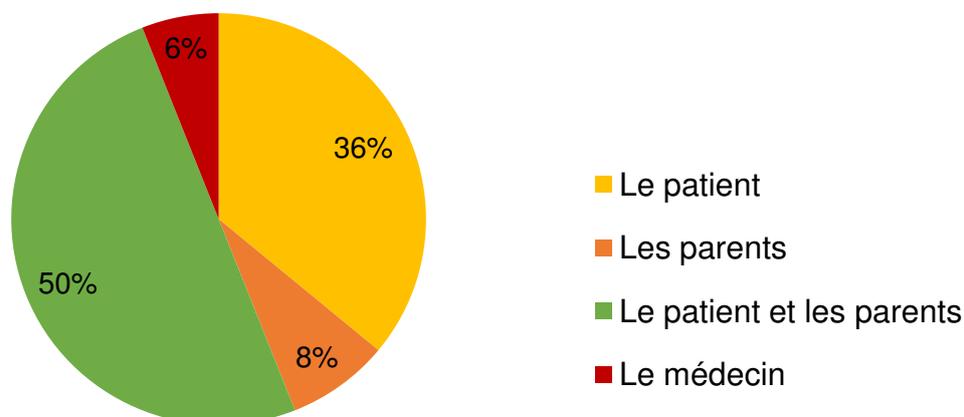


Figure 10 : En général, qui demande l'initiation d'un traitement contre l'acné?

Prise en charge pour acné

- Habitudes de prescriptions des médecins concernant l'acné (figure 11) et associations de traitements utilisées

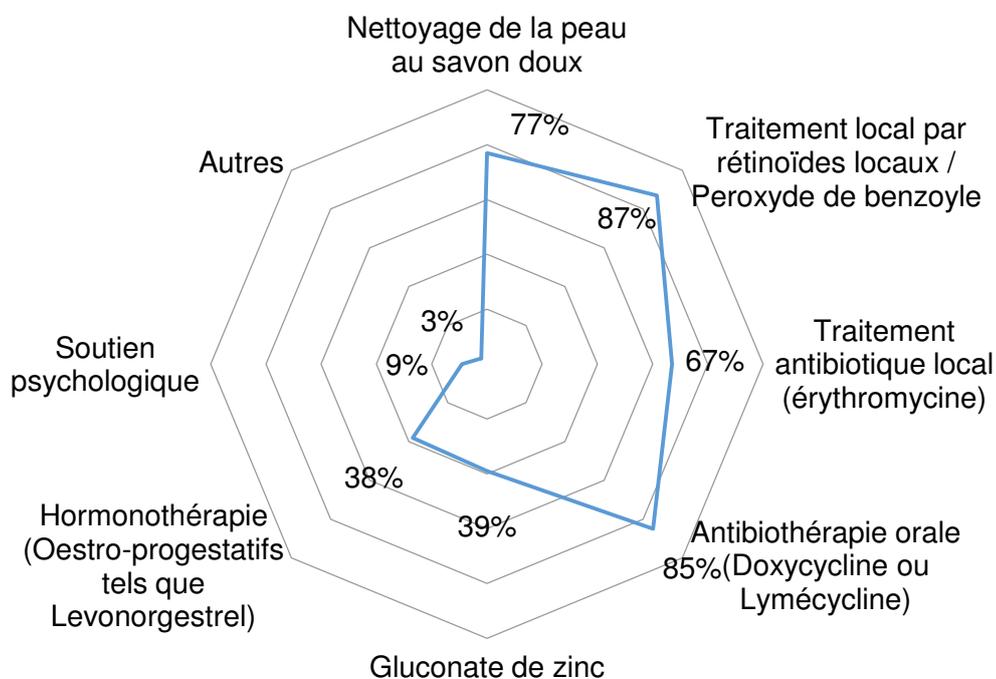


Figure 11 : Habitudes de prescription des médecins concernant l'acné

La majorité des médecins prescrivaient un nettoyage de peau, un traitement local et/ou une antibiothérapie orale. L'hormonothérapie et le gluconate de zinc était prescrit par moins de 40% des médecins. 9% des médecins prescrivaient un soutien psychologique.

Un médecin prescrivait uniquement de la phytothérapie. L'hydratation a également été citée comme traitement. Un médecin prescrivait de l'acétate de cyprotérone.

Concernant les associations de traitements, 42% des médecins déclaraient utiliser l'association de rétinoïdes topiques au peroxyde de benzoyle. Ces deux traitements associés à une antibiothérapie orale étaient également utilisés par 42 % des médecins. Ensuite venait l'association de rétinoïdes topiques à une antibiothérapie locale, par 38% des médecins. 21% des médecins n'utilisaient aucune association. 1 médecin utilisait toutes ces associations mais précisait qu'il y associait le Rubozinc®. 1 médecin utilisait les associations contenant le peroxyde de benzoyle et y associait une contraception œstro-progestative.

- Durée du traitement (figures 12 et 13)

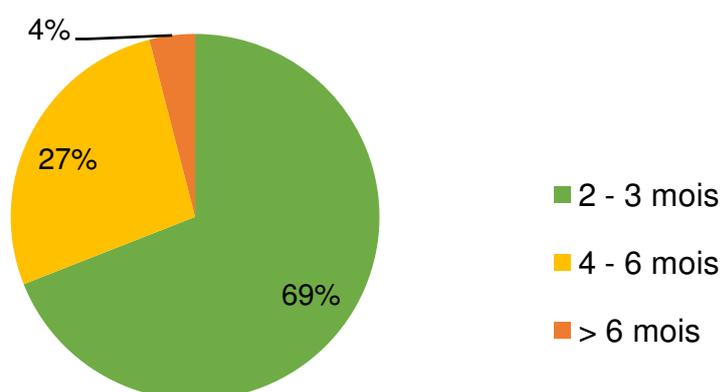


Figure 12 : Durée moyenne du traitement d'attaque

69 % des médecins prescrivaient un traitement d'attaque d'une durée de 2 à 3 mois. 31 % préféraient poursuivre le traitement d'attaque plus longtemps.

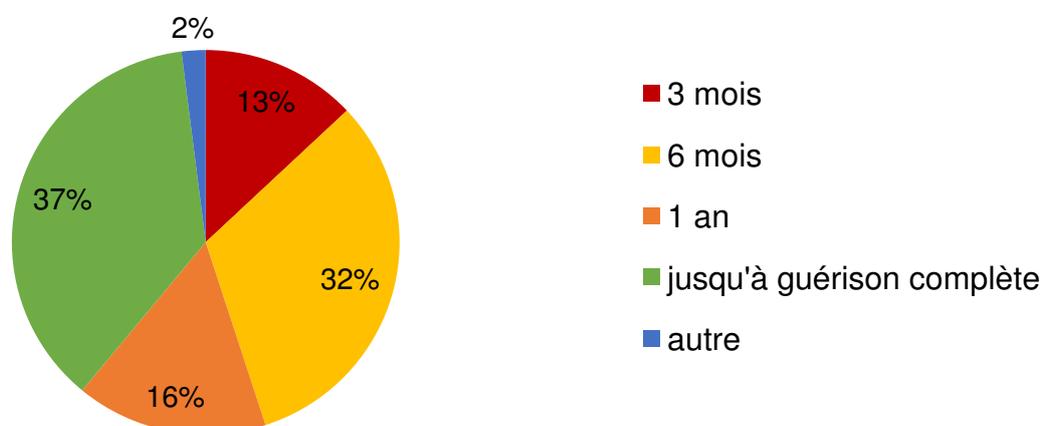


Figure 13 : Durée moyenne du traitement d'entretien local

Les pratiques divergeaient concernant la durée du traitement d'entretien mais la plupart des médecins le poursuivaient jusqu'à guérison complète. Un médecin modulait la durée du traitement selon la satisfaction du patient. Un autre médecin n'utilisait pas de traitement local.

- Traitement par Isotrétinoïne orale

Concernant les restrictions de prescription initiale de l'isotrétinoïne orale aux dermatologues, 91 % des médecins en avaient connaissance.

Seuls 20 % des médecins suivaient des jeunes filles en âge de procréer sous Isotrétinoïne.

Concernant le suivi réalisé pour les jeunes filles en âge de procréer, 17 médecins sur les 20 répondeurs citaient le suivi biologique, 10 d'entre eux citaient la contraception, et un médecin parlait de l'information délivrée. La clinique était également une réponse proposée par 7 médecins. Un médecin a répondu qu'il ne faisait que le suivi demandé par le dermatologue, un autre précisait qu'il n'effectuait le renouvellement du traitement qu'en cas d'absence du dermatologue.

- Efficacité et observance des traitements de l'acné

Les 2 questions suivantes portaient sur l'efficacité et l'observance des traitements prescrits. La figure 14 met en parallèle ces 2 données.

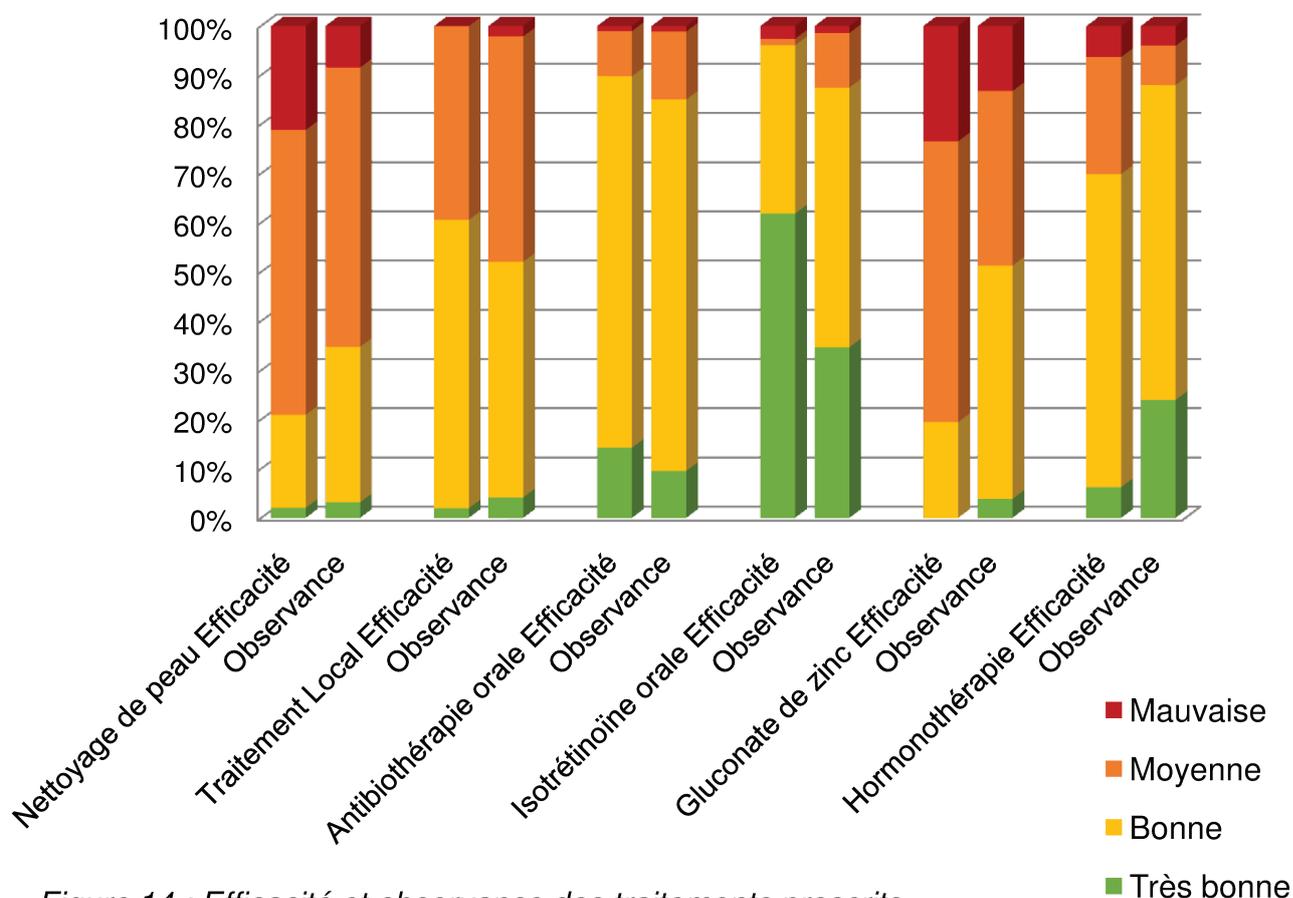


Figure 14 : Efficacité et observance des traitements prescrits

- Evaluation du retentissement de l'acné sur la qualité de vie (figure 15)

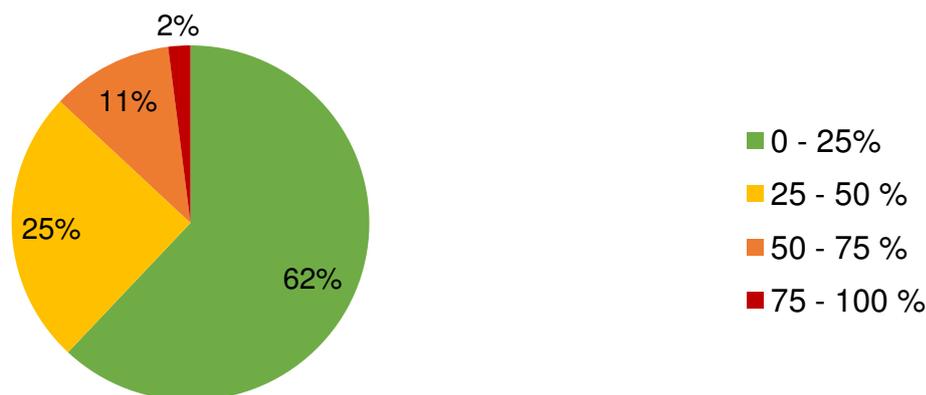


Figure 15 : Estimation de la proportion de patients souffrant d'une altération de la qualité de vie due à l'acné

Plus de la moitié des médecins estimaient que moins de 25% de leurs patients souffraient psychologiquement de leur acné.

- La consultation pour acné

Une question sur le côté chronophage de la consultation pour acné a été posée, notamment concernant l'information à délivrer concernant l'isotrétinoïne (afin de dédramatiser la prise de ce traitement ou au contraire pour expliquer dans quel cas un traitement oral n'est pas indiqué). 70% des médecins considéraient la consultation pour acné comme non chronophage.

- Suggestions pour l'amélioration de la prise en charge pour acné

Une dernière question ouverte était posée afin de permettre aux médecins participants de faire des suggestions pour améliorer la prise en charge de l'acné. 46 médecins ont répondu à cette question.

21 d'entre eux auraient souhaité une meilleure formation, qu'elle soit initiale ou continue. 5 médecins suggéraient la création de supports simples à disposition des médecins généralistes (mémo, tutoriel sur Youtube, organigramme). 5 médecins insistaient sur les contacts avec les spécialistes (formation de plus de dermatologues, contacts plus fréquents). 6 médecins proposaient une information grand public plus intensive pour permettre une consultation plus précoce et 1 médecin rappelait qu'il est important de parler de l'acné au patient avant même qu'il n'en parle. 4 médecins souhaitaient la possibilité de pouvoir initier l'isotrétinoïne à nouveau. 1 médecin proposait de prévoir le suivi pour acné avec une infirmière d'éducation thérapeutique et 1 autre parlait d'une application smartphone pour le suivi et l'observance. 1 médecin suggérait de mieux rémunérer la consultation pour acné. 1 médecin souhaitait la prise en charge par la sécurité sociale de nettoyants doux pour faciliter l'observance.

DISCUSSION

Validité de l'étude

- Points forts de l'étude

Les médecins ont été choisis par tirage au sort.

100 médecins ont accepté de répondre à la totalité du questionnaire soit un taux de participation satisfaisant de 40,3%.

L'échantillon de notre étude était représentatif à l'échelle nationale en ce qui concerne l'âge (48,8 ans contre 51,7 ans en France métropolitaine en 2017) et le sexe des médecins généralistes exerçant en milieu libéral (53 % d'hommes contre 54,6% en France métropolitaine en 2017). (21)

Concernant la répartition régionale des médecins, elle était, pour 9 des 13 régions, représentative : cela concernait les Hauts-de-France, la Normandie, la Bretagne, le Centre-Val-de-Loire, le Grand-Est, la Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie, la région PACA (Provence-Alpes-Côte-d'Azur) et la Corse. L'annexe 4 met en parallèle les effectifs de médecins généralistes par région selon l'atlas de la démographie médicale en France au premier janvier 2016 (22), et les effectifs de notre étude.

L'utilisation d'un questionnaire en ligne facilitait la réponse.

- Points faibles de l'étude

Le tirage au sort à partir du site annuaire.santé.fr a sélectionné des médecins généralistes mais certains d'entre eux s'étaient spécialisés dans une autre discipline, ce qui a réduit la population interrogeable.

Il existe un biais de sélection car on peut supposer que les médecins ayant accepté de participer à l'étude se sentaient concernés par le sujet. L'utilisation d'un questionnaire en ligne limitait également la participation aux médecins utilisant internet.

Les questions fermées pouvaient orienter les réponses des médecins.

Les questions ouvertes pouvaient être trop subjectives pour que les résultats puissent être correctement interprétés.

Interroger les médecins sur leurs pratiques exposait aussi à un biais d'interprétation.

- Critique de la méthode

Le but de la thèse n'était pas de critiquer la pratique quotidienne des médecins généralistes de France mais d'avoir un aperçu sur leur démarche thérapeutique et le suivi des patients.

Résultats principaux et confrontation aux données de la littérature

- Estimation du nombre de cas d'acné par mois

78 % des médecins estimaient voir entre 0 et 5 cas d'acné par mois. Selon l'Observatoire de Médecine Générale, le nombre de patients pris en charge par médecin pour de l'acné en 2009 était de 11,6, soit 0.9 patient par mois (2). Il n'y a pas de données plus récentes à partir de cette source puisque l'Observatoire de Médecine Générale est fermé depuis 2011.

- Age moyen des patients consultant pour acné

68 % des médecins estimaient que la majorité des patients consultant pour acné avaient entre 15 et 20 ans, et 29 % estimaient qu'ils avaient entre 10 et 15 ans. L'Observatoire de Médecine Générale retrouve un résultat similaire : la prévalence par tranche d'âge pour l'année 2009 pour les patients consultant pour acné est la plus élevée pour la tranche d'âge 10 – 19 ans (près de 4 %) (2).

- Patients adressés au dermatologue pour acné

La majorité des médecins adressaient moins de 40 % de leurs patients au dermatologue : 67 % d'entre eux adressaient moins de 20 % des patients, 21 % en adressaient entre 20 et 40 %.

Les 2 principales raisons pour lesquelles les patients étaient adressés au dermatologue étaient la prescription d'isotrétinoïne orale (81 % des médecins) et la résistance au traitement (73%), ces 2 raisons pouvant être liées. Dans la thèse du Docteur Trotzier sur la prise en charge de l'acné par les médecins généralistes de Nancy en 1997, 39,22 % des médecins adressaient leurs patients pour un diagnostic précis de la forme clinique, pour commencer le traitement adéquat ou pour un avis diagnostique ou thérapeutique. 23,92 % d'entre eux confiaient totalement leur patient au spécialiste (23). Les résultats n'ayant pas été présentés de la même façon dans notre étude et dans celle du docteur Trotzier, il est difficile de les comparer.

Toutefois, dans notre étude il semble que 98 % des médecins adressaient au moins quelques-uns de leurs patients au dermatologue pour acné puisqu'ils sont 98 à avoir répondu à la question concernant les indications à adresser les patients au dermatologue ; dans la thèse du docteur Trotzier, 36,84 % des médecins assuraient seuls le traitement de leurs patients.

- Traitements de l'acné

Concernant l'initiation d'un traitement, la demande venait du patient dans 36 % des cas, des parents dans 8 %, des 2 précédents dans 50 % et du médecin dans 6 % des cas. La thèse du docteur Luchooman sur la prise en charge de l'acné par les médecins généralistes enseignants de la faculté de médecine de Paris Sud en 2005 retrouvait que la demande de traitement venait dans 46,9 % des cas du patient (31 questionnaires sur 66), dans 39,4 % des cas des parents (26 sur 66) et dans 13,6 % des cas des 2 précédents (9 sur 66) (24). La différence avec nos résultats peut s'expliquer par le fait que le questionnaire du docteur Luchooman ne proposait

comme réponse que « le patient » ou « les parents », la réponse « les deux » a été suggérée dans la catégorie « autre » alors que nous proposons cette réponse ainsi que « le médecin » dans les réponses possibles à la question.

Les médecins interrogés prescrivaient majoritairement un traitement local (rétinoïdes locaux, peroxyde de benzoyle, antibiothérapie locale) ou une antibiothérapie orale. Ce sont les traitements décrits dans les recommandations de bonne pratique dans la prise en charge de l'acné par la Société Française de Dermatologie (recommandations de grade B) (3). Dans la thèse du docteur Luchooman, tous les médecins interrogés utilisaient les traitements locaux (97 % dans notre étude) dans leur pratique habituelle. Par contre, tous les médecins utilisaient également une antibiothérapie orale dans le travail du docteur Luchooman, contre 85 % dans notre étude. Cette évolution pourrait s'expliquer par la tendance actuelle à réduire la prescription d'antibiotiques dans toutes les spécialités devant l'apparition des antibiorésistances. Cette limitation d'utilisation de l'antibiothérapie est bien précisée dans les recommandations de bonne pratique de la Société Française de Dermatologie : « L'augmentation des souches bactériennes résistantes aux antibiotiques impose une limitation de l'utilisation des antibiotiques aux situations où ils sont nécessaires » (3). On retrouve la même information dans le guide de pratique concernant le traitement de l'acné, dont la source est l'American Academy of Dermatology. (25)

Le nettoyage de peau était également prescrit par 77 % des médecins, c'est une mesure facile à mettre en place pour le patient. On constate une augmentation de sa prescription par rapport à 2005 dans la thèse du docteur Luchooman où 60,6 % prescrivaient le nettoyage de peau.

Le gluconate de zinc était prescrit par 39 % des médecins, cette utilisation moins fréquente peut s'expliquer par le fait que son utilisation dans l'acné est associée à une recommandation de grade C. (3)

L'hormonothérapie n'est pas recommandée dans le traitement de l'acné (grade A), mais 38 % des médecins l'utilisent ; on pourrait penser que ces médecins seraient plus âgés, ayant une expérience professionnelle plus longue et ayant prescrit l'hormonothérapie quand elle était encore recommandée, mais il n'y avait pas de différence entre l'âge moyen de ces médecins (50,9 ans) et l'âge moyen de tous les médecins interrogés dans notre étude (48,8 ans). La prescription de l'hormonothérapie comme traitement de l'acné est controversé : sur le site internet de la Société Française de Dermatologie où l'on retrouve des informations sur la réalisation des recommandations de bonne pratique concernant l'acné, il est dit que « la place de l'association acétate de cyprotérone et éthinylestradiol dans la stratégie thérapeutique de l'acné a fait l'objet de nombreuses discussions au sein du groupe de travail, avec les experts et après avis du groupe de lecture » (26). Ces recommandations de bonne pratique citent une revue Cochrane qui inclue 31 essais publiés jusqu'en janvier 2012 et qui comparent l'efficacité de diverses combinaisons oestro-gestatives dans le traitement de l'acné :

- contre placebo dans 9 essais, avec à chaque fois une réduction du nombre de lésions et de la sévérité de l'acné ainsi qu'une amélioration selon une auto-évaluation ;
- entre différentes combinaisons oestro-progestatives dans 17 essais, avec certains résultats en faveur de l'utilisation de l'acétate de cyprotérone. La différence d'efficacité selon le progestatif n'est pas clairement établie compte tenu du nombre limité de données et de l'hétérogénéité des résultats.
- contre une antibiothérapie dans 1 essai (pas de différence significative). (3)

C'est seulement depuis 2013 que l'indication de l'hormonothérapie (Diane 35® et ses dérivés) a été restreinte par la commission européenne au traitement de l'acné modérée à sévère chez les femmes en âge de procréer, uniquement après échec d'un traitement local (27). Il semble donc que, même si l'hormonothérapie n'est pas recommandée dans le traitement de l'acné, sa prescription est légitime dans certains cas, ce qui peut expliquer le résultat retrouvé dans notre étude. Ces modifications de recommandations expliquent la différence avec les résultats retrouvés par le docteur Luchooman dans sa thèse ; en effet, 92,4 % des médecins interrogés en 2005 prescrivaient une hormonothérapie dans leur pratique habituelle en cas d'acné (24).

9% des médecins prescrivaient un soutien psychologique à leurs patients. Ce résultat est cohérent avec celui de la question portant sur la qualité de vie des patients pris en charge pour acné : 62 % des médecins estiment que moins de 25% de leurs patients souffrent psychologiquement de leur acné. Ainsi, peu de patients nécessitaient un soutien psychologique dans notre étude. Le docteur Trotzier a évalué dans sa thèse l'estimation par les médecins du retentissement psycho-affectif de l'acné par une échelle analogique ; la majorité des médecins estimaient que le retentissement de l'acné était important (5 sur l'échelle analogique) à très important (10 sur l'échelle analogique) (23). Le docteur Luchooman retrouvait une prescription d'un soutien psychologique par 77,3 % des médecins ; dans la majorité des cas (33,3 %), ils le prescrivaient « parfois », dans 28 % des cas « souvent » et seulement dans 15,1 % des cas « très souvent ».

69 % des médecins prescrivaient un traitement d'attaque d'une durée de 2 à 3 mois. 31 % préféraient poursuivre le traitement d'attaque plus longtemps (4 à 6 mois voire plus de 6 mois). Les recommandations de bonne pratique de l'HAS concernant le traitement d'attaque indiquent que celui-ci « devra être poursuivi 3 mois avant de pouvoir juger de son efficacité et d'en modifier les modalités. (Grade B) » (3). Cela explique que la majorité des médecins interrogés aient répondu 3 mois, et il semble légitime de poursuivre le traitement d'attaque quelques mois de plus, notamment si l'amélioration apparaît tardivement.

Concernant la durée du traitement d'entretien, de nombreuses réponses différentes ont été proposées : 37 % des médecins le poursuivaient jusqu'à guérison complète, comme inscrit dans les recommandations de bonne pratique de la Société Française de Dermatologie (3). 32 % des médecins l'arrêtaient au bout de 6 mois, 16 % après un an, 13 % après 3 mois. On peut supposer que ces médecins se sont basés sur la durée moyenne que nécessite le traitement pour obtenir une guérison.

Seuls 20 % des médecins suivaient des jeunes filles en âge de procréer sous Isotrétinoïne.

La question du suivi réalisé pour les jeunes filles en âge de procréer était difficile à interpréter. En effet, cette question était ouverte et donc peu précise. 17 médecins sur les 20 répondants citaient le suivi biologique. Parmi ces 20 médecins, 10 d'entre eux citaient la contraception, et un médecin parlait de l'information délivrée. Ces 2 derniers éléments pourraient ne pas être considérés comme du suivi et donc non cités par certains médecins comme réponses à cette question. La clinique était également une réponse proposée par 7 médecins, mais il est tellement évident qu'un examen clinique est pratiqué que certains médecins n'ont probablement pas pensé à le citer.

Il semble exister une corrélation entre l'efficacité des traitements et l'observance des patients pour ces traitements. En effet, lorsque les médecins estimaient que l'efficacité du traitement était très bonne ou bonne, l'observance était également considérée comme très bonne ou bonne. Si on prend le nettoyage de peau, on constate que l'observance était jugée très bonne ou bonne par 34,8 % des médecins avec en regard une efficacité jugée très bonne par 21 % des médecins. Ce résultat est encore plus parlant si l'on regarde l'antibiothérapie orale : en parallèle d'une observance jugée bonne ou très bonne par 89,8 % des médecins, 85,1 % d'entre eux estimaient l'efficacité bonne ou très bonne. Cette constatation est moins marquée pour le gluconate de zinc, peut-être parce qu'il est fréquemment associé à d'autres traitements et qu'il est donc difficile d'évaluer son efficacité.

Dans sa thèse (24), le docteur Luchooman s'est également interrogé sur l'observance et l'efficacité des traitements de l'acné, sans toutefois les mettre en parallèle. Les résultats de son travail pouvaient être comparés aux nôtres pour le traitement local, le traitement général et l'isotrétinoïne per os.

Ses résultats concernant l'observance sont différents de ceux de notre étude :

- Concernant le traitement local, la majorité des médecins dans notre étude (47,9 %) comme dans celle du docteur Luchooman (50 %) considéraient que l'observance était bonne. Par contre l'observance était jugée moyenne par 45,8 % des médecins dans notre étude contre seulement 19,7 % dans l'étude du docteur Luchooman, dans laquelle les médecins estimaient plus souvent l'observance comme très bonne (30,3 % contre 4,2 % dans notre étude).
- Concernant le traitement général, la plupart des médecins de notre étude (75,5 %) constataient une bonne observance alors que 60,6 % des médecins de l'étude du docteur Luchooman l'estimaient comme très bonne.
- Concernant le traitement par isotrétinoïne, la majorité des médecins interrogés par le docteur Luchooman (84 %) estimaient l'observance comme très bonne, alors que dans notre étude les avis étaient plus partagés entre une bonne (52,8%) et une très bonne (34,7) observance.

Les différences constatées peuvent être réduites en rassemblant les résultats en 2 catégories : observance bonne ou très bonne contre observance moyenne ou mauvaise, hormis pour le traitement local. Ces différences peuvent avoir plusieurs explications : la population de médecins interrogée n'était pas la même dans les 2

études ; les catégories observance « mauvaise », « moyenne », « bonne » et « très bonne » n'ont pas été explicitées et ont pu être subjectives ; il est également possible que l'évolution des traitements ait modifié les habitudes et l'observance des patients.

Concernant l'efficacité des traitements de l'acné, notre étude retrouve des résultats similaires à ceux du docteur Luchooman, hormis pour l'efficacité de l'Isotrétinoïne : les médecins que nous avons interrogé étaient partagés surtout entre une efficacité bonne (52,8 %) ou très bonne (34,7), alors que la majorité de la population interrogée par le docteur Luchooman (92,7 %) considéraient l'efficacité comme très bonne.

- Retentissement de l'acné sur la qualité de vie

Plus de la moitié des médecins estiment que moins de 25% de leurs patients souffrent psychologiquement de leur acné.

Une étude sur les conséquences de l'acné sur le stress, la fatigue, les troubles du sommeil et l'activité sexuelle a été menée en 2014, elle comparait des patients présentant une acné qu'elle soit légère ou sévère et des patients sans acné. Les résultats rapportaient un retentissement de l'acné sur le stress, l'activité sexuelle et la fatigue matinale (28).

Une autre étude sur l'acné, ses caractéristiques cliniques, la qualité de vie et les comorbidités psychiatriques a été réalisée au Cameroun en 2015. L'acné induisait une altération de la qualité de vie de tous les patients de l'étude, sans différence de sexe ni d'âge, avec une corrélation entre la sévérité de l'acné et l'importance de l'altération de la qualité de vie (9).

Le fait que l'on retrouve un résultat différent dans notre étude peut s'expliquer par le fait que le médecin généraliste est le plus souvent confronté à des patients porteurs d'une acné légère puisqu'il est en première ligne. La première étude citée dans le paragraphe précédent a recruté les patients dans des services hospitaliers de dermatologie et dans des cabinets privés de dermatologue, la seconde uniquement dans des services hospitaliers, ainsi la population n'est pas la même que celle reçue en cabinet de médecine générale.

- Suggestions pour l'amélioration de la prise en charge pour acné

L'amélioration de la formation initiale ou continue a été une proposition récurrente dans notre étude : 21 médecins sur les 46 qui ont répondu à cette question l'ont suggérée. Il est possible qu'il y ait peu de formation sur l'acné, celle-ci n'étant pas considérée comme une pathologie grave, notamment à cause de son côté transitoire et de sa guérison spontanée.

La création de supports simples à disposition des médecins généralistes tels qu'un mémo, un tutoriel sur Youtube, un organigramme a été proposée. Un algorithme concernant le traitement de l'acné recommandé en fonction du grade existe sur le site de la Société Française de Dermatologie (3). Le site Dermatoclic® (29) s'est d'ailleurs basé en partie sur ces recommandations pour créer une page web sur la prise en charge de l'acné, avec un algorithme, un rappel des effets secondaires principaux des traitements et une feuille de conseils que l'on peut remettre au patient.

6 médecins dans notre étude proposaient une information grand public plus intensive pour permettre une consultation plus précoce et 1 médecin rappelait qu'il est important de parler de l'acné au patient avant même qu'il n'en parle. Une étude réalisée en Algérie en 2011 sur l'impact et la perception de l'acné par l'adolescent et le jeune adulte semble en faveur d'une meilleure information des patients (30) : en effet, il est constaté que seulement 36 % des patients atteints d'acné avaient consulté leur médecin, dans 36% des cas l'absence de consultation était due au fait que les parents considéraient que c'était normal d'avoir de l'acné. 69 % des patients interrogés pensaient que l'acné était une maladie contagieuse, et 30% l'attribuaient à une mauvaise hygiène.

4 médecins souhaitaient la possibilité de pouvoir initier l'isotrétinoïne à nouveau. On peut comprendre cette requête devant les délais pour obtenir une consultation avec un dermatologue actuellement. Il pourrait être intéressant d'envisager la possibilité de rendre de nouveau possible la prescription de l'isotrétinoïne par les généralistes avec en parallèle une meilleure formation sur la prise en charge de l'acné, avec une implication des pharmaciens dans la surveillance des conditions de délivrance (BhcG, contraception). La coopération entre professionnels de santé semble un point essentiel dans ce cas.

1 médecin proposait de prévoir le suivi pour acné avec une infirmière d'éducation thérapeutique. Il existe un dispositif mis en place par l'HAS qui est actuellement en cours d'évaluation : le dispositif Asalée (Action de Santé Libérale en Equipe) qui permet à une infirmière formée de prendre en charge le suivi et l'éducation thérapeutique de patients atteints de certaines pathologies chroniques (31). Il pourrait être intéressant, si le dispositif est bien déployé, d'inclure l'acné dans les protocoles de prise en charge des pathologies chroniques.

1 médecin parlait d'une application smartphone pour le suivi et l'observance. L'idée a déjà été évoquée par Cutanea Life Sciences, un laboratoire pharmaceutique américain (32), sur lequel le site Haelio.com (site web américain d'informations médicales) a réalisé un article (33). Il semblerait que le laboratoire ait sorti une application afin de suivre l'évolution de l'acné, rappeler au patient ses renouvellements, des informations sur l'acné et le traitement qu'ils suivent.

CONCLUSION

L'acné est une affection chronique qui touche majoritairement les adolescents. C'est une pathologie fréquente en médecine générale.

Notre étude était une description de la démarche thérapeutique des médecins généralistes en France métropolitaine. Nous avons pu constater que les médecins généralistes suivaient les recommandations de la Société Française de Dermatologie.

Le nombre de patients adressés au dermatologue pour acné semble avoir augmenté par rapport aux données retrouvées dans la littérature, ce qui est probablement secondaire à la restriction de la prescription initiale d'Isotrétinoïne au dermatologue.

On remarque que les médecins déclarent prescrire moins d'antibiotiques oraux que dans les études antérieures, l'explication résidant probablement dans la politique actuelle de réduction de la prise d'antibiotiques du fait des bactériorésistances.

Certains médecins interrogés aimeraient pouvoir de nouveau initier le traitement par Isotrétinoïne. Il pourrait être intéressant de réaliser une enquête auprès des dermatologues afin de recueillir leur avis. En effet, cette restriction impacte certainement leur pratique en augmentant la proportion des consultations pour acné.

Nos résultats concernant l'avis des médecins sur le retentissement psychologique de l'acné diffèrent totalement des résultats de la littérature. Une étude entièrement dédiée à ce sujet pourrait éclaircir ce point.

La demande d'une meilleure formation, évoquée par certains médecins de notre étude, est une requête récurrente dans les travaux sur la prise en charge de l'acné. Cette formation pourrait être axée sur une bonne collaboration entre professionnels de santé (médecin généraliste, dermatologue, pharmacien) afin d'améliorer le suivi des patients sous Isotrétinoïne.

Il pourrait être intéressant, comme l'a suggéré un médecin interrogé, de créer une application smartphone pour le suivi de l'acné, dans le cadre d'un travail de thèse par exemple, afin d'améliorer l'observance et le suivi des patients acnéiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Dermatologie. L'acné [Internet]. Dermato-info.fr. 2017 [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: <http://dermato-info.fr/article/acne>
2. Observatoire de médecine générale. Données en consultation pour : ACNE [Internet]. 2009 [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
3. Société Française de Dermatologie. Recommandations de bonne pratique : traitement de l'acné par voie locale et générale. [Internet]. 2015 juin [cité 16 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/label-recommandations-acne-post-college-54ac60356d1b9584a71ccaac92cf3724.pdf>
4. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Restriction de la prescription initiale de l'isotrétinoïne orale aux dermatologues. [Internet]. 2015 mai [cité 16 févr 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Restriction-de-la-prescription-initiale-de-l-isotretinoine-orale-aux-dermatologues-Point-d-Information>
5. N. Auffret. Avancées physiopathologiques dans l'acné. EM-Consulte. nov 2010;137(S2):S52-6.
6. C. Cazeau. Prévalence de l'acné dans quatre pays européens : France, Espagne, Italie, Pologne. Ann Dermatol Vénérologie. déc 2014;141(12S):S296-7.
7. C. Ahmed Samaouel, A. Lehehal, A. Ammar Kodja. Les particularités épidémiocliniques de l'acné chez les sujets de 20 à 30 ans. Ann Dermatol Vénérologie. déc 2016;143(12S):S166-7.
8. Moigne ML, Saint-Jean M, Dreno B. Acné. EMC Traité Médecine Akos. avr 2017;12(2):1-8.
9. E.A.E.A. Kouotou, R. Bene Belembe, A.C. Zoung-Kanyi Bissek. Acné : caractéristiques cliniques, qualité de vie et comorbidités psychiatriques. Ann Dermatol Vénérologie. déc 2015;142(12S):S576.
10. B. DRÉNO. Prise en charge thérapeutique de l'acné : quelques réflexions. Ann Dermatol Vénérologie. janv 2003;130(1-C2):99-100.
11. Archer C. B, Cohen S. N, Baron S. E. Guidance on the diagnosis and clinical management of acne. Clin Exp Dermatol. 2012;37(s1):1-6.
12. Nast A, Dréno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R, Finlay AY, et al. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2012;26(s1):1-29.
13. Goetz P. Acné, traitement phytothérapeutique. Phytothérapie. déc 2013;11(6):373-5.
14. Guide du medecin pour la prescription de l'isotrétinoïne orale [Internet]. 2015 sept [cité 16 févr 2017]. Disponible sur:

http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/c176e90d784ff46462874c6ad37f632a.pdf

15. Lebrun-Vignes B. Traitements topiques de l'acné et de la rosacée. EMC - Dermatol. mai 2018;13(2):1-9.
16. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Nouvelle contre-indication pendant la grossesse pour les rétinoïdes utilisés par voie cutanée dans le traitement de l'acné [Internet]. 2018 [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Nouvelle-contre-indication-pendant-la-grossesse-pour-les-retinoides-utilises-par-voie-cutanee-dans-le-traitement-de-l-acne-Point-d-Information>
17. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. décision du 10 décembre 2018 portant modifications de la liste des médicaments de médication officinale mentionnée à l'article R. 5121-202 du code de la santé publique [Internet]. 2018 [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/c7ae9c5805a07c69710eddba97ff8b45.pdf
18. Poli F, Revuz J. Cosmétique de la séborrhée et de l'acné. EMC - Cosmétologie Dermatol Esthét. oct 2014;9(1):1-5.
19. Poli F, Claudel J-P, Auffret N, Leccia M-T, Dréno B. Cosmétiques et médicaments topiques dans l'acné : où est la frontière ? Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2017;144(12):768-75.
20. Deshayes P. Maquillage : techniques de camouflage. EMC Cosmétologie Dermatol Esthét. oct 2012;7(1):1-6.
21. Effectifs des médecins selon la DREES [Internet]. Data.drees études et statistiques. [cité 14 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
22. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
23. Trotzier M-C. La prise en charge de l'acné juvénile en médecine générale : enquête auprès de 320 médecins généralistes à Nancy et dans l'agglomération nancéenne. [Nancy]: Nancy; 1997.
24. Luchooman G. Enquête d'opinion sur la prise en charge de l'acné par les médecins généralistes enseignants de la faculté de médecine de Paris Sud [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2005.
25. Croke LM. Acne Vulgaris: Treatment Guidelines from the AAD. Am Fam Physician. 1 juin 2017;95(11):740-1.

26. recommandations : acné et hormonothérapie [Internet]. Société Française de Dermatologie. 2015 [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: http://reco.dermato-sfd.org/fr/contraception_acn%C3%A9-et-hormonoth%C3%A9rapie
27. Diane 35 - Décision de la Commission européenne concernant les autorisations de mise sur le marché des médicaments à usage humain contenant de l'«acétate de cyprotérone/éthinyloestradiol (2 mg/0,035 mg)» [Internet]. 2013 juill [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Diane-35-Decision-de-la-Commission-europeenne-Restiction-d-indication-au-traitement-de-l-acne-moderée-a-severe-chez-les-femmes-en-age-de-procreer-Point-d-information>
28. Conséquences de l'acné sur le stress, la fatigue, les troubles du sommeil et l'activité sexuelle. EM-Consulte [Internet]. [cité 23 févr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/899800/consequences-de-l-acne-sur-le-stress-la-fatigue-le>
29. Bernard, J. dermatoclic : Acné [Internet]. Dermatoclic. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.dermatoclic.com/acne>
30. Bouadjar B, Farhi D. Étude descriptive prospective de l'impact et de la perception de l'acné chez l'adolescent et le jeune adulte. Ann Dermatol Vénérologie. déc 2011;138(12S):A81-2.
31. Portail Service Asalée [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.asalee.fr/public/bienvenue.php>
32. Cutanea Life Sciences [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.cutanea.com/about>
33. Haelio.com - Mobile app for acne geared to teenagers [Internet]. 2017 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.healio.com/dermatology/acne/news/online/%7b8d1141d9-4b9a-467d-93a6-807e53ba575f%7d/mobile-app-for-acne-g geared-to-teenagers>

ANNEXES

Annexe 1 : The Cardiff Acne Disability Index (CADI)

1. As a result of having acne, during the last month have you been aggressive, frustrated or embarrassed?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(a) Very much indeed (b) A lot (c) A little (d) Not at all
2. Do you think that having acne during the last month interfered with your daily social life, social events or relationships with members of the opposite sex?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(a) Severely, affecting all activities (b) Moderately, in most activities (c) Occasionally or in only some activities (d) Not at all
3. During the last month have you avoided public changing facilities or wearing swimming costumes because of your acne?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(a) All of the time (b) Most of the time (c) Occasionally (d) Not at all
4. How would you describe your feelings about the appearance of your skin over the last month?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(a) Very depressed and miserable (b) Usually concerned (c) Occasionally concerned (d) Not bothered
5. Please indicate how bad you think your acne is now:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(a) The worst it could possibly be (b) A major problem (c) A minor problem (d) Not a problem

© Cardiff Acne Disability Index. R J Motley, A Y Finlay 1992

Annexe 2 : Global Evaluation Acne (GEA)



Acné Evaluation de la sévérité

Global Acne Evaluation (GEA)

0	Pas de lésion	Une pigmentation résiduelle et un érythème peuvent être présents
1	Pratiquement pas de lésion	Rares comédons ouverts ou fermés dispersés et rares papules
2	Légère	Facilement identifiable; moins de la moitié du visage est atteinte Quelques comédons ouverts ou fermés, et quelques papulo-pustules
3	Moyenne	Plus de la moitié de la surface du visage est atteinte Nombreuses papulopustules Nombreux comédons ouverts ou fermés. Un nodule peut être présent
4	Sévère	Tout le visage est atteint, couvert de nombreuses papulo-pustules, comédons ouverts ou fermés et rares nodules
5	Très sévère	Acné très inflammatoire recouvrant le visage avec des nodules

Société française de Dermatologie <http://www.sfdermato.org>

Annexe 3 : Questionnaire en ligne – prise en charge de l'acné en médecine générale

Questionnaire : prise en charge de l'acné par les médecins généralistes

Questionnaire pour la thèse : Prise en charge de l'acné par les médecins généralistes en France

*Obligatoire

Données épidémiologiques

1. 1) Quel âge avez-vous? *

2. 2) Quel est votre sexe? *

Une seule réponse possible.

Homme

Femme

3. 3) Dans quel département exercez-vous? *

Une seule réponse possible.

01

02

03

...

94

95

96

4. 4) Dans quel milieu exercez-vous? *

Une seule réponse possible.

urbain

semi-rural

rural

5. 5) Depuis combien de temps exercez-vous en cabinet de médecine générale? *

Une seule réponse possible.

1 - 5 ans

5 - 10 ans

10 - 20 ans

20 - 30 ans

Plus de 30 ans

6. 6) a) Avez-vous une formation en plus (DU...)? *

Une seule réponse possible.

Oui

non

7. 6) b) Si oui, laquelle?

Données générales sur les patients pris en charge pour acné

8. 7) Combien de cas d'acné estimez-vous voir par mois ? *

Une seule réponse possible.

- Entre 0 et 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 15
 Plus de 15

9. 8) Quel est l'âge moyen des patients consultant pour de l'acné ? *

Une seule réponse possible.

- 0 - 10 ans
 10 - 15 ans
 15 - 20 ans
 20 - 25 ans
 Plus de 25 ans

10. 9) Quelle proportion de patients adressez-vous au dermatologue pour acné ? *

Une seule réponse possible.

- 0 - 20%
 20 - 40%
 40 - 60%
 60 - 80%
 80 - 100%

11. 10) Quelles sont les indications pour lesquelles vous adressez ces patients au dermatologue ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Résistance au traitement
 Prescription d'isotrétinoïne orale
 Incapacité à déterminer le traitement adéquat (par manque de formation par exemple)
 Autre : _____

12. 11) Le plus souvent, qui demande à initier un traitement pour l'acné ? *

Une seule réponse possible.

- Le patient
 Les parents
 Les 2
 Vous
 Autre : _____

Prise en charge de l'acné

13. 12) Quel traitement avez-vous l'habitude de prescrire ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Nettoyage de la peau au savon doux
 Traitement local par rétinoïdes locaux / Peroxyde de benzoyle
 Traitement antibiotique local (érythromycine)
 Antibiothérapie orale (Doxycycline ou Lymécycline)
 Isotrétinoïne orale
 Gluconate de zinc
 Hormonothérapie (Oestro-progestatifs tels que Levonorgestrel)
 Soutien psychologique
 Autre : _____

14. 13) Quelles associations de traitements utilisez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Rétinoïdes topiques + peroxyde de benzoyle
 Rétinoïdes topiques + antibiothérapie locale
 Rétinoïdes topiques + peroxyde de benzoyle + antibiothérapie orale
 Aucune
 Autre : _____

15. 14) Quelle est la durée moyenne du traitement d'attaque que vous mettez en place ? *

Une seule réponse possible.

- 2 à 3 mois
 4 à 6 mois
 Plus de 6 mois
 Autre : _____

16. 15) Quelle est la durée moyenne du traitement d'entretien local ? *

Une seule réponse possible.

- 3 mois
 6 mois
 1 an
 jusqu'à guérison complète
 Autre : _____

17. 16) Avez-vous connaissance des restrictions de prescription initiale de l'isotrétinoïne orale aux dermatologues ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. 17) a) Suivez-vous des jeunes femmes en âge de procréer sous Isotrétinoïne ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. 17) b) Si oui, quel suivi effectuez-vous ?

20. 18) Quelle est l'efficacité des traitements contre l'acné sur votre patientèle ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne
Nettoyage de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement local (rétinoïdes locaux, peroxyde de benzoyle / érythromycine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiothérapie orale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isotrétinoïne orale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gluconate de zinc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre (si coché à la question 12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. 19) Comment caractérisez-vous l'observance de vos patients concernant les traitements contre l'acné ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne
Nettoyage de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement local (rétinoïdes locaux, peroxyde de benzoyle / érythromycine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiothérapie orale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isotrétinoïne orale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gluconate de zinc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre (si coché à la question 12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. 20) Quelle proportion de vos patients souffre d'une altération de la qualité de vie (stress, fatigue, troubles du sommeil ou de l'activité sexuelle) à cause de leur acné selon vous ? *

Une seule réponse possible.

- 0 à 25 %
 25 à 50 %
 50 à 75 %
 75 à 100 %

23. 21) Considérez-vous les consultations pour acné comme chronophage (en particulier pour dédramatiser certains traitements (rejet de l'antibiothérapie parfois, expliquer l'isotrétinoïne) ou au contraire expliquer que non, l'isotrétinoïne ce n'est pas pour trois comédons) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

24. 22) Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge de l'acné par les médecins généralistes ?

Annexe 4 : Comparaison des effectifs de médecins généralistes par région de 2016 avec les effectifs de notre étude

Région	Effectifs de l'atlas de la démographie médicale (2016)	Effectifs de notre étude
Hauts-de-France	8 % (22239)	8 %
Normandie	4,3 % (12039)	3 %
Bretagne	4,9 % (13508)	3 %
Pays de la Loire	4,8 % (13367)	9 %
Ile-de-France	22,2 % (61507)	10 %
Centre-Val-de-Loire	3,2 % (8737)	4 %
Grand-Est	8 % (22374)	8 %
Bourgogne-Franche-Comté	3,8 % (10463)	8 %
Nouvelle-Aquitaine	9,1 % (25360)	11 %
Auvergne-Rhône-Alpes	12 % (33391)	20 %
Occitanie	9,6 % (26484)	9 %
PACA	9,6 % (26447)	7 %
Corse	0,5 % (1269)	1 %

AUTEUR : Nom : HURET - TABARY

Prénom : Pauline

Date de Soutenance : 30 janvier 2019

Titre de la Thèse : Etat des lieux de la prise en charge de l'acné par les médecins généralistes en France

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : acné, traitement, médecine générale

Résumé :

CONTEXTE L'acné est une pathologie fréquente en médecine générale. En 2015, L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament a restreint la prescription initiale de l'isotrétinoïne aux dermatologues, suite à des données évoquant un respect insuffisant des conditions de prescription et de délivrance. L'objectif de ce travail était de faire le point sur la prise en charge de l'acné par les médecins généralistes de France.

METHODE Il s'agit d'une enquête nationale de pratique en médecine générale, épidémiologique, descriptive et quantitative, menée entre mars et juin 2018. Parmi 313 médecins généralistes éligibles tirés au sort, 100 ont répondu à un questionnaire en ligne concernant leurs patients consultant pour acné.

RESULTATS Le nombre de patients adressés au dermatologue pour acné semble avoir augmenté par rapport aux données de la littérature. Les médecins prescrivaient majoritairement un traitement local ou une antibiothérapie orale, bien que la prescription d'une antibiothérapie orale semble avoir diminué actuellement. La prescription du nettoyage de peau a augmenté. L'hormonothérapie est utilisée dans le traitement de l'acné même si elle n'est pas recommandée. 69 % des médecins prescrivaient un traitement d'attaque d'une durée de 2 à 3 mois, 31 % préféraient poursuivre le traitement d'attaque plus longtemps. 37 % des médecins poursuivaient le traitement d'entretien jusqu'à guérison complète. 20 % des médecins suivaient des jeunes filles en âge de procréer sous Isotrétinoïne, la majorité effectuait un suivi clinique et biologique. Il semble exister une corrélation entre l'efficacité des traitements et l'observance des patients pour ces traitements. Plus de la moitié des médecins estimaient que peu de leurs patients souffraient psychologiquement de leur acné, ce résultat diffère des données de la littérature. Plusieurs suggestions pour l'amélioration de la prise en charge pour acné ont été faites par les médecins interrogés, notamment une meilleure formation, la création de supports d'aide à la prescription, une meilleure information grand public, la possibilité d'initier l'Isotrétinoïne à nouveau.

CONCLUSION Les médecins interrogés respectent les recommandations de la Société Française de Dermatologie. Certains résultats de notre étude diffèrent des données de la littérature, notamment à propos du retentissement psychologique de l'acné.

Composition du Jury :

Président : Pr Delphine STAUMONT

Assesseurs : Pr Jean-Marc LEFEBVRE, Pr Bernard GRESSIER, Pr Philippe MODIANO