HAL
open science

Ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'acné juvénile et raisons d'orientation vers le dermatologue : étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et de la Somme

Justine Facquez

To cite this version:

Justine Facquez. Ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'acné juvénile et raisons d'orientation vers le dermatologue : étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02928342

HAL Id: dumas-02928342

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02928342

Submitted on 2 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2020 N°2020 - 17

RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ACNÉ JUVÉNILE ET RAISONS D'ORIENTATION VERS LE DERMATOLOGUE :

Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et de la Somme

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 25 MARS 2020

PAR

Justine FACQUEZ
Née le 31 juillet 1989 à Amiens

PRÉSIDENTE DU JURY : **Madame le Professeur Catherine BOULNOIS**

MEMBRES DU JURY : **Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD**

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Madame le Docteur Anne-Sophie DILLIES

DIRECTEUR DE THÈSE : **Monsieur le Docteur Hubert FRICOTEAUX**

À Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur de Médecine Générale

Coordinateur du DES de Médecine Générale

Assesseur du troisième cycle

Vous me faites l'immense honneur de présider ce jury.

Je vous remercie du soutien que vous m'avez témoigné au cours de mon internat et pendant la réalisation de ce travail.

Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités - Praticien-Hospitalier

Rhumatologie

Pôle Autonomie

Vous avez spontanément accepté de juger cette thèse et c'est un grand honneur de vous avoir à mes côtés. Ayant réalisé mon premier stage d'externat dans votre service, je sais combien votre dévouement à l'égard de vos patients est important et j'espère un jour pouvoir être à la hauteur du médecin que vous êtes.

Je vous adresse pour cela mes sincères remerciements et toute ma considération.

À Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Je garde de très bons souvenirs de mon passage dans votre service au cours de mon externat puis lors de mon premier semestre d'interne.

C'est pour moi un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.

Je vous adresse pour cela mes sincères remerciements et toute ma considération.

À Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

C'est un honneur de vous compter parmi les membres du jury.

Je vous adresse pour cela mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Anne-Sophie DILLIES

Docteur en Dermatologie

Tu m'as fait l'immense honneur de juger mon travail et de compter parmi les membres de mon jury.

Je te remercie pour le soutien que tu m'as apportée pendant toutes ces années d'études tant sur le plan professionnel que personnel.

Je t'adresse ma précieuse reconnaissance et te souhaite toute la réussite que tu mérites.

À Monsieur le Docteur Hubert FRICOTEAUX

Docteur en Médecine Générale

Vous m'avez spontanément proposé de diriger mon travail de thèse et c'est tout naturellement que j'ai accepté.

Je vous remercie pour votre bienveillance, votre paternalisme et votre soutien pendant mon internat mais également au cours de mes remplacements pour lesquels vous avez su m'accueillir.

C'est toujours un réel plaisir d'échanger à vos côtés, vous avez tant à transmettre.

Je garde de beaux souvenirs de ces voyages hypnotisants et je vous en remercie.

Je vous adresse mes sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

REMERCIEMENTS :

À mes Parents,

Vous me manquez tellement,

Merci à toi Papa, pour ta rigueur, ton amour, la transmission de tes valeurs. Je te remercie pour tous les sacrifices et le soutien que tu as su m'apporter.

Parce qu'il n y a rien de plus fort que l'amour d'une mère, merci à toi ma douce et tendre Maman, merci pour cet amour que tu m'as apporté au quotidien pendant ces bien trop courtes années. Merci de m'avoir toujours soutenue et d'avoir cru en moi, merci pour ta générosité, tes attentions culinaires, merci de m'avoir transmis tes valeurs et cette passion pour la cuisine. Nos souvenirs ensemble sont les meilleurs des remèdes.

J'aurais tant voulu vous avoir à mes côtés et d'autant plus pour ces grands moments de ma vie. Mais puisque l'amour triomphe toujours et que vous en êtes l'ultime symbole, mes deux inséparables partis beaucoup trop tôt, prenez ce travail comme le vôtre.

Je vous aime.

À toi Antoine :

A mon épicurien tant aimé, merci de rendre ma vie si légère, merci de me soutenir quand je doute, merci de me faire voyager même si ce n'est qu'au bout de la rue pour que je puisse voir la mer. Merci au fleuriste et à ton courage pour cette belle déclaration. Nous formons une belle équipe tous les deux, et j'ai tellement de chance de t'avoir à mes côtés Antoine.

Merci à toi de me rappeler combien la vie peut être belle.

Au bonheur qui nous tend les mains

Je t'aime mon Antoine.

À ma sœur, Chloé :

Merci à toi, pour ton soutien pendant toutes ces années et en particulier pendant ces premières années de médecine. Merci pour toutes ces bonnes soirées ensemble, ces concerts, ces vacances. Merci pour tous ces beaux souvenirs d'enfance même si j'ai souvent été une petite sœur taquine. Parfois, différentes et pourtant si complémentaires, c'est sûrement ça notre force. Je suis certaine qu'ils seront fiers de nous … A tout le bonheur qui nous reste à vivre. Je t'aime

À Thibaut,

Merci à toi mon beau-frère pour ton calme et ta volupté qui savent souvent m'apaiser. Merci pour toutes ces bonnes soirées ensemble. Merci pour ton soutien et ta disponibilité, merci de rendre ma sœur heureuse.

Merci pour cette relecture de thèse.

À mes Beaux-parents :

A vous **Hubert** et **Valérie** merci pour votre bienveillance, votre générosité et votre amour. Merci pour tous ces repas de famille, ces soirées à la cabine, et ces belles vacances. Merci de nous transmettre vos valeurs. Merci de m'avoir accueillie dans votre famille comme votre fille et d'avoir fait de votre fils mon ROC …Vous m'êtes précieux.

À vous, Benoit et Justine,

Merci pour votre soutien et votre bonne humeur. En souvenir des belles soirées improvisées. Merci d'avoir fait de moi la tantine la plus épanouie. A vous **Augustine** et **Léon** mes neveux adorés merci de me remplir d'amour.

À Constance et Antoine,

Merci à vous pour votre soutien et votre bonne humeur. Merci à toi Constance de m'avoir fait découvrir les fonds marins du Cap Bénat. Je vous souhaite tout le bonheur que vous méritez.

À Louise et Etienne, à ma petite Loulou, merci pour ces bons moments ensemble. En souvenir de nos fous rires dans les vagues de Punta Cana. Merci pour ce goût de la pâtisserie et tous ces bons plans de filles que nous aimons échanger .

Merci à vous de m'avoir si bien accueillie chez vous, merci de faire partie de ma vie.

À mes oncles et tantes :

A vous **François** et **Marie**: Merci pour toute votre bienveillance. Merci pour tous mes mokas d'anniversaires et ces roses de Ronsard. Merci de continuer de faire vivre nos parents à travers vos bons dîners et vos souvenirs bienheureux dans la maison de la Roche. Merci à toi Marie de continuer de me faire partager votre amour pour la cuisine. Merci pour tous ces souvenirs d'ELLE …Je vous aime .

À Frédéric, Merci à toi tonton pour ton soutien durant toutes mes années d'études, ces fous rires, ces repas de famille, merci pour mes premières heures de conduites et merci de me faire partager ton goût ultime pour la mer.

À Claudette et **Alain**, merci à vous pour tous ces souvenirs ensemble. Ces beaux repas de famille avec cette grande tablée toujours très bien décorée. Vos cerises du jardin, le gâteau magique, la foire et le petit détour à l'ours noir, nos voyages en Italie tant de beaux souvenirs à vos côtés merci à vous .

Merci à tous mes cousins et cousines **Jeremy** & **Julie**: pour ces souvenirs d'enfance si nombreux, la st Clément, les courses à la maison de retraite ... Merci à toi **Cécile** pour ta bonne humeur et cet été magique en Italie, Merci à vous **Seb** et **Flo** pour nos fous rires à st Tropez, merci à vous **Fabrice**, **Isa** et **Gaspard** de m'avoir accueillie avec naturel et simplicité quand mon ciel s'est effondré.

Merci à vous tous je vous aime.

Puisqu'il y a des rencontres que l'on ne peut expliquer, merci à toi **Harmony**, mon amie, ma binôme, merci pour ton soutien sans faille, ta bienveillance. Tous ces semestres à tes côtés ne sont que de beaux souvenirs. A tout ce qui nous reste encore à partager. Merci à toi **Damien**, pour ton soutien et ta fidèle amitié, pour cette belle triangulation qui nous a demandé du temps mais qui a su solidifier notre amitié, merci à toi de rendre mon amie si belle.
Merci à vous pour cette relecture de thèse.

Quand les amis deviennent une famille, il est rare de partager une amitié si saine après 10 ans . Il est beau de savoir que l'on peut toujours compter les uns sur les autres, je suis tellement fière de vous. Merci à vous tous sans qui ces années n'auraient jamais pu être aussi intenses et riches, en souvenir des nouvel ans magiques, nos anniversaires tous les ans plus surprises les uns que les autres, ces belles vacances, ces dîners improvisés et ces soirées à thème. Merci pour votre soutien sans faille et votre amour .Merci à vous **Ophélie, Nico, Anne So, Popo, PA, Caro, Clément, Marie-Laure, Dimitri** il nous reste encore tant de choses à vivre et à partager ensemble. Merci à toi **Gabrielle**, pour tes beaux sourires et pour l'amour que tu nous apportes, le premier bébé de la team, et merci à tous ceux qui viendront encore les amis…

Merci à toi **Ophélie** pour cette relecture de thèse, au temps que tu m'as consacré, je te remercie infiniment. Merci à toi **Nico** d'avoir géré la logistique et les repas improvisés pendant ces corrections. Vous m'êtes précieux.

À Coralie et Claire, Qui aurait pu croire que 20 ans après nos premières années au conservatoire nous en serions là aujourd'hui? Merci à vous mes amies d'enfance pour votre fidèle amitié, pour tous vos conseils et votre amour, à cette amitié si simple et naturelle. Je suis fière de vous.

Merci à vous **Anaïs** et **Maxime** pour votre soutien. Ces souvenirs à Hossegor, vos soirées landaises. Je vous souhaite beaucoup de bonheur et d'amour.

Merci à vous **Elise** et **Simon** pour votre bienveillance, votre bonne humeur et vos talents cinématographiques.

Merci **Sami** pour ce semestre aux urgences d'Abbeville, merci pour ton soutien.

A mes amis **Anne-Claire, Julien, Anne-Laurène, Roxy, Alex, Alice, Ludo, Latifa, Mehdi, Manue, Elodie, Jerem, Antoine J, Dong, Alexis, Quentin, Alexia, Mathieu.** Merci pour ces souvenirs à vos côtés. A **Marine** et **Amina**, mes co-internes adorées sans qui mon premier semestre d'interne n'aurait pas été le meilleur.

Merci à tous les médecins qui m'ont fait partager leurs amour de la médecine, au **Dr Tsin.** Au **Dr Benhammacht**, et au **Dr Boufflet**, pour leurs transmissions du savoir à l'égard de nos ainés.

Merci à **Brigitte**, pour ces beaux échanges lors de mes remplacements.

Merci à tous les médecins, co-internes, infirmiers, aides-soignants, ASH qui ont partagés mon quotidien. La Médecine Française ne serait pas ce qu'elle est sans votre travail acharné.

Merci à vous mes chers patients pour m'avoir poussé à ne jamais arrêter.
Merci à vous tous, pour ces beaux échanges et ces belles leçons de vie.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS **9**

ABRÉVIATIONS **16**

I. INTRODUCTION **19**

1. La peau **19**

2. L'acné **21**

A. Généralités 21
B. Physiopathologie 22
C. Étiologies 23
D. Clinique 23
E. Évaluation de la sévérité 24
F. Traitements 25

3. Organisation des consultations pour acné juvénile **28**

A. En médecine générale 28
B. En dermatologie 28
C. Place des MG et des dermatologues dans la prise en charge de l'AJ 29
D. Adolescence : période vulnérable 29

4. Objectifs **30**

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES **31**

1. Le choix de l'étude qualitative et du recueil des données **31**

A. Population de l'étude 31
B. Recueil des données 31
C. Elaboration du scrip d'entretiens 32

2. Analyse des données **33**

D. La retranscription 33
E. Analyse quantitative 33
F. Codage et analyse qualitative 33

3. Recherche bibliographique sur le thème **34**

III. RÉSULTATS **35**

1. Les entretiens **35**

A. Description de la population étudiée 35

2. Analyse des résultats **37**

A. L'organisation d'une consultation pour de l'acné 37
B. Le retentissement psychologique dans l'acné 42
C. Les conseils donnés aux patients 44
D. Les traitements médicamenteux et non médicamenteux utilisés au cours de l'acné par les MG 46
E. Le ressenti des MG sur la prise en charge de l'AJ. 53
F. Les raisons qui poussent les MG à adresser leurs patients chez le dermatologue. 60
G. Les éléments favorisant ou pouvant favoriser la prise en charge de l'AJ 63

IV. DISCUSSION **66**

1. Résultats principaux **66**

A. Une prise en charge clinique et un suivi variant selon les MG 66
B. La qualité de vie et le retentissement psychologique dans l'AJ 67
C. Des conseils hygiéno-diététiques abordés 68
D. Une thérapeutique personnalisée proposée 70
E. Ressentis des MG sur la prescription de l'isotrétinoïne 73
F. La place des médecines alternatives 74
G. Ressenti des MG sur la consultation pour l'AJ chez l'adolescents 75
H. Les difficultés ressentis par les MG dans la prise en charge de l'acné 77
I. Les motifs d'orientation vers le dermatologue 78
J. Comment améliorer la prise en charge de l'AJ par les MG 78

2. Force de l'étude **81**

A. Choix du sujet 81
B. Méthodologie 81
C. Population étudiée 82
D. Critère de scientificité 82

3. Faiblesse de l'étude **83**

A. Limites liées à l'enquêteur 83

B. Biais de recrutement 83

C. Biais d'interprétation 83

V. CONCLUSION **84**

BIBLIOGRAPHIE **86**

ANNEXES

Annexe 1 : Échelle Cardiff Acne Disability Index (CADI)

Annexe 2 : Formulaire d'accord de soin pour les patientes traitées par Isotrétinoïne

Annexe 3 : Algorithme de recommandations du traitement de l'acné

Annexe 4 : Guide de l'entretien

Annexe 5 : Capture d'écran du logiciel N Vivo à la phase de codage

Annexe 6 : Carte heuristique sur l'organisation, le retentissement psychologique les conseils et traitements dans l'AJ.

Annexe 7 : Carte heuristique sur le ressenti des MG, les raisons d'orientation et les facteurs favorisants la prise en charge de l'AJ.

Annexe 8 : Retranscription des entretiens (CD-ROM)

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe histologique de la peau

Figure 2 : Acné juvénile polymorphe

Figure 3 : Acné Conglobata

Figure 4 : Les différents récepteurs activant la production de sébum de la glande sébacée

Figure 5 : Acné Séborrhée

Figure 6 : Acné Rétentionelle

Figure 7 : Acné inflammatoire

Figure 8 : Acné inflammatoire nodulaire

Figure 9 : Échelle Global Évaluation Acne (GEA) pour l'évaluation de la sévérité de l'acné

Figure 10 : Répartition géographique des seize médecins généralistes interrogés au sein de la région ex-Picardie

LISTE DES TABLEAUX

ABRÉVIATIONS

AJ: Acné Juvénile

AMM: Autorisation de mise sur le marché

ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament

CRAT: Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

CPP :Comité de Protection des Personnes

DMG: Département de médecine Générale

ETP: Éducation thérapeutique

GEA: Global Evaluation Acne

HAS: Haute Autorité de Santé

MG: Médecin généraliste

MICI: Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin

OMS: Organisation Mondial de la Santé

SFD: Société Française de Dermatologie

UFR: l'Université de Formation et de Recherche

UPJV: Université du Picardie Jules Verne

URPS: Unité Régionale des Professionnels de Santé

CITATIONS

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Louis Pasteur

PRÉAMBULE

La peau est un organe privilégié de la vie sur laquelle s'expriment les sentiments, s'inscrivent les cicatrices indélébiles, les blessures et les marques du temps qui passe.

La peau n'est pas un organe que l'on répare quand il est malade, dont on attend un fonctionnement silencieux.

Elle joue un rôle principal dans la vie sociale et affective, y compris dans la séduction et dans la vie amoureuse.

La peau est une véritable interface entre l'individu et les autres.

INTRODUCTION

1. La peau

Barrière entre le milieu extérieur et intérieur de notre corps, la peau est un organe complexe dont le fonctionnement a deux finalités : protéger l'organisme des agressions extérieures et lui assurer la communication avec le milieu environnant. Chez l'Homme, la peau est l'un des organes les plus importants du corps au regard de sa surface et de sa masse d'environ 2 m^2 pour 5 kilogrammes.

La peau est composée de trois couches (1) (Figure 1) :

- **L'épiderme** : il a une épaisseur de 1 à 4 millimètres et est en constant renouvellement. C'est un épithélium stratifié pavimenteux orthokératosique, composé pour 80% de kératinocytes. Ces derniers, ont un rôle fondamental dans la barrière cutanée. Le kératinocyte migre à travers l'épiderme, depuis la couche basale jusqu'à la couche cornée, en trois semaines en moyenne au sein d'une peau normale. Au fur et à mesure de leur montée dans l'épiderme, les kératinocytes perdent leur fonction de prolifération pour entrer dans une phase de différenciation qui, au final, aboutit à la couche cornée. L'épiderme à également une activité immunologique par la présence des cellules de Langhérans (2).

- **Le derme** : véritable charpente de la peau, il est constitué de cellules fixes que sont les fibroblastes et de cellules mobiles que sont les cellules sanguines. À ces cellules s'associent des fibres de collagène, d'élastine et de réticuline. La cohésion de l'ensemble est assurée par la substance fondamentale constituée essentiellement de mucopolysaccharides dont l'acide hyaluronique. Contrairement à l'épiderme qui ne contient pas de vaisseaux sanguins ou lymphatiques, le derme en est parcouru.

- **L'hypoderme** : couche la plus profonde de la peau, il est principalement constitué de tissu adipeux. Plus ou moins épais selon les individus. La graisse est contenue dans des lobules séparés les uns des autres par des fibres identiques à celles du derme, celles-ci assurant à la fois la nutrition et la tenue de l'hypoderme. Cette couche hypodermique a essentiellement une fonction d'amortisseur des chocs et de protection du froid par isolation.

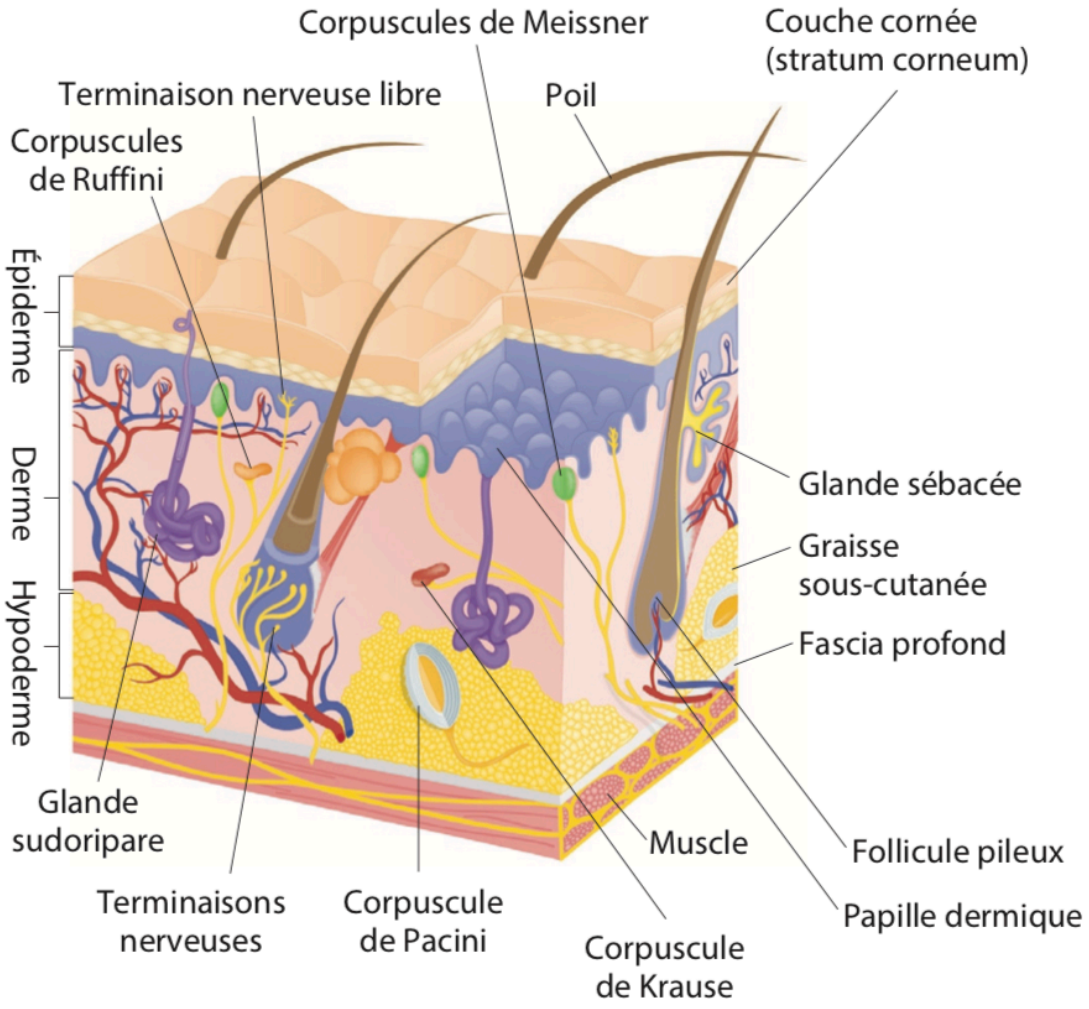


Figure 1 : coupe histologique de la peau (3)

La peau a plusieurs fonctions dans l'organisme (1) :

- Maintien de la température corporelle ;
- Barrière de protection vis-à-vis du milieu extérieur ;
- Organe sensoriel (riche en terminaisons nerveuses) ;
- Organe immunitaire ;
- Organe de vascularisation (les vaisseaux sanguins du derme représentent 10 % de la circulation sanguine chez l'adulte) ;
- Organe de synthèse de substances essentielles à notre organisme. Soumise aux ultraviolets (UV), la peau participe à la synthèse de vitamine D et aussi à la production d'endorphine β ;
- Organe de relation sociale et de communication.

2. L'acné

A. Généralités

L'acné juvénile (AJ) est une dermatose inflammatoire chronique du follicule pilo-sébacé évoluant par poussées. Elle est le plus souvent primitive et commence généralement à la puberté, débutant un peu plus précocement chez la jeune fille que chez le garçon (11 *vs* 12 ans) (4).
Sa prévalence mondiale est d'environ 80 % dont 15 à 20 % d'acné sévère (4). Les lésions d'acné se situent essentiellement sur la partie centrale du visage (front, nez, joues, menton) et sur la région thoracique supérieure (cou, dos et face antérieure du thorax).

Il existe d'autres formes cliniques d'autres que l'AJ (Figure 2) comme l'acné néonatale et l'acné de la femme adulte. L'acné conglobata est une forme plus grave qui se caractérise par la présence de nodules inflammatoires qui évoluent jusqu'à l'abcédation ou la fistulisation profonde laissant d'importantes cicatrices (Figure 3). L'acné fulminans est quant à elle caractérisée par la survenue brutale de lésions nodulo-kystiques ulcérées de la face et du tronc associées à une altération de l'état général et à une hyperthermie importante.

Figure 2 : Acné juvénile polymorphe (4)

Figure 3 : Acné conglobata (4)

L'acné peut être secondaire :

- L'acné peut révéler un désordre hormonal. C'est le cas par exemple dans les endocrinopathies de la femme ou dans le syndrome des ovaires polykystiques. L'association d'une hyperandrogénie et d'une acné doit faire réaliser un bilan biologique hormonal (4,5).
- L'acné peut être d'origine exogène, déclenchée ou aggravée par des substances telles que les huiles mécaniques, l'utilisation de cosmétiques inadaptés, les huiles essentielles.
- L'acné iatrogène, monomorphe et inflammatoire, est secondaire à l'utilisation de nouveaux traitements anticancéreux comme l'erlotinib (TARCEVA®) un nouvel inhibiteur du récepteur de l'EGF (6,7).

B. Physiopathologie

L'acné est d'origine multifactorielle. Sa physiopathologie est complexe et n'est pas complètement élucidée (5).

- Glande sébacée

La glande sébacée joue un rôle prépondérant dans le développement de l'acné. Elle est localisée dans le derme et le plus souvent annexée au poil. Elle va permettre la sécrétion holocrine du sébum. Ce dernier est un mélange de squalène, de triglycérides et de cires.
Une hyperséborrhée (ou hypersécrétion sébacée) peut être induite par la stimulation des récepteurs à la dihydrotestostérone, mais également de récepteurs ayant pour ligand l'IGF-1, l'alpha-MSH, le PPAR, la CRH, la substance P ou encore l'histamine (Figure 4). Cette hyperséborrhée va favoriser le développement de la lésion acnéique. La libération de la substance P peut se faire sous l'effet du stress, permettant d'établir un lien entre l'acné et le stress.

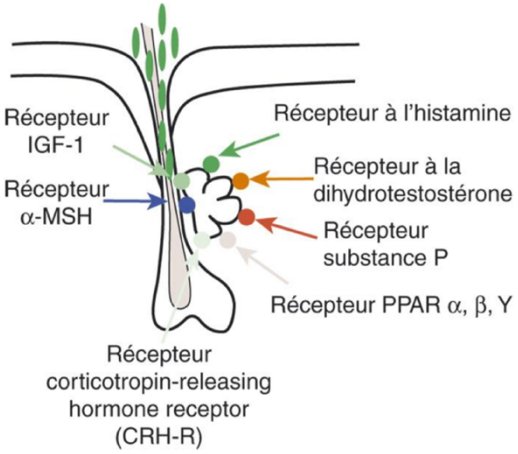


Figure 4 : Les différents récepteurs activant la production de sébum de la glande sébacée.
IGF-1 : insuline growth factor 1; α MSH: α- melanocyte-stimulating hormone; PPAR: peroxisome proliferator-activated receptors (4).

- Épithélium du canal infundibulaire

L'acné peut être également le fruit d'une hyperkératinisation. L'épithélium du canal infundibulaire peut présenter dans certains cas une augmentation de son activité proliférative associée à des anomalies de la différenciation finale, liées notamment à des modifications de l'expression des intégrines. Cette hyperprolifération va aboutir à une obstruction du canal infundibulaire, à des anomalies de la desquamation des cornéocytes favorisant la formation du bouchon corné (4). Ce dernier est la résultante d'une rétention sébacée et va provoquer une dilatation du follicule pilo-sébacé conduisant à la comédogénèse.

- Propionibacterium acnes

L'acné a longtemps été considérée comme une maladie infectieuse liée au *Propionibacterium acnes*. Cette hypothèse a été réfutée devant l'absence de corrélation entre l'importance des lésions inflammatoires acnéiques et le nombre de bactéries présentes à la surface de la peau. On suppose donc que cette bactérie serait plus à l'origine d'un mécanisme inflammatoire qu'infectieux (8).

Le *Propionibacterium acnes* joue un rôle important dans l'hyperséborrhée, le sébum lui apportant les nutriments dont il a besoin. Il agit également comme biofilm dans les lésions rétentionnelles permettant l'adhérence aux parois épithéliales, et serait aussi à l'origine du retard de pénétration et de la résistance aux antibiotiques. Enfin, il a un rôle essentiel dans le développement et le maintien de la réaction inflammatoire au sein du follicule pilo-sébacé (5,9).

C. Étiologies

Il existe plusieurs facteurs favorisant l'acné :

- Les antécédents familiaux seraient liés à une acné plus sévère, à une apparition et à une rechute plus précoce et à davantage de lésions rétentionnelles (4,10).
- Le stress peut jouer un rôle dans la survenue des poussées d'acné en raison des récepteurs des glandes sébacées sensibles à la CRH (Corticotropine-Releasing Hormone) activée par le stress (5).
- L'alimentation riche en glucides, le lait. Des études sont contradictoires mais les données seraient en faveur d'une association avec la survenue d'acné (11–13).
- Le soleil qui améliorerait les lésions du dos mais avec un effet rebond sous forme de lésions rétentionnelles (11,14,15).

D'autres comme le tabac et les cosmétiques sont fréquemment cités dans la littérature sans qu'aucun lien n'ait pu être confirmé dans les études en raison de biais (11).

D. Clinique

Le diagnostic de l'acné est clinique. Il existe différentes lésions élémentaires :

- L'hyperséborrhée (Figure 5) est la première manifestation de l'acné et peut précéder de plusieurs années la survenue de l'acné. Elle est caractérisée par un aspect brillant de la peau, sans hypersudation, prédominant sur la zone médio-faciale du visage (4).

- Les lésions rétentionnelles (Figure 6) correspondent à des comédons fermés ou micro-kystiques (papules de 2 à 3 mm passant souvent inaperçues). Les comédons ouverts ou «points noirs» mesurent 1 à 3 mm et correspondent à l'accumulation des kératinocytes oxydés au sein de l'orifice dilaté du canal infundibulaire. L'absence de ces lésions élimine le diagnostic.

- Les lésions inflammatoires
    - superficielles: papules (rouges, fermes, parfois douloureuses, de taille inférieure à 10 mm de diamètre) et/ou pustules présentant un contenu purulent jaunâtre dû à une accumulation de polynucléaires (Figure 7).
    - profondes: nodules de diamètre supérieur à 10 mm avec évolution fréquente vers l'abcédation dont la rupture forme des cicatrices (Figure 8).

Figure 5 : acné séborrhée

Figure 6 : acné rétentionnelle

Figure 7 : acné inflammatoire : papules et pustules (16)

Figure 8 : acné inflammatoire nodulaire (16)

E. Évaluation de la sévérité

L'évaluation de la sévérité de l'acné peut se faire à l'aide de l'échelle Global Evaluation Acne (GEA) initialement élaborée pour le visage puis étendue au tronc (11) (Figure 9).

Pour évaluer le retentissement psychique de l'acné, il existe l'échelle Cardiff Acne Disability Index (CADI), validée en France (16) (Annexe 1).

0	Pas de lésion	Une pigmentation résiduelle et un érythème peuvent être présents
1	Pratiquement pas de lésion	Rares comédons ouverts ou fermés disperses 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

Figure 9 : Échelle Global Évaluation Acne (GEA)pour l'évaluation de la sévérité de l'AJ (17)

F. Traitements

Le traitement est symptomatique, suspensif et adapté au type et à la sévérité de l'acné. Il est à noter que la plupart de ces produits ne sont plus remboursés.

Les traitements locaux (4,11,18)

Le choix va dépendre du type de lésions acnéiques. Leur utilisation doit se faire le soir. Il est parfois intéressant d'associer différentes molécules pour une action synergique et pour limiter les effets secondaires.

- Rétinoïdes topiques : ils ont une action kératolytique et anti-inflammatoire. Ils peuvent entraîner une irritation locale et ne peuvent pas être utilisés pendant la grossesse. Trois rétinoïdes topiques sont commercialisés : adapalène (DIFFERINE®), isotrétinoïne (ROACCUTANE®) et trétinoïne (EFFEDERM®; RETACNYL®).

- Peroxyde de benzoyle : sa principale action est antibactérienne vis-à-vis de P. acnes et il possède également une activité kératolytique. Il peut être utilisé dans les acnés mixtes à prédominance inflammatoire. Une irritation locale et une phototoxicité peuvent se retrouver. Il est commercialisé sous le nom de CUTACNYL® ou CURASPOT®.

- Antibactériens locaux : ils sont indiqués dans les acnés inflammatoires papulopustuleuses de par leur action antibactérienne et anti-inflammatoire et sont à base d'érythromycine (ERYTHROGEL® ou ERYFLUID®) ou de clindamycine (DALACINE T TOPIC®et

ZINDACLINE®). Ils sont indiqués dans les acnés inflammatoires papulopustuleuses. Ils ont une action antibactérienne et anti-inflammatoire.

- Acide azélaïque : il a une activité dépigmentante et kératolytique faible à modérée. Il est disponible sous le nom de SKINOREN® 20% ou encore FINACEA® 15%.

- Associations de traitements locaux : elles peuvent être proposées dans l'acné mixte et permettent une meilleure observance.

  - Adapalène et peroxyde de benzoyle (EPIDUO®)
  - Trétinoïne et clindamycine (ZANEA®)
  - Trétinoïne et érythromycine (ERYLIK®)

Les traitements généraux (4,11,18)

- Antibiotiques oraux : la principale classe utilisée est celle des cyclines (Doxycycline 100 mg et Lymécycline 150 mg ou 300 mg). Ils ont une activité anti-infectieuse et anti-inflammatoire et sont utilisés pour une durée de 3-4 mois. Les effets secondaires sont les troubles digestifs, les candidoses vaginales, la photosensibilité et l'hypertension intracrânienne. Pour éviter la bactériorésistance, l'utilisation doit rester limitée dans le temps et se fait en association avec un traitement topique par peroxyde de benzoyle ou rétinoïde topique. En cas d'échec ou de contre-indication aux cyclines, les macrolides (érythromycine 0,5 à 1 g par jour ou azithromycine) ou l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole peuvent être utilisés (hors autorisation de mise sur le marché).

- Isotrétinoïne orale (19) : connue sous les noms de PROCUTA®, CURACNE®, ROACCUTANE® CONTRACNE®, est le seul traitement pouvant induire une rémission prolongée ou une guérison. Il induit une atrophie de la glande sébacée, une réduction de la sécrétion de sébum, une diminution de l'hyperkératinisation du canal infundibulaire, tout en réduisant l'inflammation locale. Il est recommandé en première intention dans les formes graves (GEA 5) la posologie est d'au moins 0,5 mg/kg par jour en traitement d'attaque et jusqu'à une dose cumulée comprise entre 120 et 150mg/kg (20). Dans le grade 4, il pourra être débuté en cas d'échec du traitement d'attaque de première intention avant la fin des 3 mois s'il existe un risque cicatriciel important ou de récidive rapide.

L'isotrétinoïne n'est pas recommandée avant l'âge de 12 ans. Devant des précautions d'emploi et un risque de tératogénicité, la primo-prescription a été récemment restreinte aux dermatologues. Les effets secondaires sont nombreux dont les plus fréquents sont cutanéomuqueux (sécheresses). Il peut exister une perturbation du bilan biologique avec élévation du cholestérol, des triglycérides, des transaminases et des enzymes musculaires. Un bilan pré-thérapeutique, puis à un mois et tous les trois mois est donc recommandé. Les femmes doivent obligatoirement prendre une contraception efficace et réaliser un test de grossesse plasmatique, afin de pouvoir renouveler mensuellement la prescription (21). De plus, il existe un carnet de suivi édité par l'ANSM (Agence national de sécurité du médicament) permettant une communication entre les professionnels, associé à une signature d'un consentement éclairé avant de débuter le traitement (Annexe 2).
Enfin, le sur-risque suicidaire des adolescents traités, même s'il est controversé, doit faire surveiller tout changement de comportement ou d'humeur (22).

- Gluconate de zinc : il agit sur les lésions inflammatoires superficielles mais a peu d'action sur les lésions rétentionnelles (23). Il est connu sous les noms de RUBOZINC®, EFFIZINC® ou GRANIONS DE ZINC®. Ses effets secondaires se limitent à des gastralgies.

- Hormonothérapie (24) :

  - La contraception orale : Seuls les progestatifs de 3e et 4e génération sont à faible activité androgénique. L'association acétate de cyprotérone 2 mg et éthinyl-estradiol 35µg (DIANE 35®) est indiquée dans le traitement de l'acné modérée à sévère en seconde intention, après échec d'une première ligne thérapeutique. Seule l'association triphasique norgestimate-éthinylestradiol (TRIAFEMI®, TRICILEST®) dispose de l'AMM dans l'acné minime à modérée.

  - L'acétate de cyprotérone (ANDROCUR®) : prescrit hors AMM, peut être proposé à la dose de 50 à 100 mg par jour pendant 10 ou 21 jours par mois après avis d'un endocrinologue, en association avec une contraception contenant des œstrogènes chez les femmes qui présentent des signes d'hyperandrogénie et des poussées d'acné prémenstruelles. Une IRM cérébrale doit être réalisée en début de traitement puis à 5 ans et tous les deux ans à la recherche d'un méningiome (25).

- Spironolactone (ALDACTONE®) : est parfois prescrit, hors AMM en France, à la posologie de 75 à 150 mg par jour. Dans le traitement de l'acné de la femme, et ce même dans le cas d'un échec à l'isotrétinoïne.

- Les traitements physiques de l'acné : ils comprennent la microchirurgie de l'acné avec l'extraction des comédons ou des microkystes. Le laser et la photothérapie dynamique (ALFAST®) constituent une alternative thérapeutique et ne peuvent être utilisés qu'après échec thérapeutique classique (26,27). Enfin le peeling (28,29) et le laser peuvent avoir une action sur les cicatrices atrophiques (5,28,29).

La Haute Autorité de Santé (HAS) et la société française de dermatologie ont mis au point un schéma thérapeutique en deux phases avec un algorithme en fonction de la sévérité. Il comprend un traitement d'attaque, d'une durée de 3 mois, et un traitement d'entretien après obtention d'une rémission (Annexe 3) (11).

3. Organisation des consultations pour acné juvénile

A. En médecine générale

La dermatologie fait partie intégrante des consultations de médecine générale. D'après l'Observatoire de Médecine Générale de 2009, dans la tranche d'âge 10-19 ans, l'acné apparait au 11e rang des motifs de consultation les plus fréquents. Avant la réforme de l'assurance maladie en 2004 et la mise en place du parcours de soins coordonnés, le dermatologue était le spécialiste pour lequel l'accès direct par le patient était le plus important.

B. En dermatologie

En 2018, on recensait 53 dermatologues en activité (libéraux et hospitaliers) dans la région ex-Picardie. Leur nombre tend à diminuer dans les Hauts-de-France avec une perte de presque 10% entre 2007 et 2016, soit environ 3,6 dermatologues pour 100 000 habitants contre une moyenne de 5,1 en France.

Il existe une répartition inégale entre les différents départements avec 1,7 dermatologues pour 100 000 habitants dans l'Oise, 2,7 dans l'Aisne et 4,1 dans la Somme (2).

Les délais d'obtention de rendez-vous sont de plus en plus longs, estimés à 64 jours en 2018 avec une augmentation de 23 jours depuis 2012 selon l'Observatoire d'accès des soins (31).

C. Place des médecins généralistes et des dermatologues dans la prise en charge de l'AJ

Une étude publiée en 2017 sur plus de 20 000 sujets de plus de 15 ans montrait qu'un français sur trois déclarait consulter en première intention un dermatologue devant un problème de peau. Ceux souffrant d'acné étaient les plus nombreux à s'orienter en premier vers un dermatologue (46%) (32).

Des résultats similaires publiés en 2002 révélaient que les dermatologues réalisaient les deux tiers des consultations pour acné, suivis des MG (32%), des gynécologues (2%) puis des pédiatres (1%) (33).

D. Adolescence, une période vulnérable

Santé de l'adolescent

Selon l'OMS, l'adolescence est une période qui s'étend de 10 à 19 ans. C'est durant cette période que le recours au médecin est le moins fréquent. Seulement 8% des consultations médicales sont réalisées pour les jeunes de 11 à 20 ans.

Les dermatologues font partie des spécialistes qui reçoivent le plus d'adolescents en consultations puisque 19% de leurs actes y sont consacrés (33).

Représentation physique

À l'adolescence, l'insécurité narcissique est extrême et elle peut être augmentée par la moindre imperfection du visage ou du corps (34). Le retentissement psychosocial de l'AJ est donc important. En effet, les patients rapportent une altération de la qualité de vie, comparable à celle de maladies somatiques telles que l'asthme ou l'épilepsie (35). Le taux d'idéation suicidaire est plus élevé chez les patients atteints d'AJ par rapport à d'autres maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle (36). Il est donc important pour le MG d'instaurer un climat de confiance avec les adolescents et de rester vigilant à la plainte esthétique qui pourrait être exprimée.

4. Objectifs

Devant la prévalence importante de l'AJ et la faible démographie de dermatologues en région ex-Picardie, il est légitime de s'interroger sur les raisons qui poussent les MG à adresser leurs patients souffrant d'AJ chez le dermatologue. Pour y répondre, l'objectif principal de notre étude était de rechercher les motifs de recours au dermatologue de la part des MG devant un diagnostic d'AJ. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les facilités et difficultés ressenties dans la prise en charge de l'AJ ainsi que les déterminants de cette prise en charge.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Choix de l'étude qualitative et du recueil des données

A. Population de l'étude

Nous avons conduit une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés au cours de l'année 2019 auprès de MG de l'ex-Picardie.
Le but de ce type d'étude est de mettre en évidence l'opinion des médecins sur un sujet d'étude. Nous nous intéressions particulièrement dans celle-ci au ressenti face à la prise en charge de l'AJ.

Pour être inclus dans notre étude, les participants devaient remplir les caractéristiques suivantes :

- Être MG installé ou remplaçant fixe depuis au moins deux ans dans le même cabinet.
- Exercer dans un de ces trois départements des Hauts-de-France : Aisne, Oise et Somme.

Le recrutement s'est fait initialement au sein d'une population de médecins répondant aux critères d'inclusion parmi ceux rencontrés au cours de mon cursus. Puis il a été étendu à d'autres médecins sélectionnés via le site des Pages Jaunes® (SoLocal Group) afin de diversifier la population (âge, sexe, zone d'exercice).

B. Recueil des données

Chaque MG était contacté par téléphone, soit via son secrétariat, soit directement. Si le praticien n'était pas disponible, un message était laissé au secrétariat avec mes coordonnées. Lors de cette prise de contact, il était indiqué au MG que le thème porterait sur la dermatologie sans donner plus de précision afin de ne pas influencer à l'avance les participants. Un rendez-vous était ensuite fixé avec son accord.

Chaque médecin était informé de l'enregistrement puis de l'anonymisation de ces entretiens. Afin que les participants puissent se sentir en confiance, nous avons réalisé les entretiens au sein de leur cabinet ou à leur domicile selon leur choix.

L'enregistrement a été fait au moyen d'un dictaphone ainsi que par l'application dictaphone du smartphone de l'interviewer afin de prévenir tout problème technique.

Les MG interrogés répondaient à des questions ouvertes selon un script d'entretien préalablement établi (Annexe 4). Comme recommandé par le Dr Hennebo (38), le script a pu être modifié au fur et à mesure des entretiens et suivant l'avancée de l'analyse. Des relances

pouvaient également être faites au cours de l'entretien, sans influencer les participants afin de maximiser le nombre de données.

Devant l'absence de données à caractère personnel recueillie auprès des enquêteurs, aucune formalité n'a été nécessaire auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ou du CPP.

C. Élaboration du script d'entretien

Le script d'entretien a d'abord été soumis à la commission de thèse du Département de médecine générale (DMG) de l'UFR de médecine d'Amiens. Trois entretiens tests ont été réalisés, afin que l'enquêteur puisse appréhender les techniques de cette méthode, et permettre la modification de formulation de certaines questions en fonction de la compréhension de celles-ci.

Ce script comprenait 9 grandes questions selon huit axes majeurs :

- Les caractéristiques socio-démographiques du MG.
- L'organisation d'une consultation de médecine générale pour l'AJ (motif I^{r} et II^{r}).
- L'abord et la prise en charge du retentissement psychologique sur le patient.
- Les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses et leurs modalités de prescription, la surveillance des isotrétinoïnes. Les médecines alternatives ont également été abordées dans cette partie.
- Les conseils hygiéno-diététiques donnés aux patients.
- Le ressenti du MG sur les difficultés à prendre en charge l'AJ.
- Les raisons du MG incitant à adresser les patients chez le dermatologue.
- Les éléments déjà existants qui favorisent la prise en charge et ceux pouvant l'améliorer.

Afin d'encourager à d'autres commentaires et d'éviter différents oublis, nous avons systématiquement demandé après chaque entretien si le médecin souhaitait y ajouter un élément.

2. Analyse des données

A. La retranscription

Une retranscription « mot à mot » a été réalisée au format Word® (Microsoft Corporation, Redmond, WA) pour l'intégralité des entretiens.
L'anonymisation des résultats a été obtenue par ajout d'une numérotation à chaque entretien (entretien 1 = E1, entretien 2 = E2 et cetera). De même les différents participants étaient identifiables par la lettre P. Ces entretiens sont consultables dans leur intégralité sur le CD-Rom (Annexe 8), en troisième de couverture.

B. Analyse quantitative

Une analyse descriptive des données se rapportant aux caractéristiques des MG interrogés et des entretiens a été réalisée pour le calcul des moyennes à l'aide du logiciel Microsoft Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, WA).

C. Codage et analyse qualitative

L'analyse des données a été faite au fur et à mesure des entretiens selon la méthode de la « théorisation ancrée » décrite par Glaser et Strauss (39) visant à la construction d'une théorie en partant de l'expérience de personnes partageant une problématique commune (40).

Le codage des données a été réalisé au moyen du logiciel N'Vivo 12 plus® (QSR International, Melbourne, AU) mais n'effectuant aucune interprétation des données (un exemple de notre codage est disponible Annexe 5).

Les entretiens ont été découpés, fragment par fragment. Leur signification a été synthétisée par un ou quelques mots devenant alors un code également appelé «nœud». Les codes ont ensuite été réorganisés en catégories puis regroupés en thèmes principaux (38). Des allers-retours fréquents entre les différents entretiens ont été réalisés afin de ne pas omettre de code. L'ensemble des entretiens a été codé par un second MG formé à la méthode qualitative par théorisation ancrée, permettant la triangulation des résultats.

Le principe de saturation des données a été utilisé, ce qui consistait à réaliser des entretiens jusqu'à ce que l'analyse ne relève plus de nouveau nœud. Cette méthode impliquait un codage au fur et à mesure des entretiens ne permettant pas de fixer à l'avance le nombre d'entretiens nécessaires (41).

3. Recherche bibliographique

Nous avons effectué la recherche bibliographique à partir de bases de données et des moteurs de recherche en sciences : Pubmed, Science Direct mais aussi sur les catalogues universitaires, par le Système Universitaire de documentation (SUDOC) et le Dépôt universitaire de mémoires après soutenance (DUMAS) ainsi que sur la bibliothèque virtuelle de l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA).

Les mots-clés utilisés étaient : « acné juvénile », « médecins généralistes », « dermatologues », « thérapeutique », « qualité de vie » et « affect ». Les mots-clés étaient les mêmes entre les différentes bases de données, sauf pour la base PubMed pour laquelle ils ont été convertis dans le thésaurus MeSH (Medical Subject Headings).

Les références bibliographiques ont été répertoriées via le logiciel Zotero® (George Mason University, Fairfax, VA), en respectant les critères Vancouver.

III. RÉSULTATS

1. Les entretiens

Seize MG ont été interrogés au cours de cette étude. Six MG ont refusé de participer, par manque de temps. Dix entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin entre deux consultations, deux entretiens ont été réalisés dans un lieu publique et enfin, quatre à leur domicile. La durée moyenne des entretiens était de 14 minutes, variant de 8 à 23 minutes. La durée totale d'enregistrement était de 4 heures et 15 minutes.

A. Description de la population étudiée

La répartition géographique des MG interrogés est présentée en figure 10. Cinq participants exerçaient dans l'Aisne, quatre dans l'Oise et sept dans la Somme.

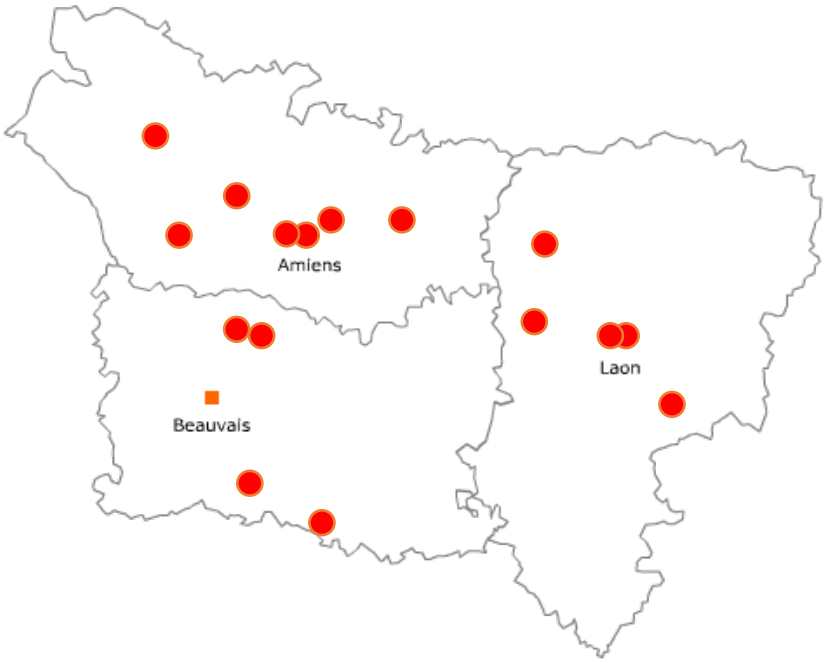


Figure 10 : Répartition géographique des seize médecins généralistes Interrogés au sein de la région ex-Picardie

Dans le tableau 1 sont présentées les caractéristiques de la population étudiée. Quinze des seize MG interrogés étaient installés. Un participant était remplaçant fixe depuis 3 ans dans le même cabinet. La moyenne d'âge était de 44 ans. Trois MG avaient eu une formation sur l'AJ. La fréquence moyenne des consultations pour l'AJ était de 3 par mois.

Tableau 1 : Caractéristique de la population étudiée et des entretiens

	Sexe	Age	Installation				Formations	FMC	nombre/ mois	Entretien			
			Durée	Lieu	Mode	Type	complementaire / FMC sur acné	sur l'acné	de consultations pour acné	Lieu	Durée en min	Nombre de codes	Nombre de références
P1	F	33	5 ans	Semi -rural Somme	En groupe	MSU externe	DU de soins palliatifs	Non	5	Lieu Public	15min	67	94
P2	H	64	32 ans	Semi-rural Aisne	Seul puis a deux	Aucun	DIU d'électrocardiographie, DIU de rappatriement sanitaire, capacité aérospatiale	Non	8	A son domicile	22min	53	79
P3	H	55	29 ans	Rural Somme	En groupe	MSU interne	Aucun	Non	2	Au cabinet	13min	37	49
P4	H	29	8 mois	Urbain Aisne	En groupe	Aucun	Mésotherapie	Non	3	Lieu Public	15min	42	52
P5	F	65	35 ans	Semi-rural Somme	Seule	MSU int et salariée en IME	Acupuncture, homéopathie	Non	2	Au cabinet	21min	50	64
P6	H	30	NC	Urbain Somme	Seul	Remplaçant fixe depuis 2 ans	DU soins palliatifs	Oui il y a 1 année	2	A son domicile	23min	44	66
P7	H	36	5 ans	Semi -rural Somme	MSP	Aucun	Aucun	Non	2	Son domicile	13min	36	42
P8	F	37	3ans et demi	Rural Oise	En groupe	Aucun	DIU de gynécologie	Non	1	Au cabinet	11min	47	67
P9	F	56	29 ans	Urbain Somme	Seule	MSU interne	Aucun	Oui il y a 2 -3 ans	3	Au cabinet	14min	54	70
P10	F	30	6 mois	Rural Aisne	En groupe	Aucun	Aucun	Non	3	A son domicile	12min	47	58
P11	H	64	32 ans	Urbain Aisne	En groupe MSP	Interne SASPASS	Hypnose et ostéopathie	Non	<10	Au cabinet	14min	40	56
P12	H	34	3 ans	Rural Oise	En groupe	Aucun	Aucun	Non	3	Au cabinet	11min	45	61
P13	F	39	18 mois	Semi-urbain Aisne	MSP	Aucun	Polysomnographie DU de soins palliatifs et d'éducation thérapeutique	Non	1	Au cabinet	9min	44	49
P14	H	62	32 ans	Semi urbain Oise	Seul	MSU interne	Aucun	Non	4	Au cabinet	8min	31	35
P15	H	37	4 ans	Semi urbain Oise	En Groupe	Aucun	Aucun	Non	1	Au cabinet	10min	40	48
P16	F	42	6 ans	Urbain Somme	MSP	Aucun	DIU de gynécologie	Oui il y a 1 an	3	Au cabinet	14min	54	63
Total													953
Moyenne		44							3		14min	46	

P : participant, F : Femme, H : Homme, DIU : Diplôme Inter-Universitaire, FMC : Formation Médicale Continue, MSU : Maitre de Stage Universitaire, MG : Médecin Généraliste, Int : Interviewer, min: minutes, MSP: Maison de Santé pluridisciplinaire

2. Analyse des résultats

Nous avons choisi de mettre en évidence les verbatims les plus pertinents afin de faciliter la lecture de notre travail. Cependant nous avons mentionné l'ensemble des entretiens dans lesquels le code apparaît. Les entretiens ont été codés de E1 à E16 et les propos de chaque médecin participant ont été notés P1 à P16 pour tous les entretiens.

Au total 121 codes différents et 953 références ont pu être mis en évidence. Les références correspondaient aux extraits d'entretiens couverts par le même code.
Une représentation visuelle des résultats a été réalisée sous la forme de deux cartes heuristiques disponibles en (annexe 6 -7)

A. L'organisation d'une consultation pour de l'acné

a) L'interrogatoire

- L'âge et le sexe

Pour cinq participants, le sexe et l'âge faisaient partis des critères pris en compte dans l'interrogatoire de l'acné (E1, E8, E9, E13, E16).

P9 : *« Après par rapport à l'âge jeune. »*
P16 : *« Déjà je vois tout de suite si c'est un homme ou une femme, (rires). »*

- Antécédents personnels et familiaux

Les antécédents familiaux d'acné étaient recherchés lors de l'interrogatoire pour cinq d'entre eux (E1, E5, E13, E15, E16).

P1 *: « Après chez les parents souvent je recherche si il y a eu de l'acné qui a été traitée … j'ai quand même en tête que c'est assez familial ça peut être familial …voilà. »*

- Prise de médicaments au long cours

La prise de contraception ou de médicaments ayant pu déclencher l'acné était recherchée lors de l'interrogatoire (E2, E5, E7, E8, E16).

P8 : *«D'autres prises médicamenteuses pour voir si ça n'a pas déclenché l'acné.»*
P2 *: « Il y a certaines pilules qui peuvent parfois accentuer le processus et donc souvent chez les filles, même très souvent je demande je dis vous avez une contraception? Quel type de contraception? »*

- Traitements déjà entrepris pour l'acné

Neuf médecins recherchaient si des traitements avaient déjà été entrepris pour l'acné (E1, E6, E7, E8, E11, E12, E13, E15, E16).

P8 : *« Examen clinique, principalement savoir ce qu'il a déjà mis, ce qu'il a déjà utilisé parce que peroxyde de benzoyle, ils arrivent à l'acheter en vente libre sur des plus petits dosages que les nôtres c'est pas du 5% mais bon. »*

- Mode de vie, hygiène, régime alimentaire

L'habitus était recherché dans l'interrogatoire de l'acné pour six d'entre eux (E1, E2, E5, E6, E9, E13). Un médecin recherchait également les expositions professionnelles favorisant l'acné (E5).

P5 : *« Parfois il y a des acnés au niveau des jambes chez les gens qui travaillent avec des produits avec des essences ou des choses comme ça, des hydrocarbures alors je demande toujours leur profession. »*
P6 : *« Son savon, si c'est une fille est-ce qu'elle se maquille, qu' est-ce qu'elle utilise pour se maquiller euh voilà, faire attention aux jeunes qui lavent trop leur peau ou pas assez, les peaux grasses, les peaux sèches ça c'est l'interrogatoire. »*
P2 : *« … si il a une alimentation à peu près correcte et équilibrée et surtout pour les sucres, les graisses et les charcuteries. »*

- Histoire de la maladie

Six médecins recherchaient l'évolution de l'acné, l'âge de début et sa durée (E5, E6, E10, E11, E12, E13).

P11 *: « Euh, disons, c'est la date d'apparition enfin l'historique. »*
P12 : *« Savoir et voir aussi comment ça évolue. »*

- L'impact social et psychologique de l'acné

Pour sept médecins, le retentissement psychologique de l'acné ou son impact social étaient recherchés (E1, E2, E6, E8, E10, E15, E16).

P1 : *« Il y a des ados qui le vivent très très bien, les garçons s'en foutent, les filles c'est un petit peut plus problématique. Je pense mais euh, il y a des garçons qui ne le vivent pas très bien mais j'en parle en tout cas, ça fait partie de l'interrogatoire. »*

b) Examen physique

- Le climat de confiance

Six médecins estimaient qu'il était nécessaire de créer une atmosphère de confiance pour aborder l'acné avec leurs patients (E1, E7, E8, E10, E11, E16).

P1 : *« Moi, j'essaye de mettre les parents en dehors de la salle de consulte souvent même pour d'autres motifs que l'acné. »*
P16 : *« La médecine générale, c'est ça aussi, c'est être libre de parler des choses et après si ils se sentent en confiance, ça passe tout seul. »*

- Une pathologie visible

L'acné est une pathologie visible car elle touche le visage donc les médecins semblaient déjà avoir une idée de la sévérité dès le début de la consultation (E1, E2, E4, E6, E11, E16).

P6 *: « Je regarde déjà un petit peu principalement c'est l'atteinte du visage euh donc forcément c'est visible. »*

- La localisation de l'AJ et ses signes associés

La plupart des MG recherchaient les différentes localisations de l'AJ (E1, E2, E4, E5, E6, E9, E10, E11,E12, E13,E15, E16). Certains recherchaient une pilosité associée à la recherche d'une étiologie secondaire (E6, E16).

P11 *: « C'est vrai que pour l'acné je suis très branché homéo, donc on a l'acné sur la racine des cheveux avec sur le milieu du visage qui est très spécifique du natrum, donc c'est vrai que c'est la première chose que je regarde. »*
P5 *: « L'examen clinique, bah, je regarde la localisation le dos. »*

- Le type de lésions et sa sévérité

Quelques participants évaluaient la sévérité de l'acné pendant l'examen clinique (E1, E5 E6, E9, E10, E11, E16) et plus rarement les différents types de lésions (E1, E9).

P11 *: « Évaluer la sévérité ne me pose de problème »*

- Autres recherches lors de l'examen clinique

Certains médecins en profitaient pour prendre un poids et une taille (E1, E6, E16). Un seul MG déclaraient prendre une tension artérielle (E7).

P16 *: « Et comme les ados on ne les voit pas souvent j'en profite pour prendre un poids et une taille. »* P6 *: « Tout dépend du contexte si c'est un adolescent, si c'est une jeune fille qui a plein de boutons, des poils et qui est obèse, oui, se méfier des étiologies secondaires. »*

- Prise de photographie

Un des enquêtés demandait à ses patients de prendre des photographies pour suivre l'évolution (E5).

P5 *: « Prenez déjà des photos de ce que vous avez là parce que le temps que vous alliez chez le dermato, ça aura peut être changé et le dermato dira qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? Mais c'est vrai que facilement je leur demande de prendre des photos. »*

c) Aborder l'acné sans en être le motif principal

- Motif secondaire fréquent

L'acné était souvent évoquée en fin de consultation, parfois « sur le pas de la porte » comme en témoigne plusieurs participants (E1, E13, E14). Parfois, le patient consultait pour un autre motif.

P1 *: « C'est jamais un motif, c'est toujours sur le pas de la porte, mais c'est un motif que j'estime être fréquent. »* P14 *: « C'est rare qu'ils viennent spécialement que pour ça, ils viennent pour un certificat de sport, pour autre chose mais pas pour ça, c'est souvent en seconde intention. »*

- L'acné une consultation à part entière

Pour plusieurs médecins la consultation pour de l'acné était ou devrait être une consultation dédiée à ce motif (E1, E4, E5).

P1 *: « L'acné ça doit être dédiée à une consultation pleine et entière…. je leur dis de revenir donc on consacre une consultation à ça. Euh, pour refaire un petit peu le point. »*

- Rôle des parents

Pour plusieurs interviewés, les parents avaient une place importante lors des consultations, la plupart des adolescents étaient accompagnés de leurs parents et c'est souvent la mère qui abordait l'acné de son enfant (E7, E8, E9, E16).

P8 *: « D'ailleurs souvent c'est la mère qui en parle « vous avez vu ma fille ou mon fils il est plein de boutons » »*

- Aborder l'acné sans en être le motif de consultation

Abord spontané et facile : Cela a été rapporté par la majorité des participants (E1, E2, E5, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E15, E16).

P10 *: « enfin, on a l'impression qu'il y a comme une honte d'en parler, et puis quand on aborde le sujet, ils sont vraiment ravis. Moi j'en parle, pour moi ça n'est pas un sujet tabou. »* P1 *: « à partir du moment où je le vois je ne suis pas la seule à le voir donc euh, donc je l'aborde. Je l'aborde assez facilement. »*

Difficultés pour aborder l'acné : Pour d'autres médecins, en raison des complexes que l'acné peut engendrer, il pouvait être difficile d'aborder la présence d'acné sans que le patient ne consulte pour cette raison (E3, E6, E10).

P6 *: « C'est notre rôle de prévention, après comme c'est visuel bon, peut être que c'est moins jugeant que bon, après un obèse de 50 ans, c'est normal de se poser la question de savoir si il n'est pas diabétique ou HTA, alors pourquoi on ne se poserait pas la question pour un ado pour les boutons. Mais c'est difficile. »*

Sujet non abordé : Si le patient ne consultait pas pour ce motif, plusieurs médecins n'abordaient pas le sujet pour des raisons de probable inobservance ou pour ne pas déclencher un complexe qui n'aurait pas lieu d'être (E3, E4, E6, E10).

P3 *: « Non, je ne l'aborde jamais car si il veut être traité, il faut qu'il le demande. »* P10 *: « je n'arrive pas toujours à le faire car je n'ai pas envie de mettre un problème sur quelque chose qui pourrait ne pas être un problème pour lui mais quelquefois, on le sent ou je pose la question .. je n'en parle pas systématiquement. »*

B. Le retentissement psychologique dans l'acné

a) L'abord du retentissement psychologique de l'AJ par le médecin

- Aborder facilement le vécu ou le ressenti de l'acné

Certains enquêtés abordaient facilement le retentissement psychologique en présence d'acné (E1, E2, E4, E9, E10, E13, E15).

P9 : *« Le retentissement, je l'aborde facilement il y en a qui le vivent très mal. »* P15 : *« Si il a arrêté de faire des choses qu'il faisait avant, si il sort toujours autant, si il est obligé de le cacher pour sortir. »*

- Aborder difficilement le retentissement psychologique de l'acné

Deux médecins exprimaient des difficultés à aborder le retentissement psychologique que pouvait avoir l'acné au quotidien (E6, E11).

P6 : *« C'est vrai que spontanément, c'est pas évident, c'est vrai que bon on sait c'est visible, il y a une atteinte de soi chez des ados qui sont en plein bouleversement dans leur maturation. »*

- Aucun abord

Trois médecins ne prenaient pas en compte le retentissement psychologique que pouvait avoir l'acné (E3, E7, E12).

P12 : *« Le retentissement psychologique, si il ne vient pas spécialement pour ça c'est que ça ne le gêne pas plus que ça. »*

b) Conséquences de l'acné sur l'équilibre de vie

- Une cause de souffrance

La présence d'acné pouvait vraiment être vécue comme une réelle souffrance, avec un préjudice moral important comme en témoignent certains MG (E4, E11).

P11 : *« C'est vrai, y en a pas tant que ça mais quand il y en a, les gens sont vraiment en souffrance. »*

- Une cause de moqueries

Un médecin demandait à ses patients si le fait d'avoir de l'AJ était un sujet de moquerie (E1).

P1 : *« Est-ce que ce sont des sujets à moquerie ? »*

- Une cause d'absentéisme

Deux médecins recherchaient des causes d'absentéisme liées à l'AJ (E5, E15).

P5 : *« Certains adolescents, je pense à un qui a fait des abcès, des trucs importants. Il a dû aller chez le chirurgien et tout ça, tellement c'était important mais en fait lui, c'est très difficile de discuter avec lui parce qu'en fait il a eu aussi des problèmes d'absentéisme. »*

- Un préjudice moral

Pour un médecin, si un patient consultait pour ce motif, c'est qu' il existait un préjudice moral (E12).

P12 : *« Souvent quand ils commencent à venir ou à en parler, c'est que ça les gêne, psychologiquement. »*

- L'impact sur la qualité de vie dépendant du sexe et du profil psychologique

Deux MG déclaraient que l'acné pouvait être acceptée différemment en fonction de son profil psychologique (E12, E16). Un médecin trouvait également que les filles le vivaient moins bien que les garçons (E1).

P12 : *« Après, ça dépend de l'intensité de l'acné. Il y en a qui ont quelques boutons, après y en a effectivement qui ont énormément de boutons, ça dépend du profil psychologique aussi de chacun. »*

c) La prise en charge du retentissement psychologique

- L'hypnose

Deux médecins utilisaient l'hypnose ou des techniques de sophrologie pour détendre le patient et permettre de mieux s'accepter (E10, E11).

P10 : *« Je propose éventuellement un peu d'hypnose, ouais pour le retentissement psychologique. »* P11 : *« L'hypnose peut jouer sur le côté psychologique de manière intéressante. »*

- L'homéopathie

Un médecin utilisait l'homéopathie pour permettre au patient de se détendre (E10).

P10 : *« Ils sont déjà mal dans leur peau et on leur met ça en plus sur le dos, donc c'est quand même difficile à gérer, je pense quand même avec l'homéo pouvoir aider. »*

- Le soutien psychologique

Deux médecins avaient déjà adressé certains de leurs patients présentant de l'acné chez le psychologue (E5, E16).

P16 : *« Si il y a un retentissement psychologique important alors là, ça dépend, si par exemple c'est une acné sévère, j'adresse chez le dermato et plus ou moins chez le psychologue. Si c'est très léger mais que le complexe est là, alors j'adresse chez le psychologue. »*

C. Les conseils donnés aux patients

a) Hygiène

Les conseils d'hygiène donnés aux patients acnéiques passaient pour certains médecins par :

- Se laver les mains (E10).

P10 : *« Bien se laver les mains. »*

- L'utilisation des produits de parapharmacie (E2, E6, E10).

P10 : *« Essayer d'utiliser un maximum de produits pour se laver le visage en parapharmacie. »*

- Un lavage à l'eau claire (E3, E6).

P3 : *« Si ils n'ont pas les moyens je leur dis de se laver c'est tout. »*

- L'utilisation d'un savon non agressif (E2, E3, E4, E5, E6, E9, E11, E16).

P11 : *« Une peau bien nettoyée avec un savon surgras et une bonne désinfection, on arrive à bien améliorer les choses. »*

- La non manipulation des comédons

La plupart des médecins informaient les patients de ne pas manipuler les comédons : (E2, E3, E4, E9, E12, E13). Pour un médecin ce conseil faisait partie de bon sens (E7).Un autre MG conseillait l'utilisation d'un tire-comédon pour éviter la surinfection (E16).

P2 *: « surtout n'éclatez ,pas n'éclatez rien surtout ne touchez pas tamponnez avec un coton, n' essayez pas d'appuyer, d'enlever, de vider quoi que ce soit parce que ça va faire pire que mieux ça oui ça c'est une règle d'or et ils ont tendance à faire le contraire car ils pensent que ça va partir* »

P16 : *« Éviter de trop manipuler (ou sinon avec un tire comédon mais pas avec les ongles) et de désinfecter »*

b) Cosmétiques

L'hygiène, le maquillage et le fond de teint semblaient faire partie des conseils donnés aux patientes : (E2, E4, E10, E12, E13, E14). Un médecin suggérait même un type de maquillage (E16) et un participant proposait de ne pas porter de parfum (E10).

P16 : *« Sur l'hygiène, je leur dis de bien se démaquiller. Pour les jeunes filles, déjà bon, et si elles peuvent éviter les fonds de teint trop matifiants (à la rigueur je pense que la poudre c'est mieux). »*

P2 : *« Des fonds de teint qui bouchent la peau de façon grave. Le problème des ados c'est qu'elles le cachent avec du fond de teint avec des crèmes teintées et ça moi je leur dis toujours vous enlevez tout ça (hein). »*

c) Diététique

Dix enquêtés s'intéressaient au type d'alimentation de l'adolescent en proposant de réduire la consommation de graisses et de sucres (E1, E2, E7, E8, E9, E12, E13, E14, E16). Ou encore de diminuer la consommation de lait de vache (E5).

P1 : *« Je me base sur un journal alimentaire essentiellement. C'est l'occasion de les revoir la fois suivante avec le journal alimentaire. On se rend compte même en terme de proportion, de la quantité, le sucre, le gras enfin voilà les kebabs, les déjeuners sur le pouce c'est quand même monnaie courante. »*

P5 : *« oui je dis de faire attention de ne pas manger des choses trop grasses… des fois je dis aussi de limiter le lait, de prendre des laits d'amande à boire plutôt que du lait de vache. »*

Au contraire d'autres n'étaient pas convaincus de proposer un régime alimentaire ou de modifier leur alimentation (E3, E6, E10, E11).

P10 : *« Sur l'alimentation, je n'ai pas l'impression qu'il y ait des aliments qui jouent plus que d'autres sur l'acné. Même si on dit que la moutarde (etc.) mais je n'y crois pas du tout. »*

d) Tabagisme

Plusieurs médecins conseillaient à leurs patients d'arrêter le tabac pour diminuer l'acné (E5, E6, E8, E9, E13).

P8 : *« Le tabac, l'alcool, car on sait que tous ces produits-là entraînent sur la peau un effet néfaste.»*

Deux médecins ne faisaient pas de corrélation entre la présence d'acné et la consommation de tabac (E11, E15).

P15 : *« Même le tabac, au final, j'ai cru au final que ça ne change pas grand-chose. Souvent d'ailleurs, c'est ce qu'ils me disent. »*

e) Activité physique

Un médecin conseillait la pratique de sport pour améliorer l'hygiène de vie et ainsi diminuer la présence d'AJ (E7).

P7 : *« Après j'axe beaucoup sur le côté activité physique, ça je pense que c'est important. »*

D. Les traitements médicamenteux et non médicamenteux utilisés au cours de l'AJ par les MG

a) L'utilisation du peroxyde de benzoyle

Trois médecins expliquaient utiliser fréquemment le peroxyde de benzoyle pour le peu d'effets secondaires qu'il entraînait (E4, E7, E8).

P4 : *« Un que je connais bien, c'est pour ça que je l'utilise fréquemment, c'est le peroxyde de benzoyle ou Cutacnyl® 2,5 ou 5% ce genre de chose. Mais souvent au début, je mets les topiques à base de peroxyde de benzoyle. »*

b) les antibiotiques locaux

Certains médecins prescrivaient des antibiotique locaux, celui qui est le plus ressorti est l' Eryfluid® (E2, E5, E9, E10). Un MG ne se sentait pas à l'aise avec cette prescription (E6), un autre était plutôt contre ce traitement, en raison de ses effets indésirables de brûlure (E8).

P9 : *« éventuellement un peu d'Eryfluid® en local on discute »*
P5 : « *C'est vrai qu'a un certain moment j'utilisais pas mal dalacine topique pour les boutons erythrogel ou les trucs comme ça »*

P8 : *« tout ce qui est eryfluid, ça pas forcement car j'ai lu que ça n'était plus forcément recommandé et puis fin ça brule pas mal la peau également. »*

c) Les antibiotiques oraux

La plupart des médecins prescrivaient les antibiotiques oraux en deuxième intention (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E14, E15, E16).

P2 : *« Si à trois mois ça ne marche pas, alors on utilise les cyclines, moi j'utilise le tétracycline 300 (Teralysal® sur 2 /3 mois). »*

P4 : *« Si ça n'a pas eu d'action, je me dis on peut essayer des traitements à base de comprimés par exemple tout ce qui est traitement à base d'antibiotique doxycycline ou autre, des fois on peut les adjoindre aussi après chacun peut faire sa tambouille aussi. »*

Un MG utilisait les antibiotiques oraux en première intention (E10).

P10 : *« En première intention j'utilise plutôt doxycylcine »*

d) Le zinc

Neuf médecins prescrivaient du zinc dans l'acné (E2, E3, E5, E7, E10, E12, E14, E15, E16).

P14 : *« Le Rubozinc® pas en première intention j'y pense plus l'été à la place des cyclines avec la photosensibilité. »*

e) La contraception

- <u>Instaurer ou modifier une contraception</u>

Certains médecins expliquaient instaurer ou modifier la contraception des jeunes femmes présentant de l'acné (E3, E6, E9, E10, E16).

P10 : *« Régulièrement, enfin je leur propose de modifier la contraception. En tout cas euh, pour passer à une oestroprogestatif et pas un progestatif simple car il y a des femmes qui veulent dès le début c'est de changer leur contraception avant même de débuter un traitement pour l'acné, oui ça arrive. En général, je mets Jasmine®, Jasminelle®, Triafemi®. »*

P16 : *« Suivant les filles et leur contraception ça m'arrive de changer. »*

P6 : *« La pilule, la contraception, Diane35® après c'est vrai que si c'est une jeune fille qui a 15 ans qui vient pour de l'acné, où elle ne s'en sort pas elle, n'a pas de contraception. »*

- Avis sur Diane 35

Lors de plusieurs entretiens l'efficacité de Diane 35® sur l'acné était ressortie et plusieurs d'entre eux se sentaient perdus devant les nouvelles recommandations (E3, E5, E11, E14).

P11 : *« Avant c'était beaucoup Diane35®. Aujourd'hui Diane35® est pas mal mise au poteau. Il reste certaines pilules plus neutres, c'est vrai que la contraception… Autant Diane, elle donnait de bons résultats, autant les autres, enfin je dirais qu'elles peuvent ne pas aggraver l'acné. Mais elles ne vont pas vraiment améliorer. Et puis l'Androcur, on va peut-être éviter aussi (rires). »*
P14 : *« De temps en temps je mets Triafemi®, Diane35® évidemment maintenant on laisse tomber. »*

- Orientation vers le gynécologue

Un médecin expliquait adresser chez le gynécologue ses patientes qui présentaient de l'acné (E2).

P2 : *« J'ai tendance à demander au gynéco ce qu'il en pense, car parfois il y a certaines pilules qui peuvent parfois accentuer le processus. »*

f) Isotrétinoïne par voie locale

Un médecin prescrivait l'isotretinoïne en local (E12).

P12 *: « Le Roaccutane® en crème je le mets, oui aussi, ça m'arrive quand c'est sévère. »*

Ce dernier prévenait des effets secondaires avec risques de brûlures (E12).

P12 : *« Quand c'est en crème, il faut éviter l'exposition au soleil pour éviter les brûlures. »*

g) Isotrétinoïne per os

- Ressentis des médecins sur la prescription de l'Isotrétinoïne

L'information des patients était faite par plusieurs d'entre eux (E2, E4, E12, E16).

P2 : *« En tant que médecin généraliste je leur explique que le dermato va leur prescrire un traitement, mais qu'il y aura un suivi. Je leur explique qu'il y a un suivi biologique etc... mais avec toutes les nouveautés je ne le prescris pas, c'est les dermatos. »*

Certains MG auraient souhaité pouvoir l'initier sans le dermatologue. Plusieurs MG avaient déjà eu, au cours de leur carrière l'autorisation de l'instaurer (E4, E9, E12).

P14 : *« Franchement je serais capable de prescrire le Procuta® au final. Puisque de toutes façons ça ne libère pas de plages de consultations, puisque je les revois pour renouveler tous les mois … »*

A contrario, une enquêtée était rassurée que la primo- prescription soit faite par le dermatologue (E5).

P5 *« Ça me dérange pour les effets secondaires, je préfère que ce soit le dermato qui gère. »*

Deux MG n'étaient pas en accord avec la prescription d'Isotrétinoïne (E12, E14).

P12 : *« Roaccutane®, moi je ne suis pas tellement d'avis. Surtout avec les effets secondaires qu'on connaît, et la surveillance qui est assez gênante pour les jeunes adolescents. »*
P14 : *« Une fois sur deux, moi je n'aurais pas mis de Procuta®. »*

- <u>Ressenti des médecins sur le renouvellement de l'isotrétinoïne</u>

Pour deux médecins, les patients sous isotrétinoïne sont relativement rares (E1, E9).

P1: *« Alors j'ai qu'une patiente sous Roacutane® actuellement. »*

Certains médecins renouvelaient l'isotrétinoïne sans problème (E9, E11, E14).

P11 : *« Le renouvellement, je le fais. Ça ne me pose pas de problème. »*
P14 : *« J'en ai 2-3 qui viennent tous les mois pour le renouvellement de Procuta mais souvent c'est quand même le dermatologue qui fait le changement de dose. »*

Un médecin se posait la question de la possibilité de renouveler le traitement (E10).

P10 : *« C'est le dermatologue qui prescrit la première fois et nous on peut le renouveler il me semble. »*

Enfin, trois médecins expliquaient ne pas se sentir à l'aise avec les effets secondaires, préférant quand c'était le dermatologue qui gérait son renouvellement (E5, E16, E7).

P5 : *« Je ne me sens pas du tout à l'aise avec le renouvellement des isotretinoines, je ne renouvelle jamais le Roaccutane®. Ça me dérange pour les effets secondaires, je préfère que ce soit le dermato qui gère ».*

- Règles de prescriptions :

  - Par le dermatologue

Certains médecins citaient le dermatologue comme prescripteur initial de l'isotrétinoïne (E5, E7, E8, E9, E11, E14, E16).

P9 : *« C'est le dermato qui prescrit c'est pas nous qui initions la prescription. »*

  - Quelques doutes sur l'initiation de la prescription

Certains médecins semblaient ne pas connaître les règles de prescriptions et doutaient de pouvoir initier l'isotrétinoïne. Ils préféraient ainsi adresser chez le dermatologue (E1, E3, E6, E11).

P3 : *« Alors chez la fille je ne l'ai jamais instauré enfin parce que c'est tératogène et on ne connait pas la durée de la tératogenicité »*
P6: *« J'imagine des rétinoïdes en forme orale je ne sais même pas si nous on peut le prescrire d'emblée j'imagine qu'il faut c'est une prescription spécialisée à partir du moment où c'est une acné très sévère d'emblée »*

  - Prescription d'une contraception associée chez les jeunes filles

La plupart des médecins prescrivaient une contraception et prévenait de la tératogénicité de l'isotrétinoïne (E1, E2, E5, E6, E7, E8, E10, E13, E15).

P1 : *« Évidement, une contraception efficace avant la mise en place du traitement, bien expliquer qu'il faut aussi une contraception efficace après l'arrêt du traitement. »*
P1 : *« Et chez les garçons parce que là on parle des filles mais aussi chez les garçons il faut une contraception mécanique après puisque ça peut avoir une influence sur la spermatogenèse un truc comme ça je crois que pour les garçons il faut aussi faire attention … »*

- Surveillance du patient sous isotrétinoïne :

  - Surveillance biologique

La majorité des médecins connaissait les surveillances biologiques à instaurer chez les patients sous isotrétinoïne (E2, E4, E6, E8, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E16).

P14 : *« Prise de sang tous les 3 mois : bilan lipidique et transaminase tous les 3 à 6 mois. »*
P12 : *« La surveillance, c'est surtout le bilan hépatique, après, c'est assez régulier. Après, je ne sais pas si il y a autre chose. »*
P4 : *« ça m'arrive de temps en temps de recontrôler les CPK une fois j'avais eu un patient qui avait eu une rhabdomyolyse avec des CPK à genre 2000 ou 3000 sous Roaccutane on l'avait réhydraté et j'avais eu ce cas-là j'avais vu ça en dermato*

  - Un médecin expliquait ne pas effectuer de surveillance systématique (E7)

P7 : « J'avoue que je ne suis pas hyper sérieux là-dessus, je ne surveille pas, j'en ai peut-être un sous Roaccutane, je lui fais faire une prise de sang quand je le vois, mais c'est si je le vois »

  - Surveillance de l'absence de grossesse

Les médecins surveillaient les βHCG et l'observance de la contraception (E2, E4, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E16).

P2 : *« Au début, le protocole c'est de le faire, puis un mois après et enfin tous les trois mois. A mes patientes je leur dis pas de grossesse un an après l'arrêt car il y a un risque de tératogénicité mais bon maintenant je ne le manipule plus. »*

  - Surveillance psychologique

Deux médecins surveillaient le retentissement psychologique chez les patients sous Isotrétinoïne (E7, E16). Au contraire un médecin expliquait ne pas connaître le risque de dépression chez les patients sous isotrétinoïnes

P3 : *« ah ouais y a plus de dépression je ne savais pas tien, ils ne devraient pas déprimer s'ils ont moins de boutons. »*
P16 : *« Je préviens le côté retentissement psychologique il me semble que le risque de suicide est majoré avec des dépressions. »*

- Le carnet de liaison

Plusieurs médecins connaissaient l'existence d'un carnet de liaison pour la surveillance et la communication entre les professionnels de santé (E1, E10, E4, E14, E15, E9). Le rôle du pharmacien était également cité comme acteur de surveillance, lors de la délivrance du médicament.

P1 : *« Ce qui est bien, c'est qu'elle a un carnet où tout est répertorié dessus et moi j'avais trouvé ça super. »* P9 : *« Le pharmacien surveille bien. Il faut noter test de grossesse, il s'assure que tout est bien fait avant de pouvoir délivrer. »*

- Prise en charge des effets secondaires

Plusieurs médecins expliquaient prendre en charge les effets secondaires cutanés que pouvaient avoir les patients avec la prise des isotrétinoïnes (E2, E3, E5, E7, E8, E9, E11, E16).

P5 : *« Toujours mettre des gouttes dans les yeux, c'est vrai que des fois ils nous revoient pour mettre des choses plus grasses pour hydrater. »* P8 : *« Je gère plutôt l'hydratation cutanée parce que quand ils viennent la plupart, c'est qu'ils ont une sécheresse cutanée majeure. Je mets du Lipikar car clairement j'aime bien, et puis des sticks à lèvres, car principalement ce sont les lèvres, quand ils ont les lèvres gercées. Et pour les jeunes filles les sécheresses vaginales le Taido principalement. »*

g) Les médecines alternatives utilisées dans l'acné

- L'homéopathie

Certains médecins prescrivaient de l'homéopathie dans l'AJ (E5, E10, E11)

P5 : *« Je pense que c'est pas mal, je pense que la bardane, c'est une très bonne plante pour la peau. »* P11 : *« Bah pour les ados, il y a le traitement de fond avec le Natrum Muriaticum en 15 CH en dose. Une dose par semaine et puis après le sélénium en granules qui agit souvent sur une peau assez grasse, sur des cheveux un peu ternes, une peau qui n'est pas très belle. Et après il y a le Eugenia quand on a une acné un peu bourgeonnante. »*

Certains MG y semblaient favorables sans pratiquer néanmoins ces médecines alternatives (E12, E13).

P12 : *« Moi, l'homéopathie, je l'utilise pour autre chose que pour l'acné. Je trouve que c'est bien donc si ils veulent utiliser l'homéopathie pour l'acné, ça ne pose pas de problème du tout. C'est juste que je ne connais pas trop. »*

Trois MG semblaient à l'inverse ne pas adhérer à ces médecines (E4, E6, E14).

P6 : *« Tout ce qui est homéopathie etc, je n'y crois pas, donc je ne sais pas si il y a des choses qui existent. »*

- Les remèdes de grand-mères

Plusieurs médecins évoquaient quelques remèdes de grands-mères utilisés dans l'acné mais peu d'entre eux en faisaient le conseil (E4, E5, E10, E16).

P10 : *« Alors, dans les méthodes de grands-mères il y avait le dentifrice, ouais sur les boutons le soir avant d'aller se coucher, mais je n'en parle pas aux patients. »*
P4 : *« Ça m'arrive de me faire des masques au citron vert, ou à l'argile. Parfois, j'en pique à ma femme et ça me fait du bien de me détendre de me faire un masque pour la peau mais voilà. »*

E. Le ressentis des MG sur la prise en charge de l'AJ

a) Ressentis des MG sur la consultation pour acné

- Consultation rapide et appréciée

Un médecin trouvait cette consultation assez facile à gérer sans complication (E11). Pour un autre médecin, la rapidité de la consultation semblait être un point favorable à sa prise en charge (E8).

P8 : *« En vrai, c'est pas non plus une consultation qui prend du temps donc ça a son côté sympa faut le dire (rires). »*
P11 : *« Sur une acné assez standard je trouve, enfin, moi j'arrive à m'en débrouiller pas si mal.»*

- Motif de consultation à l'inverse peu apprécié

Pour plusieurs médecins ce motif de consultation semblait être peu apprécié (E5, E10, E13, E15).

P5 : *« Je pense que si je n'en ai pas beaucoup, c'est que je ne dois pas aimer j'imagine. »*

P12 : *« Nan, en fait c'est un sujet que je n'aime pas forcément, c'est pas le truc le plus palpitant… C'est pas l'éclate avec un patient qui consulte pour de l'acné, je ne me dis pas « Yes ! Trop cool de l'acné ! »*

- Impact des antécédents personnels du médecin

Pour deux médecins, le fait d'avoir été touché par de l'acné de près ou de loin semblait être un élément favorable à la prise en charge (E8, E9). Pour un autre au contraire, c'était un élément défavorable à la prise en charge (E10).

P9 : *« Et comme j'ai dû m'occuper de l'acné de mes enfants ça aide. Mais j'ai aussi pas mal appris avec mes enfants après tu as les mêmes problèmes du coup. »*
P10 *: « Nan bon, c 'est pas une consultation que j'adore en fait (rires) ça me rappelle trop de mauvais souvenirs sûrement car de l'acné moi j 'en ai eu je peux te le dire (rires). »*

Pour une autre MG, le fait de ne pas avoir eu personnellement d'acné semblait être un élément défavorable à la prise en charge (E1).

P1 : « je ne suis pas très à l'aise avec ça de base. Je n'ai pas eu d'acné (rires) enfin pas à traiter à ce point-là. »

- Difficultés à aborder l'acné

Comme nous l'avons vu précédemment, pour certains MG il était difficile d'aborder l'AJ chez un patient qui consultait pour un autre motif, par peur de créer des complexes là où il n'y en avait pas. Pour certains médecins cette consultation semblait être difficile (E4, E6, E10).

P6 : *« Si il ne vient pas spécialement pour ça bah … c'est parce qu'il y a quand même une certaine forme de jugement... »*

Un MG rapportait que les adolescents d'aujourd'hui avaient plus de choix de traitements qu'à leur époque (E8).

P8 : « *Je me dis que c'est quand même déjà pas mal par rapport à ce que nous on avait à l'époque. »*

b) Adolescents difficile à traiter

- Des adolescents qui consultent peu

Trois participants pointaient la faible fréquence des consultations chez les adolescents comme facteur limitant à la prise en charge de l'AJ (E1, E7, E11).

P1 : *« Ça peut être difficile à aborder car c'est des perdus de vue en fait on ne les voit pas beaucoup.»*
P7 : *« Euh si , je pense que si les ados venaient plus souvent ou lors d'une consultation systématique, en fait l'acné c'est vraiment un âge où les médecins ça les gave. »*

- Une période riche en changements

Deux MG faisaient référence à la modification corporelle liée à la puberté lors de l'adolescence (E1, E6).

P1 : *« L'adolescence, c'est particulier dans la vision de soi, le corps change pas mal, donc j'essaye de ne pas diaboliser. »*

C'est également l'âge ou débute la plupart des complexes liés à la modification du corps (E1, E11, E16). Ces complexes pouvaient également être majorés par la société et les magazines.

P11 : *« Souvent, c'est quand même des ados, donc euh, il y a forcément, enfin je trouve qu'ils sont déjà mal dans leur peau. »*
P16 : « *L'adolescence est une période compliquée, avec les complexes qui arrivent et maintenant avec les réseaux sociaux, les magazines et des photos retouchées. »*

- Les premières histoires d'amours

C'est le moment où débutaient les premières histoires d'amour, le moment où l'envie de plaire était à son maximum (E2, E4).

P4 : *« C'est surtout dans le désir de plaire que ça les gêne vraiment en fait. Ils sont souvent à un âge où pour la plupart des ados (ils ont entre 11 et 15 ans) c'est l'âge des premiers émois amoureux et généralement l'acné, c'est pas la chose qui aide. »*

- Des adolescents peu coopérants

Pour quelques médecins les adolescents étaient peu coopérants (E5, E7, E12, E13).

P5 : *« Des fois, les mères disent : « je lui achète des trucs il met rien » ça arrive souvent, (rires) et puis bon c'est casse-pieds de toujours mettre quelque chose, à cet âge-là, il faut que ça passe rapidement. »*

- Des adolescents peu observants

Certains médecins expliquaient la difficulté de l'observance chez les adolescents, paradoxalement au souhait d'un traitement rapidement bénéfique (E2, E3, E5, E7, E9, E16).

P16 : *« Après il faut aussi prendre en compte l'observance des adolescents, c'est compliqué aussi de devoir étaler sa crème tous les jours surtout les garçons en général laissent vite tomber.»*
P3 : *« Il faut qu'ils comprennent qu'il y a un suivi nécessaire et ça c'est pas toujours facile .»*

- Des adolescents attachés à leur image

On retrouvait la notion d'adolescents de plus en plus concernés par leur image corporelle, qui consultaient et demandaient un suivi (E2, E9).

P9 : *« Maintenant, je pense que les jeunes s'occupent beaucoup plus rapidement de leur peau. Je vois une évolution, ils sont très attentifs beaucoup plus tôt à leur acné, ils font beaucoup plus attention à leur petite personne (rires). »*

- L'abord de l'acné par les patients

L'acné peut faire partie des sujets difficiles à aborder par le jeune adolescent par peur de moquerie, ou par honte (E2).

P2 : *« Ils n' osent pas le dire c'est très fréquent les jeunes qui ne veulent pas le dire , ils sont gênés… »*

A contrario, plusieurs médecins exprimaient la facilité avec laquelle les adolescents pouvaient aborder ce sujet (E3, E8, E12).

P3 : *« Je ne crois pas que les ados soient souvent gênés. Vu tout ce qu'ils me demandent je ne pense pas qu'ils soient gênés. »*

- Des adolescents ayant besoin d'aide et de soutien

L'adolescence était vue comme une période fragile, où le soutien du médecin était d'autant plus important que le patient consultait pour de l'acné (E9, E16).

P16 : *« Mes adolescents je leur dis toujours que mon bureau est ouvert si y a un problème … (contraception…). Mais ça c'est vrai que je ne le fais que pour mes ados. »*

- Des adolescents poussés à être acteurs de leur santé

Deux médecins souhaitaient que leurs patients se manifestent lors des consultations (E2, E3) et il était important pour eux qu'ils soient acteurs de leur santé.

P2 : *« De toutes façons, je pense qu'un traitement ne fonctionne que si le patient est demandeur»* P3 : *« Je me bats toujours avec eux parce que, quand c'est une consultation motivée, le traitement est pris, quand c'est une consultation qui n'est pas motivé, il n'est pas pris. »*

c) Difficultés personnelles du médecin généraliste

- Consultation chronophage

Pour un médecin, la durée de la consultation semblait être une difficulté (E10).

P10 : *« Alors déjà, voilà pour aborder le sujet, parce qu'il faut du temps parce qu'il faut bien expliquer le traitement. »*

- Manque de formation

Pour certains médecins, le manque de formation sur la dermatologie et notamment sur l'acné pouvait être un frein à une prise en charge. D'autres médecins en début d'installation se formaient régulièrement (E1, E4, E13).

P1 : *« Mais il faudrait que je révise (rires…) quand même oui quand même. »* P13 : *« Alors je fais au mieux avec mes maigres connaissances (rires). »*

- Manque de connaissance des traitements

Plusieurs médecins nous faisaient part de leurs pense-bêtes, d'ordonnances toute prêtes (E5, E8, E10, E12, E14, E15, E16).

P15 : *« Mais en fait attendez, je vais chercher, car j'ai une ordo toute prête dans mon ordi : Hop ! Deux clics plus tard, et c'est effaclar. »*

P16 : *« Je ne suis pas très à l'aise avec tous les topiques il faudrait que je refasse ma fiche (rires). »*

- Échec d'un traitement entrepris par un dermatologue

Un médecin expliquait qu'il pouvait être difficile de prendre en charge une acné après l'échec d'un traitement entrepris par le dermatologue (E12).

P12 : *« Après, parfois il y a des patients qui ont déjà vu des dermatos, et si même avec le dermato ils ont eu des traitements qui n'ont pas été efficaces, quand ils viennent nous voir, alors on essaye de s'adapter à chaque patient. »*

Ce manque de maîtrise des traitements poussait sept médecins à prescrire les mêmes traitements sans prendre en compte l'avancée des thérapeutiques (E5, E8, E10, E12, E14, E15, E16).

P5 : *« J'utilise toujours la même chose, euh je ne me casse pas trop la tête. »*
P12 : *« La thérapeutique, on utilise toujours à peu près toujours les mêmes. »*

d) Difficultés liées aux traitements

- Abondance de traitements sur le marché

Plusieurs médecins avaient le sentiment d'être perdus devant la quantité de topiques mis sur le marché. Beaucoup estimaient qu'il était difficile pour eux de faire un choix parmi les traitements ce qui les poussait à prescrire toujours les mêmes (E9, E10, E13, E14, E16).

P10 : *« Il y en a trop sur le marché et après ce n'est pas bien mais je n'arrive pas à savoir ce qu'il y a dans lequel, j'ai du mal à m'y retrouver dans tous les produits donc je prescris toujours les mêmes en fait (rires). »*
P9 : *« Bon j'avoue que comme je n'en prescris pas tous les jours, euh bah des fois et comme y a tellement de trucs qui sortent que tu ne sais plus trop quoi prescrire au tout début. »*

- Le coût des traitements

Trois médecins exprimaient le coût des traitements et le manque de remboursement comme des freins à la prise en charge (E3, E9, E13).

P13 : *« Y a tellement, il y a beaucoup de crèmes ou de savons qui ne sont pas pris en charge sécu. »*

- Les saisons

Pour deux médecins interviewés, les saisons pouvaient être perçues comme une difficulté à la prescription (E1, E2).

P1 : *« Il faut quand même prévenir de l'exposition. C'est pareil là on arrive en été, leur prescrire ce genre de traitement l'été c'est toujours plus difficile par rapport à l'exposition au soleil »* *P2 : « Moi je prescris ça en automne ou en hiver, certainement pas en période de chaleur enfin surtout de soleil : abstention thérapeutique de ce type de traitement par Doxycycline ou une cycline. »*

e) Ressenti des médecins sur les consultations des dermatologues

- Délais des rendez-vous raisonnables ou rapides

Certains médecins jugeaient les délais de rendez-vous chez le dermatologue raisonnables, le plus souvent dans les 3 semaines et parfois le jour-même (E2, E6, E9, E14).

P2 : *« Les délais, en se connaissant, quand c'est urgent : RDV dans 3 semaines ça reste raisonnable. »* P9 : *« Dermato proche, travaille avec plusieurs, avec délais d'attente soit dans la journée ou dans les 3 jours (des vieux dermato aussi qui prennent très rapidement aussi). »*

- Des délais au contraire longs

Les délais de consultation pouvaient au contraire être longs en fonction du lieu d'installation (E8, E10, E11, E12, E13, E15, E16).

P15 : *« Après ici, on a une vraie contrainte, c'est que les dermatologues, ils ont des délais tellement longs, donc c'est compliqué. Il n'y en a pas beaucoup qui acceptent de nouveaux patients, donc au mieux, ils y vont 6 mois après. »* P16 : *« Le problème c'est le délai des dermatos. En fait ça reste compliqué si il faut attendre 6 mois (il s'en passe des choses en 6 mois quand on est ado). »*

- Adolescents parfois adressés chez le dermatologue pour un double motif

Deux médecins expliquaient adresser les patients pour un autre motif et leur conseillaient d'évoquer leur acné pendant cette consultation (E6, E10).

P10 : *« est-ce que vous avez déjà consulté un dermatologue pour le suivi des naevi, enfin j'essaye de noyer le poisson. »*

- Plus d'impact si consultation d'un spécialiste de la peau

Deux médecins expliquaient le pouvoir d'une consultation d'un dermatologue, certains traitements avaient plus de poids quand c'était le dermatologue qui les prescrivait (E8, E9).

P8 : *« Ils ressortent avec un traitement qui n'est pas le Roaccutane qu'on aurait pu mettre mais comme c'est prescrit par le dermato c'est encore plus efficace. (rires) »*
P9 : *« Parfois c'est mieux quand c'est le spécialiste, les choses sont mieux acceptées. »*

F. Les raisons qui poussent les MG à adresser leurs patients chez le dermatologue

a) Devant l'échec d'un traitement

Treize des seize médecins adressaient leurs patients chez le dermatologue devant un échec thérapeutique (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E10, E12, E13, E14, E15, E16).

P10 : *« Quand j'ai fait une première ligne, sans efficacité alors là je les envoie chez le dermato, quand j'ai essayé en topique et en antibiotique par voie orale et qu'il n'y a aucune amélioration là, j'adresse. »*
P8 : *« Clairement quand ça persiste malgré un traitement bien mené … même les petites acnés qui persistent. »*

b) Devant la sévérité de l'acné

La plupart des MG voyaient la sévérité de l'acné comme une raison fréquente d'adresser les patients chez le dermatologue (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E9, E13, E15, E16).

P13 : *« Si vraiment c'est défigurant avec un risque infectieux important, j'envoie systématiquement au dermato. »*
P2 : *« La plupart du temps quand c'est des acnés très sévères c' est rare que je les prenne en charge je les mets chez le dermato. »*
P6 : *« D'emblée sévère, sévère, je lui demande déjà si il veut voir un dermato. »*

Pour trois des enquêtés, les risques de complications esthétiques devaient faire l'objet d'une consultation spécialisée (E5, E13, E16).

P5 : *« Parfois ils arrivent avec une complication d'un kyste, euh qui s'est surinfecté »*
P16 : *« Si il y a des gros risques de cicatrices ou de séquelles alors j'adresse chez le dermato direct. »*

c) Devant la nécessité d'introduire de l'isotrétinoïne

Plusieurs médecins adressaient les patients chez le dermatologue pour l'initiation de l'isotrétinoïne puisqu'il ne pouvait être introduit par les MG (E2, E3, E8, E15).

P2 : « *si ça ne fonctionne pas j'adresse pour le Roacutane* »
P3 : « *En tout cas moi quand je lui envoie c'est qu' il faut mettre Roaccutane* »

d) Devant les délais d'amélioration clinique

Un MG adressait à son confrère spécialiste de la peau quand la durée de prise en charge de l'acné était trop longue (E5).

P5 : *« C'est plus quand ça traine bah il y a les parents qui en font la demande mais quand ça traine Au bout de 6 mois »*

e) Mal à l'aise dans le traitement de l'AJ.

Quelques médecins adressaient lorsqu'ils ne se sentaient pas à l'aise avec la clinique et la prise en charge de l'acné (E1, E6, E15).

P1 : *« La raison principale c'est le fait que je ne me sente pas à l'aise. »*
P6 : *« C'est vrai que quand je l'adresse, je ne sais pas ce qu'il va lui mettre, je ne maîtrise pas bien, quand est-ce qu'il le met ou pas. Peut-être qu'il va essayer d'autres crèmes auxquelles je n'aurais pas pensé, peut-être qu'il va essayer d'autres traitements. »*

f) Devant un retentissement psychologique important

Cinq médecins adressaient chez le dermatologue quand le retentissement psychologique était trop important pour leur patient (E12, E13, E14, E15, E16).

P13 : *« Euh, que psychologiquement le gamin, bah il puisse plus aller à l'école ou il se renferme, alors là je préfère qu'il ait un traitement rapide par le dermatologue. »*
P16 : *« Ou si il y a un retentissement psychologique important, alors là, ça dépend. Si par exemple c'est une acné sévère j'adresse chez le dermato et plus ou moins chez le psychologue.»*

g) Devant une demande explicite des patients

Dix médecins adressaient leurs patients chez le dermatologue quand le patient en faisait la demande (E2, E3, E4, E6, E8, E9, E10, E12, E13, E14, E15).

P10 : *« Après si le patient me demande directement à y aller, il n'y a pas de soucis, je lui fais une lettre .... »*

P14 : *« Si c'est un patient qui veut aller directement chez le dermato, alors je lui fais la lettre pour aller chez le dermatologue puisqu'il a fait le choix, après si les délais sont longs bah, il assume. »*
P2 : *« Nan, moi j'ai un bon rapport avec les gens qui ont de l'acné, après si ils veulent à tout prix voir un dermato je dis ok, je le fais, je ne vais pas aller contre le désir. »*

Deux médecins expliquaient que les demandes explicites des patients pouvaient être influencées par l'activité de leur journée (E4, E9).

P4 : *« Je parlemente avec lui, je lui explique les traitements qu'il y a. Après si il est buté, c'est conditionné aussi. Si j'ai passé une journée pourrie et qu'il est 18H30 la négociation c'est pas mon fort, je n'ai qu'une envie c'est de rentrer chez moi. »*
P9 : *« Après si c'est une demande du patient qui veut absolument voir le dermato parfois quand tu as d'autres choses à voir y a pas de problème... (rires) »*

Trois médecins expliquaient devoir régulièrement négocier avec les patients qui souhaitaient consulter trop rapidement le dermatologue (E4, E12, E15).

P15 : *« Ça, ça arrive souvent, quasiment tous les jours. Après, en expliquant ce qu'ils font déjà, les soins de peau, on voit ce qu'on peut mettre en place avant d'aller chez le dermatologue. On y arrive toujours généralement, y a pas toujours nécessité de voir le dermatologue. »*

h) Devant une demande explicite des parents

On retrouvait également des demandes explicites des parents pour que leurs enfants puissent consulter le dermatologue (E1, E2, E5).

P1 : *« Moi je ne vais pas outre un parent qui me demande un courrier pour aller voir un dermatologue pour l'acné. »*

Un médecin refusait d'adresser les adolescents si c'était les parents qui en faisaient la demande (E3).

P3 : *« Si c'est les parents c'est niet, j'essaye d'expliquer aux parents, sinon ils vont se battre avec leur gamin, c'est déjà des ados qui sont chiants enfin en gros des ados quoi. »*

i) Pour se former

Une MG expliquait adresser chez le spécialiste de la peau pour pouvoir un retour sur la prise en charge et continuer d'apprendre (E1)

P1 : *« Car il y a le retour d'expérience des dermatos souvent, pas toujours mais régulièrement quand même et moi ça me permet d'apprendre voilà je me dis bah tiens »*

G. Les éléments favorisant ou pouvant favoriser la prise en charge de l'AJ par les MG

a) Des formations médicales et cas pratique avec photographie

Une formation médicale faite par des dermatologues pourrait être favorable à la prise en charge de l'acné. Quatre médecins estimaient être insuffisamment formés en dermatologie (E4, E9, E12, E15). Plusieurs médecins étaient favorables à des cas cliniques pratiques avec des photographies (E10, E13, E15).

P9 : *« Je pense qu'on n'est pas assez bien formé. Il faut aller chercher les infos, il faut faire des piqûres de rappel c'est important car les produits évoluent. »*
P13 : *« Des cas pratiques avec des photos. »*
P15 : *« On voit pas beaucoup de photos, on va voir en général, en survolant, je me rappelle de mes cours de dermato et si on n'a pas la chance de tomber dans un service de dermatologie pendant le stage, bah c'est cuit.»*

Les médecins expliquaient devoir être motivés à se former pour améliorer leur formation (E9, E16).

P9 : *« Alors si tu ne vas pas à la pêche aux informations, bah tu stagnes c'est pas évident je trouve. »*
P16 : *« Après les formations sur internet pourquoi pas, mais encore faut-il avoir le temps et il faut se motiver. »*

b) Une consultation obligatoire de l'adolescent

Plusieurs médecins souhaitaient qu'une consultation obligatoire de l'adolescent puisse être mise en place afin de voir plus systématiquement les adolescents et donc prendre en charge leur acné juvénile dès les premiers signes (E7, E10, E16).

P10 : *« Il faudrait une consultation obligatoire à l'adolescence où on referait le point sur plein de petits trucs et on prendrait le temps d'aborder l'acné. »*

P16 : *« Moi, je trouve qu'il faudrait rajouter une consultation à l'adolescence pour la prévention, le suivi vaccin et en même temps prendre en charge précocement l'acné par exemple. »*

c) Le rôle des délégués médicaux

Pour deux MG, les représentants pharmaceutiques semblaient être une aide précieuse à la formation (E4, E12). Pour un autre MG c'était par contre une perte de temps (E9).

P12 : *« En fait, on a beaucoup de labos aussi qui viennent présenter des produits pour l'acné, on essaye avec La Roche-Posay ou avec Avène d'essayer des traitements naturels à base d'eau thermale avant déjà, pour voir si ça passe ou pas. »*

P4 : *« Après il y a les labos qui viennent nous spammer régulièrement donc ça c'est un peu lourd mais ça fait des piqûres de rappel aussi et ça fait partie de la formation. »*

d) Un remboursement des traitements

Un médecin expliquait que le remboursement de certains traitements aiderait à l'observance et donc à une meilleure prise en charge (E3).

P3 : *« Euh, à mon avis la facilité du remboursement, des traitements remboursés et Epiduo, parce que ça c'est con, qu'il faille toujours le décomposer en deux alors qu'à la limite on aurait qu'une crème, ça serait déjà pas mal et si on le remboursait ça serait déjà pas mal hein. »*

e) L'éducation thérapeutique

Certains médecins souhaitaient effectuer de la prévention sur l'acné et insistaient sur l'éducation thérapeutique (E10, E12, E8).

P12 : *« L'éducation thérapeutique aussi sur l'acné pour les jeunes. »*

P10 : *« Faire de la prévention plus on débute tôt le traitement moins on a de séquelles… Moins hésiter à en parler, prévenir les jeunes filles qu'au moment de la puberté ... »*

f) L'utilisation de guide thérapeutique

Plusieurs médecins avaient très régulièrement recours à leurs manuels médicaux notamment via les applications (E1, E10, E13).

P1 : *« Heureusement que j'ai mon application Vidal, donc je regarde beaucoup le Vidal. »*

g) La télémédecine

- Certains MG y sont favorables

La télémédecine semblait être une piste à étudier pour favoriser la prise en charge de l'AJ. Cependant la difficulté était de trouver un dermatologue avec qui travailler en collaboration (E4, E5, E9, E10, E11, E12, E15, E16).

P11 : *« Ça peut être un plus, mais ça n'est pas encore très développé, ils ne le font pas du tout. Déjà ils n'ont pas d'ordi, le paiement ne peut même pas se faire par carte bleue, alors on ne va peut-être pas trop leur en demander quoi (rires). »*
P16 : *« Sinon la télémédecine, c'est une possibilité également j'ai des collègues qui le font mais pour l'acné ? Et faut connaître le bon dermato qui fait de la télémédecine mais pourquoi pas. Les plus jeunes générations de médecins je pense que ça fera partie de leur formation médicale.»*

- D'autres émettent des réserves

Un autre médecin ne se retrouvait pas dans l'idée de la télémédecine, pour d'autres la cotation et la prise en charge globale manquaient (E4, E8, E13).

P8: *« La télé médecine ? Alors oui, ce sont des pathologies visuelles mais malgré tout c'est l'occasion d'examiner pour autre chose, après c'est mon regard sur la télémédecine.*
Alors oui, l'interrogatoire c'est 80% de notre travail. Alors oui, on a déjà le diagnostic mais combien de fois on a des surprises en examinant. Je ne suis pas sûre que ce soit une bonne alternative mais après... »
P13: *« la télémédecine ou échange de photographies, mais c'est vrai qu'il n'y a pas que le visuel, il y a aussi le toucher, le grain de la peau aussi et l'odeur. »*
P4: *« La télémédecine effectivement en consultation, alors avec le dermato après j'sais pas comment il est coté la dedans. »*

h) Autorisation d'initier l'isotrétinoïne

Pour un seul MG l'autorisation de prescrire l'isotrétinoïne semblait être un moyen favorable pour prendre en charge l'AJ (E14).

P14 : *« Mais franchement je serais capable de prescrire le Procuta au final puisque de toute façon, ça ne libère pas de plages de consultations puisque je les revois pour renouveler tous les mois… »*

IV. DISCUSSION

1. Résultats principaux

A. Une prise en charge clinique et un suivi variant selon les MG

Comme la gestion d'une consultation, la prise en charge clinique de l'AJ était différente selon les MG. L'interrogatoire était propre aux MG. Certains reprenaient l'histoire de l'AJ, recherchaient une consultation antérieure avec un dermatologue. Les antécédents familiaux d'acné, l'âge des ménarches faisaient également partie de l'interrogatoire de même que la recherche d'utilisation de produits cutanés. Une praticienne interrogeait sur le type de profession en recherchant la manipulation des huiles hydrocarbures, pourvoyeuses d'acné. L'examen clinique semblait différent selon les praticiens ; certains MG ne regardaient que le visage tandis que d'autres examinaient également le torse ou la poitrine et parfois même les jambes. Enfin, ceux pratiquant de l'homéopathie s'intéressaient à d'autres détails tels que la racine des cheveux, la crête du nez et le profil physique général. Seul un médecin s'interrogeait sur la pilosité en faveur d'une cause d'acné secondaire.

Les MG étaient également interrogés sur la manière dont ils prenaient en charge les patients acnéiques qui consultaient pour un autre motif que celui de l'AJ. La plupart des MG l'abordaient spontanément et facilement. Certains MG semblaient embarrassés à aborder l'AJ, par peur de complexer les adolescents et n'abordaient pas tant que le patient lui-même n'en faisait pas la demande.

On remarque que les femmes avaient plus tendance à l'aborder: « J'en parle parce que si moi je le vois tout le monde le voit ». On retrouve en effet un exercice de la médecine variant selon le sexe du médecin. En effet, comme retrouvé dans la littérature, les femmes ont des consultations plus longues, prennent plus le temps d'expliquer et d'informer le patient (42–44). Certaines études montrent que les femmes adoptent des comportements de partenariat beaucoup plus actifs, des discussions positives, des conseils psycho-sociaux et des discussions axées sur les émotions (45,46). Dans notre étude, celles-ci avaient plus tendance à donner des conseils d'hygiène ou sur le maquillage et elles informaient les patientes de l'importance de se démaquiller. L'observance thérapeutique était évaluée par certains MG. Comme en témoigne Stalder J-F, qui s'est intéressé à l'éducation thérapeutique (ETP) en dermatologie, le traitement local reste à la base de la prise en charge de l'AJ et demande au patient des compétences d'autoévaluation et d'auto-soins (47). Une proportion importante d'échecs thérapeutiques est liée aux difficultés d'observance.

Il existe déjà une activité d'éducation qui est pratiquée de façon non formalisée par les MG. Il existe par ailleurs une formation pour dispenser de l'ETP (éducation thérapeutique), déterminée par le décret (n°2010-906 en date du 2 août 2010) (48). L'ETP a montré son intérêt dans la prise en charge des pathologies dermatologiques chroniques comme l'AJ. Cette démarche s'est développée dans les structures hospitalières mais tarde à se mettre en place en ambulatoire (49).

Dans notre travail, la réévaluation clinique était aléatoire. Certains MG attendaient que les patients reprennent rendez-vous. Les patients traités par antibiothérapie étaient le plus souvent réévalués à trois mois puisque la prescription était faite pour cette durée. Cette consultation de contrôle avait pour but d'évaluer l'observance. Face à un traitement d'attaque suivi d'un traitement d'entretien, l'observance était difficile à obtenir.

Une enquête de 2012 réalisée sur la prise en charge des patients acnéiques mettait en évidence une diminution de l'observance entre les traitements systémiques et les topiques locaux (50). De même, il a été démontré une diminution de l'observance en cas d'augmentation du nombre de traitements prescrits. Il semblerait également exister une corrélation entre l'efficacité des traitements et son observance (51,52). Ces arguments doivent encourager à favoriser les prescriptions simples ou celles de traitements combinés afin d'améliorer l'observance et donc l'efficacité.

B. La qualité de vie et le retentissement psychologique dans l'acné juvénile

Les conséquences de l'AJ sur le quotidien sont multiples. Une étude menée en 2014 comparant des patients présentant une acné, légère ou sévère, et des patients sans acné rapportait un retentissement de l'acné sur le stress, l'activité sexuelle et la fatigue matinale. La sévérité de l'acné n'avait par contre pas d'influence significative sur ce retentissement (53,54). Dans notre travail le retentissement psychologique de l'AJ n'était pas toujours abordé. Ce sont les femmes MG qui avaient tendance à plus s'y intéresser, en interrogeant leurs patients sur leur ressenti. Elles recherchaient la présence de moquerie à l'école et la façon dont ils vivaient la maladie.

Le rôle de l'éducation thérapeutique apparait également dans l'évaluation du ressenti des patients face à une maladie. Les échanges interactifs du patient avec le médecin, sur son vécu quotidien à l'égard de sa maladie sont primordiaux, que ce soit sur ses connaissances, ses croyances, ses motivations, ses rejets, son impact sur la vie sociale, mais aussi professionnelle ou familiale... (47). Les MG semblaient méconnaitre l'existence d'échelles d'évaluations du

retentissement puisque aucun MG n'a abordé l'utilisation de la grille d'évaluation CADI ou l'échelle ECLA. La grille CADI comporte 5 items : les émotions ressenties, l'impact sur les relations, les conduites d'évitements, les sentiments d'angoisse et la perception globale de l'acné (55) (annexe 1). L'échelle de l' ECLA permet quant à elle une corrélation clinique et psychologique dans l'acné (56). Le retentissement socio-professionnel de l'acné semble sous-estimé. Une MG expliquait avoir un patient déscolarisé suite à une AJ sévère. La présence de l'acné peut impacter le quotidien jusqu'à une désocialisation, comme le confirme une étude réalisée en 2018 sur 1013 patients acnéiques. Il existerait un lien entre la perte de productivité et la présence d'AJ (57). On retrouve chez les patients en activité professionnelle et présentant de l'acné au moins un arrêt de travail au cours des 30 derniers jours pour 7 % d'entre eux. Parmi ceux scolarisés, il était noté 5,2 % d'absentéisme au cours du mois précédent. Il semblerait donc bien exister une relation entre acné et absentéisme (57).

Les préoccupations corporelles qui paraissent parfois disproportionnées par rapport à la clinique constatée, peuvent masquer un trouble de l'humeur chez les patients acnéiques (55). Lors de l'adolescence des affects dépressifs dits normaux existent. De par son altération de l'estime de soi, l'acné peut entrainer une chronicisation favorisant un trouble dépressif. Il existe d'ailleurs un risque de suicide plus important chez les patients présentant de l'acné (34). Néanmoins, si le retentissement psychologique de l'AJ au quotidien n'était pas toujours évalué par les MG dans notre étude, certains proposaient des techniques de relaxation, d'hypnose et orientaient parfois vers un confrère psychologue.

C. Des conseils hygiéno-diététiques abordés

a) L'hygiène

Le conseil d'hygiène le plus souvent ressorti dans nos enregistrements était le nettoyage de la peau à l'eau claire sans utiliser de produit agressif. La plupart des MG rappelaient l'importance de ne pas manipuler les comédons pour prévenir un risque de surinfection et de cicatrices disgracieuses (58,59). Au contraire un MG ne jugeait pas important d'en faire la prévention puisqu'il ramenait cette pratique « à du bon sens ». Peu de MG informaient sur l'utilité de la crème solaire l'été. Avec l'action du soleil, l'acné s'améliore par un épaississement de la couche cornée mais un effet rebond s'effectue dès l'automne avec l'apparition de lésions rétentionnelles (4).

Bien que certains MG utilisaient des masques à leur domicile aucun d'entre eux n'en faisait le conseil. Les MG, déconseillaient l'utilisation de maquillage. Une MG proposait comme alternative d'utiliser des poudres plutôt que des fonds de teint matifiants. Le maquillage était autrefois interdit aux peaux acnéiques car il aggravait ou pérennisait l'AJ. De même les fonds de teint épais entrainaient une véritable occlusion en contenant des substances pro-comédogènes. Plus récemment, des études se sont intéressées à l'acné et au maquillage permettant ainsi l'élaboration de lignes de maquillage pour peaux acnéiques. Les progrès galéniques permettent un camouflage très satisfaisant avec des textures non grasses et testées non comédogènes. Des sticks et des palettes de couleurs permettent une utilisation sur tout type de peau (60). Les conseils cosmétiques sont indispensables (61). Il a été démontré que l'utilisation du maquillage médical correcteur permettait d'améliorer la qualité de vie des patients acnéiques (62). Ces cosmétiques peuvent donc être considérés comme complément des traitements anti-acnéiques.

b) La diététique

A ce jour, le rôle de l'alimentation dans l'AJ n'est pas clairement défini. Notre étude a permis de mettre en évidence la présence de certaines idées reçues chez nos médecins interviewés. La plupart d'entre eux demandaient à leurs patients de ne pas manger trop gras, d'arrêter de fumer. D'autres conseillaient de restreindre le chocolat tout en poursuivant une activité physique régulière. Il n'existe pas à l'heure actuelle de preuve pouvant affirmer ces théories (13). Une de nos MG conseillait l'arrêt du lait de vache. En dehors de ces idées, il semblerait en effet exister un lien entre la consommation de lait et la survenue d'acné (13). En 2010 la découverte de population «primitive» sans acné, a mis en évidence un possible rôle du lait dans l'AJ en impliquant l'IGF-1 (Insuline-like Growth Factor 1) dans la physiopathologie de l'acné(63–65). Dans la littérature, un lien entre excès de sucre et acné a parfois été rapporté. Une thèse de pharmacie s'est intéressée au rôle de l'alimentation sur l'acné (66). Les données de cette étude suggèrent que ces facteurs alimentaires peuvent stimuler l'acné en agissant sur les taux d'hormones androgènes et/ou d'IGF- 1, et favoriser ainsi l'hyper kératinisation infundibulaire et la lipogenèse. Aujourd'hui, les études ne permettent pas de déterminer la quantité « limite » de denrées alimentaire à ne pas dépasser pour prévenir l'aggravation de l'acné, ou la nécessité d'une éviction totale de l'aliment. Enfin, le microbiote intestinal pourrait également avoir un rôle dans la survenue des pathologies cutanées. Il existe de nombreux facteurs altérant l'équilibre de cette flore. Le stress, l'alimentation raffinée, la pollution, les médicaments pourraient être des perturbateurs altérant la perméabilité intestinale et entraîner à

plus long terme une inflammation locale, un stress oxydatif ou une résistance à l'insuline. Par diminution du stress oxydatif et par régulation des cytokines pro-inflammatoires, les probiotiques pourraient agir sur le *Propionibacterium acnes* en diminuant la survenue de l'acné (66).

Le prescripteur se trouve aujourd'hui dans une situation délicate vis-à-vis du régime diététique à conseiller dans l'acné. La tendance au surpoids des adolescents des pays industrialisés a probablement un lien avec la forte prévalence de l'acné mais l'identification des facteurs alimentaires déterminants n'est pas faite (13). Comme le recommande la Société française de Dermatologie, l'attitude raisonnable à adopter serait de mettre en garde le patient acnéique contre les excès de lait, de sucres à absorption rapide (en particulier par les à-coups glycémiques provoqués par les grignotages) et contre le surpoids (63) sans instituer de régime vrai. Un équilibre alimentaire sera d'autant plus bénéfique s'il est pratiqué dans le cadre d'un mode de vie sain, peu stressant. Cela consiste en une alimentation basée sur des apports variés de céréales et légumineuses, de fruits et de légumes riches en antioxydants et en vitamines ; de fibres qui favorisent un bon transit et régulent la glycémie, de poissons et d'huiles végétales riches en acides gras essentiels. Il peut par ailleurs se discuter une supplémentation orale en probiotiques. Il convient en parallèle de réduire la consommation d'aliments « raffinés » à charge glycémique élevée (sucreries, gâteaux, céréales blanches, pain blanc...), de graisses animales/fritures et de produits laitiers. Néanmoins, aucune preuve scientifique ne démontre l'intérêt direct sur l'acné. Ce régime alimentaire s'intègre dans un mode de vie sain pouvant bénéficier à tout à chacun. Au-delà de l'acné, de telles habitudes alimentaires sont bénéfiques pour la santé. En complément, la gestion du stress (méditation, yoga), la pratique régulière d'un exercice physique, l'arrêt du tabac et la consommation modérée d'alcool sont à conseiller (66).

D. Une thérapeutique personnalisée proposée

Pour la plupart des médecins, la prise en charge thérapeutique semblait être complexe. Les MG utilisaient souvent les mêmes traitements sans prendre en compte les recommandations. Cette mauvaise observance des recommandations n'est pas propre aux Hauts-de-France puisqu'un autre travail de thèse de 2018 réalisé par Averty dans l'Hérault retrouvait le même contraste entre les recommandations et la pratique (67). Dans notre étude, aucun médecin n'a cité l'utilisation de l'échelle GEA(figure 3). Les traitements semblaient être prescrits intuitivement, ou par habitude de prescriptions. Certains suivaient leur pense-bête non remis à jour depuis un certain temps. Un participant soulignait même l'utilisation d'une

ordonnance toute faite pour la prise en charge de l'acné. Plusieurs médecins se décrivaient comme « perdus » devant l'abondance de molécules disponibles sur le marché. Une MG conseillait parfois au patient de s'adresser directement au pharmacien ou à la parapharmacie. Les associations de traitements ne semblaient pas être connues alors qu'elles apportent un effet bénéfique dans l'observance (52). Aucun d'entre eux n'a cité l'utilisation de l'acide azélaïque alors que le peroxyde de benzoyle semblait lui être fréquemment utilisé.

Dans notre travail, la plupart des médecins prescrivait au grès des saisons. Les antibiotiques systémiques étaient parfois donnés en première intention, plus fréquemment prescrits l'hiver associés ou non à un topique local. Les annales de dermatologie de 2005 se sont intéressées à savoir quel antibiotique prescrire en période estivale. Dans cet article, les prescriptions des dermatologues ne répondaient à aucun consensus, s'adaptant au type d'ensoleillement de la région et aux activités de leurs patients (68).

Une étude de 2012 réalisée sur 252 dermatologues sur le schéma de prise en charge des patients acnéiques, mettait en évidence la complexité de la prise en charge de l'AJ. En effet dans 53% des cas, les dermatologues prescrivaient plusieurs lignes de traitement allant jusqu'à trois traitements locaux, associés à des traitements systémiques. Cependant, d'après les recommandations de bonnes pratiques, les antibiotiques locaux doivent être utilisés en seconde intention et sur de courtes durées. Cette complexité de prise en charge pose notamment la question de l'observance thérapeutique, facteur-clé dans le succès thérapeutique (52).

- **<u>Les antibiotiques</u>**

D'après les données de ces entretiens, l'utilisation en premier recours de l'antibiothérapie restait présente pour un seul MG .

Comme en témoigne Guidce (69) certains antibiotiques comme les cyclines, les macrolides ou la clindamycine prescrits en période prolongée sélectionnent le *Propionibacterium acnes.* Les sociétés savantes qui préconisent de diminuer la prescription des antibiotiques, semblent de plus en plus entendus puisqu'une récente étude de 2018 révèle une diminution des prescriptions d'antibiotiques dans la prise en charge de l'acné de 98% en 2005 contre 85 % en 2018 (11). La plupart des MG prévenaient du risque de photosensibilité des cyclines, en adaptant leur prescription au cours des saisons. Il existe également des effets indésirables autoimmuns lors de la prescription prolongée des cyclines (supérieure à trois mois) et surtout avec minocycline (72). Il est à noter que le seul l'érythromycine est autorisé au cours de la grossesse (11).

- **Le zinc**

La carence en zinc est à l'origine de plusieurs dermatoses. Elle se manifeste dans l'AJ par une dermatose faciale ressemblant à une dermite séborrhéique et à des poussées d'acné. Diverses études contrôlées ont montré une efficacité sur l'AJ. Une étude menée en double aveugle, par 200mg de gluconate de zinc (30 mg de zinc élémentaire) versus placébo ont montré après deux mois de traitement une différence statistiquement significative en faveur du groupe gluconate de zinc (73). Le Zinc à également une action sur les lésions inflammatoires (74). Par cette même action, il pourrait également avoir une action sur *le Propionibacterium acnes* (75). Un médecin de notre étude déclarait utiliser plus facilement le zinc en période estivale, à la place des cyclines en raison du risque de photosensibilité de ces derniers. En 2005 une étude sur l'utilisation du zinc a été publiée qui ne retrouvait pas de manifestation de photo-toxicité ou de photo-allergie et ce, quel que soit le type d'exposition aux ultraviolets (76).

Un autre MG appréciait le côté « naturel » en prescrivant des granions de zinc.

- **L'hormonothérapie**

Comme le recommande la Société française de dermatologie (11), certains MG changeaient de contraception en instaurant une contraception de deuxième génération. Seul un MG adressait ses patientes acnéiques chez le gynécologue.

Les différents oestroprogestatifs à visée contraceptive chez une femme présentant de l'acné sont en première intention le lévonorgestrel et en deuxième intention le norgestimate (18,78). Si l'acné persiste malgré un traitement dermatologique bien conduit, les autres options contraceptives peuvent être envisagées en concertation avec la patiente. Parmi les options, l'association éthinylestradiol-norgestimate (TRIAFEMI® et TRICILEST®) ou l'association acétate de cyprotérone 2mg-éthinylestradiol 35 µg (DIANE 35® ou ses génériques) sont disponibles. Plusieurs MG avaient connaissance de la contraception par Triafemi® ayant l'AMM dans l'acné. Les médecins plus âgés semblaient agacés par la polémique que DIANE 35® avait pu susciter ces dernières années. Malgré son AMM dans l'acné, plusieurs MG n'osaient plus la prescrire. Seul un des médecins interrogés s'autorisait encore à le faire. Un autre MG considérait qu'il n'existait pas à ce jour d'autre molécule plus efficace sur le marché que celle-ci : «les autres pilules elles ne vont pas aggraver mais elles ne vont pas améliorer non plus ».

À noter que cette dernière n'a plus l'AMM en tant que contraceptif mais seulement à des fins dermatologiques dans l'acné. Selon les recommandations de l'ANSM, elle ne doit cependant

pas être associée à d'autres contraceptifs hormonaux ou à un traitement par isotrétinoïne orale (11,24). En l'absence de besoin contraceptif, il n'est pas recommandé de prescrire un oestroprogestatif dans l'objectif de traiter l'acné (GRADE A) (79).

E. Ressentis des MG sur la prescription de l'isotrétinoïne

L'isotrétinoïne est actuellement le seul traitement qui après une cure peut guérir l'AJ (4). Le ROACCUTANE®, nom commercial de l'isotrétinoïne semble avoir marqué les esprits des MG, puisque c'est celui qui a été le plus mentionné, et ce même 10 ans après son arrêt de commercialisation. La tératogénicité et le risque suicidaire sont les deux effets secondaires de sa prescription. La balance bénéfice-risque de la prescription thérapeutique doit être étudiée devant le caractère bénin de cette pathologie. Une dermatose bénigne, mais potentiellement défigurante et inductrice de souffrance, justifie-t-elle la mise en œuvre de traitements potentiellement dangereux ? (80). Est-il légitime de faire courir un risque vital, même extrêmement faible, quand il s'agit de traiter une pathologie bénigne n'engageant pas le pronostic vital ni fonctionnel du patient? (80,81)

Notre étude a soulevé plusieurs remarques devant la prescription d'isotrétinoïne. En effet depuis 2015, sa prescription est restreinte aux dermatologues; les MG pouvant seulement le renouveler(19,82). Plusieurs MG interrogés (les plus jeunes d'ailleurs) étaient favorables à cette restriction et même soulagés de ne pas initier ce traitement tératogène. Le carnet de liaison apparaissait comme un bon moyen de communication entre professionnels de santé et permettait de rassurer les prescripteurs.

Il existait cependant un clivage entre la ruralité et l'urbain puisque les MG urbains n'avaient quasiment pas à renouveler le traitement; la majorité de leurs patients étaient entièrement pris en charge par les dermatologues. A la différence, les MG ruraux devaient souvent renouveler mensuellement et gérer les effets indésirables de l'isotrétinoïne, ce qui pouvait être chronophage. Un MG rural, plus âgé, portait un avis défavorable à l'initiation par les dermatologues. En effet, ayant déjà eu l'autorisation de le prescrire au cours de sa carrière, il ne trouvait aucun intérêt à ne pouvoir que le renouveler, estimant savoir poser l'indication et gérer sa surveillance. De plus ses consultations ne désemplissaient pas puisqu'il devait gérer le renouvellement tous les mois ou devait adresser chez le dermatologue pour augmenter la posologie. Seul un MG était contre le renouvellement, les autres le renouvelaient. Certains MG émettaient des doutes sur l'autorisation légale d'initier ou de renouveler ce traitement. La

plupart connaissaient la surveillance biologique, sans en suivre les recommandations. Les conseils étaient parfois donnés sans preuve. Un MG informait ses patients de sexe masculin de ne pas concevoir jusqu'à deux ans après l'arrêt du traitement . Le sur risque de MICI chez les patients n'a pas été abordé. Par ailleurs, seuls deux MG effectuaient une surveillance psychique des patients sous isotrétinoïne. Les études sont souvent contradictoire mais il existerait des liens entre l' AJ, les MICI ou le risque suicidaire, mais ceux-ci seraient plutôt liés à la pathologie qu'au traitement en lui-même (13,83). Une étude de 2007 menée chez 296 dermatologues retrouvait une prise en charge conforme aux attentes de la HAS (84). D'après cette étude les effets indésirables et la poursuite de la prescription de la contraception orale après l'arrêt du traitement étaient mieux contrôlés depuis la restriction aux dermatologues.

Là encore de nouvelles interrogations sont soulevées: une meilleure formation des MG au renouvellement de l'isotrétinoïne orale permettrait-elle de désencombrer les consultations dermatologiques ? La posologie pourrait-elle être adaptée par les MG?

F. La place des médecines alternatives

Face à une population de plus en plus sensibilisée à la consommation éco-responsable, la phytothérapie est plébiscitée. En 2011, selon l'observatoire sociétal du médicament, 63% des Français faisaient confiance à la phytothérapie et 45 % d'entre eux affirmaient y avoir recours. Les ventes d'huiles essentielles en pharmacie sont en constante progression depuis 2012 (85). La recrudescence de demande des patients pour des traitements plus « naturels » donne à l'homéopathie et à la micro-nutrition une place majeure dans grands nombres de pathologies et notamment cutanées. Lors de ces interviews, plusieurs MG pratiquaient l'homéopathie. Il a donc été l'occasion de discuter avec eux de leur ressenti sur les médecines alternatives dans cette pathologie. Certains d'entre eux n'hésitaient pas à prescrire de l'homéopathie telle que le *Natrum muriaticum,* principale thérapeutique de la séborrhée du visage, du haut du dos et de la poitrine. Un MG avait même une anecdote avec une rapide régression après la surdose de ce traitement. Un autre MG expliquait les bienfaits de la phytothérapie par l'utilisation de la bardane, plante adoucissante. Enfin, le drainage hépatique pouvait également être proposé aux patients demandeurs. La plupart des MG interrogés ne semblaient pas porter de jugement néfaste envers cette pratique et ce même s'il ne pratiquait pas l'homéopathie. Les MG ne pratiquant pas ce type de prescription expliquaient pouvoir adresser vers un confrère formé à ces médecines alternatives.

Dans cette pathologie bénigne et en l'absence de critère de sévérité, la phytothérapie et ses huiles essentielles se révèlent comme des moyens naturels à proposer aux patients souhaitant une prise en charge par des médecines alternatives (81,86).

G. Ressenti des MG sur la consultation pour l'AJ chez l'adolescents

L'AJ est une pathologie physique, fréquente, pourvoyeuse de nombreux complexes. Au vu des données de notre étude, ce motif de consultation semblait pour certains peu apprécié des MG. Le manque d'enthousiasme des MG pourrait être lié au transfert lié à leur propre histoire. En effet, pour certains, ce sont des souvenirs personnels douloureux. Une autre raison rapportée était celle du manque de formation. Pour un des participants le seul avantage de cette consultation était sa rapidité. Enfin, certains des MG ne semblaient pas à l'aise avec le sujet de l'acné, l'évoquant en « noyant le poisson » par crainte de développer des complexes chez les patients. L'AJ est parfois considérée comme « tabou » ou comme une doléance en raison de l'absence d'urgence. Une réflexion éthique s'est faite en 2009 sur l'influence de l'acné dans notre société avec les cosmétiques et les médias. Ne risque-t-on pas de complexer le patient en abordant une pathologie qui ne le dérangeait pas ?(80)

Selon l'Observatoire de Médecine Générale, le nombre moyen de patients pris en charge par le médecin pour de l'acné en 2009 était de 11,6 par an soit environ 1 patient par mois. Aucune donnée plus récente n'a été recensée devant la fermeture en 2011 de cet observatoire (51). En 2009, le pourcentage de patients consultant pour de l'acné dans la tranche d'âge 10-19 ans était de 2,2 % la classant alors au 11 ^{e} rang des consultations des adolescents (87). Ces résultats révèlent la fréquence de l'AJ au cours d'une période transitoire pendant laquelle s'opèrent de multiples changements physiques et psychiques. C'est également à cet âge que peuvent apparaitre certains complexes.

L'organisation des consultations de l'adolescent doivent être singulières et adaptées. Deux fois sur trois, l'adolescent est accompagné d'un tiers pendant la consultation (87). Il est donc fréquent que ce soit directement les parents (le plus souvent la mère) qui fassent la demande de soin. Être MG est avant tout être médecin de famille. Les consultations triangulaires sont d'autant plus difficiles à organiser que chacun doit y trouver sa place. L'emprise du tiers présent ou absent s'exerce de multiples manières. L'organisation idéale de ces consultations, qu'elles soient somatiques ou psychologiques, devrait comprendre un temps seul avec l'adolescent . Cette autonomisation indispensable est d'ailleurs recommandée par l'HAS (88). Dans notre

étude, un MG y faisait d'ailleurs référence en expliquant l'importance d'instaurer un climat de confiance avec ses patients adolescents en précisant que son « bureau sera toujours ouvert pour eux ».

L'adolescent, soumis à des orages physiologiques complexes où les mots ne trouvent pas toujours leur chemin, va devoir s'exprimer sur son ressenti (87). Lors de ces consultations, le jeune peut alors découvrir en sécurité l'expérience de parler de soi dans une confidence à un adulte hors du champ familial(89). Selon plusieurs MG, les adolescents sont contradictoires dans leur plaintes, souhaitant une amélioration clinique rapide bien que peu observant dans la prise des traitements. Pour que le sujet reste acteur de sa santé et soit motivé dans sa thérapeutique, quatre MG n'abordaient pas l'acné si la demande n'était pas faite directement par l'adolescent lui-même. Cette attitude avait pour but de responsabiliser le patient. D'autres n'abordaient pas l'AJ par crainte d'induire un complexe. Les soins aux adolescents représentent une part importante de l'activité des MG. Selon les données nationales, les adolescents ont principalement recours au MG en cas de problèmes de santé. Ils attendent de leur médecin qu'il soit juste, garantisse le secret, qu'il ne les juge pas et qu'il pose les bonnes questions (90). Le MG apparaît donc comme l'interlocuteur privilégié dans cette tranche d'âge. Cependant la majorité des MG expliquaient que l'acné était généralement abordé comme deuxième motif de consultation et parfois même sur « le pas de la porte ». Il était rare que les patients consultent spécifiquement pour ce motif . Un participant expliquait qu'« ils consultent pour une licence de sport, pour un certificat mais pas pour de l'acné ». C'est également les données retrouvées dans une thèse réalisée sur les adolescents en médecine générale (90). Le recours au MG est essentiellement occasionné par des motifs tels que les demandes de certificat d'aptitude au sport ou les vaccinations, les problèmes somatiques aigus, puis la traumatologie. Le motif avoué de la consultation des adolescents est souvent un prétexte qui cache des problèmes plus profonds (91).

Plusieurs MG regrettaient l'absence d'une consultation obligatoire de l'adolescent. Il en existe cependant une depuis le 1er mars 2019, remboursée à 100 % par l'assurance maladie sans avance de frais, pouvant se dérouler avec ou sans la présence des parents (92). Celle-ci a pour objectifs de refaire le point sur la santé et le développement de l'adolescent mais aussi d'aborder divers aspects de sa vie afin de l'aider à prendre soin de sa santé. C'est lors de cette consultation que certains signes précurseurs de pathologies doivent être recherchés(92).

H. Les difficultés ressentis par les MG dans la prise en charge de l'acné

Pour la plupart des MG interrogés, le diagnostic ne semblait pas être problématique. Ils soulignaient parfois leur désarroi face à la thérapeutique avec le sentiment d'être « perdu » devant la multiplicité des topiques disponibles sur le marché. La plupart expliquaient qu'il était difficile pour eux de faire un choix, raison pour laquelle ils prescrivaient régulièrement les mêmes molécules. Il existe cependant des applications tel que Vidal Mobile dont les recommandations de bonnes pratiques sont régulièrement mises à jour. Plusieurs MG étaient d'ailleurs favorables à l'utilisation de ces applications.

La tranche d'âge touchée par l'acné pouvait influencer la prise en charge, chez des adolescents de plus en plus soucieux de leur image mais réticents à l'observance thérapeutique. Il existe cependant depuis janvier 2016 une application digitale développée par la Roche-Posay qui aide à soigner les patients avec de l'acné. « En mode Posay » permet de favoriser l'observance des adolescents acnéiques en créant des alertes (93) Pour trois médecins, le coût du non-remboursement des thérapeutiques étaient également un obstacle à leur prescription. Enfin, les difficultés pour adresser leur patient chez le dermatologue dans des délais raisonnables et surtout en campagne, semblaient également être un frein. Bien qu'un traitement d'attaque de trois mois pouvait être débuté en attendant le RDV. Pour certains MG et principalement ceux de l'Aisne, il fallait parfois attendre 6 mois pour un rendez-vous chez le dermatologue. Il semble donc exister un clivage entre les trois départements puisque dans la Somme, certains pouvaient avoir des rendez-vous en quelques semaines.

Selon une thèse récente de 2018 réalisée en Picardie, une des raisons pouvant expliquer ces délais pourrait être le nombre de correspondants par MG. On estime à environ trois correspondants dermatologues pour plus de la moitié des MG. De plus, être installé à proximité d'un dermatologue (distance de moins de 15 kilomètres) serait un facteur facilitant. Un autre paramètre explicatif pourrait être le manque de communication entre les différents spécialistes. Dans cette même étude, la communication était perçue comme difficile voire très difficile pour 42 % des répondants, et moyennement facile par 34 %.

On peut supposer que la proximité géographique vis-à-vis d'un cabinet de dermatologue n'est pas le seul déterminant d'un meilleur accès aux soins. Les carences démographiques en dermatologues en région ex-Picardie peuvent expliquer ces résultats. On peut supposer que la Picardie étant une zone particulièrement sous dotée en dermatologues, l'accessibilité à ces

spécialistes dermatologues est problématique pour l'ensemble des MG, quel que soit leur lieu d'exercice (94).

I. Les motifs d'orientation vers le dermatologue

Pour treize des seize médecins interrogés, l'échec thérapeutique semblait être la principale raison d'adresser son patient chez le dermatologue. Les autres motifs étaient la sévérité ou les risques de complication esthétiques. La nécessité d'introduire l'isotrétinoïne apparaissait également comme un argument important. Enfin, le retentissement psychologique de l'AJ pouvait également en être une des raisons motivant les MG à adresser chez le dermatologue. Les données de notre travail semblent concorder avec ceux d'une thèse récente réalisée en ex-Picardie sur 141 médecins MG, puisque près de 84% des patients étaient adressés pour une thérapeutique spécifique telle que la mise en place de l'isotrétinoïne (94).

Dans une autre étude réalisée en 2018 Huret s'intéressant à la prise en charge de l'AJ, les résultats étaient similaires à ceux de notre étude puisque, les deux principales raisons pour lesquelles les patients étaient adressés vers un dermatologue étaient la prescription d'isotrétinoïne orale (81 % des médecins) et la résistance au traitement (73 %) (51). Ces deux raisons pouvaient être liées (51).

Pour trois des MG interrogés, le manque de formation, était un des arguments majeurs pour lesquels ils adressaient chez le dermatologue. Enfin, ils citaient le manque de temps et l'absence de volonté de vouloir « négocier » avec leur patient et / ou les patients.

Comme le soulève notre étude, les dermatologues n'étaient pas les seuls intervenants dans la prise en charge de l'AJ puisqu'un MG faisait appel au gynécologue et un autre impliquait le psychologue.

J. Comment améliorer la prise en charge de l'acné par les MG

Pour continuer de se perfectionner dans l'AJ, les MG étaient favorables à la formation médicale continue. Un MG regrettait de ne pas être passé en stage de dermatologie pendant ses études. En effet, cette spécialité ne fait pas partie des stages obligatoires dans la maquette de médecine générale. De plus, la formation médicale universitaire est souvent centrée sur la reconnaissance et la prise en charge de pathologies rares ou urgentes et non celles des pathologies bénignes telles que l'acné (95).

La réalisation de photographies ne semblait pas encore ancrée dans la pratique des MG interrogés. Seul les plus jeunes avaient le réflexe de photographier les lésions pour avis ou pour permettre une surveillance de l'évolution clinique. Quand cette pratique était citée, elle semblait être un élément avantageux à la consultation. Les représentants médicaux pouvaient être un moyen d'informer les MG sur les nombreuses thérapeutiques mises sur le marché. Mais par manque de temps, peu de MG continuaient de les recevoir. En dehors des délégués médicaux, il existe d'autres sources de formations indépendantes telle que les revues *Prescrire*, *Médecine et Exercer.*

Plusieurs MG parmi les plus jeunes vantaient l'utilisation d'application générales telles que le Vidal mobile® ou le site Dermatoclic®. Il existe également une application mobile dédiée au diagnostic et à l'évaluation de la sévérité de l'AJ. Réalisée à partir de 6000 photos de patients Acnéscan® permet la réalisation d'un algorithme de prise en charge destiné aux MG et dermatologues (97). A l'ère du numérique et devant la croissance exponentielle des médias médicaux, un nouveau type d'échange est apparu. Il existe notamment des sites internet soumis à inscription, avec justificatif du professionnel, qui permettent d'échanger sur des cas cliniques. Citons par exemple le réseau social Facebook® avec « le divan des médecins » ou encore Twitter® avec le (hastag) « #Doctoctoc ». Les cas de dermatologie y sont très prisés. Les avantages de ces communautés sont leur grande réactivité, la réunion de différents spécialistes, ce qui permet de partager une expérience clinique mais aussi de lutter contre l'isolement dans des professions médicales libérales touchée par cette problématique (98). Une étude de Serhrouchini de 2017 a d'ailleurs montré une concordance diagnostique entre les réseaux sociaux et les centres de télé-dermatologie avec 60 % de bonnes réponses sur Twitter® contre 55 % par des experts dermatologues au CHU de Saint-Louis. Cet outil de télé-expertise est donc un moyen fiable et facile d'utilisation, avec de surcroît un diagnostic de prise en charge dans les moins de 24h (99). Il faut cependant rester prudent quant aux données numériques, car bien que non identifiables par leur anonymisation, elles peuvent être utilisées à d'autres fins. Aujourd'hui en France, ces techniques de communication et d'échanges entre médecins restent peu développées mais elles le sont beaucoup plus aux États-Unis avec par exemple Doximity® réseau social sur smartphone, qui réunit plus d'un million de médecins.

La télé-médecine étant de plus en plus plébiscitée, il est licite de s'interroger sur l'intérêt de cette pratique en dermatologie. Dans notre étude, aucun médecin ne la pratiquait. La plupart des MG y semblait favorables mais certains soulevaient le problème organisationnel d'un

réseau avec les dermatologues. En milieu rural, les dermatologues se font de plus en plus rares, peu disponibles et sont souvent plus âgés et donc moins actifs en ce qui concerne les nouvelles technologies. Un MG en témoignait : « le nôtre, il n'a même pas d'ordinateur, il est encore aux feuilles de soins papiers …» Nos résultats concordaient avec une étude de 2018 réalisée en ex-Picardie puisque les MG interrogés semblaient favorables à la télé-expertise en dermatologie (34%), et principalement pour les plus jeunes médecins (p=0,048). Les nouvelles générations de médecins maîtriseraient mieux l'outil informatique et les nouvelles technologies et seraient donc moins réticents à leur utilisation. Enfin, le manque de recul ou la méconnaissance vis-à-vis de cette pratique peuvent expliquer la réserve de nombreux médecins (94).

La question de la rémunération des dermatologues au cours des actes de télémédecine était également soulevée par un participant. En 2019, une expérimentation de télédermatologie a été lancée dans les Hauts-de-France. On dénombre actuellement 223 MG et 27 dermatologues libéraux participant à ce dispositif. Le délai moyen d'obtention d'un avis est de 24 à 48h. La tarification négociée entre les syndicats, l'ARS et l'URPS est de 14€ par avis demandé pour le MG et de 46€ pour le dermatologue.

Les contraintes démographiques en dermatologie incitent le MG à être suffisamment autonome en pratique courante. L'intérêt de la télé-expertise en dermatologie pourrait être favorable en termes d'efficacité, de réduction des délais d'attente, et de réduction des coûts économique (principalement sur le coût de transport sanitaire). Il est cependant difficile de poser un diagnostic précis sur une simple photographie. La palpation comme l'odorat sont des éléments importants en consultation médicale. Ainsi, la télédermatologie ne doit pas être vue comme un substitut à une consultation de dermatologie mais elle pourrait être une alternative à la prise en charge par les MG. L'intérêt pourrait être double, proposer une conduite à tenir initiale et assurer un suivi régulier (par exemple après l'initiation d'un traitement, afin de diminuer la fréquence des consultations de suivi). Il s'agit d'un outil collaboratif pour faire face aux tensions démographiques. Cependant, au regard de la tarification de la télé-expertise en vigueur depuis février 2019, il est légitime de s'interroger sur le montant de la rémunération des médecins qui peut sembler faible par rapport au coût du matériel nécessaire pour la mise en place de cet outil et au temps consacré.

2. Forces de l'étude

A. Choix du sujet

L'acné est une pathologie fréquente en médecine générale. Son retentissement psychologique peut altérer la qualité de vie. Devant une société de plus en plus centrée sur le physique, l'AJ fait souvent l'objet d'articles dans la presse féminine. En dehors de quelques travaux pharmaceutiques, il existe peu d'étude sur le versant médical et aucune étude n'a été réalisée sur les raisons qui poussent les MG à adresser leurs patients vers le dermatologue.

B. Méthodologie

Afin de recueillir les raisons qui poussent les MG à adresser leurs patients présentant de l'AJ chez le dermatologue, et les difficultés ou facilités rencontrées, la méthode qualitative était la plus adaptée. Cette méthodologie permet de s'intéresser aux ressentis, aux émotions ainsi qu'aux expériences personnelles.

Nous avons choisi de mener des entretiens semi-dirigés pour laisser place à la liberté d'expression. Plus chronophages que les focus-group, ils sont cependant plus propices aux confidences. Certains participants ont été recrutés par des contacts personnels. Ces entretiens ont pu être plus productifs par une mise en confiance plus rapide. La méthode qualitative dépend en effet de la qualité des relations qui existent entre le chercheur et les participants (100).

Afin de faire ressortir le plus d'opinions personnelles et de confidences, nous avons jugé nécessaire d'établir un climat de confiance et donc de réaliser ces entretiens soit au cabinet des MG, soit à leur domicile.

Le guide d'entretien a pu être validé auprès du DMG de l'UFR d'Amiens. Afin de nous assurer de la bonne compréhension des questions posées aux participants, trois entretiens ont été testés sur des collègues. Chaque enregistrement était réalisé après consentement du MG. Pour de ne pas biaiser le recueil des données, la bibliographie a été faite après le stade final du codage comme le conseille N. Hennebo (38).

C. Population étudiée

Pour diversifier au maximum l'échantillon, les critères d'inclusion devaient être respectés et les MG de l'ex-Picardie devaient être installés ou au minimum remplaçants dans le

même cabinet depuis deux années. Notre échantillon comportait 44 % de femmes et le choix des MG selon le type, le lieu et le mode d'installation pour varier au maximum les profils. Les participants ne connaissaient pas le sujet de l'étude.

D. Critère de scientificité

Afin de garantir les critères de scientificité, le respect des critères de validité interne et externe (101) sont impératifs

- **Validité interne**

La validité interne était obtenue par triangulation des données. Un second enquêteur a relu et analysé les entretiens et seuls les codes en commun ont été retenus. Cela a permis de limiter le risque d'interprétation abusive des résultats (41).

Pour ne pas biaiser les résultats et pouvoir effectuer des relances similaires, un seul et même interviewer a réalisé les entretiens et la retranscription afin de limiter la perte d'informations.

Afin de permettre un affinage des relances, l'analyse des données a été réalisée après chaque entretien. Ces procédures ont permis de respecter les critères d'une méthodologie qualitative.

- **Validité externe**

L'échantillon devait être ciblé et représentatif de la problématique (102), les critères d'inclusion avaient donc été préalablement définis.

La saturation a été obtenue après 14 entretiens, confirmés par les deux derniers, soit un total de seize entretiens. Ce qui est appréciable en comparaison à la moyenne des autres travaux de thèses qualitatives sur l'AJ.(67)

Nos observations concernaient le ressenti des MG dans la prise en charge de l'AJ et les raisons qui les poussaient à adresser chez le dermatologue. Les résultats peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble de la population du fait de cette méthode qui a pour but d'étudier les opinions d'une population particulière et non la population générale. Cette réalité permettrait d'améliorer la prise en charge et de peut-être désengorger les consultations des dermatologues.

3. Faiblesses de l'étude

A. Limites liées à l'enquêteur

Il s'agissait pour l'enquêteur, de son premier travail en recherche qualitative. Il est prouvé que la qualité du recueil et de l'analyse des données dépend des compétences et de l'expérience des enquêteurs (102). Ce biais a pu être limité par une formation à l'UFR de Médecine d'Amiens, par la lecture de divers ouvrages (103) ainsi que par la réalisation de trois entretiens-tests auprès de collègues. Selon l'attitude, la formulation des questions ou selon les relances de l'enquêteur il est possible d'avoir influencé les réponses des participants lors de l'entretien. Le développement d'une aisance de l'enquêteur au fur et à mesure des entretiens a également pu fonder une faiblesse ; la spontanéité des relances était en effet probablement moins importante avec les premiers participants qu'avec les derniers. L'interview était menée par une personne de même profession ce qui a pu être un frein, notamment par peur de jugement.

B. Biais de recrutement

La méthode qualitative repose sur le volontariat à participer, ce qui peut entraîner un biais de sélection. Il faut noter que six MG ont refusé de participer à notre étude.

C. Biais d'interprétation

Une erreur d'analyse des résultats est toujours possible. L'enquêteur a pu privilégier les informations confirmant ses hypothèses. La triangulation des données a permis de limiter ce biais d'interprétation (en privilégiant par exemple des hypothèses ou des idées préconçues).

Lors de l'élaboration du guide d'entretien, la mise en place de questions ouvertes évitant les réponses par « oui » ou par « non », a été prise en compte. Cependant une erreur dans l'analyse des résultats reste toujours possible.

V. CONCLUSION

L'AJ est une pathologie bénigne, fréquemment prise en charge par les médecins généralistes. Néanmoins, l'AJ semble surtout un motif secondaire de consultation et ce sont souvent les parents de l'adolescent qui en font la demande. Son abord en consultation reste parfois tabou pour certain MG par peur de déclencher un complexe même si la plupart sont à l'aise avec cette pathologie. Son caractère personnel ramène parfois le MG à sa propre histoire, pouvant créer une difficulté dans sa prise en charge. L'abondance des traitements locaux disponibles sur le marché, le coût des traitements et la difficulté d'observance des adolescents sont un frein à une bonne prise en charge. Bien qu'il existe des recommandations précises de bonne pratique, celles-ci sont le plus souvent méconnues ou non suivies par les MG avec par exemple une utilisation des antibiotiques en première intention. Les associations thérapeutiques favorisent l'observance mais ne sont que peu prescrites par les MG de notre étude.

Les règles hygiéno-diététiques conseillées étaient très variables selon le MG et tous n'en faisaient d'ailleurs pas le conseil. La protection solaire n'était pas systématiquement rappelée. Le tabac, l'activité physique, l'hygiène et la consommation d'une alimentation grasse, même s'ils sont souvent cités comme facteurs influençant, n'ont pas fait la preuve scientifique de leur efficacité.

Les conséquences socio-psychologiques de l'AJ peuvent être majeures, avec notamment un sur-risque suicidaire. Malgré tout, son retentissement n'était pas toujours évalué par les MG interrogés. Il existe pour cela une échelle d'évaluation du retentissement qui ne semblait pas connu des MG.

Le ressenti des MG sur la prise en charge de l'AJ semblait être différente selon le lieu d'exercice. En milieu rural, les délais de rendez-vous dermatologique étaient plus importants qu'en milieu urbain, ils étaient plus courts dans la Somme. L'échec du traitement initial, la gravité clinique ou le souhait d'une initiation de l'isotrétinoïne étaient les principales raisons d'orientation vers le dermatologue. Les plus jeunes générations de MG semblaient favorables à l'initiation de l'isotrétinoïne par les dermatologues alors que le renouvellement ne semblait pas poser de difficulté. Néanmoins, au travers de notre étude, il apparaissait que peu d'entre eux connaissaient les règles précises de renouvellement ainsi que le bilan exact de surveillance.

La plupart des MG connaissait l'existence du carnet de liaison et le considérait comme un bon moyen de communication entre les professionnels de santé.

Afin d'améliorer la prise en charge, les MG interrogés souhaitaient améliorer leur formation sur l'AJ par les FMC et des cas cliniques avec photographies. A l'ère du numérique, la télé-médecine pourrait être une alternative afin de proposer rapidement une conduite à tenir en accord avec le dermatologue. Cependant, la cotation de l'acte devrait être repensée en raison du caractère chronophage mais aussi du coût des équipements qu'impose la télé-médecine. Il serait intéressant dans quelques années d'étudier si le déploiement de la télé-dermatologie permet une amélioration de la prise en charge de l'AJ par les MG.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dréno B. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. Ann Dermatol Vénéréologie. oct 2009;136:S247-51.
2. Collège national des enseignants de dermatologie. In 2011. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_1/site/html/1.html
3. Examen Clinique et Semiologie : L'essentiel : la Peau. 2017. Pages 308-317. (Elsevier Masson).
4. Le Moigne M, Saint-Jean M, Dreno B. Acné. EMC Traité Médecine Akos. 2017;(12(2)):1-8.
5. Dreno B. Acné. EMC - Dermatol. janv 2009;4(3):1-13.
6. Bourra H, Lamchahab FZ, Rais G, Khatibi B, Senouci K, Hassam B, et al. Acné induite par l'erlotinib. Ann Dermatol Vénéréologie. avr 2013;140:S88.
7. DeWitt CA, Siroy AE, Stone SP. Acneiform eruptions associated with epidermal growth factor receptor–targeted chemotherapy. J Am Acad Dermatol. mars 2007;56(3):500-5.
8. Dréno B. Physiopathologie de l'acné. Presse Médicale. avr 2005;34(7):537-9.
9. Auffret N. Avancées physiopathologiques dans l'acné. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2010;137:S52-6.
10. Dréno B. Données récentes sur l'épidémiologie de l'acné. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2010;137:S49-51.
11. Société Française de Dermatologie. Recommandation de bonne pratique au traitement de l'acné par voie locale et orale. Collège Dermatol [Internet]. juin 2015; Disponible sur: http://document.dermato-sfd.org/reco/acne/SFD_2015-10_argumentaire_acne_traitement-par-voie-locale-et-generale.pdf#page=7
12. Penso L, Touvier M, Ezzedine K, Sbidian E. Facteurs alimentaires associés à la présence de l'acné chez l'adulte. Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2019;146(12):A135-6.
13. Janier M. Quoi de neuf en dermatologie clinique ? Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2013;140:S237-53.
14. Item 232 – Dermatoses faciales : acné. Ann Dermatol Vénéréologie. oct 2012;139(11):A192-6.
15. Dreno B. Acné. Pédiatrie - Mal Infect. ([4-114-A-10]).
16. Dreno B, Finlay AY, Nocera T, Verrière F, Taïeb C, Myon E. The Cardiff Acne Disability Index: Cultural and Linguistic Validation in French. Dermatology. 2004;208(2):104-8.

17. Dréno B, Poli F, Pawin H, Beylot C, Faure M, Chivot M, et al. Development and evaluation of a Global Acne Severity Scale (GEA Scale) suitable for France and Europe. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. janv 2011;25(1):43-8.
18. ANSM. recommandation de bonne pratique à la prescription du traitement de l'acné par voie locale et générale [Internet]. AFSSAPS; 2017. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/f8a2a78ecb307240d64d20dfbe8a429b.pdf
19. ANSM. Isotretinoïne. 10 janv 2019; Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Mesures-additionnelles-de-reduction-du-risque/Liste-des-MARR-en-cours/Isotretinoine
20. Lee JW, Yoo KH, Park KY, Han TY, Li K, Seo SJ, et al. Effectiveness of conventional, low-dose and intermittent oral isotretinoin in the treatment of acne: a randomized, controlled comparative study: Low-dose isotretinoin for moderate acne. Br J Dermatol. juin 2011;164(6):1369-75.
21. HAS. Comission de transparence Isotrétinoïne [Internet]. 2016 mai. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-14787_CURACNE_PIS_RI_Avis2_CT14787.pdf
22. Misery L, Feton-Danou N, Consoli A, Chastaing M, Consoli S, Schollhammer M. Isotrétinoïne et dépression à l'adolescence. Ann Dermatol Vénéréologie. févr 2012;139(2):118-23.
23. Dréno B, Blouin E. Acné de la femme enceinte et sels de zinc : revue de la littérature. Ann Dermatol Vénéréologie. janv 2008;135(1):27-33.
24. ANSM. Reévaluation du rapport bénéfice/ risque de DIANE 35 (Acétate de cyprotérone 2mg + éthinylestradio 0,035mg). févr 2013;
25. ANSM. Androcur et génériques (acétate de cyprotérone, 50 mg et 100 mg) et risque de méningiome : l'ANSM publie des recommandations pour la prise en charge des patients - Point d'information [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Androcur-et-generiques-acetate-de-cyproterone-50-mg-et-100-mg-et-risque-de-meningiome-l-ANSM-publie-des-recommandations-pour-la-prise-en-charge-des-patients-Point-d-information
26. Hamilton FL, Car J, Lyons C, Car M, Layton A, Majeed A. Laser and other light therapies for the treatment of acne vulgaris: systematic review. Br J Dermatol. juin 2009;160(6):1273-85.
27. Bédane Ch. Photothérapie dynamique en dermatologie, autres indications et

perspectives. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2013;140:229-35.
28. Chivot M, Pawin H, Beylot C, Chosidow O, Dreno B, Faure M, et al. [Acne scars: epidemiology, physiopathology, clinical features and treatment]. Ann Dermatol Venereol. oct 2006;133(10):813-24.
29. Dréno B, Fischer T, Perosino E, Poli F, Viera M, Rendon M, et al. Expert Opinion: Efficacy of superficial chemical peels in active acne management - what can we learn from the literature today? Evidence-based recommendations: Expert review: chemical peels in acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. juin 2011;25(6):695-704.
30. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicale. 2018; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/12u58hp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
31. IFOP . Les resultats étonnants de l'observatoire de l'accès aux soins IFOP pour le cabinet Jalma 2017.
32. Richard M-A, Corgibet F, Dupin N, Beylot-Barry M, Misery L, Chaussade V, et al. Sources d'information et parcours de soins des Français avec un problème de peau : quelle place pour les dermatologues ? Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2017;144(12):S55-6.
33. Auvray L, Le Fur P. « Adolescents, état de snaté et recours aux soins », questions d'économie de la santé questions d'économies de la santé. IRDES. mars 2002;
34. Consoli S-G, Chastaing M, Misery L. Psychiatrie et dermatologie. EMC - Dermatol. janv 2010;5(1):1-18.
35. Kellett, Gawkrodger. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. Br J Dermatol. févr 1999;140(2):273-82.
36. Gupta, Gupta. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol. nov 1998;139(5):846-50.
37. Letrilliart L, Bourgeois I, Véga A, Cittée L, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative-première partie. 2009. 74-79 p. (Exercer; vol. 20).
38. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. [Internet]. 2009. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf
39. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative. 2ème édition. Paris: Armand Colin.; 2017. 416 p.

40. Couture M. La recherche qualitative : introduction à la théorisation ancrée. Interactions. Vol. 2. 2003. 127-33.

41. Letrilliart L, Bourgeois I, Véga A, Cittée L, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - deuxième partie. 2009. 106-12 p. (Exercer; vol. 20).

42. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Dir Rech Études L'évaluation Stat DREES [Internet]. avr 2006; Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pd

43. Jakoubovitch S, Bournot M, Cercier E, Tuffreau F. emplois du temps des médecins généralistes. Etudes Résultats. Dir Rech Études L'évaluation Stat DREES [Internet]. mars 2012; Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf

44. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 2007;14(1):19.

45. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. JAMA. 14 août 2002;288(6):756-64.

46. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. Patient Educ Couns. déc 2002;48(3):217-24.

47. Stadler J-F. L'éducation thérapeutique : un enjeu majeur en dermatologie. Ann Dermatol Venereol. er Fevrier 2005;132(2):111-3.

48. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

49. Roussel C. Etat des lieux des pratiques et des attentes des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais dans la prise en charge éducative des patients souffrant de pathologies dermatologiques chroniques. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2012.

50. 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. Paris sud; 2005.

51. Huret P. Etat des lieux de la prise en charge de l'acné par les médecins généralistes en France [Thèse]. Lille 2; 2019.

52. Seité S, Rougier A, Dréno B. Enquête sur la prise en charge des patients acnéiques en France. Ann Dermatol Vénéréologie. oct 2012;139(10):611-6.

53. Misery L, Taieb C, Schollhammer M, Bertolus S, Coulibaly E, Feton-Danou N, et al. Conséquences psychologiques des dermatoses les plus fréquentes : données de l'étude Objectifs

Peau. Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2018;145(12):S238.
54. Misery L, Wolkenstein P, Amici J-M, Maghia R, Cazeau C, Voisard J-J, et al. Conséquences de l'acné sur le stress, la fatigue, les troubles du sommeil et l'activité sexuelle. Ann Dermatol Vénéréologie. juin 2014;141(6-7):S92.
55. Féton-Danou N. Impact psychologique de l'acné. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2010;137:S62-5.
56. Dreno B, Alirezai M, Auffret N, Beylot C, Chivot M, Daniel F, et al. Corrélation clinique et psychologique dans l'acné : utilisation des grilles ECLA et CADI. Ann Dermatol Vénéréologie. mai 2007;134(5):451-5.
57. Dreno B, Seite S, Taieb C. Acné et absentéisme : résultats d'une étude en vie réelle. Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2018;145(12):S250.
58. Berthélémy S. Conseils à un jeune patient acnéique. Actual Pharm. mai 2010;49(496):34-5.
59. Radan C. L'acné, de l'hygiène au camouflage. Actual Pharm. janv 2018;57(572):48-50.
60. Guerrero D. Approche dermo-cosmétique de l'acné chez le dermatologue. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2010;137:S76-80.
61. Poli F, Revuz J. Cosmétique de la séborrhée et de l'acné. Cosmétologie Dermatol Esthéitque. 2014;(57880).
62. Matsuoka Y, Yoneda K, Sadahira C, Katsuura J, Moriue T, Kubota Y. Effects of skin care and makeup under instructions from dermatologists on the quality of life of female patients with acne vulgaris. J Dermatol. nov 2006;33(11):745-52.
63. Revuz J. Acné et alimentation. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2010;137:S60-1.
64. Adebamowo CA, Spiegelman D, Danby FW, Frazier AL, Willett WC, Holmes MD. High school dietary dairy intake and teenage acne. J Am Acad Dermatol. févr 2005;52(2):207-14.
65. Fiedler F, Stangl G, Fiedler E, Taube K. Acne and Nutrition: A Systematic Review. Acta Derm Venereol. 2017;97(1):7-9.
66. Mestari S. Alimentation et acné [Thèse de Pharamcie]. [Toulouse]: Toulouse III; 2016.
67. Averty K. Ressenti des médecin généralistes sur la prise en charge de l'acné vulgaire en cabinet. Etude qualitative aupres des médecins généraliste de l'Hérault. [étude Qualitative]. Montpellier- Nimes; 2018.
68. Crickx B. Faut-il arrêter de traiter les acnéiques l'été ? Ann Dermatol Vénéréologie. avr 2005;132(4):404-6.
69. del Giudice P. Le bon usage des antibiotiques en dermatologie en France. La situation

n'est pas inquiétante. Ann Dermatol Vénéréologie. mars 2014;141(3):177-9.
70. del Giudice P. Long-term Use of Tetracycline and Staphylococcus aureus Tetracycline Resistance: Not Only a Problem of Acne. Arch Dermatol. 1 mars 2012;148(3):402.
71. Fanelli M. Antibiotics, Acne, and Staphylococcus aureus Colonization. Arch Dermatol. 1 août 2011;147(8):917.
72. Grasset L, Guy C, Ollagnier M. Cyclines et acné : attention aux effets indésirables ! Aspects récents de la littérature. Rev Médecine Interne. mai 2003;24(5):305-16.
73. Dreno B, Amblard P, Agache P, Sirot S, Litoux P. Low doses of zinc gluconate for inflammatory acne. Acta Derm Venereol. 1989;69(6):541-3.
74. Stephan F, Revuz J. Sels de zinc en dermatologie. In: Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 2004. p. 455-60.
75. Jasson F, Nagy I, Khammari A, Dréno B. Différentes souches de Propionibacterium acnes modulent différemment l'inflammation cutanée induite par l'immunité innée. Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2013;140(12):S648.
76. Duteil L, Queille-Roussel C, Ortonne J-P. Évaluation du potentiel photosensibilisant du gluconate de zinc. Ann Dermatol Vénéréologie. mars 2005;132(3):219-24.
77. CRAT: Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Le zinc [Internet]. mise à jour juin 20128. Disponible sur: https://www.lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=ZINC
78. Faure M, Drapier-Faure E. Acné et contraception hormonale. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2010;137(11):746-9.
79. HAS. Acné : quand et comment la traiter ? HAS. oct 2015;
80. Penso-Assathiany D, Cribier B, Petit A, Wolkenstein P, Consoli S. Prendre des risques pour ces maladies qui empêchent de vivre : l'exemple des dermatoses affichantes du visage. Ann Dermatol Vénéréologie. janv 2010;137(1):72-7.
81. Henaff P. Prise en charge de pathologies cutanées (Psoriasis, Acné et Eczéma) grâce à deux approches complémentaires : l'Homéopathie et la Micronutrition. [Rennes]; 2016.
82. ANSM. Restriction de la prescription initiale de l'isotrétinoïne orale aux dermatologues - Lettre aux professionnels de santé. 13 mai 2015; Disponible sur: https://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
83. Racine A, Ricordeau P, Allemand H, Chosidow O, Carbonnel F. Exposition à l'isotrétinoïne et risque de maladies inflammatoires chroniques intestinales en France : étude cas–témoins à partir des données de la caisse nationale d'assurance maladie entre 2008 et 2010. Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2012;139(12):B109-10.

84. Jeanmougin M, Beaulieu P, Doutre M-S, Jaramillo C. Aide au bon usage de l'isotrétinoïne en pratique libérale : observatoire prospectif de 1263 patients acnéiques. Ann Dermatol Vénéréologie. janv 2009;136(1):54-6.
85. les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens. Le pharamacien et les plantes [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/160922/784724/version/1/file/CTOP0
86. Lamassiaude-Peyramaure S. L'acné, des alternatives naturelles à conseiller à l'officine. Actual Pharm. sept 2009;48(488):38-9.
87. Binder P. L'approche des adolescents en médecine générale Première partie. L'adolescent, cet inconnu. 2018;141:122-32.
88. HAS: Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
89. Binder P. L'approche des adolescents en médecine générale Deuxieme partie. Evaluer et accompagner. 2018;142:169-81.
90. Marcelli D, Braconnier a. Les entretiens d'évaluation- consultations thérapeutique in Adolescence et psychopathologie. 9eme édition. Paris; 2013. (Elsevier Masson).
91. Dalem L. La consultation de l'adolescent en médecien générale: après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes. [Grenoble]; 2003.
92. AMELI : Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adoLescent entre 15 et 16 ans [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.ameli.fr/somme/assure/sante/themes/suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/examen-medical-propose-ladolescent-entre-15-et-16-ans
93. En mode Posay » : une application au service des peaux acnéiques. Rev Pharma Fr [Internet]. avr 2016; Disponible sur: https://www.revuepharma.fr/2016/04/mode-posay-application-service-peaux-acneiques/
94. Ben Kacem A. La pratique de la dermatologue en médecine générale: recours au spécialiste et besoins de formation en picardie. [Amiens]; 2019.
95. Albano MG, d'Ivernois JF. La problématique de la distance dans la formation des médecins. Pédagogie Médicale. mai 2016;17(2):127-34.
96. Tudrej BV. La responsabilité sociale des facultés de médecine, un moyen de réconcilier les étudiants avec leur engagement médical. Pédagogie Médicale. févr 2013;14(1):73-4.
97. Acnescan: le quotidien du médecin [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/lapplication-acnescan-fiable-68-

sur-levaluation-de-la-severite-de-lacne
98. #DocTocToc, ou comment les médecins s'entraident sur Twitter. Quotid Médecin [Internet]. 13 déc 2014; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/doctoctoc-ou-comment-les-medecins-sentraident-sur-twitter
99. Serhrouchn S, Guibal F, Malmartel A. Concordance diagnostique entre les centres de télédermatologie et les réseaux sociaux utilisés comme outil de télémédecine 58 comparativement aux experts. Ann Dermatol Venereol. 1 déc 2017;(144 (12, Supplement):S219-20).
100. Duchesne C, Skin A. Recheche qualitative. 2013;32 (2°:275-93.
101. Aubin-Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau J-P. Dirriger une thèse qualitative: difficultés et solution possible. 2010;21(93):111-4.
102. Anadon M, Lorraine-Savoie Z. Recherche qualitative- L'analyse qualitative des données. Disponible sur: http://www.recherche-qualitative.qc.ca/document/files/revue/edition_reguliere/numero28(1)/numero_complet_28(1)
103. Blanchet A, Gotman A, Singly F. L'entretien. 2e Ed Paris. 2015;

ANNEXES

Annexe 1 : Échelle Cardiff Acne Disability Index (CADI)

1. As a result of having acne, during the last month have you been aggressive, frustrated or embarrassed?	☐ ☐ ☐ ☐	(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?	☐ ☐ ☐ ☐	(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?	☐ ☐ ☐ ☐	(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?	☐ ☐ ☐ ☐	(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:	☐ ☐ ☐ ☐	(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 : Formulaire d'accord de soin pour les patientes traitées par ISOTRETINOÏNE (ANSM)

Formulaire d'accord de soins pour les patientes traitées par ISOTRÉTINOÏNE

Cette liste des points à vérifier doit être remplie par le dermatologue avec chaque patiente en âge de procréer, avant la prescription d'isotrétinoïne. Elle doit être signée par le dermatologue et la patiente, puis conservée dans le dossier de la patiente. Celle-ci en garde une copie, avec sa carte-patiente, afin que la liste des points à vérifier puisse également être utilisée lors des consultations de renouvellement de prescription, par le médecin traitant. ***Veuillez également utiliser la carte-patiente comme outil d'aide au dialogue avec votre patiente.***

FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

Vous devez passer en revue les informations ci-dessous, les expliquer à la patiente et consigner la confirmation de compréhension et l'accord de soins de la patiente dans ce formulaire. **Si la réponse à l'une de ces questions est NON, l'isotrétinoïne ne doit pas être prescrite.**

MOLÉCULE PRESCRITE : ISOTRÉTINOÏNE	Le dermatologue certifie : J'ai bien expliqué cette information à ma patiente [OUI/NON]	La patiente certifie : J'ai bien compris cette information [OUI/NON]
La patiente souffre **d'acné sévère résistante** à des cures appropriées de traitement classique.		
Tératogénicité		
La patiente comprend que l'isotrétinoïne appartient à une classe de médicaments (rétinoïdes) connus pour **provoquer des anomalies congénitales graves chez l'enfant à naître** et connus pour augmenter le risque de fausse-couche s'ils sont pris pendant la grossesse. Elle comprend donc qu'elle **ne doit pas être enceinte** pendant son traitement ni pendant 1 mois après son arrêt.		
Contraception		
La patiente comprend qu'elle doit utiliser systématiquement et correctement au moins **1 méthode de contraception hautement efficace** (dont l'efficacité ne dépend pas de l'utilisatrice) telle que dispositif intra-utérin ou implant ou **2 méthodes de contraception complémentaires** (si leur efficacité dépend de l'utilisatrice/eur) telles que contraceptif oral et préservatif, au moins 1 mois avant le début du traitement, pendant toute la durée du traitement et pendant au moins 1 mois supplémentaire après l'arrêt du traitement.		
La patiente comprend que **le risque persiste 1 mois après l'arrêt du traitement** et qu'elle ne doit pas être enceinte pendant 1 mois après l'arrêt du traitement.		
La patiente a reçu des **conseils sur la contraception** la plus appropriée à sa situation et s'est engagée à l'utiliser tout au long de la période à risque.		
La patiente est **consciente du risque encouru** en cas d'échec de la contraception.		
Tests de grossesse et prescriptions mensuelles		
La patiente comprend qu'elle doit **présenter la carte-patiente** à son **médecin** lors de chaque consultation et au **pharmacien** lors de chaque délivrance d'isotrétinoïne.		
La patiente comprend qu'elle doit débuter le traitement le plus tôt possible si son test de grossesse est négatif. La **délivrance** du traitement ne pourra avoir lieu que **dans les 7 jours suivant la prescription** d'isotrétinoïne.		
La première **prescription** d'isotrétinoïne ne peut être réalisée qu'après la vérification par le médecin de la **négativité du test de grossesse** pour s'assurer qu'elle n'est pas déjà enceinte avant de commencer le traitement.		
La patiente comprend qu'afin d'assurer un suivi régulier, incluant des tests de grossesse et la surveillance médicale, la **prescription** est **limitée à 30 jours**.		
La patiente comprend la nécessité et accepte de réaliser les **tests de grossesse avant, pendant** et **après le traitement.**		
La patiente comprend la nécessité de faire un **test de grossesse 1 mois après l'arrêt** du traitement en raison de la persistance d'isotrétinoïne dans l'organisme jusqu'à 1 mois après la dernière prise, pouvant ainsi provoquer des anomalies congénitales graves chez un bébé à naître si une grossesse survenait.		
Les méthodes contraceptives et les **résultats des tests de grossesse** sont notés dans le tableau des consultations de la patiente (inclus **dans la carte-patiente**).		
La patiente a reçu une copie des **documents éducatifs** (carte-patiente et brochure d'information).		
La patiente sait qu'elle doit **contacter son médecin** si elle a des relations sexuelles non protégées, si elle n'a pas ses règles, si elle découvre qu'elle est enceinte, ou si elle pense être enceinte pendant la période à risque.		
Si une grossesse survient, le traitement doit être arrêté et la patiente doit être adressée à un médecin expert spécialisé ou expérimenté en tératologie pour avis.		
Autres Précautions		
La patiente comprend que son traitement par l'isotrétinoïne lui a été prescrit pour son **usage personnel** et qu'il ne doit pas être partagé avec d'autres personnes.		
La patiente comprend qu'elle ne doit **pas faire de don de sang** pendant le traitement avec l'isotrétinoïne et le mois suivant l'arrêt en raison du risque potentiel pour le fœtus d'une femme enceinte recevant la transfusion.		
NOM DE LA PATIENTE : DATE ET SIGNATURES :		

ANS TERRES DU SUD - 225062 - Décembre 2018

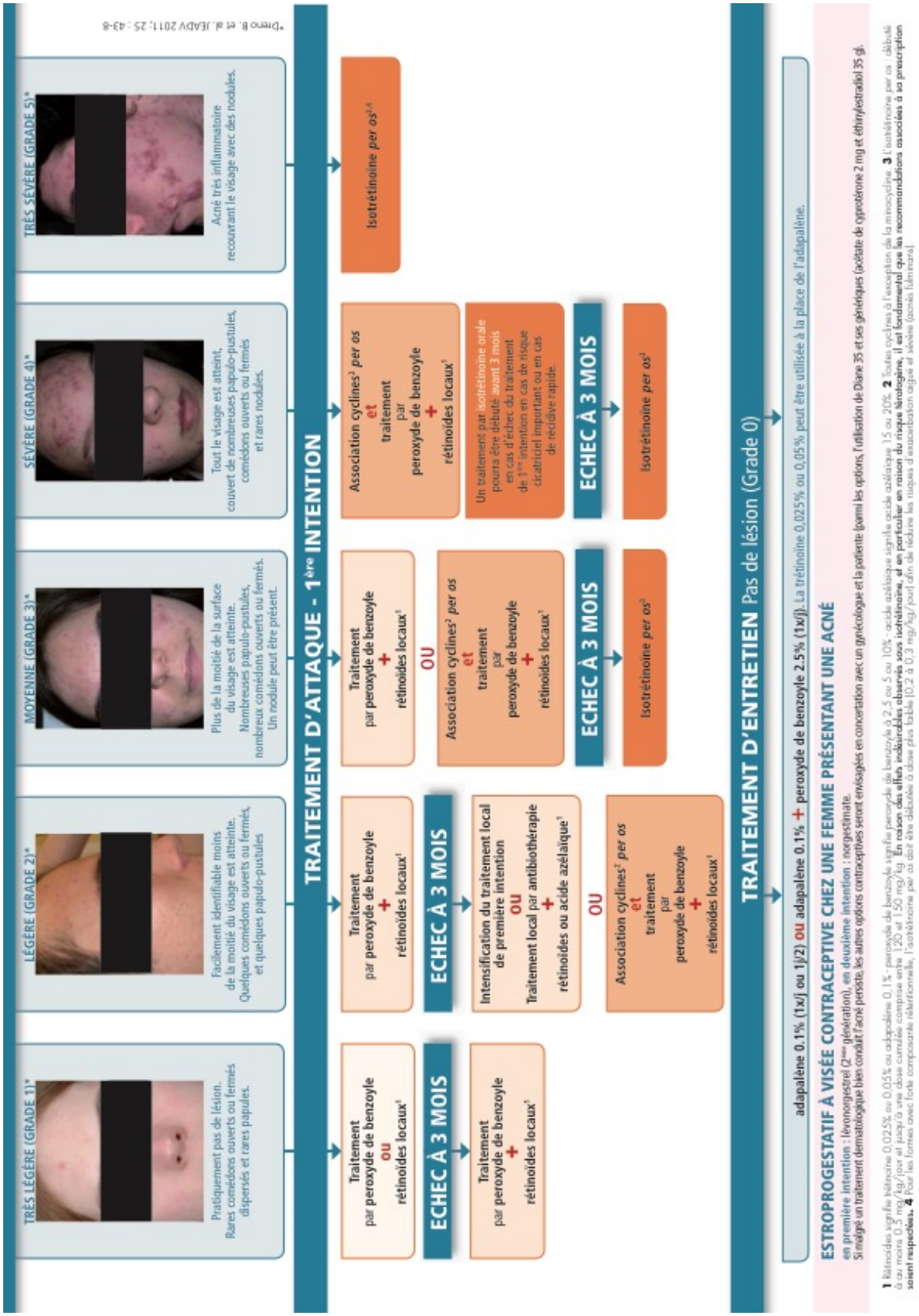
La signature d'un parent ou du tuteur légal est nécessaire si la patiente est âgée de moins de 18 ans.

Les grossesses survenues pendant le traitement et au cours du mois qui suit l'arrêt du traitement doivent être signalées au titulaire d'AMM [coordonnées du département de pharmacovigilance de chaque laboratoire dans le tableau ci-dessous], qui vous contactera pour enregistrer la grossesse et suivre son évolution.

DÉNOMINATION	Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché
Acnetrait® Gé 5 mg, 10 mg, 20 mg, capsule molle Acnetrait® 40 mg capsule molle	LABORATOIRE ARROW GENERIQUES Information médicale et Pharmacovigilance – Tel : 04 72 71 63 97
Contracné® Gé 5 mg, 10 mg, 20 mg, capsule molle Contracné® 40 mg, capsule molle	LABORATOIRES BAILLEUL Information médicale et Pharmacovigilance – Tél : 01 56 33 11 11
Curacné® Gé 5 mg, 10 mg, 20 mg, capsule molle Curacné® 40 mg, capsule molle	PIERRE FABRE DERMATOLOGIE - Information médicale - Tel (n°vert) : 0 800 326 326 • Pharmacovigilance – Tel : 01 49 10 96 18
Procuta® Gé 5 mg, 10 mg, 20 mg, capsule molle Procuta® 40 mg, capsule molle	LABORATOIRES EXPANSCIENCE Information médicale et Pharmacovigilance – Tél (n° Vert) : 0800 10 20 05

CACHET DU DERMATOLOGUE :

Annexe 3 : Algorithme de recommandation du traitement de l'acné (11)



Annexe 4 : Guide de l'entretien

Le script de l'entretien :

Si vous êtes d'accord, je souhaite vous enregistrer par dictaphone sur un sujet de médecine générale : l'acné Juvénile, afin de connaître les raisons qui poussent les médecins généralistes à adresser leurs patients chez le dermatologue.
Cet enregistrement sera enregistrer par la fonction Dictaphone de mon IPhone et également par dictaphone, ensuite tout cet entretien sera retranscrit au mot à mot par mes soins et rendus anonyme .
Je vous remercie de votre participation.
En italique sont les questions de relances ;

Caractérisation de l'échantillon :

1) **Votre profil :**
   - Quel est votre âge ?
   - Quel est votre sexe ?
   - Dans quel milieu exercez-vous ? quelle est votre durée d'installation
   - Etes-vous MSU ?
   - Avez-vous déjà participé à des FMC sur le sujet de l'acné ? combien ?
   - A combien de temps est le dermatologue le plus proche pour vous ? quels sont ses délais d'attente ?

Questions Générales

1 Comment s'organise votre consultation pour de l'acné ?

- *Comment examinez-vous les patients consultants pour de l'Acné*
- *Quelles localisations recherchez-vous ,*
- *Comment évaluez-vous la sévérité ?*
- *Comment abordez- vous le coté psychologique de l'acné et le ressenti des patients ?*

Comment s'organise votre consultation pour un patient qui consulte pour un autre motif mais qui présente de l'acné ?

2. En quoi l'acné juvénile peut-elle être difficile à aborder en consultation ?

- *En quoi aborder l' acné peut-être difficile lors de la consultation ?*
- *Que pensez-vous de la thérapeutique de l'acné ?*
- *En quoi le retentissement psychologique et social peut être difficile à prendre en charge ?*

3 Quelles règles hygièno- diététiques conseillez-vous à vos patients présentant de l'AJ ?

4. Quels traitements avez-vous l'habitude de prescrire en première intention pour de l'acné ? et en seconde ?

- *Quelles difficultés rencontrez-vous avec la prescription des topiques locaux ou des antibiotique oraux ? Sur le plan thérapeutique*
- *Que pensez-vous des médecine alternatives dans la prise en charge de l'acné ?*

5 *Quelles sont les règles de prescriptions des isotretinoïnes et de sa surveillance ? en quoi cela peut-il être problématique à gérer ?*

6. Quelles sont les raisons qui vous incitent à adresser vos patients chez le dermatologue pour la prise en charge de l'acné Juvénile ?

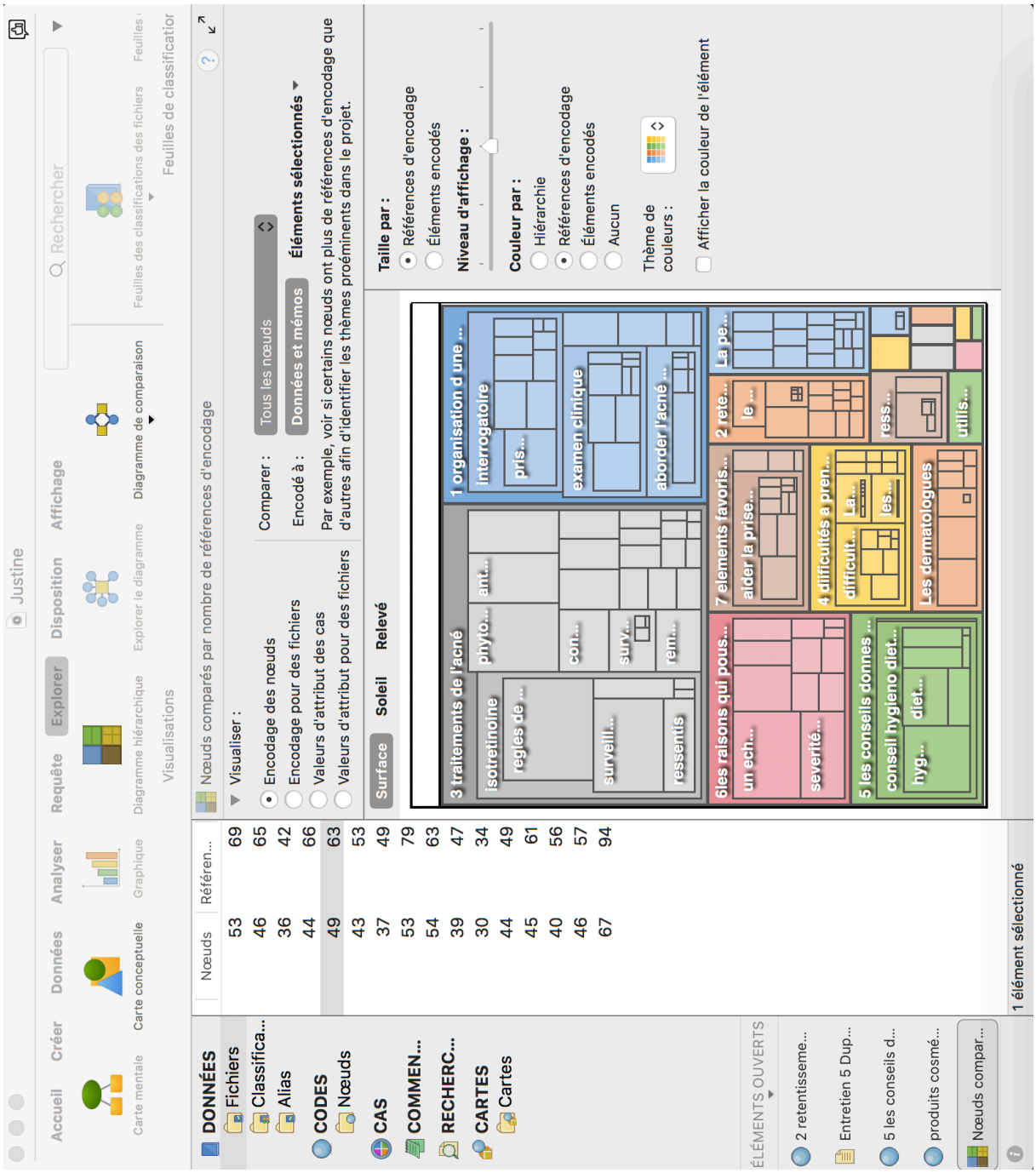
- La manipulation de certains médicaments ?
- Certaines surveillances particulières ?
- Les demandes particulières des patients ?

7. Par quel moyen pourrions -nous améliorer la prise en charge des patients acnéiques ?

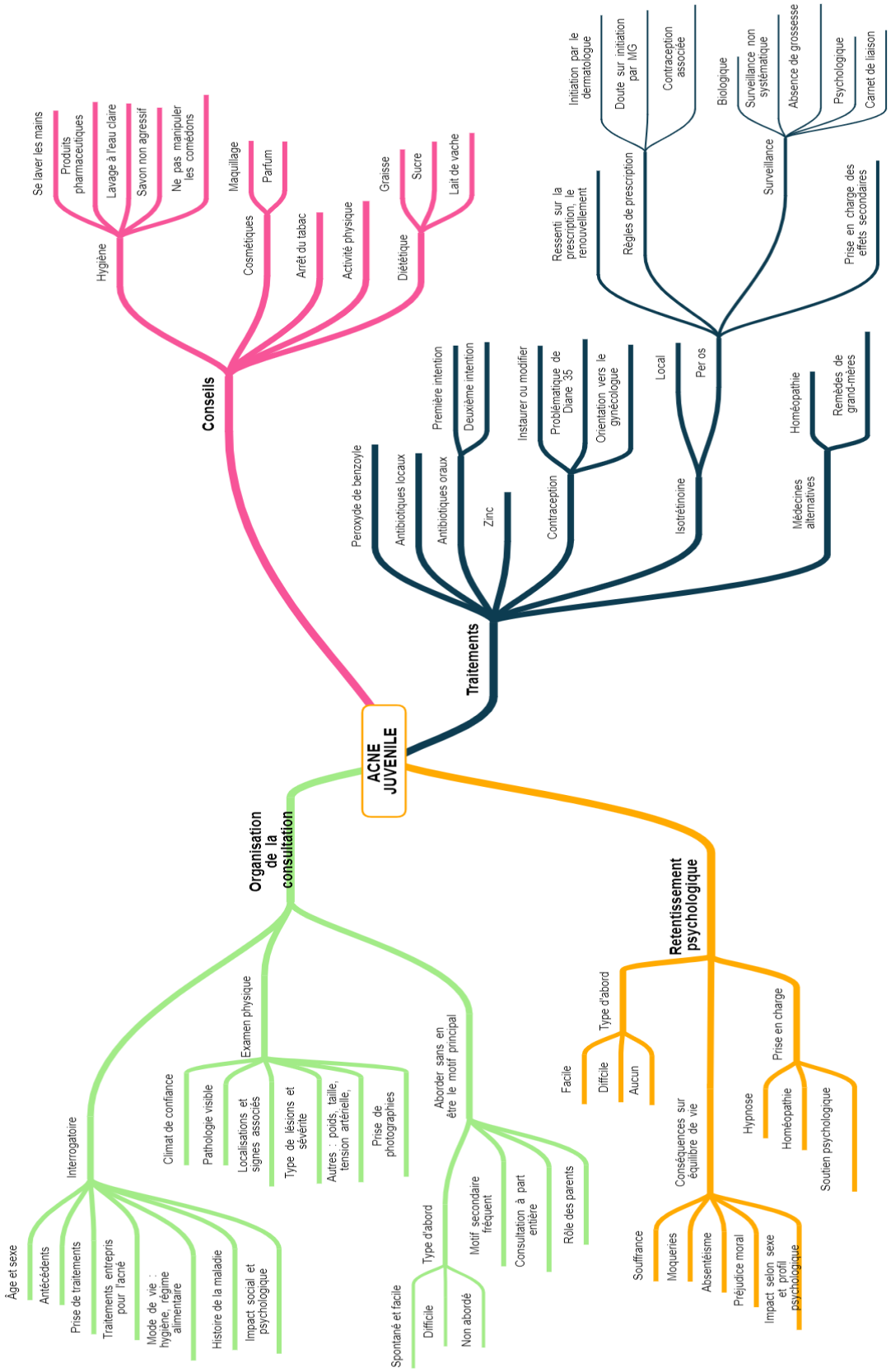
- *Que pensez vous de la télémédecine ?*

Souhaitez-vous un retour de mon travail de thèse ?

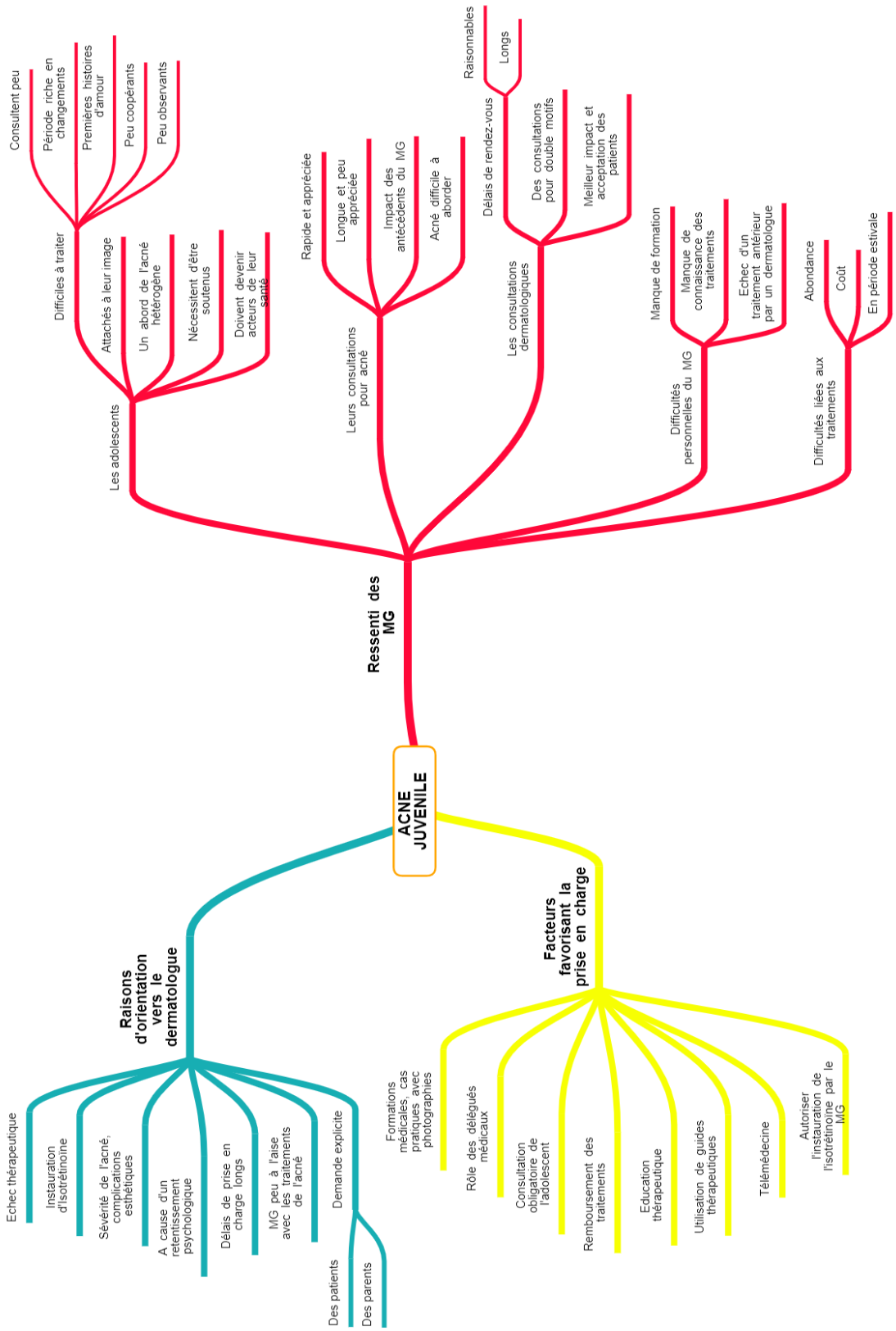
Annexe 5 : Capture d'écran du logiciel N Vivo pendant la phase de codage



Annexe 6 : Carte heuristique sur l'organisation, le retentissement psychologique les conseils et traitements dans l'AJ



Annexe 7 : Carte heuristique sur le ressenti des MG, les raisons d'orientation et les facteurs favorisants la prise en charge de l'AJ



Annexe 8 : retranscription des entretiens (CD-ROM)

RÉSUMÉ

RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ACNÉ JUVENILE ET RAISONS D'ORIENTATION VERS LE DERMATOLOGUE

Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme

Introduction: L'acné juvénile (AJ) représente plus d'une consultation par mois pour le médecin généraliste (MG). L'orientation vers le dermatologue en cas d'AJ n'est pas constante. L'objectif principal de notre travail était d'étudier le ressenti des MG dans la prise en charge de l'AJ et les raisons d'orientation chez le dermatologue. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les difficultés ou les facilités à prendre en charge l'AJ. **Matériel et méthodes**: Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG dans l'ex-région Picardie. **Résultats**: Seize entretiens ont été réalisés. Le ressenti des MG dans l'AJ était variable mais peu d'entre eux appréciaient ce motif de consultation. La moitié était à l'aise avec l'AJ. Certains ne l'abordaient que si le patient consultait pour ce motif. Un suivi clinique n'était pas toujours proposé. Aucune échelle d'évaluation du retentissement psychologique de l'AJ n'était utilisée. Parfois infondés, des conseils hygiéno-diététiques étaient souvent prodigués. La plupart des MG ne suivaient pas les recommandations de bonne pratique. Les raisons d'orientation vers le dermatologue étaient essentiellement la sévérité ou l'échec thérapeutique avec nécessité d'introduire de l'isotrétinoïne. La plupart des MG semblaient rassurés de l'initiation de ce traitement par le spécialiste. Le renouvellement était réalisé par la plupart des MG, bien que les règles de surveillance ne fussent pas toujours maitrisées. **Conclusion:** Malgré l'existence d'un algorithme de prise en charge de l'AJ, la complexité de cette pathologie, de par son abord et son retentissement, en fait une consultation peu appréciée des MG. Le recours au dermatologue n'était pas systématique et survenait en cas de lésions sévères ou d'échec thérapeutique.

Mots-clés: acné juvénile, médecins généralistes, retentissement psychologique, conseil hygiéno-diététique, isotrétinoïne.

GENERAL PRACTITIONERS' FEELING IN THE MANAGEMENT OF JUVENILE ACNE AND REASONS FOR REFERENCE TO THE DERMATOLOGIST:

Qualitative study with general practitioners in Aisne, Oise and Somme

Introduction: Juvenile acne (JA) represents more than one consultation per month for the general practitioner (GP). Referral to the dermatologist for JA is not constant. The main objective of our study was to consider the feeling of GPs in the management of JA and the reasons for referral to the dermatologist. The secondary objectives were to seek the difficulties or the facilities to take care of JA. **Methods**: We conducted a qualitative study using individual semi-structured interviews with GPs in the ex Picardie region. **Results**: Sixteen interviews were carried out. The GPs' feeling about JA was variable, but few of them appreciated this reason for consultation. Half of them were comfortable with JA. Some only approached it if the patient consulted for this reason. Clinical follow-up was not always propose. None of them used a scale to assess psychological impact of JA. Even if they were sometimes unfounded, diet and lifestyle advice was given. Most GPs did not follow good practice recommendations. The reasons for referring to the dermatologist were mainly severity or therapeutic failure in order to introduce isotretinoin. Most GPs seemed reassured that the specialist had started this treatment. Prescription were renewed by most GPs, although the surveillance procedures were not always applied. **Conclusion**: Despite the existence of a management algorithm for JA, the complexity of this pathology, by its approach and its repercussions, makes the consultation rarely appreciated by GPs. Dermatologist's involvement was not systematic and occurred if lesions were severe or treatment failed.

Keywords: Juvenile acne, general practitioners, psychological repercussions, diet and lifestyle advice, isotretinoin.