

**THESE**  
**Pour le**  
**DIPLÔME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par  
Laurence MARTIN

---

*Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2006*

L'observance des traitements antiacnéiques

Présidente : Mme Nicole GRIMAUD, Maître de conférences de Pharmacologie

Membres du jury : Mme Brigitte DRENO, Professeur de Dermatologie  
M. Thierry CHARPENTIER, Docteur en Pharmacie

# **SOMMAIRE**

<b><u>ABREVIATIONS</u></b> .....	10
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	11
<b><u>1ERE PARTIE : ACNE, GENERALITES</u></b> .....	13
<b>I.1 Epidémiologie</b> .....	14
<b>I.2 Physiopathologie</b> .....	14
I.2.1 Hyperséborrhée.....	14
I.2.2 Hyperkératinisation du follicule pileux et comédogénèse.....	15
I.2.3 Prolifération bactérienne et inflammation.....	16
I.2.3.1 La flore cutanée.....	16
I.2.3.2 Mécanismes d'action de Propionibacterium acnes.....	16
I.2.3.3 L'inflammation.....	16
<b>I.3 Description des lésions</b> .....	17
I.3.1 Topographie des lésions.....	17
I.3.2 Les lésions rétentionnelles.....	18
I.3.2.1 Les comédons ouverts.....	18
I.3.2.2 Les comédons fermés.....	18
I.3.3 Les lésions inflammatoires.....	18
I.3.3.1 Les papules.....	18
I.3.3.2 Les pustules.....	19
I.3.3.3 Les nodules.....	19
I.3.3.4 Les kystes.....	19
I.3.4 Les cicatrices.....	19
<b>I.4 Les formes cliniques</b> .....	19
I.4.1 La forme banale : l'acné juvénile polymorphe.....	20
I.4.2 Les formes précoces.....	20
I.4.2.1 L'acné néonatale.....	20
I.4.2.2 L'acné infantile.....	21
I.4.2.3 L'acné prépubertaire.....	21
I.4.3 Les formes tardives.....	21

I.4.4 Les formes d'étiologies particulières.....	22
I.4.4.1 Les acnés médicamenteuses.....	22
I.4.4.2 Les acnés exogènes.....	23
I.4.4.3 L'acné excoriée.....	23
I.4.5 Les formes graves.....	23
I.4.5.1 L'acné nodulaire.....	23
I.4.5.2 L'acné conglobata.....	24
I.4.5.3 L'acné fulminans.....	25
I.4.5.4 Le rhumatisme acnéique.....	25
<b>I.5 Les principaux diagnostics différentiels.....</b>	<b>25</b>
I.5.1 La rosacée.....	26
I.5.2 Les folliculites.....	26
I.5.2.1 La folliculite pityrosporique.....	26
I.5.2.2 La folliculite du cuir chevelu.....	26
I.5.3 La pseudo-folliculite de la barbe.....	26
I.5.4 La maladie de Verneuil.....	27
<b><u>2EME PARTIE : LES TRAITEMENTS DE L'ACNE</u>.....</b>	<b>28</b>
<b>II.1 Les traitements topiques.....</b>	<b>29</b>
II.1.1 Les rétinoïdes topiques et dérivés.....	29
II.1.1.1 Mécanisme d'action.....	29
II.1.1.2 Effets indésirables.....	29
II.1.2 Le peroxyde de benzoyle.....	30
II.1.2.1 Mécanisme d'action.....	30
II.1.2.2 Effets indésirables.....	30
II.1.3 L'acide azélaïque.....	30
II.1.4 Les antibiotiques locaux.....	31
II.1.5 Les associations.....	31
II.1.5.1 Rétinoïdes et peroxyde de benzoyle.....	31
II.1.5.2 Rétinoïdes et antibiotiques locaux.....	32
II.1.5.3 Peroxyde de benzoyle et antibiotiques locaux.....	32
<b>II.2 Les traitements par voie orale.....</b>	<b>32</b>
II.2.1 Les traitements hormonaux.....	32
II.2.1.1 Les antiandrogènes.....	32

II.2.1.1.1 L'acétate de cyprotérone ANDROCUR®.....	33
II.2.1.1.1.1 Mécanisme d'action et indications.....	33
II.2.1.1.1.2 Association acétate de cyprotérone/ EE.....	33
II.2.1.1.2 La spironolactone ALDACTONE®.....	33
II.2.1.2 Les œstrogénostatifs.....	33
II.2.1.3 Les glucocorticoïdes.....	34
II.2.1.4 Les indications du traitement hormonal.....	34
II.2.2 Les sels de zinc RUBOZINC®, EFFIZINC®.....	34
II.2.3 Les antibiotiques oraux.....	35
II.2.3.1 Mécanisme d'action.....	35
II.2.3.2 Associations.....	35
II.2.4 L'isotrétinoïne ROACCUTANE®, PROCUTA®, CURACNE®.....	35
II.2.4.1 Mécanisme d'action.....	36
II.2.4.2 Indications.....	36
II.2.4.3 Posologie et durée de traitement.....	36
II.2.4.4 Les effets secondaires.....	37
II.2.4.4.1 L'effet indésirable majeur : la tératogénicité.....	37
II.2.4.4.2 Les troubles cutanéomuqueux.....	38
II.2.4.4.3 Acné fulminans.....	38
II.2.4.4.4 Les effets secondaires lipidiques.....	38
II.2.4.4.5 Le syndrome dépressif.....	39
II.2.4.5 Les associations.....	39
II.2.5 La dapsone DISULONE®.....	39
<b>II.3 La petite chirurgie de l'acné.....</b>	<b>39</b>
<b>II.4 Les critères de choix du traitement.....</b>	<b>40</b>
II.4.1 Les éléments modulateurs du traitement.....	40
II.4.2 Un algorithme de traitement.....	40
II.4.2.1 Acné légère.....	40
II.4.2.2 Acné modérée.....	40
II.4.2.3 Acné sévère.....	41
II.4.2.4 Remarque.....	41
<b>II.5 La place des cosmétiques.....</b>	<b>41</b>

<b><u>3EME PARTIE : L'OBSERVANCE</u></b> .....	42
<b>III.1 Définitions</b> .....	43
<b>III.2 Les facteurs de mauvaise observance</b> .....	43
III.2.1 Facteurs liés à la maladie.....	44
III.2.2 Facteurs liés au médecin.....	44
III.2.3 Facteurs liés au patient et à son entourage.....	44
III.2.4 Facteurs liés au médecin et au patient.....	44
III.2.5 Facteurs liés à la prescription elle-même.....	45
III.2.6 Facteurs liés au pharmacien.....	45
<b>III.3 Conséquences de l'inobservance</b> .....	45
<b>III.4 Mesurer l'observance</b> .....	45
III.4.1 Objectifs.....	45
III.4.2 Moyens de mesure.....	46
III.4.3 Remarques.....	47
<b>III.5 Etudes réalisées sur l'observance et l'acné</b> .....	47
III.5.1 Etude menée en 1984 par Flanders et McNamara.....	47
III.5.2 Etude réalisée par McEvoy, Nydegger et Williams en 2003.....	48
III.5.2.1 Déroulement de l'étude.....	48
III.5.2.2 Résultats.....	50
III.5.3 Etude de Zaghoul, Cunliffe et Goodfield en 2004.....	51
III.5.4 Etude sur l'observance et l'isotrétinoïne en 1999.....	52
<b><u>4EME PARTIE : NOTRE ETUDE PROSPECTIVE MENEES AU CHU DE NANTES</u></b>	
<b><u>SUR L'OBSERVANCE DES PATIENTS ACNEIQUES</u></b> .....	53
<b>IV.1 Objectifs</b> .....	54
<b>IV.2 Matériel et méthode</b> .....	54
IV.2.1 Population étudiée.....	54
IV.2.2 Outils utilisés.....	54
IV.2.3 Méthode.....	61
<b>IV.3 Résultats</b> .....	61
IV.3.1 Profil de la population étudiée.....	61
IV.3.1.1 Sexe.....	61
IV.3.1.2 Age.....	62
IV.3.2 Estimation du degré de sévérité de l'acné.....	62

IV.3.2.1 Estimation personnelle.....	62
IV.3.2.2 Estimation par l'expert.....	63
IV.3.2.3 Evaluation de la concordance.....	63
IV.3.3 Evolution de l'acné entre les deux dernières consultations.....	65
IV.3.3.1 Selon les patients.....	65
IV.3.3.2 Selon les indices de la grille ECLA.....	65
IV.3.3.3 Evaluation de la concordance.....	66
IV.3.4 Type de traitement prescrit lors de la dernière consultation.....	68
IV.3.5 Mesure de l'observance.....	68
IV.3.6 Rythme d'utilisation des médicaments.....	70
IV.3.7 Lieu d'application.....	70
IV.3.8 Utilisation des cosmétiques.....	70
<b>IV.4 Discussion.....</b>	<b>71</b>
IV.4.1 Profil de la population étudiée.....	71
IV.4.1.1 Sexe.....	71
IV.4.1.2 Age.....	71
IV.4.2 Estimation du degré de sévérité.....	71
IV.4.3 Estimation de l'évolution.....	71
IV.4.4 L'observance.....	72
IV.4.4.1 Taux d'observance mesuré.....	72
IV.4.4.2 Observance et types de traitement.....	72
IV.4.4.3 Facteurs associés à une mauvaise observance.....	73
IV.4.5 Conclusion de cette étude.....	73
<b>IV.5 Stratégies pour améliorer l'observance.....</b>	<b>74</b>
IV.5.1 Avant le début du traitement.....	74
IV.5.1.1 Expliquer le cycle de l'acné.....	74
IV.5.1.2 Quelques idées reçues.....	75
IV.5.1.3 Etablir une relation de confiance avec le patient.....	76
IV.5.1.4 Evaluer le retentissement psychique de l'acné.....	77
IV.5.2 Le traitement.....	78
IV.5.2.1 Rédaction de l'ordonnance.....	78
IV.5.2.2 Expliquer le rythme d'amélioration.....	78
IV.5.2.3 Informer de la durée du traitement.....	78
IV.5.2.4 Choix de la formulation galénique.....	78

IV.5.2.4.1 Les crèmes.....	79
IV.5.2.4.2 Les gels.....	79
IV.5.2.4.3 Les lotions.....	79
IV.5.2.4.4 Les solutions.....	79
IV.5.2.5 Expliquer le traitement clairement.....	79
IV.5.2.6 S'adapter aux habitudes de vie du patient.....	80
IV.5.2.7 Intérêt du traitement de maintien et des visites de suivi.....	80
IV.5.3 Expliquer le rôle des cosmétiques.....	81
IV.5.4 Environnement familial et observance.....	81
IV.5.5 A l'officine.....	81
<b>IV.6 Conclusion.....</b>	<b>82</b>
<b><u>5EME PARTIE : CONSEILS ASSOCIES.....</u></b>	<b>83</b>
<b>V.1 Recommandations sur les principaux traitements antiacnéiques.....</b>	<b>84</b>
V.1.1 Les traitements topiques.....	84
V.1.1.1 Recommandations générales.....	84
V.1.1.2 Les rétinoïdes locaux.....	84
V.1.1.3 Le peroxyde de benzoyle.....	85
V.1.1.4 Les antibiotiques topiques.....	86
V.1.1.5 Intérêt des associations.....	86
V.1.2 Les traitements oraux.....	86
V.1.2.1 Les sels de zinc.....	86
V.1.2.2 Les antibiotiques oraux.....	86
V.1.2.3 L'isotrétinoïne.....	87
<b>V.2 Conseils sur les produits cosmétiques.....</b>	<b>88</b>
V.2.1 Les produits d'hygiène.....	89
V.2.1.1 Les savons.....	89
V.2.1.2 Les syndets et les pains dermatologiques sans savon.....	89
V.2.1.3 Les gels moussants.....	89
V.2.1.4 Les laits.....	89
V.2.1.5 Les antiseptiques moussants.....	90
V.2.1.6 Les produits gommants.....	90
V.2.1.7 Les masques.....	90
V.2.1.8 Les patchs.....	90

V.2.2 Les cosmétiques d'accompagnement.....	90
V.2.2.1 Les produits hydratants et apaisants.....	91
V.2.2.2 Les cosmétiques antiacnéiques.....	92
V.2.2.2.1 Le visa PP.....	92
V.2.2.2.2 Formulation.....	92
V.2.2.2.2.1 Les actifs séborégulateurs.....	93
V.2.2.2.2.2 Les actifs kératorégulateurs et kératolytiques.....	93
V.2.2.2.2.3 Les actifs antibactériens et antiseptiques.....	94
V.2.2.2.2.4 Les actifs apaisants et anti-inflammatoires.....	94
V.2.2.3 Les produits de maquillage.....	95
V.2.2.3.1 L'acné cosmétique.....	95
V.2.2.3.2 Les produits comédogènes.....	95
V.2.2.4 Les produits solaires.....	96
V.2.2.4.1 Acné et soleil.....	96
V.2.2.4.2 Traitements antiacnéiques et soleil.....	96
V.2.2.4.3 Remarques.....	97
<b>V.3 La prise en charge à l'officine.....</b>	<b>98</b>
<b><u>CONCLUSION</u>.....</b>	<b>101</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u>.....</b>	<b>103</b>
<b><u>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX</u>.....</b>	<b>107</b>

## **ABREVIATIONS**

**DHT** : dihydrotestostérone

**P. acnes** : Propionibacterium acnes

**Il-1 $\alpha$**  : interleukine 1 alpha

**Il-6** : interleukine 6

**Il-8** : interleukine 8

**TNF $\alpha$**  : Tumor Necrosis Factor alpha

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**EE** : éthynilœstradiol

**FSH** : Follicle Stimulating Hormone

**LH** : Luteinizing Hormone

**$\beta$ HCG** : bêta Hormone Chorionique Gonadotrope

**UV** : ultraviolets

**AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

**AHA** : alphahydroxyacides

**BHA** : bêtahydroxyacides

**Visa PP** : visa Publicité Produit

# INTRODUCTION

L'acné est une pathologie fréquente qui touche plus particulièrement les adolescents. Les traitements sont nombreux et efficaces. Cependant, cette efficacité est dépendante d'un élément primordial : c'est l'observance. L'importance de ce facteur nous a amenés à nous intéresser au problème de l'observance des traitements antiacnéiques. Cette étude porte donc sur l'analyse prospective des patients consultant dans le service de dermatologie, afin de connaître le niveau de bonne observance et les facteurs qui peuvent faire varier cette observance. Diverses stratégies peuvent être envisagées pour améliorer l'observance aussi bien au cabinet du médecin qu'à l'officine.

**1<sup>ère</sup> PARTIE :**  
**ACNE, GENERALITES**

## **I.1. EPIDEMIOLOGIE**

Chaque année, en France, 3 millions de personnes consultent un médecin pour leur acné. C'est d'ailleurs le motif de visite le plus fréquent chez les dermatologues avec 15 à 20% des consultations.

L'acné est une affection fréquente, particulièrement chez les adolescents. En 1996, une étude épidémiologique réalisée en milieu scolaire a observé une prévalence globale de 72% chez les 13-18 ans. Cette étude relève que les filles présentent des lésions plus précocement que les garçons. Les pics de fréquence diffèrent aussi selon le sexe : chez les filles, on constate un double pic, l'un à 15 ans et l'autre à 17 ans et chez les garçons, un pic de fréquence entre 16 et 18 ans. Quel que soit l'âge, les garçons présentent des lésions plus nombreuses et plus sévères que les filles.

Si généralement l'acné régresse spontanément à la fin de l'adolescence, il est observé, dans 15% des cas, une persistance des lésions à l'âge adulte. Cela concerne essentiellement la femme. La persistance des lésions ou leur apparition vers 22-25 ans s'explique souvent par des raisons extérieures telles que la prise de contraceptifs oraux ou l'application de produits cosmétiques comédogènes. Néanmoins, l'acné perdure très rarement après 70 ans.

## **I.2. PHYSIOPATHOLOGIE**

Le développement de l'acné est lié à 3 composantes essentielles : l'hyperséborrhée, l'hyperkératinisation du follicule pileux et la prolifération bactérienne engendrant l'inflammation.

### **I.2.1 Hyperséborrhée**

Le sébum est un mélange de lipides : triglycérides, cires, squalènes, cholestérol et esters de cholestérol. Il est sécrété par les glandes sébacées et s'élimine par l'infundibulum pileux.

La séborrhée est l'augmentation de la synthèse de sébum au niveau des glandes sébacées. Elle se traduit par un aspect gras et luisant du visage. Ce phénomène apparaît vers l'âge de 9-10 ans et s'amplifie à l'adolescence.

L'activité des glandes sébacées est sous la dépendance des androgènes, notamment la testostérone. La 5 alpha réductase transforme la testostérone inactive en dihydrotestostérone (DHT) active sur le récepteur, provoquant ainsi la production de sébum. Dans l'acné, l'activité excessive de cette enzyme entraîne une surproduction de DHT. Cependant, le taux d'androgènes n'est pas le seul élément à prendre en compte puisque les hommes présentent des taux bien supérieurs aux femmes. L'acné fait intervenir la notion de réceptivité individuelle de la glande sébacée aux androgènes et notamment une hypersensibilité des cellules sébacées vis-à-vis des androgènes chez les personnes touchées. Ceci expliquerait l'origine génétique de l'acné dans certaines familles. Chez l'homme, ce facteur serait déterminant dans le développement de l'acné.

Chez la femme, l'hyperandrogénie est liée soit à une surproduction d'androgènes par les ovaires ou les surrénales, soit à une augmentation de la production locale dans les glandes sébacées. C'est pourquoi lorsque l'acné est associée à un hirsutisme, une acné persistante après 25 ans, une irrégularité des règles, ou bien lors d'une récurrence après un traitement par isotrétinoïne, un bilan hormonal sera pratiqué. Cependant, dans la majorité des cas, le taux de testostérone circulant et le bilan endocrinien sont normaux.

### **I.2.2. Hyperkératinisation du follicule pileux et comédogénèse**

La glande sébacée est reliée à la surface de la peau par le canal folliculaire. Au cours de l'acné, les cellules épithéliales de ce canal prolifèrent de façon anormale. En se desquamant, elles s'accumulent et obstruent le canal empêchant l'évacuation du sébum et entraînant une rétention sébacée. Ainsi se forment des lésions rétentionnelles appelées comédons. Il en existe 2 types : les comédons fermés ou microkystes et les comédons ouverts ou « points noirs ».

Plusieurs facteurs interviennent dans la comédogénèse. L'utilisation de cosmétiques comédogènes, les expositions solaires, certains médicaments entraînent la formation de comédons. La modification de la composition du sébum avec notamment une carence en acide linoléique pourrait également intervenir dans ce processus.

### **I.2.3. Prolifération bactérienne et inflammation**

#### **I.2.3.1. La flore cutanée**

Chez l'acnéique, la flore cutanée est constituée principalement de cocci aérobie (Staphylococcus epidermidis en majorité), de levures (Pityrosporum ovale et Pityrosporum orbiculare) et d'une corynébactérie (Propionibacterium acnes).

P. acnes est un germe anaérobie et lipophile qui va se multiplier au niveau du follicule obstrué.

#### **I.2.3.2. Mécanismes d'action de Propionibacterium acnes**

Cette bactérie tient un rôle prépondérant dans la genèse des lésions inflammatoires. Son action repose sur différents mécanismes.

Cette bactérie produit diverses sécrétions enzymatiques :

- Les lipases hydrolysent les triglycérides du sébum, qui se transforment en acides gras libres. Ces acides gras ont une action irritante et libèrent des substances chimiotactiques vis-à-vis des polynucléaires neutrophiles.
- Les hyaluronidases, les phosphatases, les protéases, les neuraminidases et les lécithinases fragilisent les parois folliculaires puis provoquent la rupture du sac folliculaire dans le derme.
- Les collagénases et les élastases attaquent les fibres conjonctives qui entourent le follicule pilo-sébacé.

P. acnes sécrète également des facteurs qui, après diffusion à travers les parois du follicule, exercent un chimiotactisme sur les polynucléaires neutrophiles.

La présence de P. acnes induit la production d'anticorps anti-P. acnes. La voie classique du complément est alors activée de façon proportionnelle au taux d'anticorps. La voie alterne est stimulée par l'enveloppe cellulaire de P. acnes.

L'activation du complément participe à l'inflammation par libération de substances attirant les polynucléaires neutrophiles.

#### **I.2.3.3 L'inflammation**

L'inflammation résulte de multiples facteurs en lien direct ou indirect avec P. acnes.

Ce germe a un rôle primordial dans le déclenchement de l'inflammation, d'une part en sécrétant, dès le début de la comédogénèse, des substances qui attirent les polynucléaires et

d'autre part, en produisant des lipases qui induisent la formation d'acides gras libres à activité proinflammatoire.

La rupture du sac folliculaire est à l'origine de l'inflammation. Elle est provoquée par la libération, par les polynucléaires neutrophiles, d'enzymes protéolytiques, de prostaglandines et de leucotriènes, mais aussi par les enzymes directement sécrétées par *P. acnes*. Le passage du contenu folliculaire dans le derme se traduit cliniquement par des papules, des pustules et des nodules. L'intensité de l'inflammation varie selon la sensibilité des follicules.

D'autres éléments participent à ce processus et entretiennent la réaction inflammatoire.

En effet, le derme entourant le follicule pilosébacé est pourvu de macrophages qui peuvent être activés par *P. acnes*, ce qui entraîne une aggravation de l'inflammation.

En présence des polynucléaires neutrophiles, les cellules épithéliales du canal folliculaire produisent des cytokines proinflammatoires (Il-1 $\alpha$ , Il-6, Il-8 et TNF $\alpha$ ). La libération de cytokines est aussi stimulée par les leucotriènes. Ceci contribue au maintien de l'inflammation en induisant un œdème du canal folliculaire qui gêne l'évacuation du pus et en attirant d'autres polynucléaires.

Cette corrélation étroite entre l'inflammation et *P. acnes* explique l'efficacité des traitements antibiotiques dans les acnés à prédominance inflammatoire.

### **I.3 DESCRIPTION DES LÉSIONS**

L'acné associe des lésions rétentionnelles (comédons ouverts et comédons fermés) et inflammatoires (papules, pustules, nodules). Il est important de bien différencier ces deux types de lésions car la prédominance de l'une ou de l'autre de ces lésions détermine le traitement à mettre en place.

#### **I.3.1 Topographie des lésions**

L'acné est une dermatose qui affecte le follicule pilo-sébacé, ce qui explique la topographie des lésions. Celles-ci siègent :

- au niveau du visage : front, joues, menton

- sur la partie supérieure du thorax : région pré sternale, haut du dos, épaules

Dans les formes les plus sévères, la totalité du tronc et la partie supérieure des bras sont atteints.

### **I.3.2 Les lésions rétentionnelles**

La lésion rétentionnelle est la lésion primitive de l'acné. Elle se traduit soit par un comédon ouvert, appelé plus communément « point noir », soit par un comédon fermé ou microkyste.

#### **I.3.2.1 Les comédons ouverts**

Les comédons ouverts, visibles par leur surface noire, sont formés d'un agrégat de cornéocytes, de sébum et de kératine. Ils s'accompagnent d'une dilatation de l'orifice folliculaire. Ils évoluent rarement vers l'inflammation.

#### **I.3.2.2 Les comédons fermés**

Ils sont également appelés microkystes. Ce sont de petites lésions blanchâtres de 2 à 3 millimètres de diamètre. Ils sont caractérisés par un orifice folliculaire quasiment fermé. Peu visibles, ils apparaissent plus nettement en tendant la peau.

Dans 75% des cas, les comédons fermés se transforment en lésions inflammatoires.

### **I.3.3 Les lésions inflammatoires**

Elles résultent de la prolifération de *Propionibacterium acnes* au sein des follicules. La libération d'enzymes protéolytiques par la bactérie et par les polynucléaires entraîne une rupture du sac folliculaire. La dissémination de son contenu dans le derme est responsable de l'inflammation. Diverses lésions se forment alors.

#### **I.3.3.1 Les papules**

Ces lésions mesurent de 1 à 5 millimètres de diamètre. Elles sont rouges, en relief et leur sensibilité est variable. Leur apparition peut s'accompagner d'un prurit.

### I.3.3.2 Les pustules

Elles sont semblables aux papules à la différence que les pustules sont surmontées d'un cône blanchâtre laiteux. Elles se rompent facilement, soit de façon spontanée, soit suite à des manipulations intempestives. Les pustules peuvent entraîner des cicatrices.

### I.3.3.3 Les nodules

Présents dans les acnés sévères, ce sont des lésions inflammatoires mesurant plus de 5 millimètres de diamètre. Ce sont des tuméfactions rouges violacées, profondes et douloureuses au toucher.

Ils se rencontrent plus fréquemment chez les hommes, notamment au niveau du dos.

A leur disparition succèdent, la plupart du temps, des cicatrices.

### I.3.3.4 Les kystes

Ils sont formés par la réunion de plusieurs nodules. Ils siègent surtout au niveau du dos et peuvent atteindre plusieurs centimètres. Les kystes persistent longtemps et engendrent des cicatrices.

L'association de nodules et de kystes constitue une forme clinique sévère appelée acné nodulokystique.

## **I.3.4 Les cicatrices**

Elles surviennent suite aux lésions inflammatoires, essentiellement après des nodules. Cependant, l'importance des cicatrices n'est pas reliée au degré de sévérité de l'acné.

Au début rouges, les cicatrices deviennent progressivement plus pâles. Elles peuvent s'accompagner d'un trouble de la pigmentation, notamment après une exposition solaire.

Les cicatrices peuvent être atrophiques ou hypertrophiques. Le plus souvent, elles sont atrophiques et s'atténuent à la traction de la peau. Les cicatrices hypertrophiques se rencontrent plus rarement. Elles ne sont pas caractéristiques de l'acné mais sont plutôt le fait d'un terrain individuel particulier.

## **I.4 LES FORMES CLINIQUES**

Le diagnostic de l'acné repose avant tout sur la clinique. Les spécificités de chacune des formes cliniques interviennent directement dans la prise en charge thérapeutique.

### **I.4.1 La forme banale : l'acné juvénile polymorphe**

C'est la forme la plus fréquente d'acné. Elle touche 72% des adolescents. Son diagnostic repose sur l'association de lésions rétentionnelles et inflammatoires, d'où son appellation « polymorphe ». Cliniquement, elle se traduit par des comédons, des papules et des pustules qui siègent principalement sur le visage, le cou, la poitrine et le dos.

Le degré de sévérité de l'acné dépend de plusieurs critères, à savoir :

- le nombre de lésions
- le type clinique : acné rétentionnelle ou inflammatoire ou mixte
- la présence ou non de nodules
- la réponse aux traitements antérieurs locaux ou généraux déjà prescrits
- l'impact sur la qualité de vie



Figure 1 : Acné rétentionnelle



Figure 2 : Acné papulopustuleuse

### **I.4.2 Les formes précoces**

#### **I.4.2.1 L'acné néonatale**

Elle touche 20% des nourrissons et, plus particulièrement les garçons. Elle débute dès la naissance. Les joues et le front présentent des comédons. Les lésions régressent spontanément en 1 à 3 mois.

Dans certains cas, l'acné néonatale peut être due à la prise de médicaments pendant la grossesse.

#### I.4.2.2 L'acné infantile

Elle s'observe chez les enfants de 3 à 6 ans. Elle se caractérise par des lésions papulopustuleuses siégeant principalement sur les joues. Ces lésions peuvent persister pendant plusieurs mois voire plusieurs années.

L'acné infantile est souvent associée à l'application de produits cosmétiques comédogènes ou à un traitement prolongé par corticoïdes.

#### I.4.2.3 L'acné prépubertaire

Elle se rencontre à l'âge de 8-9 ans, particulièrement chez les enfants dont la famille présente des antécédents d'acné. Cette forme clinique est souvent liée à des anomalies endocrines, notamment une puberté précoce surrénale.

Chez la jeune fille, le nombre de lésions élémentaires présentes avant le déclenchement des règles est un facteur prédictif de la sévérité ultérieure de l'acné. Ainsi, s'il est retrouvé plus de 6 comédons et (ou) plus de 5 éléments inflammatoires, le nombre d'éléments d'acné entre 13 et 15 ans sera plus important qu'en l'absence de lésions entre 9 et 12 ans.

### **I.4.3 Les formes tardives**

L'acné est souvent associée à l'adolescence. En réalité, elle est aussi largement présente à l'âge adulte. Une étude menée en 1996 a montré que sur 2284 patients acnéiques, plus de la moitié avait plus de 18 ans.

Entre 18 et 25 ans, la présence d'acné semblerait être, dans la majorité des cas, le prolongement d'une acné antérieure. Entre 25 et 58 ans, la prévalence de l'acné étudiée chez 427 femmes est de 54% et de 40% chez 322 hommes. Il s'agit d'une acné persistante chez 82% des femmes et 92% des hommes.

Les acnés apparaissant à un âge tardif sont assez rares et plus fréquentes chez la femme. Elles se manifestent principalement par des lésions inflammatoires et siègent classiquement sur la moitié inférieure du visage. Ce type d'acné pose un problème sur le plan

thérapeutique puisqu'il est habituellement résistant aux traitements topiques et récidive après un traitement systémique.

Chez les sujets porteurs d'acné tardive rebelle, il convient d'envisager une exploration hormonale. De même, l'influence du stress, le facteur génétique, l'utilisation de cosmétiques externes, l'environnement professionnel et la consommation de médicament sont des éléments à prendre en compte dans cette forme d'acné.

#### **I.4.4 Les formes d'étiologies particulières**

##### I.4.4.1 Les acnés médicamenteuses

Elles sont provoquées par des médicaments qui, soit vont prolonger une acné déjà existante, soit déclencher une acné chez des sujets à terrain séborrhéique favorable. Les médicaments les plus cités sont les androgènes, les œstroprogestatifs, les corticoïdes, les antiépileptiques et plus rarement, les antituberculeux, la vitamine B12, les halogènes, les sels de lithium et certains immunosuppresseurs (l'azathioprine et la ciclosporine).

Lorsque l'acné survient de façon brusque, particulièrement chez un adulte non atteint jusque-là, il faudra rechercher si un facteur médicamenteux peut être incriminé. Les éruptions acnéiques médicamenteuses se reconnaissent par leur aspect plus monomorphe avec la prédominance de papules et de pustules. Ces lésions régressent plus ou moins rapidement à l'arrêt du médicament en cause.

Chez la femme, l'attention doit être portée sur la prise d'une pilule contraceptive. En effet, la majorité des progestatifs de première et deuxième génération ont une activité androgénique. Le remplacement par une pilule de troisième génération, contenant un progestatif non androgénique, permet le plus souvent une amélioration appréciable de l'acné.



Figure 3 : Acné médicamenteuse

#### I.4.4.2 Les acnés exogènes

Elles apparaissent après exposition à des huiles industrielles, des goudrons, du chlore. Ce type d'acné s'observe surtout chez les garagistes, les mécaniciens et les fraiseurs, et peut être très sévère.

#### I.4.4.3 L'acné excoriée

Elle touche généralement les jeunes filles. Il s'agit d'une acné qui, à l'origine, est constituée de quelques lésions. La manipulation intempestive et perpétuelle de la moindre lésion provoque des formations inflammatoires puis des excoriations.

Cette acné semble associée à une pathologie sous-jacente d'ordre névrotique.



Figure 4 : Acné excoriée

### **I.4.5 Les formes graves**

#### I.4.5.1 L'acné nodulaire

C'est la plus fréquente des formes graves. Elle concerne essentiellement l'adolescent de sexe masculin. Elle associe de nombreuses lésions papulopustuleuses, des nodules, une extension constante et une évolution cicatricielle. L'excision des nodules provoque l'écoulement d'un liquide purulent ou jaunâtre.

L'acné nodulaire débute comme une acné ordinaire puis gagne, petit à petit, le cou, le dos, le thorax et parfois la partie supérieure des bras et les fesses.



Figure 5 : Acné nodulaire

#### I.4.5.2 L'acné conglobata

Elle s'observe surtout chez l'homme. Les lésions rétentionnelles évoluent vers des lésions inflammatoires profondes et des abcès contenant un pus huileux. Ces abcès ont tendance à communiquer et forment des fistules.

Les lésions siègent essentiellement sur le dos mais aussi le visage, les bras, les fesses et la face antérieure des cuisses. Ces lésions laissent des cicatrices importantes. Pour les minimiser, la prise en charge thérapeutique devra être rapide.



Figure 6 : Acné conglobata

#### I.4.5.3 L'acné fulminans

Cette forme est rare et plus fréquente chez l'homme. Elle associe une fièvre élevée brutale à 39/40°C, une altération de l'état général et des douleurs musculaires et articulaires.

La peau présente une éruption nodulaire aiguë surtout au niveau de la région préthoracique et du dos. Ces lésions peuvent s'ulcérer et devenir nécrotiques.

L'acné fulminans peut survenir spontanément, favorisée par des expositions solaires prolongées et intenses. Elle peut aussi être déclenchée par la prise d'isotrétinoïne à forte dose, en début de traitement.



Figure 7 : Acné fulminans

#### I.4.5.4 Le rhumatisme acnéique

Il s'agit d'une complication rare de l'acné. Cela se manifeste par une inflammation des points d'insertion épiphysaires des tendons, des ligaments et des capsules articulaires. Il y a destruction de l'os au niveau des points d'insertion puis épaissement des lamelles osseuses avec calcification des ligaments et des capsules provoquant l'ankylose de l'articulation.

Cliniquement, il est observé soit une spondylarthropathie touchant les articulations sacro-iliaques, soit une atteinte sténo-costoclaviculaire.

### **I.5 LES PRICIPAUX DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS**

Le diagnostic de l'acné repose sur l'aspect séborrhéique de la peau et sur les lésions : leur topographie, leur chronicité et leur polymorphisme.

Les affections suivantes sont à différencier de l'acné.

### **I.5.1 La rosacée**

C'est une dermatose qui touche principalement la femme entre 40 et 60 ans. Elle ne correspond pas à une atteinte du follicule pilosébacé. A l'examen clinique, aucun comédon n'est retrouvé.

Son évolution comporte 4 stades :

- une érythrose paroxystique déclenchée par les repas et les émotions.
- une érythro-couperose permanente avec la présence de télangiectasies.
- une rosacée papulo-pustuleuse qui se traduit par la formation de papules et (ou) de papulo-pustules monomorphes siégeant sur le front, les joues, le nez et le menton. L'évolution se fait par poussées successives.
- un éléphantiasis facial ou rhinophyma qui prédomine soit sur les glandes sébacées, soit sur les capillaires. Contrairement aux autres formes, celle-ci touche davantage les hommes.

### **I.5.2 Les folliculites**

La folliculite se caractérise par une inflammation, parfois suppurative, du follicule pilo-sébacé. Son étiologie est souvent infectieuse.

#### **I.5.2.1 La folliculite pityrosporique**

Cette affection est causée par *Pityrosporum ovale*. Elle peut se traduire par des lésions acnéiformes au niveau du dos.

#### **I.5.2.2 La folliculite du cuir chevelu**

Elle est due à *Propionibacterium acnes*. Elle touche essentiellement l'homme entre 20 et 40 ans. Elle peut être associée à des lésions inflammatoires acnéiques du visage.

### **I.5.3 La pseudo-folliculite de la barbe**

Elle correspond à de petits pustules, acuminés dont l'extrémité allongée se termine en pointe fine, centrée par un poil. Les lésions sont monomorphes avec absence de comédons.

La pseudo-folliculite de la barbe est plus fréquente chez les personnes à poils de barbe bouclés ou crépus. Le poil se recourbe, pénètre dans l'épiderme ce qui engendre une réaction cutanée contre un corps étranger d'où la formation de lésions inflammatoires.

#### **I.5.4 La maladie de Verneuil**

Elle se caractérise par des lésions nodulaires inflammatoires des follicules pilosébacés apocrines siégeant au niveau des aisselles, dans les régions mammaires et intermammaires, les régions inguinale, périnéale et péri-anale. La topographie des lésions signe la différence avec une acné.

**2<sup>ème</sup> PARTIE :**  
**LES TRAITEMENTS DE**  
**L'ACNE**

## **II.1 LES TRAITEMENTS TOPIQUES**

Le traitement topique occupe une place importante dans la prise en charge thérapeutique de l'acné.

Il est suffisant dans les acnés légères à modérées. Il est indiqué essentiellement dans les acnés à lésions rétentionnelles avec une légère composante inflammatoire. Dans des cas plus sévères, il est complété par un traitement par voie orale.

Le traitement topique peut être associé à des soins cosmétiques adaptés de façon à diminuer les réactions d'irritation secondaires au traitement et ainsi améliorer le confort des patients.

### **II.1.1 Les rétinoïdes topiques et dérivés**

Il s'agit de la trétinoïne (RETACNYL®, KETREL®...), de l'isotrétinoïne (ROACCUTANE GEL®) et de l'adapalène (DIFFERINE®).

#### **II.1.1.1 Mécanisme d'action**

Ces dérivés de la vitamine A agissent sur la lésion initiale de l'acné : le microcomédon. Ils régulent le processus de différenciation et de prolifération kératinocytaire et ils provoquent une comédolyse. En traitement de maintien, ils évitent la formation de nouvelles lésions rétentionnelles, ils sont donc utilisés dans la prévention des récives.

Ils exercent également une action anti-inflammatoire :

- La trétinoïne et son isomère, l'isotrétinoïne, inhibent la sécrétion de l'interleukine 6, de l'interféron  $\gamma$  et la production de radicaux libres.
- L'adapalène inhibe le chimiotactisme des polynucléaires neutrophiles et la production des radicaux libres et des leucotriènes.

Leur efficacité est progressive. L'amélioration des lésions est visible après 1 à 2 mois de traitement et encore plus nette au bout de 3 mois.

#### **II.1.1.2 Effets indésirables**

Au début du traitement, il est fréquemment observé une irritation, un érythème, une sensation de chaleur, de tiraillement et une desquamation. Ces effets secondaires s'atténuent au fil du temps. Afin de réduire ces réactions d'irritation, il est parfois nécessaire d'espacer les applications ou d'utiliser un produit plus faiblement dosé durant les premières semaines de

traitement. De plus, l'exposition solaire doit être évitée car les rétinoïdes peuvent induire une photosensibilisation qui pourrait majorer l'irritation.

Il faut aussi prendre en compte le caractère tératogène des rétinoïdes. Même si le passage systémique est faible, il est recommandé de ne pas les prescrire en cas de grossesse.

### **II.1.2 Le peroxyde de benzoyle**

Il est présent dans plusieurs spécialités (CUTACNYL®, EFFACNE®, ECLARAN®...), à différents dosages (2.5%, 5% ou 10%), sous forme de gel, de crème ou de lotion et avec un excipient aqueux ou alcoolique.

#### **II.1.2.1 Mécanisme d'action**

C'est un antiacnéique anti-inflammatoire et légèrement kératolytique. Il a une action antimicrobienne puissante puisqu'il agit par oxydation cellulaire non spécifique, ce qui ne provoque pas de résistance bactérienne. In vitro, il inhibe la production des radicaux libres par effet toxique sur les polynucléaires.

#### **II.1.2.2 Effets indésirables**

Il est recensé des sensations de brûlures et de picotements, un érythème et une desquamation. Ces désagréments sont atténués par une adaptation de la fréquence d'application ou par un produit présentant une concentration plus faible en principe actif. De plus, il faut utiliser de préférence une préparation à excipient aqueux et non alcoolique. Enfin, l'utilisation conjointe d'une crème hydratante est vivement recommandée.

Le peroxyde de benzoyle peut être photosensibilisant, l'exposition solaire doit donc être évitée. Le patient doit également être prévenu que ce produit décolore les vêtements et les phanères.

### **II.1.3 L'acide azélaïque**

Cette molécule est commercialisée dans deux spécialités à des dosages différents : 15% dans FINACEA® et 20% dans SKINOREN®.

L'acide azélaïque est une substance naturelle. Il est produit à partir de l'acide oléique. Cet acide gras libre est présent au niveau du film hydrolipidique cutané. Son oxydation par *Pityrosporum ovale* aboutit à la formation d'acide azélaïque.

Son action repose sur une activité antimicrobienne et un effet direct sur l'hyperkératose folliculaire. Il agit principalement sur la composante inflammatoire en freinant la prolifération de *Propionibacterium acnes* et en réduisant la quantité d'acides gras libres dans les lipides de la surface cutanée.

En début de traitement, une irritation locale, un prurit, une desquamation, un érythème ou des sensations de brûlure peuvent survenir. Il est alors recommandé d'espacer les applications ou de suspendre temporairement le traitement.

#### **II.1.4 Les antibiotiques locaux**

Il s'agit de l'érythromycine ERYACNE®, ERYFLUID®, ERYTHROGEL®, STIMYCINE® (famille des macrolides) et de la clindamycine DALACINE T TOPIC® (famille des lincosanides).

Leur activité s'exerce sur les lésions inflammatoires par un effet direct sur *Propionibacterium acnes*. De plus, ils diminuent le chimiotactisme des polynucléaires neutrophiles et réduisent la quantité d'acides gras libres présente dans le sébum.

Le problème majeur posé par ces antibiotiques est le développement de la résistance de *P. acnes*. La résistance bactérienne à l'érythromycine et à la clindamycine varie de 20 à 65% selon les études. Il semble que ce phénomène serait favorisé par une pénétration médiocre du médicament dans le follicule pilosébacé. Par conséquent, l'utilisation des ces antibiotiques locaux ne doit se faire que de façon ponctuelle.

#### **II.1.5 Les associations**

##### **II.1.5.1 Rétinoïdes et peroxyde de benzoyle**

Cette combinaison allie l'effet anti-inflammatoire du peroxyde de benzoyle et l'activité anti-rétentionnelle des rétinoïdes.

Pour des raisons d'incompatibilités physicochimiques, il est impossible de mélanger ces deux produits dans une même préparation. En effet, le peroxyde de benzoyle oxyde et inactive le rétinoïde. Ces deux médicaments s'appliquent donc séparément, par exemple un le matin et l'autre le soir. En cas de mauvaise tolérance, il est conseillé d'alterner l'application des produits un soir sur deux et d'utiliser une crème hydratante tous les matins.

### II.1.5.2 Rétinoïdes et antibiotiques locaux

Cette association agit également sur les deux types de lésions. ERYLIK® est une spécialité qui renferme ces deux classes (érythromycine + trétinoïne).

La tolérance est meilleure comparée aux rétinoïdes seuls. De plus, l'efficacité de l'antibiotique est renforcée par le rétinoïde, ce qui permet une réduction plus rapide des lésions rétentionnelles et inflammatoires.

### II.1.5.3 Peroxyde de benzoyle et antibiotiques locaux

Les antibiotiques permettent l'amélioration de la tolérance et l'efficacité du peroxyde de benzoyle. Cette combinaison a l'avantage de limiter l'apparition de résistance.

## **II.2 LES TRAITEMENTS PAR VOIE ORALE**

### **II.2.1 Les traitements hormonaux**

Un traitement hormonal est justifié dans la mesure où l'acné est androgénodépendante. En effet, l'acné peut être le signe d'une hyperandrogénie, ce qui explique l'intérêt des dosages hormonaux. Cependant, les traitements hormonaux peuvent être utilisés qu'il y ait ou non une anomalie endocrine.

Chez la femme, l'acné est liée :

- Soit à une hyperproduction d'androgènes d'origine ovarienne ou surrénale due à une tumeur ou un syndrome de Cushing. Dans ces deux derniers cas, l'acné est présente mais d'autres symptômes sont observés.

Le plus souvent, il s'agit d'une hyperandrogénie fonctionnelle ovarienne ou surrénale.

- Soit à un hyperandrogénisme idiopathique périphérique lié à une hyperactivité de la cellule sébacée.

#### II.2.1.1 Les antiandrogènes

Ce sont des molécules capables de se fixer directement de façon compétitive sur les récepteurs androgéniques, ce qui empêche la fixation de la dihydrotestostérone. Il existe 3 molécules : l'acétate de cyprotérone, la spironolactone et le flutamide. Cette dernière molécule n'est pas utilisée en raison d'un fort risque d'hépatotoxicité.

### II.2.1.1.1 L'acétate de cyprotérone ANDROCUR®

#### II.2.1.1.1.1 Mécanisme d'action et indications

C'est un progestatif antigonadotrope et antiandrogénique. Son mécanisme d'action est double. D'une part, il induit une réduction de la sécrétion de FSH et LH, ce qui diminue la sécrétion ovarienne d'androgènes. D'autre part, il empêche la fixation de la dihydrotestostérone à son récepteur cytosolique et freine l'activité de la 5 $\alpha$  réductase.

L'acétate de cyprotérone peut être utilisé dans les acnés sévères ne répondant pas aux cyclines ou à l'isotrétinoïne, ou dans les acnés s'accompagnant d'une hyperandrogénie fonctionnelle. Il est prescrit à la dose de 50 à 100 mg par jour.

Cependant, cette molécule n'a pas d'AMM pour le traitement de l'acné.

#### II.2.1.1.1.2 Association acétate de cyprotérone/ éthynilœstradiol

Cette association est commercialisée dans la spécialité DIANE 35® (2 mg d'acétate de cyprotérone + 35  $\mu$ g d'éthynilœstradiol). Ce médicament a une indication dans le traitement de l'acné. Cependant, certains auteurs pensent que 2 mg d'acétate de cyprotérone sont insuffisants pour obtenir une action antiandrogénique. L'évolution favorable serait due uniquement à l'éthynilœstradiol.

### II.2.1.1.2 La spironolactone ALDACTONE®

Outre son effet anti-aldostérone, la spironolactone possède également un effet anti-androgène. Son activité est liée à un double mécanisme : elle freine la synthèse de la testostérone et empêche la liaison de la dihydrotestostérone à ses récepteurs.

Une étude, réalisée avec une posologie variant de 50 à 200 mg par jour, a mis en évidence une amélioration significative de l'acné, notamment pour des dosages supérieurs à 150 mg par jour. Pendant le traitement, il est observé une réduction du taux d'androgènes circulants et de la sécrétion sébacée.

La spironolactone n'a cependant pas d'AMM dans le traitement de l'acné. Elle peut constituer une alternative dans les acnés sévères résistantes à l'isotrétinoïne.

### II.2.1.2 Les œstroprogestatifs

Les œstrogènes exercent une action antiandrogénique par un double mécanisme. D'une part, ils entraînent une réduction des sécrétions ovariennes androgéniques par effet anti-gonadotrope. D'autre part, ils diminuent le taux d'androgènes libres disponibles pour les

récepteurs sébacés en augmentant le taux de la SHBG (Sex Hormone Binding Globulin). Dans les pilules œstroprogestatives, les œstrogènes sont représentés par l'éthinylœstradiol.

La progestérone naturelle inhibe la 5 $\alpha$  réductase cutanée et exerce ainsi une action antiandrogène. En revanche, certains progestatifs de synthèse ont une activité androgénique intrinsèque. C'est le cas des progestatifs de première génération (noréthistérone) et de deuxième génération (lévonorgestrel) qui présentent des effets androgéniques plus ou moins marqués par leur affinité variable pour les récepteurs aux androgènes. Ce phénomène est très faible voire inexistant pour les progestatifs de troisième génération : norgestimate, désogestrel et gestodène.

Depuis peu, deux pilules œstroprogestatives ont obtenu une AMM avec l'indication suivante : « Contraception orale chez la femme présentant une acné légère à modérée, ce traitement contraceptif ne dispense pas d'un traitement spécifique de l'acné ». Il s'agit des spécialités TRICILEST® et TRIAFEMI® contenant de l'éthinylœstradiol et du norgestimate.

Un autre progestatif récent, la drospirénone, possède une activité anti-androgénique mais inférieure à celle de l'acétate de cyprotérone. Il est commercialisé dans la spécialité JASMINE® (3 mg de drospirénone + 30  $\mu$ g d'EE).

#### II.2.1.3 Les glucocorticoïdes

Ils sont principalement utilisés pour leur activité anti-inflammatoire dans le traitement de l'acné fulminans et dans les cas d'exacerbation de l'acné au début d'un traitement par isotrétinoïne.

#### II.2.1.4 Les indications du traitement hormonal

Ce type de traitement est proposé en première intention lorsque la femme souhaite une contraception ou lorsque l'acné est associée à des signes d'hyperandrogénie. En deuxième intention, il peut être prescrit dans les acnés persistantes de la femme et les acnés de la femme à début tardif.

### **II.2.2 Les sels de zinc RUBOZINC®, EFFIZINC®**

Le zinc est un oligoélément qui agit sur la composante inflammatoire de l'acné. Il inhibe le chimiotactisme des polynucléaires et également la 5 $\alpha$  réductase et le TNF $\alpha$ . De plus, il stimule les systèmes enzymatiques radicalaires.

Il est prescrit dans les acnés inflammatoires légères à modérées.

## **II.2.3 Les antibiotiques oraux**

Les principaux antibiotiques prescrits dans le traitement de l'acné sont les tétracyclines avec la lymécycline (TETRALYSAL®), la doxycycline (TOLEXINE®) et la minocycline (MYNOCINE®). Cette dernière est préférée en deuxième intention car elle est responsable d'effets indésirables rares mais graves au niveau hépatique. En cas d'échec ou de contre-indication à cette famille, d'autres antibiotiques peuvent être utilisés. Il s'agit de l'érythromycine ou du triméthoprime-sulfaméthoxazole BACTRIM®.

### **II.3.2.1 Mécanisme d'action**

Il est double : les antibiotiques exercent un effet anti-inflammatoire et ils ont aussi un effet anti-infectieux par réduction du nombre de colonies de P. acnes. Ils sont donc actifs sur les lésions inflammatoires superficielles, c'est-à-dire les papules et les pustules. Leur activité sur les lésions rétentionnelles est faible.

La durée de ce traitement est limitée dans le temps en raison de l'apparition de souches résistantes. Le risque majeur est la possible transmission de la résistance à des germes pathogènes pour l'homme. Les antibiotiques ne doivent donc être prescrits que sur des périodes limitées, de 4 à 6 mois.

### **II.2.3.2 Associations**

Les antibiotiques oraux peuvent être associés à des rétinoïdes topiques de façon à augmenter l'effet anti-inflammatoire et obtenir, en plus, un effet sur les lésions rétentionnelles.

La combinaison antibiotique oral et peroxyde de benzoyle améliore l'activité sur les lésions inflammatoires. Elle permet également de réduire les phénomènes de résistance.

En revanche, associer un antibiotique oral avec un antibiotique local est inutile. L'effet anti-inflammatoire n'est pas augmenté. De plus, les résistances bactériennes seraient renforcées.

## **II.2.4 L'isotrétinoïne ROACCUTANE®, PROCUTA®, CURACNE®**

La prise en charge thérapeutique des acnés sévères repose principalement sur une molécule : l'isotrétinoïne. C'est le seul médicament utilisé dans l'acné qui permet une

rémission voire une guérison. Les autres traitements entraînent une disparition des lésions mais qui n'est que temporaire. Cependant, en raison de ses effets secondaires, l'isotrétinoïne n'est pas indiquée en première intention, hormis dans les acnés sévères.

#### II.2.4.1 Mécanisme d'action

Cette molécule agit selon plusieurs mécanismes :

- Elle atrophie les glandes sébacées et a un effet sébo-suppresseur. La sécrétion de sébum est diminuée de 80 à 90% après 3 à 4 mois de traitement et le volume de la glande sébacée est réduit de 90%. Cet effet est réversible à l'arrêt du traitement.
- L'isotrétinoïne n'exerce pas une activité antibiotique directe mais en modifiant la quantité et la composition du sébum, elle diminue l'intensité du portage cutané de P. acnes.
- Elle modifie la cohésion des cornéocytes qui bordent le canal folliculaire. Celles-ci deviennent plus lâches ce qui favorise l'expulsion des comédons. Cela entraîne donc une réduction de la rétention sébacée.
- Elle a un effet anti-inflammatoire par diminution du chimiotactisme des polynucléaires et une inhibition de la synthèse des médiateurs pro-inflammatoires.

#### II.2.4.2 Indications

L'isotrétinoïne est réservée au traitement des acnés nodulokystique ou conglobata et au traitement des acnés ayant résisté à un traitement classique d'au moins 3 mois, c'est-à-dire un traitement antibiotique par voie générale associé à des traitements locaux.

#### II.2.4.3 Posologie et durée du traitement

La posologie initiale est généralement de 0,5 mg/kg/jour pendant 1 mois puis, elle est adaptée selon la tolérance et l'efficacité. Elle peut être augmentée à 1 mg/kg/jour en cas de bonne tolérance. Le traitement se réalise par cure et se termine lorsque la dose cumulée est de 100 à 150 mg/kg, soit une durée de 6 à 8 mois. Cependant, dans 15% des cas, la rémission n'est pas complète.

Des études ont montré que la fréquence des rechutes est liée à la dose quotidienne. Ainsi, il est observé 13% de rechutes à 1 mg/kg/jour contre 42% à 0,5 mg/kg/jour. De même, la localisation est un facteur à prendre en compte : il est rapporté 27% de rechutes lorsque

l'acné est présente sur le visage et 43% lorsqu'elle siège au niveau du tronc. Enfin, la dose cumulée doit varier de 100 à 150 mg/kg pour espérer l'absence de rechutes.

Les récurrences sont d'autant plus fréquentes que le patient est âgé de plus de 20 ans et que l'acné initiale est sévère. En cas de récurrence 1 an après la fin de la cure, il peut être envisagé une deuxième cure.

#### II.2.4.4 Les effets secondaires

##### II.2.4.4.1 L'effet indésirable majeur : la tératogénicité

L'isotrétinoïne est une molécule tératogène. La survenue d'une grossesse comporte un risque de malformation du fœtus. C'est pourquoi les conditions de prescription de ce médicament, chez la femme en âge de procréer, sont strictes.

La contraception est donc obligatoire. Il doit s'agir soit d'une pilule œstroprogestative, soit d'un stérilet, soit d'une ligature des trompes associée à une contraception locale. En cas de contre-indication à toutes ces méthodes, il peut être prescrit une pilule microprogestative associée à une contraception locale. L'association acétate de cyprotérone/éthynilœstradiol (DIANE 35®) ne peut en aucun cas servir de pilule contraceptive, l'indice de Pearl n'ayant jamais été mesuré. Chez les femmes pour lesquelles l'observance est difficile, l'implant progestatif constitue une contraception efficace et intéressante.

Avant la prescription d'isotrétinoïne, la patiente doit être informée de ce risque. Une contraception est mise en place un mois avant le début du traitement, un test sérique qualitatif de  $\beta$ HCG est prescrit et un document sur l'accord de soins est remis.

A la première prescription, il faut vérifier que le test de grossesse est négatif, que la contraception est correctement suivie et que l'accord de soins est signé et bien compris. Lors du traitement, un test de grossesse est pratiqué tous les mois en laboratoire. Son résultat est mentionné sur l'ordonnance. Le test ne doit pas être antérieur de plus de 3 jours par rapport à la date de la prescription.

A l'arrêt du traitement, la contraception est poursuivie pendant 1 mois et un test sérique de grossesse est pratiqué 5 semaines après.

Chez l'homme, aucune donnée ne permet de suggérer que l'isotrétinoïne aurait un effet sur la fertilité ou la descendance. Il n'y a donc pas de restriction de prescription pour les hommes.

Enfin, les patients ne doivent pas effectuer de dons du sang pendant le traitement ainsi que le mois suivant son arrêt en raison du risque de contamination éventuelle des femmes enceintes.

#### II.2.4.4.2 Les troubles cutanéomuqueux

Ce sont des effets secondaires très fréquents. Une chéilite desquamative est retrouvée dans 95 % des cas. Il est observé également une sécheresse des muqueuses, notamment au niveau oculaire, ce qui peut entraîner des irritations. L'utilisation de produits adaptés limite ces troubles. Ces effets cèdent à l'arrêt du traitement.

#### II.2.4.4.3 Acné fulminans

Le début du traitement s'accompagne souvent d'une aggravation avec l'apparition de lésions inflammatoires et pustuleuses lors du premier mois. Les lésions du visage s'atténuent au bout d'un mois et celles du tronc au bout de 6 à 8 semaines.

Dans quelques cas, cette exacerbation des lésions peut être associée à de la fièvre, des arthralgies et des myalgies : il s'agit d'une acné fulminans. Elle prédomine chez le sexe masculin et est favorisée par la présence initiale de nombreux comédons fermés. La prise en charge se fait alors par corticothérapie par voie orale avec une diminution de la posologie de l'isotrétinoïne voire l'arrêt. La réintroduction s'effectue progressivement tandis que la corticothérapie est diminuée petit à petit.

#### II.2.4.4.4 Les effets secondaires lipidiques

Le traitement peut entraîner des anomalies biologiques, notamment une hypertriglycémie, une hypercholestérolémie ou une élévation de transaminases. Systématiquement, un bilan biologique préalable doit être pratiqué avant toute prescription d'isotrétinoïne. Il sera renouvelé pendant la cure.

L'apparition d'une hypertriglycémie au cours du traitement serait un facteur de risque de développer par la suite une hyperlipidémie. Un patient ayant présenté une augmentation des triglycérides sous isotrétinoïne est donc invité à se faire suivre régulièrement après la fin du traitement.

#### II.2.4.4.5 Le syndrome dépressif

Les études à ce sujet sont contradictoires. Cependant, il est préférable d'expliquer au patient ce risque et les signes qui doivent amener à consulter : tristesse, perte d'appétit, manque d'intérêt, changements d'humeur...

#### II.2.4.5 Les associations

Un traitement par isotrétinoïne ne nécessite pas un traitement local concomitant. De plus, l'association avec une antibiothérapie générale par cyclines est contre-indiquée en raison du risque d'hypertension intracrânienne.

### **II.2.5 La dapsoné DISULONE®**

Cette spécialité n'a pas l'AMM dans le traitement de l'acné. Elle est utilisée dans les acnés sévères à la dose de 100 à 200 mg/jour. Sa prescription est réservée aux spécialistes.

## **II.3. LA PETITE CHIRURGIE DE L'ACNE**

Elle s'effectue grâce à un vaccinostyle ou un instrument tranchant dont l'extrémité est triangulaire. Le vaccinostyle est introduit dans l'orifice folliculaire. Une minuscule incision accompagnée d'une légère pression permet l'évacuation du contenu de la lésion. Un coton-tige imprégné d'acide trichloracétique est appliqué au niveau de l'orifice ce qui entraîne l'atréisie du follicule antérieurement dilaté. Pour empêcher la coagulation des protéines et donc le blanchiment de la peau, une compresse humide est appliquée sur la zone traitée.

Cette opération n'est réalisée qu'après un minimum de 2 semaines d'application d'un agent exfoliant (vitamine A ou  $\alpha$ -hydroxyacides). La douleur ressentie est variable selon les patients et peut être atténuée par la crème anesthésiante EMLA®.

La petite chirurgie de l'acné permet la disparition plus rapide des lésions rétentionnelles. Elle complète l'action kératolytique recherchée par les topiques. De plus, au début d'un traitement par isotrétinoïne, l'exérèse des comédons permet une amélioration plus rapide et évite les poussées inflammatoires observées dans les premières semaines.

## **II.4 LES CRITERES DE CHOIX DU TRAITEMENT**

### **II.4.1 Les éléments modulateurs du traitement**

Les traitements sont adaptés à chaque patient selon différents facteurs :

- L'étendue de l'acné : lorsque l'acné touche plusieurs régions, il est préférable d'administrer un traitement oral éventuellement associé à des topiques
- La durée d'évolution : pour essayer d'enrayer l'évolution longue de l'acné, un traitement par isotrétinoïne peut être envisagé même dans le cas d'une acné modérée
- L'âge du patient : la survenue de l'acné chez un sujet jeune ou l'existence d'antécédents familiaux représente un caractère de gravité
- Le degré de sévérité : celui-ci est évalué selon le nombre et le type de lésions

### **II.4.2 Un algorithme de traitement**

#### **II.4.2.1 Acné légère**

La prise en charge fait appel aux traitements topiques.

- Dans la forme rétentionnelle, les rétinoïdes topiques sont les plus adaptés. Ce traitement peut être associé à l'exérèse des comédons.
- Dans la forme papulopustuleuse, les rétinoïdes topiques et le peroxyde de benzoyle sont à privilégier. Les antibiotiques locaux peuvent être aussi envisagés mais il faut tenir compte des phénomènes de résistance, ce qui limite leur utilisation dans la durée.

#### **II.4.2.2 Acné modérée**

- Le traitement de la forme rétentionnelle est identique à celui de l'acné légère.
- Dans la forme papulopustuleuse, en première intention, les rétinoïdes topiques peuvent être associés au zinc ou aux tétracyclines. L'action peut être complétée par l'adjonction de peroxyde de benzoyle. En cas d'échec, l'isotrétinoïne ou un traitement antiandrogène peut être proposé.

#### II.4.2.3 Acné sévère

Le traitement de première intention est l'isotrétinoïne. En cas d'échec ou de contre-indication, il est possible d'utiliser un antibiotique oral ou un antiandrogène avec un rétinoïde topique ou un peroxyde de benzoyle.

#### II.4.2.4 Remarque

Dans tous les cas, lorsqu'une contraception est souhaitée ou nécessaire, elle devra être adaptée. Les progestatifs à activité androgénique sont donc à éviter.

### **II.5 LA PLACE DES COSMETIQUES**

L'utilisation des cosmétiques dans l'acné est indispensable. Le patient doit se nettoyer le visage avec un produit très doux de façon à ne pas augmenter l'irritation. De plus, l'application d'une crème hydratante est vivement recommandée, particulièrement avec les traitements entraînant une sécheresse, des sensations de brûlure ou de tiraillement. Enfin, certains cosmétiques, conçus spécialement pour les peaux acnéiques, permettent de couvrir et de masquer les lésions.

**3<sup>ème</sup> PARTIE :**  
**L'OBSERVANCE**

L'efficacité thérapeutique dépend d'une prescription adaptée. Cependant, entre la prescription et l'activité des médicaments, une étape impliquant médecins, pharmaciens et patient lui-même est essentielle : c'est la prise du médicament par le patient.

Il y a 2500 ans, Hippocrate disait déjà : « Le médecin devrait s'apercevoir que bien souvent les patients ne disent pas la vérité quand ils affirment avoir pris leurs médicaments. » Les différentes études menées à ce sujet confirment que ceci est toujours d'actualité. Pourtant, des solutions existent pour tenter d'atténuer ce phénomène.

### **III.1 DEFINITIONS**

Le terme « observance » provient du vocabulaire religieux. D'un point de vue étymologique, l'observance fait référence à l'obéissance à une règle religieuse, ce qui implique certaines pratiques.

Dans le domaine médical, l'observance correspond à une adéquation entre l'attitude du patient et les recommandations du médecin. Un patient observant est donc un patient qui pratique les examens demandés, prend l'intégralité de son traitement et se présente aux consultations prévues chez le médecin. Le problème de l'observance diffère selon qu'il se pose en institution ou en ambulatoire. En institution, le patient est faiblement actif dans le respect de l'observance. En revanche, en ambulatoire, il en est totalement responsable, hormis s'il s'agit d'un enfant, d'une personne âgée ou d'un malade assisté.

L'inobservance se définit comme l'arrêt ou la modification du traitement par le patient. Elle regroupe l'absence d'observance et la mauvaise observance par défaut ou par excès. Il s'agit, le plus souvent, d'un défaut d'observance. L'inobservance constitue un obstacle majeur à la réussite du traitement.

### **III.2 LES FACTEURS DE MAUVAISE OBSERVANCE**

De nombreux facteurs peuvent expliquer ce phénomène.

### **III.2.1 Facteurs liés à la maladie**

L'observance est généralement meilleure dans les maladies aiguës plutôt que chroniques. En effet, en cas de pathologie aiguë, il s'agit souvent d'un traitement court et dont l'efficacité permet une régression rapide des symptômes.

### **III.2.2 Facteurs liés au médecin**

Lors de la consultation, un manque d'informations et d'explications données au patient par le médecin peut entraîner un défaut d'observance.

### **III.2.3 Facteurs liés au patient et à son entourage**

De nombreux facteurs interviennent dans la manière de se soigner. Ce comportement est étroitement lié au niveau socioculturel, à la personnalité du malade, à son vécu, à sa profession. Le patient peut manifester une absence d'intérêt pour sa maladie. Ceci peut se traduire dans l'attitude de la personne lors des consultations par un manque de motivation à suivre un traitement. La mauvaise observance est parfois liée aussi à une difficulté de compréhension vis-à-vis des conseils du médecin. Il faut également éviter les désaccords entre professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmières...) qui pourraient déstabiliser le patient. Enfin, les interférences de la famille et des proches sont susceptibles de faire varier l'observance.

### **III.2.4 Facteurs liés au médecin et au patient**

L'existence d'un contentieux entre le malade et le soignant, voire une antipathie, n'est pas un élément favorisant pour obtenir un suivi correct du traitement. De même, un désaccord sur la prescription et/ou une mauvaise écoute mutuelle peuvent contribuer à des défauts d'observance.

### **III.2.5 Facteurs liés à la prescription elle-même**

Une prescription complexe, une longue durée de traitement, la peur des effets secondaires des médicaments, des doutes sur leur efficacité, un traitement inadapté au style de vie du malade sont des facteurs qui peuvent participer à une mauvaise observance.

Les comportements des patients varient également selon les classes de médicaments. Ainsi, les psychotropes suscitent une méfiance. A l'inverse, l'aspirine, avec ses multiples indications thérapeutiques, est un médicament qui inspire confiance. Les sirops ne sont parfois pas considérés comme des médicaments en raison de leur goût sucré. Quant aux pommades, elles sont souvent assimilées à des crèmes cosmétologiques, donc sans efficacité thérapeutique.

### **III.2.6 Facteurs liés au pharmacien**

Lors de la délivrance des médicaments à l'officine, une absence d'explications et de conseils associés au traitement et à la pathologie en général peut entraîner une mauvaise observance.

L'inobservance est donc souvent la résultante d'un ensemble de facteurs.

## **III.3 CONSEQUENCES DE L'INOBSERVANCE**

Le défaut d'observance a souvent comme conséquence une diminution de l'efficacité des traitements, ce qui est problématique pour le médecin et pour le malade. Avant d'envisager un traitement alternatif, il faut vérifier que la cause de l'échec n'est pas en relation avec une mauvaise observance.

## **III.4 MESURER L'OBSERVANCE**

### **III.4.1 Objectifs**

Les traitements de l'acné sont nombreux et efficaces. Cependant, dans la plupart des cas, ces traitements échouent. La réussite dépend d'une prescription appropriée mais surtout

de l'observance du patient. Celle-ci est sans aucun doute la raison principale de l'échec des traitements antiacnéiques, c'est pourquoi il est important de la mesurer.

### **III.4.2 Moyens de mesure**

Plusieurs méthodes sont utilisées pour surveiller l'observance :

➤ Questionner le patient sur le suivi de son traitement.

C'est une méthode simple et facile à mettre en œuvre mais pas toujours très fiable. Les déclarations des patients peuvent être inexactes, certains malades peuvent avoir tendance à dire ce qu'ils pensent que le médecin souhaite entendre.

➤ Observer la réponse au traitement par une évaluation clinique.

Ceci est peu fiable car la bonne prise des médicaments n'est pas toujours corrélée à une amélioration clinique.

➤ Utiliser un carnet de suivi.

Le patient doit reporter quotidiennement sur ce carnet chaque médicament ingéré ou appliqué. Cette méthode nécessite la coopération du patient.

➤ Décompter les médicaments.

Le malade doit rapporter à chaque visite de suivi les boîtes de médicaments qui lui ont été prescrits à la dernière consultation. La mesure de l'observance est ici définie par des ratios. Pour un traitement par voie orale, il s'agit du nombre de comprimés utilisés sur le nombre de comprimés qui auraient dû être utilisés au regard de la prescription. Pour un traitement topique, il est déterminé selon une dose-poids de produit, avec le même schéma que précédemment, c'est-à-dire le nombre de doses utilisées par le patient sur le nombre de doses théoriques. Ces ratios sont exprimés par un pourcentage. Les valeurs obtenues varient donc de 0 à 100%.

➤ Dosages sanguins ou urinaires.

La mesure la plus précise de l'observance implique des dosages au niveau sanguin ou urinaire pour déterminer les taux en principe actif ou en métabolites du médicament. Dans l'hypothèse où, ni le médicament, ni les métabolites ne peuvent être détectés, un marqueur peut être couplé au produit. Cependant, cette méthode, exacte et objective, nécessite des moyens sophistiqués. Elle est donc souvent impraticable.

### **III.4.3 Remarques**

Pour mesurer de façon performante l'observance, plusieurs facteurs doivent être considérés en raison de leur influence potentielle sur la mesure et les résultats. Parmi ces facteurs, il y a l'effet de la mesure de l'observance elle-même sur le comportement observant du patient. Si celui-ci connaît les objectifs d'une étude menée sur ce sujet, cela peut améliorer l'observance et donc constituer un biais dans cette étude. De plus, cela peut instaurer un climat de suspicion qui pourrait affecter la relation patient/ professionnel de santé.

### **III.5 ETUDES REALISEES SUR L'OBSERVANCE ET L'ACNE**

Le manque d'observance des traitements antiacnéiques semble être la raison majeure pour expliquer l'échec de ces traitements. Pourtant, la littérature concernant ce sujet est assez faible.

Les études réalisées sont peu nombreuses. Les premières remontent aux années 1970. Leurs objectifs étaient multiples : mesurer l'observance dans l'acné, analyser les différents facteurs pouvant faire varier le taux d'observance, mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer l'observance et déterminer leur impact. Une de ces études, réalisée par Parsons, Wright et Wilson, date de 1981 : le taux d'observance retrouvé était de 12,5%.

#### **III.5.1 Etude menée en 1984 par Flanders et McNamara**

Son but était de comparer diverses stratégies visant à améliorer l'observance chez les patients acnéiques. Elle portait sur 42 étudiants, présentant une acné sévère à modérée, utilisant du peroxyde de benzoyle.

Pour déterminer l'observance, deux facteurs étaient pris en compte :

- ⇒ l'analyse des carnets de suivi renvoyés par les étudiants
- ⇒ le degré de sévérité et le nombre de lésions déterminés par des clichés photographiques pris avant et après l'étude.

Ces 42 personnes étaient réparties en 4 groupes :

- un groupe de contrôle, ne prenant aucun traitement

- un groupe remplissant un carnet de suivi du traitement qui était à renvoyer par la suite au centre médical
- un groupe remplissant aussi un carnet de suivi et s'engageant par écrit à suivre le traitement et à renvoyer le carnet de suivi
- un groupe avec les mêmes principes que le précédent, à la différence que le renvoi du carnet pouvait donner lieu à une récompense financière

Les 3 derniers groupes étaient informés par le biais d'une conférence sur les causes, les traitements de l'acné et l'utilisation du peroxyde de benzoyle. Ils étaient ensuite revus en consultation pendant laquelle ils pouvaient éventuellement poser des questions sur le traitement ou sur les problèmes qu'ils avaient pu rencontrer. Puis, tous les étudiants ont été recontactés 10 à 12 semaines après pour la photographie.

Les résultats de cette étude montrent une observance moyenne de 48%, sans différence significative entre les 3 groupes. Les différentes stratégies proposées ici n'ont donc pas apporté un effet significatif sur l'amélioration de l'observance. Quant à l'évolution clinique du degré de sévérité de l'acné, il n'a pas été relevé de différence significative entre le groupe de contrôle et les 3 autres groupes. Cependant, le nombre de lésions, lui, a diminué de façon significative pour les 3 groupes par rapport au groupe de contrôle.

Selon les auteurs, une éducation couplée à une autonomie des patients serait le meilleur moyen pour augmenter l'observance des traitements. L'utilisation d'une récompense financière ne semble pas apporter un plus par rapport aux autres stratégies.

### **III.5.2 Etude réalisée par McEvoy, Nydegger et Williams en 2003**

Les auteurs sont partis du fait que l'observance et le suivi correct des rendez-vous chez le médecin étaient liés. Ils ont ensuite étudié comment variait ce respect des consultations selon l'âge, le sexe, les attentes du patient sur le traitement, la sévérité de la maladie.

#### **III.5.2.1 Déroulement de l'étude**

144 patients qui consultaient pour la première fois un dermatologue pour le traitement de leur acné ont été inclus dans cette étude. Il s'agissait de 79 hommes et 62 femmes (trois données n'étaient pas disponibles). La moyenne d'âge était de 18,5 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes.

Chacun des 144 patients a complété un questionnaire composé de deux parties. La première partie leur demandait leur avis sur les causes de l'acné, l'effet de l'alimentation, du stress, des règles sur le développement de l'acné, les conséquences d'une manipulation intempestive des lésions... Cette première partie du questionnaire a également été remplie par un groupe de contrôle comprenant 182 étudiants choisis de manière aléatoire. L'âge moyen de ces étudiants était de 14 ans.

La deuxième partie du questionnaire ne s'adressait qu'aux 144 patients. Il leur était demandé l'âge d'apparition de leur acné, les traitements qu'ils avaient déjà utilisés, au bout de quel délai ils pensaient que le traitement allait faire disparaître leur acné et à quel âge selon eux, l'acné régressait spontanément. Les 144 patients devaient également évaluer leur acné selon une échelle à 5 niveaux. Le degré de sévérité était également coté par un médecin à l'aide de photographies standards.

Ensuite, les 144 patients ont été examinés et se sont vus prescrire un traitement. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'un traitement topique, l'isotrétinoïne n'ayant été prescrit que dans 5% des ordonnances. Lors de cette consultation, les patients étaient informés des propriétés et des spécificités d'utilisation de chaque médicament ainsi que le délai nécessaire pour obtenir de bons résultats. Puis, ils recevaient chacun un document personnalisé sur le traitement. Une semaine après la visite initiale, une visite de suivi était programmée. Celle-ci avait pour but de répondre aux différentes questions, réexpliquer le traitement, et éventuellement le modifier si nécessaire. Trois consultations ultérieures étaient prévues toutes les 4 à 6 semaines. Les rendez-vous manqués par les patients étaient systématiquement consignés sur un registre.

Environ 6 à 12 mois après la consultation initiale, un questionnaire post-traitement a été envoyé aux 144 patients. Celui-ci interrogeait les patients sur le niveau de régression de leur acné, leur assiduité aux rendez-vous, leur observance médicamenteuse et sur les éventuels problèmes qu'ils avaient pu rencontrer avec le traitement.

### III.5.2.2 Résultats

Une comparaison réalisée entre l'évaluation personnelle et celle faite par un médecin révèle que les patients ont tendance à surestimer leur acné. Les hommes surestiment davantage leur acné que les femmes.

Concernant la connaissance des causes de l'acné, près de la moitié des patients n'en a aucune idée. De plus, 3% des hommes et 22% des femmes pensent que manipuler les boutons permet une amélioration de l'acné. Seulement 1% des patients pensent que cela entraîne une aggravation. Les réponses obtenues avec les étudiants du groupe de contrôle étaient similaires.

Le temps estimé par les patients pour observer une régression significative des lésions suite au traitement est en moyenne inférieur à un mois. Il y a une corrélation entre l'estimation personnelle du degré de sévérité et un temps attendu plus élevé pour obtenir une amélioration des lésions. Ainsi, des patients estimant présenter une acné sévère attendent une régression au bout de 8 semaines de traitement.

Quant au respect du suivi des rendez-vous fixés, seulement 41% des 144 patients se sont rendus aux 4 visites. Un grand nombre a laissé tomber le traitement après la visite initiale. L'étude ne montre pas de différence significative selon le sexe, l'âge ou la sévérité de l'acné. Les patients qui ont le mieux suivi ces consultations sont ceux traités par isotrétinoïne orale et ceux présentant une acné plus sévère que leurs parents au même âge. De plus, il s'agit de patients plus âgés, particulièrement de femmes ayant un niveau d'éducation élevé.

Les questionnaires post-traitement ont été renvoyés par 97 patients, dont 32 se sont rendus à toutes les visites. Les raisons avancées pour expliquer l'absence aux rendez-vous sont le manque de temps, une régression suffisante de l'acné ne nécessitant pas la poursuite des consultations, des raisons financières, une absence d'amélioration suite au traitement ou un oubli du rendez-vous. Cependant, l'étude révèle qu'il est problématique d'associer le suivi correct des consultations avec une bonne observance du traitement puisque certains patients l'ont poursuivi sans pour autant se rendre à toutes les visites.

Concernant les attentes du traitement, 65 patients déclarent que leur acné a régressé à un niveau comparable à celui qu'ils attendaient. En revanche, les autres ont observé une diminution plus lente que ce qu'ils avaient imaginé.

### **III.5.3 Etude de Zaghloul, Cunliffe et Goodfield en 2004**

Cette étude s'est attachée à évaluer l'observance et la qualité de vie des patients acnéiques.

Il s'agit d'une enquête prospective portant sur 687 patients, de 12 à 48 ans, présentant des degrés de sévérité d'acné variables. Il leur était demandé d'apporter avec eux leur traitement dans le but de mesurer l'observance par la méthode des ratios. L'observance est exprimée, ici, par un pourcentage représentant le nombre de comprimés utilisés par le malade sur le nombre de comprimés que le patient devait utiliser. De même, pour un traitement topique, ce rapport est égal au nombre de doses-poids appliquées par le patient sur le nombre de doses-poids théoriques. Les patients devaient également compléter un questionnaire sur l'observance de façon à comparer leurs déclarations à la méthode plus objective des ratios. Enfin, ils devaient remplir un autre questionnaire portant sur la qualité de vie.

Dans cette étude, le taux global d'observance a été évalué à environ 65%. Plusieurs facteurs susceptibles d'avoir une influence sur l'observance ont été testés. Quelques variables sont associées à une meilleure observance. En premier lieu, les femmes présentent une observance plus élevée que les hommes. Parmi les autres facteurs, les faits d'être marié, d'être plus âgé, de ne pas boire ou de ne pas fumer sont associés à des niveaux d'observance supérieurs.

Cette étude relève également une corrélation négative entre l'observance des traitements et la qualité de vie, c'est-à-dire que une observance moins bonne est associée à une qualité de vie altérée. Cependant, aucune corrélation entre le degré de sévérité et l'observance n'a été prouvée.

La différence la plus visible et la plus significative réside dans le type de traitement utilisé, notamment l'isotrétinoïne par voie orale. En effet, les patients recevant ce médicament pour la première fois avaient une observance de 87,5% contre 60,5% pour ceux qui avaient déjà effectué une cure. Les auteurs attribuaient cette différence à la perte de confiance ressentie par les patients sur l'efficacité de l'isotrétinoïne suite à l'échec d'une première cure.

Dans cette étude, les principales raisons évoquées par les malades pour expliquer le défaut d'observance sont le ras-le-bol du traitement, l'oubli ou le manque de temps. Ceci se retrouve pour tous les types de traitement mais de façon plus appuyée lorsque les patients considèrent les médicaments comme inefficaces.

### **III.5.4 Etude sur l'observance et l'isotrétinoïne en 1999**

Les auteurs se sont intéressés à l'observance de l'isotrétinoïne par voie orale. Ce médicament constitue dans les cas d'acné sévère un traitement efficace mais cher (38,46 euros pour une boîte de Roaccutane® 20 mg et 29,23 euros pour ses génériques). Cependant, peu d'informations existent sur son observance.

Le but de cette étude était donc d'évaluer l'observance des patients sous isotrétinoïne et les facteurs qui influencent cette observance. Ici, elle a été mesurée par la méthode des ratios. 20 patients y ont participé. Ils devaient également remplir un questionnaire sur la prise de l'isotrétinoïne.

Le taux d'observance était de 90% selon la méthode du comptage des comprimés et 93% par la méthode du questionnaire. 65% des patients avaient un taux compris entre 90 et 100%, 25% entre 75 et 89%, 10% entre 50 et 74%. Aucun n'avait un taux d'observance inférieur à 50%. L'observance moyenne était associée à un faible niveau d'études et plus fréquente chez les personnes vivant seules.

Les auteurs estimaient donc que, globalement, l'observance des patients sous isotrétinoïne était plutôt bonne.

**4<sup>ème</sup> PARTIE :**  
**NOTRE ETUDE**  
**PROSPECTIVE MENEES**  
**AU CHU DE NANTES**  
**SUR L'OBSERVANCE**  
**DES PATIENTS**  
**ACNEIQUES**

## **IV.1 OBJECTIFS**

Cette étude avait deux objectifs principaux :

- ⇒ d'une part, d'analyser la façon dont les patients percevaient le niveau de sévérité de leur acné et comment celle-ci évoluait, afin de comparer ces données avec celles du dossier médecin.
- ⇒ d'autre part, d'évaluer l'observance des traitements antiacnéiques et les facteurs qui sont susceptibles d'influencer cette observance, comme l'âge, le sexe, le degré de sévérité de l'acné et le type de traitement. Pour cela, le dossier médecin indiquant les traitements était le gold standard.

## **IV.2 MATERIEL ET METHODE**

### **IV.2.1 Population étudiée**

Il s'agissait d'une étude qui a été menée au CHU de Nantes, dans le service de Dermatologie. Les consultations pour l'acné y ont lieu deux fois par semaine, soit 15 à 25 patients chaque semaine. Cette enquête s'est déroulée des mois de novembre 2004 à avril 2005. L'étude a été réalisée auprès de 58 patients qui se rendaient en consultation dans le cadre d'un suivi régulier de leur acné depuis au moins 3 mois (exclusion des nouveaux patients).

### **IV.2.2 Outils utilisés**

Pour cette étude, 2 types d'outils ont été utilisés.

#### **A- Un auto-questionnaire patient qui comprenait 3 parties :**

- ⇒ Une 1<sup>ère</sup> partie, composée de deux questions fermées, concernait l'estimation de la gravité de l'acné par le patient lui-même ainsi que l'évolution ressentie depuis la dernière consultation.

1. Comment estimez-vous la gravité de votre acné ? *(cochez 1 seule case)*

- Pas sévère du tout
- Peu sévère
- Moyennement sévère
- Sévère
- Très sévère

2. Depuis votre dernière consultation, comment votre acné a-t-elle évolué ?  
*(cochez 1 seule case)*

- Mon acné n'a pas changé
- Mon acné s'est aggravée
- Mon acné s'est améliorée
- Mon acné a guéri

⇒ Une 2<sup>ème</sup> partie concernait les traitements utilisés par les patients depuis la dernière visite. Il s'agissait de deux tableaux à compléter : le premier sur le traitement topique. Le patient devait indiquer le nom de chaque médicament qu'il prenait, le rythme d'application, le lieu d'application, si le produit était bien toléré et leur opinion générale sur le médicament. Le deuxième tableau concernait le traitement par voie orale selon le même schéma que pour les topiques.

**Veillez décrire le TRAITEMENT APPLIQUE SUR LA PEAU depuis la dernière consultation :**

*Si plusieurs produits vous ont été prescrits, décrivez les tous.*

<b>Quel est le nom du produit ?</b>  <i>Si vous ne vous souvenez pas de l'orthographe exacte, ce n'est pas grave. Si vous avez oublié le nom, indiquez la couleur de la boîte.</i>	<b>Produit N°1</b>	<b>Produit N°2</b>	<b>Produit N°3</b>
<b>Quand avez-vous appliqué ce produit ?</b>	<input type="checkbox"/> Tous les jours : <input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Deux fois par jour <input type="checkbox"/> Un jour sur deux ou sur trois <input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Tous les jours : <input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Deux fois par jour <input type="checkbox"/> Un jour sur deux ou sur trois <input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Tous les jours : <input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Deux fois par jour <input type="checkbox"/> Un jour sur deux ou sur trois <input type="checkbox"/> De temps en temps
<b>Où l'avez-vous appliqué ?</b>	<input type="checkbox"/> Sur tout le visage <input type="checkbox"/> Sur une partie du visage <input type="checkbox"/> Sur quelques boutons <input type="checkbox"/> Sur le décolleté <input type="checkbox"/> Sur le dos	<input type="checkbox"/> Sur tout le visage <input type="checkbox"/> Sur une partie du visage <input type="checkbox"/> Sur quelques boutons <input type="checkbox"/> Sur le décolleté <input type="checkbox"/> Sur le dos	<input type="checkbox"/> Sur tout le visage <input type="checkbox"/> Sur le menton <input type="checkbox"/> Sur quelques boutons <input type="checkbox"/> Sur le décolleté <input type="checkbox"/> Sur le dos
<b>Continuez-vous à l'appliquer ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non » : Combien de temps l'avez-vous utilisé ? [ ] mois Pourquoi avez-vous arrêté ce traitement ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non » : Combien de temps l'avez-vous utilisé ? [ ] mois Pourquoi avez-vous arrêté ce traitement ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non » : Combien de temps l'avez-vous utilisé ? [ ] mois Pourquoi avez-vous arrêté ce traitement ? .....
<b>Avez-vous constaté des inconvénients au produit ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », précisez : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », précisez : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », précisez : .....
<b>Avez-vous bien supporté ce produit ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », précisez : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », précisez : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », précisez : .....
<b>Quelle est votre opinion sur ce produit ?</b>	Pas d'accord    D'accord    Ne sait pas	Pas d'accord    D'accord    Ne sait pas	Pas d'accord    D'accord    Ne sait pas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce produit est facile à utiliser (il s'étale bien, il ne colle pas,...)</li> <li>• Ce produit améliore mon acné</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**4. Veuillez décrire le TRAITEMENT ORAL (gelule, cp) pris depuis la dernière consultation A PRENDRE ORALEMENT qui vous a été prescrit :**

*Si plusieurs produits vous ont été prescrits, décrivez les tous.*

	Produit N°1	Produit N°2
<b>Quel est le nom du produit ?</b>  <i>Si vous ne vous souvenez pas de l'orthographe exacte, ce n'est pas grave. Si vous avez oublié le nom, indiquez la couleur de la boîte.</i>	..... ..... .....	..... ..... .....
<b>Quand avez-vous pris ce produit ?</b>	<input type="checkbox"/> Tous les jours : <input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Deux fois par jour <input type="checkbox"/> Un jour sur deux ou sur trois <input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Tous les jours : <input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Deux fois par jour <input type="checkbox"/> Un jour sur deux ou sur trois <input type="checkbox"/> De temps en temps
<b>Continuez-vous à le prendre ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non » : Combien de temps l'avez-vous utilisé ?     mois Pourquoi avez-vous arrêté ce traitement ? ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non » : Combien de temps l'avez-vous utilisé ?     mois Pourquoi avez-vous arrêté ce traitement ? ..... ..... .....
<b>Avez-vous constaté des inconvénients à ce produit ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui » précisez : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », précisez : ..... ..... .....
<b>Avez-vous bien supporté ce produit ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », précisez : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », précisez : ..... ..... .....
<b>Quelle est votre opinion sur ce produit ?</b>	Pas d'accord    D'accord    Ne sait pas	Pas d'accord    D'accord    Ne sait pas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce produit est facile à prendre</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce produit améliore mon acné</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

⇒ Une 3<sup>ème</sup> partie évaluaient l'utilisation ou non de produits cosmétiques.

5. En plus de votre traitement, utilisez-vous des produits cosmétiques (soins d'hygiène, crèmes hydratantes, maquillage, etc) ?

- Non
- Oui

Si oui, précisez le nom de ces produits : .....

Ce questionnaire était remis au patient avant la consultation, rempli dans la salle d'attente seul puis rendu au médecin au début de la visite. Il n'existait aucun critère d'exclusion, hormis qu'il ne devait pas s'agir d'une première visite.

### **B-Un dossier médecin qui comprenait deux parties**

#### 1. Estimation de la gravité de l'acné, de son étendue et de son évolution

Ces critères sont établis grâce à la grille ECLA : c'est la grille d'Evaluation Clinique des Lésions Acnéiques. Elle se compose de deux parties :

- La 1<sup>ère</sup> partie décrit le type et l'intensité de l'acné par un décompte des lésions du visage : il recense le nombre de lésions rétentionnelles défini par l'indice R, le nombre de lésions inflammatoires superficielles (papules et pustules) correspondant à l'indice Is et le nombre de lésions inflammatoires profondes (kystes et nodules) défini par l'indice Ip. Pour les deux premiers types de lésions, un score est attribué de 0 pour une absence de lésions jusqu'à 5 lorsque le nombre de lésions est supérieur à 40. Pour les nodules et les kystes, le score est égal au nombre de lésions recensées avec un maximum de 5.
- La 2<sup>ème</sup> partie évalue l'extension de l'acné, en dehors du visage, selon une échelle qualitative : 0 pour une absence de lésions, 1 pour un degré de sévérité faible, 2 pour moyen et 3 pour une acné sévère. Ce score est complété par le décompte des nodules. Un score est attribué à chaque partie du corps avec les indices suivants : C pour le cou, P pour la poitrine, D pour le dos et B pour les bras.

Cette grille permet donc de déterminer les niveaux de gravité de l'acné de façon objective puisqu'ils reposent sur le décompte précis des lésions.

## Grille d'évaluation de l'acné

➤ Facteur F1 : Type et intensité de l'acné (Décompte sur un visage entier)

	0 : absent	1 : < 5 rare	2 : 5 à 9 faible	3 : 10 à 19 moyen	4 : 20 à 40 important	5 : très important	<b>F1</b>
comédons ouverts et fermés (microkystes)							<b>R =</b>
Papules et pustules							<b>Is =</b>
Nodules et kystes inflammatoires		1	2	3	4	> 5	<b>Ip =</b>

➤ Facteur F2 : Extension de l'acné (hors visage)

		0 : Absent	1 : Faible	2 : Moyen	3 : Important	Nbre nodules	<b>F2</b>
COU	Zone cervicale haute						<b>C =</b>
	Zone cervicale basse						
POITRINE							<b>P =</b>
DOS	Sus pointe omoplate						<b>D =</b>
	sous pointe omoplate						
BRAS (B)							<b>B =</b>

Pour l'analyse des données, les indices de la grille ECLA ont été regroupés en degrés de sévérité.

	<b>INDICES DE LA GRILLE ECLA</b>	<b>NIVEAU DE GRAVITE</b>
<b>VISAGE</b> <b>Indices R+Is</b>	≤ 2	Pas sévère du tout
	3-4	Peu sévère
	5-6	Moyennement sévère
	7-8	Sévère
	9-10	Très sévère
<b>CORPS</b> <b>Indices C+P+D+B</b>	0	Pas sévère du tout
	1-2	Peu sévère
	3-5	Moyennement sévère
	5-10	Sévère
	> 10	Très sévère
<b>SI PRESENCE DE NODULES SUR LE CORPS OU SUR LE VISAGE</b>	1-3 nodules	Sévère
	>3 nodules	Très sévère

**Tableau 1 :** Correspondance entre les indices de la grille ECLA et le niveau de gravité

Lorsque le patient présentait de l'acné sur le visage et sur le corps, le niveau le plus élevé des deux était retenu. De même, la présence de nodules signifiait une acné sévère ou très sévère.

## 2. Traitement prescrit

La feuille de suivi mentionnait systématiquement le traitement prescrit lors de la dernière consultation. Il y figure donc les médicaments mais aussi les soins cosmétiques associés : produit de toilette, crème hydratante, crème solaire ou autre. Les réponses aux questionnaires concernant les traitements ont ainsi pu être comparées.

GENERAL		LOCAL	
NOM	DOSE	NOM	DOSE

Photos :

Date du prochain RV :

Visa du médecin :

### **Au total :**

1. Les données de chaque dossier (auto-questionnaire du patient et dossier médecin) ont été analysées pour chaque critère : âge, sexe, intensité de l'acné et étendue de l'acné.
2. L'existence ou non d'une corrélation entre le niveau de sévérité entre le patient et le médecin a été déterminée.
3. L'existence ou non d'une corrélation entre patient et médecin concernant l'évolution de l'acné a été déterminée.

Les réponses possibles pour le patient étaient : une absence de changement, une aggravation, une amélioration ou la guérison.

Les indices de la grille ECLA, remplie par le médecin, ont été également utilisés. Le score obtenu lors de la consultation précédente et celui obtenu le jour du questionnaire ont été comparés. Chaque score correspondait à un niveau de gravité (voir Tableau 1). L'évolution a donc pu être analysée en comparant la variation ou non de ce niveau de gravité entre les deux consultations. Le tableau qui suit montre la correspondance entre l'évolution ressentie par le patient et l'évolution définie par la variation des indices.

<b>VARIATION SELON LES INDICES DE LA GRILLE ECLA</b>	<b>EVOLUTION RESSENTIE PAR LE PATIENT</b>
Même niveau de gravité	« mon acné n'a pas changé »
Augmentation du niveau de gravité	« mon acné s'est aggravée »
Diminution du niveau de gravité mais score > 1	« mon acné s'est améliorée »
Diminution du niveau de gravité à 0-1	« mon acné a guéri »

**Tableau 2** : *Correspondance entre l'évolution constatée par le médecin et celle ressentie par le patient*

Enfin, le niveau d'observance du patient a été déterminé en comparant les données de l'auto-questionnaire avec le traitement mentionné dans le dossier patient (gold standard).

#### **IV.2.3 Méthode**

Les données ont été analysées par informatique à l'aide des logiciels SAS® et S-PLUS®. Les corrélations ont été testées par le test de Fisher pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, les tests non paramétriques de Wilcoxon (comparaison de 2 groupes) et de Kruskal-Wallis (comparaison avec plus de 2 groupes) ont été utilisés. Les tests étaient considérés comme significatifs au seuil de 5%, c'est-à-dire qu'une p-value inférieure à 0.05 était considérée comme significative statistiquement. La concordance entre 2 mesures a été réalisée par le test non paramétrique Kappa.

### **IV.3 RESULTATS**

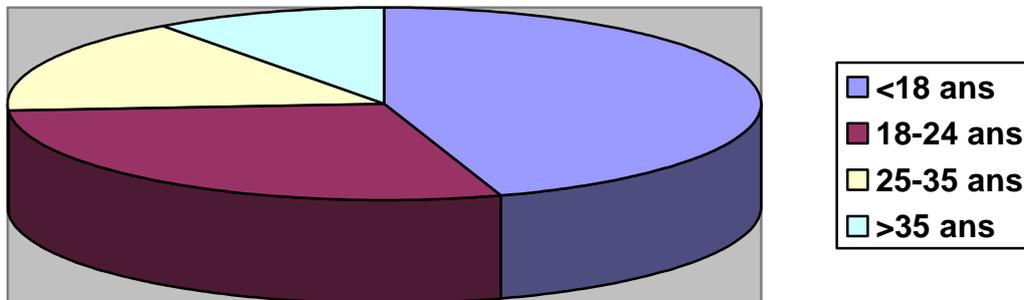
Le questionnaire a été remis à 58 patients qui ont tous accepté de le remplir.

#### **IV.3.1 Profil de la population étudiée**

##### **IV.3.1.1 Sexe**

L'échantillon était constitué de 42 femmes et de 16 hommes.

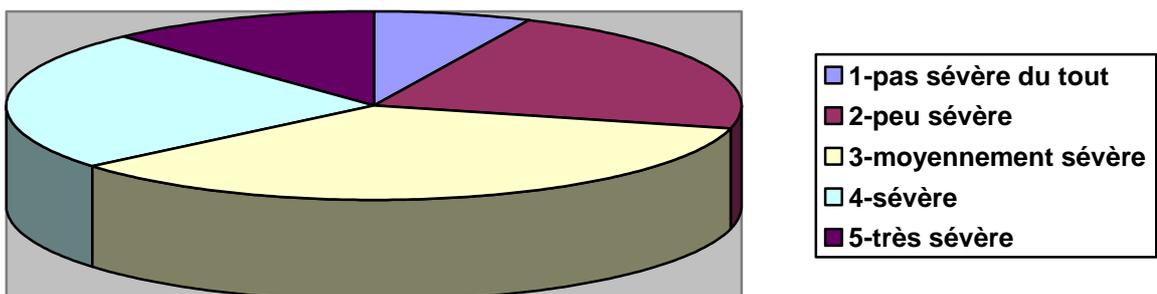
### IV.3.1.2 Age



Les patients étaient âgés de 11 à 62 ans. 74% des personnes interrogées avaient moins de 25 ans. Les patients de plus de 35 ans représentaient 10% de l'échantillon.

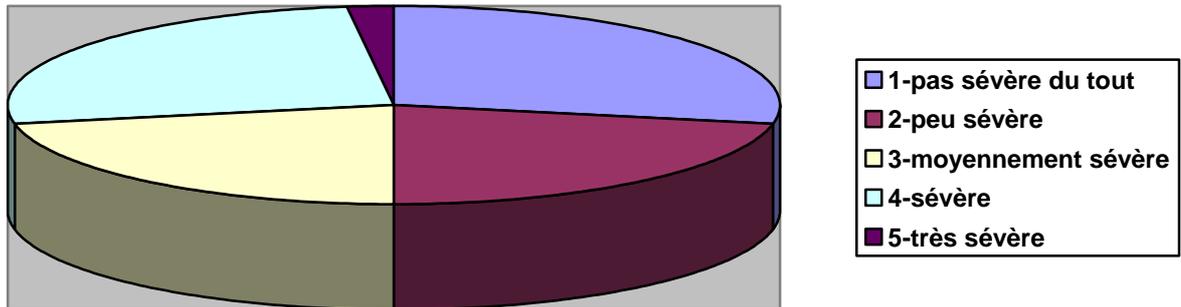
### IV.3.2 Estimation du degré de sévérité de l'acné

#### IV.3.2.1 Estimation personnelle



36% des patients pensaient que leur acné était sévère à très sévère. Seulement 7% des personnes interrogées estimaient que leur acné n'était pas sévère du tout.

#### IV.3.2.2 Estimation par l'expert



Le décompte précis des lésions acnéiques obtenu grâce à la grille ECLA montrait que la moitié des patients présentait une acné pas à peu sévère. 28% des patients avaient une acné sévère à très sévère.

#### IV.3.2.3 Evaluation de la concordance

**Tableau 3 :** Concordance entre l'estimation personnelle de la gravité de l'acné et l'estimation de l'expert

	Estimation par l'expert de la gravité				
	1	2	3	4	5
1	4	0	0	0	0
2	5	3	2	2	0
3	2	6	8	5	0
4	3	3	3	5	0
5	1	1	0	4	1

*En gris : les estimations concordantes*

L'estimation du patient et celle de l'expert étaient identiques dans 21 cas sur 58 (soit 36 %). La concordance entre l'estimation personnelle et l'estimation de l'expert a été mesurée par le coefficient de Kappa pondéré (les modalités sont ordonnées) : Kappa = 0.30, ce qui correspondait à un degré de concordance faible.

**Tableau 4 :** *Concordance entre l'estimation personnelle de la gravité de l'acné et l'estimation de l'expert en terme de sur ou de sous estimation*

<b>Estimation de la gravité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Personnelle &lt; Expert</b>	9	16 %
<b>Personnelle = Expert</b>	21	36 %
<b>Personnelle &gt; Expert</b>	28	48 %

Dans presque la moitié des cas (48 %), le patient surestimait la gravité de son acné.

⇒ Influence du sexe ou de l'âge

Il a été testé si la mauvaise estimation du degré de sévérité était associée à l'âge ou au sexe.

**Tableau 5 :** *Concordance entre l'estimation personnelle de la gravité de l'acné et l'estimation de l'expert en terme de sur ou de sous estimation, selon le sexe*

<b>Estimation</b>	<b>Sexe</b>		<b>Test de Fisher p-value</b>
	<b>F</b>	<b>M</b>	
<b>Personnelle &lt; Expert</b>	7 (17 %)	2 (12 %)	
<b>Personnelle = Expert</b>	13 (31 %)	8 (50 %)	<i>P=0.42</i>
<b>Personnelle &gt; Expert</b>	22 (52 %)	6 (38 %)	

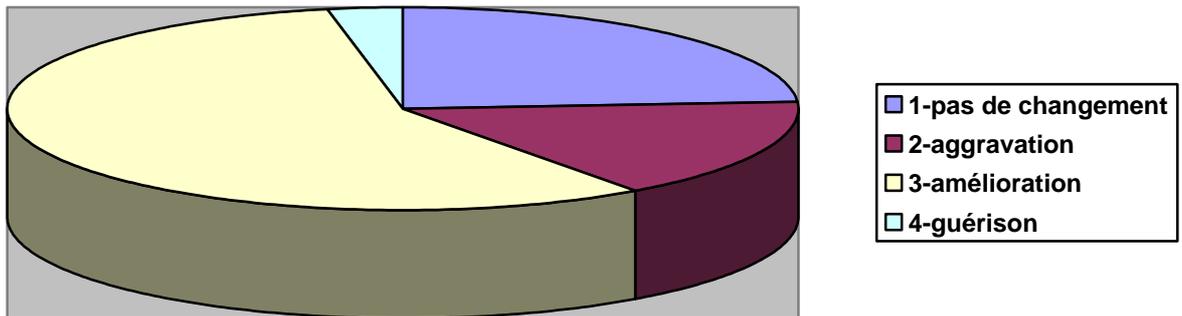
**Tableau 6 :** *Concordance entre l'estimation personnelle de la gravité de l'acné et l'estimation de l'expert en terme de sur ou de sous estimation, selon l'âge*

<b>Estimation</b>	<b>Age</b>		<b>Test de Kruskal-Wallis p-value</b>
	<b>Moyen</b>	<b>Median</b>	
<b>Personnelle &lt; Expert</b>	20.8	18	
<b>Personnelle = Expert</b>	20.2	17	<i>P=0.42</i>
<b>Personnelle &gt; Expert</b>	24.1	22.5	

La sur estimation de la gravité de l'acné n'était pas différente selon le sexe et l'âge des patients (tableaux 5 et 6).

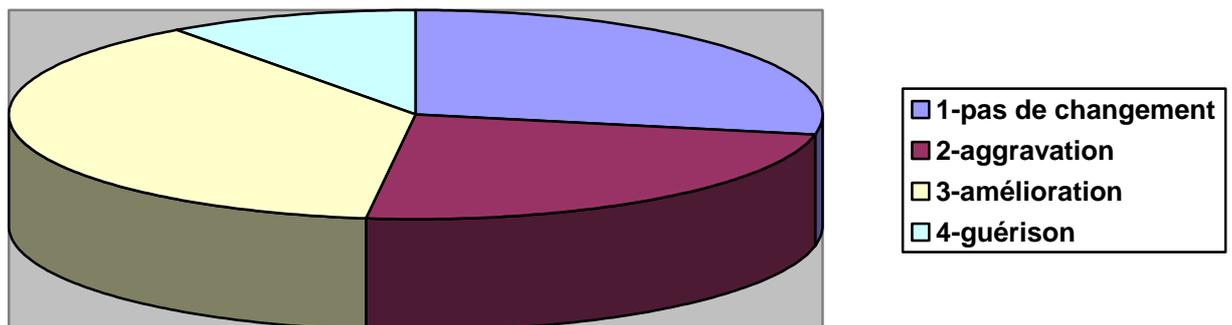
### **IV.3.3 Evolution de l'acné entre les deux dernières consultations**

#### IV.3.3.1 Selon les patients



64% des patients ont noté une amélioration voire une guérison tandis que 22% n'ont pas constaté de changement et 14% ont observé une aggravation de leur acné depuis la dernière consultation.

#### IV.3.3.2 Selon les indices de la grille ECLA



L'évolution de la gravité de l'acné a été mesurée par comparaison des indices déterminés lors de la consultation précédente et ceux mesurés lors de la consultation suivant la remise du questionnaire. Ces indices montraient une amélioration dans 36% des cas, une

aggravation chez 24% des patients, une absence de changement pour 29% et une guérison dans 11% des cas.

#### IV.3.3.3 Evaluation de la concordance

**Tableau 7** : Concordance entre l'évolution ressentie par les patients et l'évolution selon des indices

Evolution ressentie	Evolution selon indices			
	1	2	3	4
1	4	3	6	0
2	0	7	1	1
3	12	5	14	3
4	0	0	0	2

*En gris : les estimations concordantes*

L'évolution ressentie et l'évolution selon indices étaient identiques dans 27 cas sur 58 (soit 47 %). La concordance entre ces évolutions a été mesurée par le coefficient de Kappa simple (les mesures ne sont pas ordonnées) :  $Kappa = 0.22$ , ce qui correspondait à un degré de concordance faible.

**Tableau 8** : Concordance entre l'évolution ressentie par les patients et l'évolution selon les indices en terme de sur et sous représentation

Evolution de l'acné	Effectif	Pourcentage
Ressentie < Indices	14	24 %
Ressentie = Indices	27	47 %
Ressentie > Indices	17	29 %

Il y avait quasiment autant de patients qui sous estimaient et qui sur estimaient l'évolution de leur acné par rapport à l'évolution donnée par les indices.

⇒ Influence du sexe ou de l'âge

De la même façon, il a été testé si des facteurs comme l'âge ou le sexe pouvaient être liés à une mauvaise estimation de l'évolution.

**Tableau 9 :** *Concordance entre l'évolution ressentie par les patients et l'évolution selon des indices en terme de sur et sous représentation, selon le sexe*

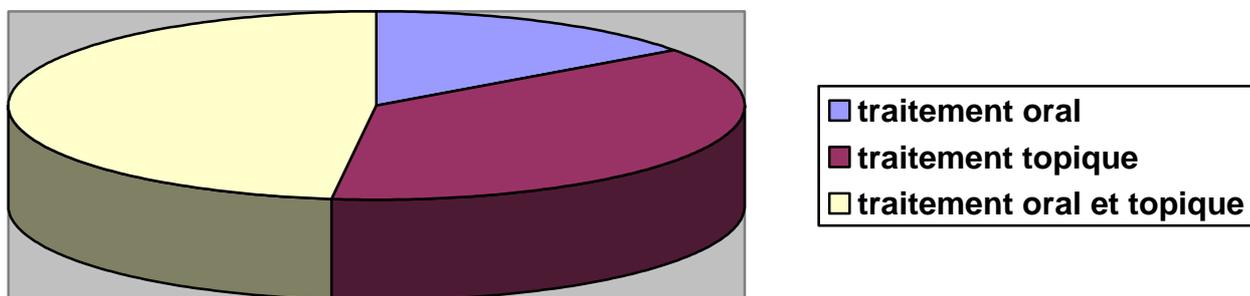
<b>Estimation</b>	<b>Sexe</b>		<b>Test de Fisher p-value</b>
	<b>F</b>	<b>M</b>	
<b>Ressentie &lt; Indices</b>	11 (26 %)	3 (19 %)	
<b>Ressentie = Indices</b>	20 (48 %)	7 (44 %)	<i>P=0.70</i>
<b>Ressentie &gt; Indices</b>	11 (26 %)	6 (38 %)	

**Tableau 10 :** *Concordance entre l'évolution ressentie par les patients et l'évolution selon des indices en terme de sur et sous représentation, selon l'âge*

<b>Estimation</b>	<b>Age</b>		<b>Test de Kruskal-Wallis p-value</b>
	<b>Moyen</b>	<b>Median</b>	
<b>Ressentie &lt; Indices</b>	20.7	19	
<b>Ressentie = Indices</b>	20.9	17	<i>P=0.30</i>
<b>Ressentie &gt; Indices</b>	25.4	21	

Ces résultats montraient que la sous ou sur estimation de l'évolution de la gravité de l'acné n'était pas différente selon le sexe et l'âge des patients (tableaux 9 et 10).

#### **IV.3.4 Type de traitement prescrit lors de la dernière consultation**



Lors de la consultation précédente, 3 personnes avaient reçu une ordonnance qui comportait uniquement des produits cosmétiques. De plus, pour 3 autres patients certaines données étaient manquantes. Ces 6 patients ont donc été retirés de l'échantillon.

25 patients avaient reçu une ordonnance qui comportait un traitement oral et un traitement topique, 19 patients un traitement oral uniquement et pour 8 patients un traitement topique seulement.

#### **IV.3.5 Mesure de l'observance**

L'observance a été mesurée uniquement sur les médicaments, elle concerne donc 52 patients. Elle était considérée comme bonne à partir du moment où les patients avaient écrit le nom des médicaments prescrits à la dernière consultation même si parfois ceux-ci étaient erronés ou approximatifs. Certains patients avaient oublié le nom d'un médicament et, à la place, ils avaient décrit le conditionnement du produit. Si cette description correspondait au médicament oublié, l'observance était considérée comme juste. Une mauvaise fréquence d'utilisation ou une mauvaise localisation d'application n'a pas été considérée comme une mauvaise observance.

**Tableau 11 : Mauvaise observance**

<b>Observance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bonne</b>	47	90%
<b>Mauvaise</b>	5	10%

Elle n'a pas été respectée chez 5 patients soit 10% de l'échantillon. Pour 3 de ces 5 personnes, le traitement était mentionné de façon incomplète. Les 2 autres déclaraient utiliser un médicament qui ne leur avait pas été prescrit lors de la dernière consultation.

Sur ces 5 patients, 3 avaient une ordonnance comportant un traitement oral et un traitement topique, les 2 autres avaient un traitement topique uniquement.

**Tableau 12 : Mauvaise observance en fonction du sexe**

<b>Observance</b>	<b>Sexe</b>		<b>Test de Fisher p-value</b>
	<b>F</b>	<b>M</b>	
<b>Bonne</b>	32 (89 %)	15 (94 %)	<i>P=1</i>
<b>Mauvaise</b>	4 (11 %)	1 (6 %)	

**Tableau 13 : Mauvaise observance en fonction de l'âge**

<b>Observance</b>	<b>Age</b>			<b>Test de Wilcoxon p-value</b>
	<b>Moyen</b>	<b>Ecart-type</b>	<b>Médiane</b>	
<b>Bonne</b>	23.2	10.5	20	<i>P=0.64</i>
<b>Mauvaise</b>	19.8	5.3	20	

**Tableau 14 : Mauvaise observance en fonction de la sévérité de l'acné**

<b>Observance</b>	<b>Estimation de la gravité selon indices</b>					<b>Test de Fisher p-value</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>Bonne</b>	11	10	12	13	1	<i>P=0.64</i>
<b>Mauvaise</b>	2	2	0	1	0	

**Tableau 15** : Mauvaise observance en fonction de l'estimation personnelle de la gravité

<b>Observance</b>	<b>Estimation personnelle de la gravité</b>		<b>Test de Fisher p-value</b>
	<b>1 / 2</b>	<b>3 / 4 / 5</b>	
<b>Bonne</b>	12 (80 %)	35 (95 %)	<i>P=0.14</i>
<b>Mauvaise</b>	3 (20 %)	2 (5 %)	

La mauvaise observance n'était pas significativement différente selon le sexe, l'âge, la sévérité de l'acné et l'estimation personnelle de la sévérité.

#### **IV.3.6 Rythme d'utilisation des médicaments**

Les patients devaient mentionner la fréquence de prise ou d'application des produits. Sur les 47 patients dont l'observance a été jugée bonne, 2 personnes n'avaient pas pris le traitement comme indiqué sur l'ordonnance. Il s'agissait pour l'un d'un traitement oral et pour l'autre d'un traitement topique.

#### **IV.3.7 Lieu d'application**

Cela concernait les traitements topiques. Sur les 30 patients qui recevaient ce type de traitement et qui présentaient une bonne observance, 8 n'appliquaient pas correctement le produit. Elles se contentaient de l'utiliser sur uniquement une partie du visage ou seulement sur les boutons. De façon systématique, un médicament topique était à appliquer sur l'ensemble du visage, ceci était d'ailleurs signalé sur l'ordonnance.

#### **IV.3.8 Utilisation des cosmétiques**

Systématiquement, il était prescrit au patient un produit pour la toilette quotidienne. L'ordonnance pouvait aussi comporter une crème hydratante, une crème solaire...

Sur 52 patients, 14 déclaraient n'utiliser aucun produit cosmétique soit 27% de l'échantillon.

## **IV.4 DISCUSSION**

### **IV.4.1 Profil de la population étudiée**

#### **IV.4.1.1 Sexe**

L'échantillon est constitué majoritairement de femmes (72%). Une étude épidémiologique portant sur les enfants et les adolescents de 11 à 18 ans a montré une prévalence égale entre les filles et les garçons. 29 personnes de l'échantillon ont de 11 à 18 ans : il s'agit de 19 filles et 10 garçons. Cela démontre que l'échantillon n'est pas vraiment représentatif de la population acnéique en général.

#### **IV.4.1.2 Age**

Concernant l'âge des patients, il est intéressant de noter que toutes les tranches d'âge sont représentées. Cela confirme que l'acné ne touche pas seulement les adolescents et les jeunes adultes puisque les plus de 25 ans représentent 26% de l'échantillon.

### **IV.4.2 Estimation du degré de sévérité**

Les résultats obtenus diffèrent selon que le degré de sévérité est apprécié par le patient ou le médecin. En effet, une comparaison des résultats montre un degré de concordance faible. 16% des patients sous-estiment leur acné alors que près de la moitié surestiment le niveau de leur acné. Cependant, cette surestimation n'est pas associée à l'âge ou au sexe. Les résultats de l'étude menée par McEvoy, Nydegger et Williams aboutissaient à des conclusions similaires sur le fait que les patients avaient tendance à surestimer leur acné. Toutefois, ils remarquaient que ceci était plus marqué chez les hommes.

Cette différence d'estimation entre le patient et le médecin montre que les critères d'évaluation ne sont pas les mêmes. Le praticien se base uniquement sur les lésions alors que certains patients font probablement intervenir d'autres facteurs dans leur jugement, comme, par exemple, un fort ressenti psychologique.

### **IV.4.3 Estimation de l'évolution**

Les résultats sont également différents selon qu'il s'agisse du médecin ou du patient. En effet, il est constaté une aggravation de l'acné chez 24% des patients alors que seulement

14% des patients rapportent une détérioration. Dans le sens inverse, le médecin a constaté un nombre d'amélioration moins grand par rapport aux patients. Enfin, deux patients seulement ont constaté une guérison de leur acné alors que selon le médecin, ce sont six patients qui sont guéris. Cela montre la difficulté d'évaluer pour les patients leur propre évolution.

La concordance des résultats reste donc faible. Cependant, globalement, la concordance entre le patient et le médecin est meilleure, comparée à l'estimation du niveau de sévérité puisque l'appréciation de près de la moitié des patients correspond à celle du médecin. Le reste des patients se partage entre une surestimation et une sous-estimation. Dans les deux cas, cela n'est lié ni à l'âge, ni au sexe.

#### **IV.4.4 L'observance**

##### IV.4.4.1 Taux d'observance mesuré

L'observance globale mesurée est de 90%. Comparé aux études réalisées sur le même sujet, le chiffre obtenu est donc plutôt satisfaisant. Ces études relevaient des observances variant de 41 à 65%. Seule l'étude réalisée sur des patients traités uniquement par isotrétinoïne obtenait une observance similaire.

Cette observance plus élevée peut s'expliquer par le fait que les patients vus en consultation à l'hôpital ont souvent eu recours à d'autres médecins auparavant. Ils ont essayé plusieurs traitements qui se sont tous soldés par des échecs. La cause de ces échecs est difficile à établir : problème d'observance ? Prescriptions inadaptées ? ... Faire la démarche de consulter un médecin dans un cadre hospitalier démontre la motivation du patient pour trouver des solutions à ses problèmes d'acné. Cette motivation se retrouve dans l'aptitude à suivre le traitement correctement.

##### IV.4.4.2 Observance et types de traitement

Sur les 52 patients de l'étude, cinq patients n'ont pas pris correctement les médicaments. Il est intéressant d'analyser le type de traitement qui leur avait été prescrit.

- Deux patients devaient utiliser un traitement topique. L'un des patients ne mentionnait pas du tout le médicament, l'autre déclarait utiliser un produit à base de peroxyde de benzoyle alors que le médicament prescrit était de l'adapalène.
- Trois patients avaient un traitement topique et oral. Pour deux d'entre eux, ils utilisaient uniquement le traitement oral, en l'occurrence, un antibiotique pour l'un et

l'isotrétinoïne pour l'autre. En revanche, le dernier n'appliquait que le produit topique (RETACNYL®) et ne mentionnait pas le traitement oral, c'est-à-dire RUBOZINC®.

Cela démontre que pour 4 de ces 5 patients, le problème de l'observance s'est posé pour le traitement topique. Il semble donc que le traitement par voie orale soit globalement mieux suivi.

L'étude qui portait sur l'observance de l'isotrétinoïne relevait une observance de 90 à 93%. L'étude de McEvoy, Nydegger et Williams soulignait de la même façon que les patients se rendaient plus facilement aux consultations lorsque le traitement prescrit était de l'isotrétinoïne. Ici, 14 patients avaient reçu une prescription d'isotrétinoïne. Tous ont correctement suivi ce traitement. Cela confirme la bonne observance obtenue avec ce type de traitement.

#### IV.4.4.3 Facteurs associés à une mauvaise observance

Selon les analyses statistiques, la mauvaise observance n'est associée ni à l'âge, ni au sexe. Ce résultat est contradictoire par rapport à l'étude réalisée par Zaghloul, Cunliffe et Goodfield qui relevaient une observance plus élevée chez les femmes et les patients plus âgés. La sévérité de l'acné définie par le patient ou le médecin n'est pas en relation avec une plus mauvaise observance.

#### IV.4.5 Conclusions de cette étude

Malgré les limites liées à la taille de l'échantillon, l'analyse descriptive des données de cette étude fait apparaître plusieurs points. La moitié des patients a tendance à surestimer la gravité de son acné. L'observance s'élève à 90% et est encore meilleure avec l'isotrétinoïne. Le sexe, l'âge, ou la sévérité n'influencent pas le niveau d'observance. Il aurait été intéressant de tester d'autres facteurs comme la qualité de vie ou l'ancienneté de l'acné.

Il est également important de rappeler que si l'observance correspond à l'utilisation du médicament, la réussite du traitement dépend également de la bonne utilisation du médicament, c'est-à-dire le respect de la fréquence d'utilisation et du lieu d'application pour les topiques. L'étude démontre que des deux derniers éléments ne sont pas toujours respectés.

## **IV.5 STRATEGIES POUR AMELIORER L'OBSERVANCE**

L'observance est essentielle dans les traitements de l'acné pour obtenir une bonne efficacité thérapeutique. Celle-ci dépend d'une prescription adaptée à chaque patient mais également d'autres facteurs sur lesquels il est plus difficile d'agir. Ces facteurs sont multiples, associés à l'information des patients sur le traitement médicamenteux, l'efficacité et la tolérance de ces médicaments, au retentissement psychologique de l'acné mais aussi à la période de l'adolescence, souvent mal vécue.

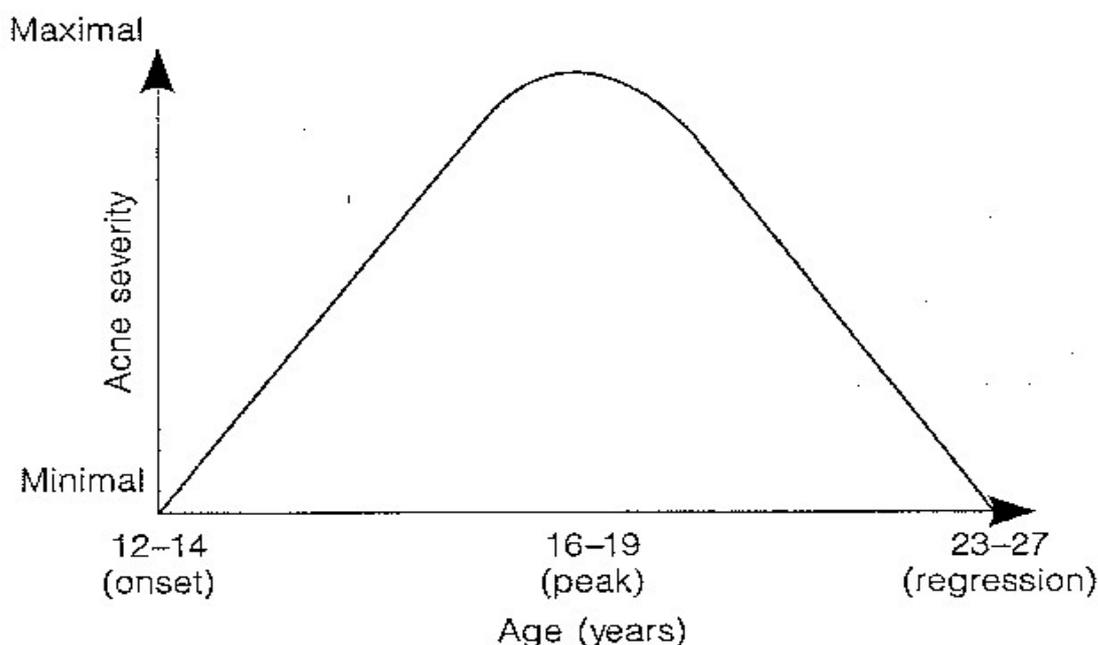
### **IV.5.1 Avant le début du traitement**

Pour améliorer l'observance, la mise en place du traitement doit être préparée avec soin. Lors de la première consultation, le médecin doit passer un certain temps avec le patient pour l'écouter et le conseiller. Avant d'envisager le traitement à prescrire, il est nécessaire de discuter avec le patient des causes de l'acné en termes simples et compréhensibles.

#### **IV.5.1.1 Expliquer le cycle de l'acné**

Afin que le patient comprenne que le traitement sera long, peut-être plusieurs années, il est important de lui expliquer le cycle de l'acné.

Par une figure simple, il est facile de montrer le degré de sévérité variant au cours de la maladie et que la durée moyenne de l'acné est de 8 à 12 ans. Cette figure est uniquement indicative puisque chaque patient est différent.



**Figure 8 :** *L'évolution naturelle de l'acné*

Ce schéma montre que l'acné débute à l'âge de 12-14 ans puis s'amplifie progressivement. Le niveau de sévérité le plus élevé est observé entre 16 et 19 ans. Enfin, l'acné régresse spontanément pour disparaître vers 23-27 ans.

#### IV.5.1.2 Quelques idées reçues

Lors du premier entretien, il est également important de dissiper quelques idées reçues :

- Seuls les adolescents sont touchés par l'acné.

En effet, l'acné est souvent présente lors de l'adolescence mais elle peut aussi persister par la suite. Un adulte peut très bien souffrir d'acné alors qu'il n'en a jamais eu étant adolescent. De plus, un quart des patients consultant un dermatologue pour de l'acné est âgé de plus de 25 ans. Ceci se retrouve d'ailleurs dans l'étude présentée précédemment où les plus de 25 ans représentent 26 % de l'échantillon.

- L'alimentation est responsable de l'acné.

Auparavant, aucune preuve d'un lien entre l'alimentation et la cause ou le degré de sévérité de l'acné n'avait été établie. Cependant, quelques études publiées récemment mettent en avant

qu'une alimentation déséquilibrée, c'est-à-dire trop riche en glucides et/ou lipides pourrait jouer un rôle dans l'aggravation de l'acné.

- Le stress peut provoquer de l'acné.

L'anxiété, le stress ou une instabilité émotionnelle pourraient constituer des facteurs aggravants pour l'acné. En effet, chez ces personnes, il a été observé une réceptivité hormonale accrue. Ceci agirait surtout au niveau de la composante inflammatoire. Il est important de questionner le patient sur le rôle possible de facteurs psychologiques dans la survenue de leur acné.

- Les premiers rapports sexuels font disparaître l'acné.

Il n'y a aucune preuve que l'activité sexuelle ou le manque d'activité sexuelle joue un rôle dans l'acné. En fait, ce sont deux événements concomitants puisque l'acné régresse généralement à la fin de la puberté, vers 18 ans. Un âge auquel, surviennent, statistiquement, les premiers rapports sexuels.

- L'acné est la conséquence d'un manque d'hygiène.

L'acné est un phénomène essentiellement hormonal, sans lien direct avec l'hygiène. Si les comédons sont noirs, c'est en raison de l'oxydation de la kératine présente dans la couche superficielle de la peau. Toutefois, des soins d'hygiène adaptés peuvent permettre de limiter le développement de l'acné par une action séborégulatrice.

- L'acné disparaît spontanément, les traitements sont inutiles.

Alors que la majorité des patients voient leur acné disparaître à la fin de l'adolescence, d'autres continuent à souffrir d'une acné sévère. Il a été montré que les chances de réussite de traitement et de réduction des cicatrices étaient d'autant meilleures que le traitement était commencé tôt.

#### IV.5.1.3 Etablir une relation de confiance avec le patient

Ce dialogue avant le début d'un traitement vise à établir une relation de confiance entre médecin et patient. En effet, ce rapport est essentiel pour encourager l'observance.

Le fait de prendre du temps pour reconstituer l'historique du patient, discuter avec lui et l'écouter ne doit pas être sous-estimé. Le médecin doit montrer de l'intérêt, se sentir

concerné, doit faire preuve d'empathie. Il doit créer une atmosphère de confiance mutuelle et de respect. Les efforts pour établir un contact avec le patient sont généralement récompensés. Les patients perçoivent souvent la communication comme un indicateur d'une meilleure offre de soins.

#### IV.5.1.4 Evaluer le retentissement psychique de l'acné

Ce retentissement est variable selon les individus et selon les régions du corps touchées par l'acné. Il est généralement plus important lorsque les lésions siègent au niveau du visage. En effet, la peau du visage occupe une place particulière puisque c'est la principale partie du corps exposée au regard des autres.

L'acné entraîne une altération de l'image de soi et parfois une perte de l'estime de soi. Une image altérée peut être source de répulsion, de gêne ou encore de honte. Cela peut se traduire par des attitudes d'évitement de certaines situations anxigènes socioprofessionnelles et/ou affectives (sorties, loisirs, piscine...), un isolement et des relations conflictuelles avec les proches.

Ces répercussions psychologiques s'observent particulièrement chez l'adolescent. En effet, la période de la puberté est marquée par de nombreux changements, notamment physiques. Ces changements sont souvent perturbants et leurs retentissements psychiques peuvent être amplifiés par la survenue d'une acné même lorsque celle-ci est peu sévère ou modérée. Les adolescents acnéiques ont alors tendance à se refermer sur eux-mêmes, ils éprouvent des difficultés à aller vers les autres. Cela peut également affecter les résultats scolaires. L'observance thérapeutique est plus difficile à obtenir chez un adolescent qui vit mal son état et ne supporte pas les contraintes imposées par le traitement.

Une relation de confiance patient/professionnel de santé est donc essentielle pour permettre au patient d'avoir le sentiment d'être soutenu et encouragé. Il est important de ne pas nier la gravité de l'acné. Cette maladresse pourrait être à l'origine d'un sentiment d'incompréhension chez le patient. Enfin, des études ont montré qu'un traitement efficace contre l'acné peut contribuer à améliorer l'état psychique.

## **IV.5.2 Le traitement**

Une fois que les médicaments appropriés ont été choisis, plusieurs éléments vont intervenir. Il a été montré que les traitements les plus simples obtenaient une meilleure observance.

### **IV.5.2.1 Rédaction de l'ordonnance**

Celle-ci doit être rédigée de façon lisible. La prescription doit être effectuée avec enthousiasme et conviction. Le traitement doit être perçu par le patient comme efficace et important.

### **IV.5.2.2 Expliquer le rythme d'amélioration**

Il faudrait toujours commencer par demander au patient s'il est prêt à s'engager dans un traitement à long terme. De même, il est important de prévenir le patient du délai nécessaire pour obtenir une amélioration. L'acné répond lentement aux traitements et parfois une aggravation peut être observée durant les premières semaines de traitement. Si celui-ci est adapté, la plupart des malades peuvent constater 30 à 40% d'amélioration en 2 mois, 60% en 4 mois et 80% et plus au bout de 6 mois.

Le patient doit donc comprendre qu'une amélioration est visible après une période raisonnable de traitement et que celui-ci sera modifié si nécessaire.

### **IV.5.2.3 Informer de la durée du traitement**

Il est essentiel d'informer le patient de la durée du traitement : par exemple, 4 à 6 mois pour des antibiotiques, 6 à 8 mois pour une cure d'isotrétinoïne. Concernant les traitements topiques, ils peuvent être appliqués tant que dure l'acné.

### **IV.5.2.4 Choix de la formulation galénique**

Il est important de consulter le patient dans le choix de la formulation du traitement. Cela renforce la relation de confiance patient/médecin et ainsi améliorer l'observance.

Les rétinoïdes et leurs analogues sont présentés dans différentes spécialités sous des formes galéniques variées. La thérapeutique peut donc être adaptée selon les préférences du patient et la sensibilité cutanée.

#### IV.5.2.4.1 Les crèmes

Les patients peuvent éprouver la sensation d'avoir la peau plus grasse après l'utilisation d'une crème. Ceci est dû à l'excipient qui se mélange au sébum et reste sur la peau. Cette forme galénique est à déconseiller chez les acnéiques qui présentent une séborrhée importante.

#### IV.5.2.4.2 Les gels

Ils contiennent un excipient volatil. Lors de l'application, l'excipient s'évapore, ne laissant pas sur la peau une sensation grasse, ce qui est particulièrement apprécié chez les hommes qui n'aiment pas le sentiment d'avoir « quelque chose » sur la peau. Cependant, les gels peuvent entraîner des picotements et des brûlures sur une peau lésée ou fraîchement rasée ce qui a pour conséquence une diminution de l'observance.

Les gels sont donc mieux adaptés aux patients ayant une forte séborrhée. Cependant, certains contiennent une concentration élevée en polymères. Ces polymères peuvent gêner l'adhérence des cosmétiques, notamment les fonds de teint. Si les femmes souhaitent se maquiller, il est donc préférable de choisir une autre forme que le gel.

#### IV.5.2.4.3 Les lotions

Elles contiennent une grande quantité d'eau. Elles ne laissent pas de résidus gras et sont compatibles avec l'utilisation de cosmétiques. Elles sont utilisables pour tous les types de peau. Elles sont cependant à éviter sur les peaux lésées car elles contiennent de l'alcool.

#### IV.5.2.4.4 Les solutions

Elles sont principalement utilisées pour l'administration des antibiotiques topiques. L'antibiotique est dissous dans un véhicule alcoolique. Les solutions ont un effet astringent.

#### IV.5.2.5 Expliquer le traitement clairement

Il faut expliquer au patient que les traitements topiques ne s'appliquent pas uniquement sur les boutons mais sur l'ensemble de la région touchée par l'acné. En effet, la peau apparemment normale autour des lésions renferme des microcomédons invisibles à l'œil nu. Ceux-ci doivent être aussi traités. La relecture de l'ordonnance au patient peut permettre d'associer des conseils sur chaque médicament. Si le patient a des questions ou des remarques à faire, il est important de ne pas l'interrompre et de répondre à ses interrogations.

Les effets indésirables principaux doivent également être évoqués. Si le patient connaît à l'avance ces effets secondaires, les risques d'interruption du traitement seront moindres et par conséquent, l'observance meilleure.

Le patient ne doit toutefois pas être submergé d'informations particulièrement s'il s'agit de la première consultation. Il peut être intéressant de lui remettre des documents qu'il pourra emporter chez lui. Les objectifs de ces documents sont d'insister sur les messages importants et de répondre aux questions qui pourraient survenir après la consultation. Demander au patient de reformuler les explications données est une bonne façon pour évaluer la compréhension du traitement.

#### IV.5.2.6 S'adapter aux habitudes de vie du patient

Tout traitement doit s'adapter au style de vie du patient pour une meilleure observance. Par exemple, les patients qui ne déjeunent pas chez eux le midi trouveront difficile de prendre un médicament à ce moment-là. Mieux vaut alors prescrire les médicaments le matin ou le soir. Lors de la prescription d'un produit topique à appliquer dans des régions inaccessibles, par exemple le dos, il faut demander au patient si un proche peut l'aider.

Associer la prise ou l'application d'un médicament à un geste quotidien, comme le brossage des dents, peut créer une habitude qui permet de penser au traitement chaque jour.

#### IV.5.2.7 Intérêt du traitement de maintien et des visites de suivi

Il faut insister sur l'intérêt de continuer le traitement même après la régression des lésions. En effet, un des objectifs des antiacnéiques est de prévenir le développement de nouveaux comédons et lésions inflammatoires.

Prévoir des visites de suivi peut encourager l'observance. Les patients sont plus enclins à suivre le traitement s'ils savent qu'ils seront à nouveau examinés. Ces visites sont l'occasion pour le médecin de renforcer la relation de confiance, d'évaluer la motivation du patient ainsi que de renforcer le message sur le bon usage du médicament.

Le sujet de l'observance peut être soulevé mais les questions ne doivent pas être intimidantes. Face à un patient mal observant, le professionnel de santé doit éviter certaines attitudes telles que l'autoritarisme, l'intimidation, la culpabilisation du malade ou un comportement entraînant la peur. Ceci pourrait d'une part, augmenter le défaut d'observance

et, d'autre part, entraîner des conflits. Le médecin doit donc se montrer tolérant et envisager des solutions adaptées pour régler le problème de l'observance.

#### **IV.5.3 Expliquer le rôle des cosmétiques**

Le traitement de l'acné se compose de médicaments et de soins cosmétiques. Ceux-ci sont utilisés soit en complément des médicaments, soit pour contrer les effets secondaires. La comédogénicité de certains cosmétiques doit être signalée. Il faut recommander au patient des produits de soin et de maquillage reconnus non comédogènes et non gras.

#### **IV.5.4 Environnement familial et observance**

Cela concerne surtout les adolescents. C'est souvent à l'initiative des parents (à celle de la mère généralement) que l'adolescent consulte. Les raisons de cette implication sont diverses. Certains parents ont été touchés par l'acné durant leur adolescence et ont peur que leur enfant vive la même chose. D'autres acceptent difficilement de voir apparaître des lésions sur la peau de leur enfant.

Les parents se rendent aux consultations car ils ont eux aussi besoin de comprendre les mécanismes de l'acné, les différents traitements. Pour autant, l'adolescent doit pouvoir s'exprimer librement. Le seul cas où les parents interviennent dans le choix du traitement concerne la prescription d'isotrétinoïne chez la jeune fille mineure. En effet, l'accord de soins et de contraception doit être signé par les titulaires de l'autorité parentale.

Enfin, suggérer à la famille ou à d'autres proches d'encourager le patient à prendre correctement le traitement prescrit peut avoir un impact favorable sur l'observance.

#### **IV.5.5 A l'officine**

La prise des médicaments à l'officine est l'occasion de renforcer le message sur le traitement. La lecture de l'ordonnance doit permettre de réexpliquer l'objectif de chaque médicament ainsi que les effets indésirables associés et la façon d'utiliser les produits. Inscrire les instructions d'utilisation sur le conditionnement peut éviter une confusion pour le patient.

Le défaut d'observance est difficile à évaluer à la pharmacie. Cependant, il peut être repéré lors de l'absence d'un renouvellement ou d'une discussion avec le patient. Cela peut amener à un entretien pour en rechercher les causes et apporter des solutions.

#### **IV.6 CONCLUSION**

L'acné est une pathologie chronique, ce qui explique que le traitement est nécessaire pendant plusieurs mois et souvent plusieurs années. Le rôle du médecin ne consiste pas seulement à prescrire des médicaments mais aussi à s'assurer de la bonne observance de ses patients, condition indispensable à la réussite d'un traitement. Le tableau suivant résume les moyens pour améliorer l'observance :

**Tableau 16** : *Moyens d'améliorer l'observance*

<b><i>Permettre au patient de participer activement dans la mise en place du traitement</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laisser le patient choisir la forme galénique lorsque c'est possible</li> <li>▪ Faire répéter au patient, avec ses propres mots, les instructions du traitement</li> </ul>
<b><i>Le patient retient en moyenne 3 messages lors d'une consultation. Les premiers conseils doivent donc se focaliser sur les thèmes suivants :</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La façon d'utiliser le traitement</li> <li>▪ Que faire si un effet indésirable survient</li> </ul>
<b><i>Permettre au patient de poser des questions, montrer de l'intérêt pour ses problèmes</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner du temps au patient pour qu'il exprime ses sujets d'inquiétude</li> <li>▪ Faire preuve d'empathie</li> <li>▪ Ne pas interrompre le patient</li> </ul>
<b><i>Fournir des informations claires</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'adapter au niveau socioculturel du patient en utilisant des phrases et des termes qu'il peut comprendre</li> <li>▪ Evaluer la compréhension du patient en observant les comportements qui montrent la compréhension ou le manque de compréhension</li> <li>▪ Donner au patient des documents à emporter chez lui pour insister sur les messages importants et répondre aux questions qui pourraient survenir après la consultation</li> </ul>

**5<sup>ème</sup> PARTIE :**

**CONSEILS ASSOCIES**

La réussite d'un traitement dépend en grande partie de l'observance, mais d'autres facteurs interviennent également. Il est essentiel d'associer des conseils autour des traitements et pour le quotidien. Ce rôle concerne le médecin mais aussi, le pharmacien d'officine. En effet, celui-ci doit prendre le temps nécessaire pour conseiller le patient sur son traitement et l'orienter vers des produits cosmétiques adaptés.

## **V.1 RECOMMANDATIONS SUR LES PRINCIPAUX TRAITEMENTS ANTIACNEIQUES**

### **V.1.1 Les traitements topiques**

#### **V.1.1.1 Recommandations générales**

Ces conseils concernent l'ensemble des produits topiques. Leur utilisation nécessite de se laver les mains avant et après. En cas d'application accidentelle sur les muqueuses (les yeux, la bouche, les narines) ou sur les paupières, il faut rincer soigneusement à l'eau.

#### **V.1.1.2 Les rétinoïdes locaux**

La posologie initiale est habituellement d'une fois par jour le soir. L'application se fait sur une peau lavée et bien séchée. La fréquence d'utilisation est adaptée selon la tolérance. L'application se fait par massages légers en étalant une fine couche de produit de manière uniforme tout en évitant les yeux, les paupières, les lèvres et les narines.

Le patient doit être prévenu :

⇒ D'une part des effets indésirables : les plus fréquents sont une irritation, une sensation de brûlure, une desquamation irritation cutanée et parfois une poussée pustuleuse provisoire. Cette recrudescence traduit l'élimination accélérée des microkystes qui étaient en formation. Les réactions d'irritation ont tendance à être plus accentuées chez les sujets à peau fine ou à phototype clair. Si l'irritation est importante, la posologie pourra être réduite à un jour sur deux. Il est important de signaler au patient que ces effets indésirables sont plus intenses au cours des premières semaines de traitement et qu'ils régressent par la suite.

En raison du caractère irritant du produit, l'usage simultané de produits astringents, desséchants, parfumés ou alcoolisés est à éviter. De plus, l'irritation peut être majorée par une exposition au soleil ou aux UV. Par conséquent, il faudra éviter dans la mesure du possible toute exposition pendant le traitement. En cas d'exposition exceptionnelle,

il est recommandé d'utiliser une crème solaire et d'interrompre l'application du médicament la veille, le jour même et le lendemain.

⇒ D'autre part du rythme d'amélioration car celle-ci ne se produit pas immédiatement. L'amélioration clinique est visible au bout de 1 à 2 mois mais il faut attendre 3 mois pour obtenir un résultat optimum. Par la suite, un traitement de maintien est nécessaire pour éviter les récives.

L'efficacité de l'adapalène est équivalente à celle de la trétinoïne mais la tolérance est meilleure.

#### V.1.1.3 Le peroxyde de benzoyle

Généralement, ce produit s'applique une à deux fois par jour puis tous les 2 à 3 jours en phase de maintien. L'application se fait en massages légers jusqu'à pénétration complète du produit. La posologie est adaptée en fonction de la réponse thérapeutique. L'amélioration des lésions acnéiques est de 50 à 60% en huit semaines.

Des informations précises fournies au patient sur les effets indésirables peuvent éviter un arrêt prématuré du traitement. Il faut prévenir le patient que durant les premières semaines de traitement, peuvent survenir un érythème, un prurit, une sécheresse cutanée, une desquamation ou une irritation. Celle-ci, si elle reste modérée, ne traduit ni une allergie ni une intolérance. Ce phénomène irritatif peut être réduit en espaçant les applications ou en utilisant des formes moins concentrées. L'utilisation d'une crème hydratante est fortement conseillée.

Il est important de signaler au patient que ce médicament risque de provoquer une décoloration des tissus, des vêtements et des phanères. Il est donc préférable de conseiller l'utilisation de draps et de pyjamas blancs. Quelques recommandations peuvent contribuer à diminuer cette décoloration :

- Après l'application de la crème, attendre 15 minutes pour se mettre au lit pour que celle-ci ait le temps de sécher
- Se laver minutieusement les mains après chaque utilisation du produit
- Réserver une serviette à l'usage exclusif de la toilette du visage

Le peroxyde de benzoyle peut également induire une photosensibilisation. L'utilisation d'un écran total est donc fondamental.

#### V.1.1.4 Les antibiotiques topiques

Les prescriptions concernent essentiellement l'érythromycine, beaucoup plus rarement la clindamycine. Présentée sous forme de solution, l'érythromycine s'applique à l'aide d'un coton. L'effet bénéfique n'apparaît qu'au bout de trois semaines de traitement.

Une sensation de sécheresse cutanée peut survenir en début de traitement. Cela est dû à la présence de l'excipient alcoolique permettant la solubilisation de l'érythromycine.

#### V.1.1.5 Intérêt des associations

La crème ERYLIK® contient une association érythromycine et trétinoïne. En une seule application, deux classes thérapeutiques sont administrées. Ceci est intéressant chez les patients qui ont des difficultés à appliquer une crème quotidiennement. Ici, le traitement est simplifié. L'observance du traitement n'en sera que meilleure.

### **V.1.2 Les traitements oraux**

#### V.1.2.1 Les sels de zinc

La prise de ce médicament doit se faire à distance des repas pour obtenir une absorption maximale. En effet, l'absorption du zinc est inhibée en présence d'aliments riches en acide phytique. Il s'agit du pain complet, des germes de soja, des céréales, des noix... Il est donc recommandé de prendre les sels de zinc le matin, à jeun.

Le délai d'action est de 4 à 6 semaines. La survenue d'effets indésirables est rare. Des troubles gastro-intestinaux de faible intensité et transitoires ont été rapportés. Si ces effets sont liés à la prise à jeun du médicament, l'administration pourra se faire le soir, après le dîner.

#### V.1.2.2 Les antibiotiques oraux

Les plus utilisés sont les cyclines avec la lymécycline, la minocycline et la doxycycline. L'érythromycine, de la famille des macrolides, ou le BACTRIM® ne sont prescrits qu'en cas de contre-indication aux cyclines.

Ces antibiotiques sont généralement bien tolérés. Le patient doit cependant savoir que ce type de traitement expose à un risque de photosensibilisation, particulièrement pour la doxycycline et la lymécycline.

La prise de lymécycline se fera préférentiellement en dehors des repas alors que la minocycline et la doxycycline se prennent au milieu du repas. Concernant la doxycycline, il a

été observé, lors de la prise de ce médicament, des dysphagies, des oesophagites et des ulcérations oesophagiennes. Celles-ci sont favorisées par la position allongée et par la prise du produit avec une faible quantité d'eau. L'administration doit donc se faire au milieu d'un repas avec un grand verre d'eau et au moins 1 heure avant le coucher.

#### V.1.2.3 L'isotrétinoïne

Commercialisée sous le nom de ROACCUTANE®, l'isotrétinoïne a révolutionné le traitement des acnés sévères par son action anti-séborrhéique puissante. Cependant, ce médicament est responsable de nombreux effets secondaires. Le pharmacien doit en informer le patient et lui faire comprendre pourquoi la prescription est très encadrée et surveillée, particulièrement chez la jeune fille.

Avant le début du traitement, il est fondamental d'expliquer à tous les malades, hommes et femmes, le risque tératogène. Il faut surtout insister sur le fait que les patients ne doivent en aucun cas donner ce médicament à une personne de leur entourage souffrant d'acné. A la fin du traitement, les capsules non utilisées doivent être rapportées à la pharmacie. Chez la femme en âge de procréer, une contraception efficace doit être mise en place. Même si la patiente déclare ne pas avoir d'activité sexuelle, la contraception est obligatoire, sauf dans deux cas : lorsque que la femme présente une stérilité définitive et documentée ou qu'il s'agit d'une jeune fille non réglée. La contraception doit débuter 1 mois avant le début de la cure et se poursuivre jusqu'à 1 mois après son arrêt, ceci en raison de la cinétique d'élimination du médicament. Un accord de soins et de contraception est donc remis et la prescription ne sera effectuée que si la patiente :

- accepte la contraception
- comprend le risque tératogène
- accepte de faire un test plasmatique qualitatif de grossesse tous les mois
- comprend la nécessité de consulter rapidement en cas d'aménorrhée

Le pharmacien doit vérifier sur chaque ordonnance qu'un test de grossesse datant de moins de 3 jours a été réalisé et qu'il est négatif. L'absence de cette mention peut justifier un refus de délivrance.

Des effets indésirables peuvent survenir lors du traitement. Ils concernent surtout la peau et les muqueuses. La plupart de ces effets secondaires nécessite rarement une réduction de la posologie dans la mesure où les patients sont prévenus de leur survenue. De plus, ces

effets peuvent être atténués par l'utilisation de soins locaux appropriés. Le pharmacien doit les proposer avant même l'apparition des symptômes.

- la chéilite est souvent constante, elle peut être corrigée par l'application plusieurs fois par jour d'un stick labial gras ou d'une crème spécialement conçue pour les lèvres.
- La sécheresse cutanée nécessite l'utilisation d'une crème émolliente.
- L'irritation conjonctivale peut être prévenue par le port de lunettes de soleil. Pour lutter contre la sécheresse oculaire, il faut conseiller l'utilisation de larmes artificielles. En cas de mauvaise tolérance aux lentilles de contact, le recours aux lunettes est recommandé.
- Une sécheresse nasale est fréquente et peut être à l'origine de petits saignements. Une solution hydratante à base de hyaluronate de sodium peut être proposée.

Ces manifestations cutanéomuqueuses disparaissent après une semaine d'arrêt de traitement.

Tout ce qui pourrait majorer l'irritation doit être évité.

- L'épilation à la cire est à proscrire pendant la cure et les 2 mois suivant l'arrêt.
- La piscine est aussi à éviter en raison du chlore contenu dans l'eau.
- L'application de produits kératolytiques ou exfoliants et la prise concomitante d'autres médicaments contenant de la vitamine A.

Concernant le traitement lui-même, le patient doit être averti qu'une exacerbation des lésions est susceptible de se produire pendant les premières semaines de traitement. Ceci n'indique pas une inefficacité du produit. Il faut poursuivre le traitement sans en modifier la posologie. Ces poussées se résorbent en quelques semaines.

Les capsules s'avalent au moment du repas pour une meilleure biodisponibilité. Enfin, l'amélioration des lésions se poursuit souvent après l'arrêt du traitement.

## **V.2 CONSEILS SUR LES PRODUITS COSMETIQUES**

Les cosmétiques participent à la réussite des traitements et permettent aux patients de mieux vivre leur acné. Leurs objectifs sont multiples : permettre une toilette douce, lutter contre la sécheresse et l'irritation engendrées par les traitements, réduire l'aspect brillant de la peau ou camoufler les imperfections.

## V.2.1 Les produits d'hygiène

Son but est d'éliminer la sueur, le sébum, les bactéries et les salissures de la peau. Cependant, elle ne doit pas être agressive. Elle contribue à améliorer la bonne tolérance du traitement. Lorsqu'elle est trop fréquente ou trop détergente, elle peut entraîner une aggravation de l'acné. Il est recommandé un lavage biquotidien de la peau, matin et soir. Les mains doivent être préalablement lavées. Le gant de toilette est à éviter.

Les produits de toilette sont nombreux et se présentent sous différentes formes galéniques.

### V.2.1.1 Les savons

Au contact de l'eau, ils forment une solution alcaline qui ne respecte pas le pH cutané. Ils sont donc à déconseiller.

### V.2.1.2 Les syndets et les pains dermatologiques sans savon

Ils s'utilisent de la même façon que les savons. Ils associent plusieurs tensioactifs synthétiques. Ces formulations respectent le pH cutané. Ils conservent un effet moussant, inférieur aux savons classiques, mais souvent désiré par les patients. De plus, certains possèdent des actifs hydratants et apaisants. Ils sont donc à privilégier en accompagnement des traitements antiacnéiques.

### V.2.1.3 Les gels moussants

Ce sont des détergents synthétiques. C'est une forme galénique particulièrement appréciée des adolescents qui préfèrent les produits de toilette liquides. En pratique, l'application se fait sur une peau humide. Le rinçage s'effectue à l'eau claire ou à l'aide d'une solution tonique. Ceux destinés plus spécialement aux peaux grasses et acnéiques peuvent renfermer des actifs spécifiques tels que des antiseptiques, de l'acide salicylique, des alpha hydroxyacides, des sels de zinc ou de cuivre. Cependant, ils ne sont pas toujours bien tolérés.

### V.2.1.4 Les laits

Ce sont des émulsions dont la concentration en eau est variable. Ils permettent une toilette douce. L'application se fait avec les doigts, en massages légers, puis il est nécessaire d'effectuer un rinçage pour éliminer les salissures. Ce rinçage peut se faire à l'eau claire ou par des lotions toniques et astringentes. Ces lotions peuvent être irritantes, le rinçage à l'eau

est donc préférable. Les laits sont à privilégier pour les personnes à peau sensible et sont surtout recherchés par les femmes.

#### V.2.1.5 Les antiseptiques moussants

Leur principe actif est un antiseptique qui ne pénètre pas au fond des follicules pilosébacés. Ils sont donc inefficaces sur les lésions acnéiques. De plus, leur pH acide leur confère un caractère irritant. Leur utilisation est donc à déconseiller chez les patients acnéiques.

#### V.2.1.6 Les produits gommants

Ce sont des gels tensioactifs composés de microbilles d'oxyde d'alumine ou de microsphères de polyéthylène. Des éponges abrasives et des brosses sont également proposées. Leur utilisation provoque l'exfoliation de la partie superficielle de la couche cornée. La peau apparaît alors plus lisse et le teint moins gris. Toutefois, leur intérêt dans le traitement de l'acné est nul. Au contraire, utilisés de façon répétée, ils peuvent participer à l'augmentation de l'irritation et aggraver l'acné inflammatoire.

#### V.2.1.7 Les masques

Ils sont à base de kaolin, d'argile ou de talc. Ils absorbent les lipides de la surface cutanée mais leur effet matifiant est temporaire.

#### V.2.1.8 Les patches

Ils contiennent généralement de l'acide salicylique et des antiseptiques. Ils doivent être disposés sur les lésions inflammatoires pendant la nuit pour permettre une accélération de la disparition de ces lésions. Leur intérêt est limité aux patients présentant des acnés minimales.

### **V.2.2 Les cosmétiques d'accompagnement**

Les traitements locaux antiacnéiques entraînent tous plus ou moins une irritation et un dessèchement. Le patient doit prendre l'habitude d'appliquer le médicament le soir, surtout s'il existe un risque de photosensibilisation. Le matin est donc idéal pour appliquer les crèmes d'accompagnement, qu'elles soient hydratantes, apaisantes ou à visées antiacnéiques.

### V.2.2.1 Les produits hydratants et apaisants

Les traitements dermatologiques et cosmétologiques provoquent parfois des sensations de tiraillement, de brûlure ou de picotement ainsi qu'une desquamation. Il est alors indispensable d'hydrater la peau et nourrir les couches supérieures de l'épiderme. Plusieurs types de produits sont à la disposition du pharmacien pour améliorer le confort du patient et atténuer les effets indésirables des traitements.

⇒ Les restructurants : ce sont des substances lipophiles qui pallient à la déficience en lipides intercornéocytaires. Ils forment un film protecteur à la surface de la peau.

Les céramides participent à la cohésion et à l'étanchéité de la couche cornée.

Les acides gras essentiels, issus d'huiles végétales, agissent sur la régulation de la perméabilité.

Les stérols peuvent s'insérer au niveau des bicouches lipidiques.

⇒ Les filmogènes : ils réparent le film hydrolipidique et augmentent la souplesse et le confort cutané (exemples : les squalanes, le beurre de karité, la cire d'abeille, l'huile de bourrache, l'huile de germe de blé, les glycoprotéines).

⇒ Les humectants : ils sont capables de fixer l'eau, ce qui permet une réhydratation durable de la couche cornée (exemples : l'allantoïne, les polyols, le hyaluronate de sodium).

Généralement, les patients préfèrent les crèmes dont la texture n'est pas grasse. De même, les femmes qui se maquillent apprécient des produits à texture légère sous leur fond de teint. Tous ces cosmétiques doivent porter la mention « non comédogène ». Cela implique qu'ils ont été testés chez des acnéiques et que leur application régulière pendant une période prolongée ne provoque pas une augmentation des lésions rétentionnelles et inflammatoires.

Des actifs apaisants et anti-inflammatoires peuvent entrer dans la composition de certaines crèmes. Il s'agit de l'eau thermale, de l'énoxolone et de l'alpha bisabolol. D'autres contiennent des agents séborégulateurs tels que les sels de zinc ou de cuivre ou la bétonite. L'aspect luisant du visage peut être corrigé par des agents matifiants.

Chez quelques patients, la séborrhée est tellement élevée que l'application des traitements topiques n'entraîne pas d'irritation. L'utilisation d'une crème hydratante n'est donc pas indispensable. Cependant, dans la grande majorité des cas, la crème hydratante fait partie intégrante du traitement de l'acné. En effet, lorsque le médicament est mal toléré, l'observance est mauvaise, ce qui affecte l'efficacité.

### V.2.2.2 Les cosmétiques antiacnéiques

Leur but est de réguler la séborrhée, prévenir l'hyperkératinisation, limiter la prolifération bactérienne et éliminer les comédons ouverts. Ces produits se présentent sous forme de gels ou de crèmes. Ce type de cosmétiques peut être conseillé par le pharmacien lors d'une demande spontanée d'une personne présentant une acné légère.

#### V.2.2.2.1 Le visa PP

De multiples produits cosmétiques sont commercialisés dans l'acné et revendiquent des propriétés voisines de celles des médicaments. Contrairement à ceux-ci, la mise sur le marché d'un cosmétique n'est pas soumise à une demande d'AMM. Cependant, la publicité concernant ces produits est réglementée.

Certains cosmétiques destinés aux acnéiques comportent une allégation santé telle que « soin des peaux à tendance acnéique ». Cela nécessite une autorisation préalable appelée le visa PP : Publicité Produit. Cette autorisation est délivrée par l'AFSSAPS. Pour obtenir un visa PP, le laboratoire doit apporter les preuves des effets revendiqués. Ces études sont simplifiées par rapport à un dossier d'AMM. Elles visent à comparer le cosmétique en question soit avec son excipient, soit avec un autre produit ayant obtenu le visa PP. Ces études sont réalisées chez des volontaires présentant des acnés légères à modérées. Les critères d'efficacité sont généralement une diminution du nombre de lésions ou une réduction de la sécrétion sébacée. Lorsque le cosmétique est destiné à accompagner un traitement médicamenteux antiacnéique, l'étude doit prouver que l'association permet une amélioration de la tolérance du traitement.

Ainsi, les mentions « soin des peaux à tendance acnéiques », « peaux jeunes à problème », « complément des traitements antiacnéiques » et « diminue l'excrétion de sébum » signifient que le cosmétique bénéficie d'un visa PP. Ce n'est pas le cas des produits dont la publicité indique « soin des peaux grasses », « élimine l'excès de sébum » ou « matifiant ».

#### V.2.2.2.2 Formulation

Ces produits renferment différents actifs. Les connaître constitue un moyen pour mieux conseiller le patient pour une action adaptée à son type d'acné. La liste des composés présentés permet d'interpréter les formules, cependant elle n'est pas exhaustive.

#### V.2.2.2.2.1 Les actifs séborégulateurs

Ils agissent sur l'hyperséborrhée.

- L'huile essentielle de genévrier possède des propriétés séborégulatrices en limitant la production de sébum. Elle a également une activité antiseptique et désinfectante.
- L'acide tannique exerce un effet astringent ce qui entraîne la diminution de la production de sébum.
- L'élubiol régule la sécrétion de sébum.
- Le zinc possède une action séborégulatrice et purifiante. In vitro, il inhibe l'activité de la 5 $\alpha$  réductase, stimule la prolifération fibroblastique et accroît la synthèse de collagène et d'élastine, ce qui participe à une meilleure cicatrisation cutanée.
- L'eau de Cauteret est naturellement riche en soufre et dérivés soufrés. Ceux-ci empêchent la peroxydation du sébum, ce qui évite la formation de composés irritants. Elle a aussi une activité antiseptique sur *P. acnes*.
- L'eau d'hamamélis, par ses propriétés astringentes et apaisantes, resserre les pores et diminue la sécrétion de sébum.
- L'argile absorbe et élimine l'excès de sébum. Elle s'applique sous forme de masque.
- Les sphères de polyamides captent l'excès de sébum.
- L'extrait de *Sabal serrulata* inhibe la 5 $\alpha$  réductase, ce qui diminue la formation de sébum.
- L'extrait de *Cucurbita pepo* (pépin de courges) présente une structure proche de celle des androgènes. En se substituant à ces hormones, elle permet une régulation de la production sébacée.
- L'amidon possède une activité matifiante en absorbant l'excès de sébum.

#### V.2.2.2.2.2 Les actifs kératorégulateurs et kératolytiques

Ces composés agissent sur l'acné rétentionnelle.

- Les AHA (alphahydroxyacides) : il s'agit principalement des acides glycolique, lactique et malique. A faible concentration, ces AHA sont hydratants. A plus forte concentration, ils freinent l'hyperkératinisation et affectent la cohésion intercornéocytaire ce qui permet la régression des lésions rétentionnelles et une amélioration de l'aspect de la surface cutanée. Cependant, ils doivent être utilisés avec précaution car leur tolérance n'est pas toujours bonne. En effet, en raison de leur pH acide, il est déconseillé de les appliquer sur une peau sensible ou déjà irritée. En

monothérapie, ce type de cosmétique peut être conseillé chez l'adolescent lors des premières apparitions de comédons.

- Les BHA (bêtahydroxyacides), avec notamment l'acide salicylique, complètent l'action des AHA en désagrégeant la kératine.
- Le lactate d'ammonium possède des propriétés exfoliantes et hydratantes.
- Le salicylate d'isodécyle exerce une action kératolytique et désincrustante.
- La vitamine A accélère l'exfoliation et améliore la régénération cellulaire.
- L'acide mandélique désobstrue le canal sébacé en s'attaquant au bouchon corné.

#### V.2.2.2.2.3 Les actifs antibactériens et antiseptiques

Il s'agit du triclosan, de la chlorhexidine, du triclocarban, de la piroctone olamine, du pidolate de zinc, des dérivés de l'acide undécylénique, du nolvazen, du glycacil ou encore du piroctocide. Leur efficacité sur les lésions inflammatoires est modeste.

#### V.2.2.2.2.4 Les actifs apaisants et anti-inflammatoires

- L'allantoïne a des propriétés anti-inflammatoires, cicatrisantes et émollientes.
- L'alphabisabolol, extrait de la camomille, possède un pouvoir apaisant.
- Le biolysat Hafnia atténue les rougeurs
- L'acétate d'oleyle empêche la formation de petits boutons par blocage des lipases, responsables de la transformation des triglycérides du sébum en acides gras libres irritants.
- L'alcool butylique a une action cicatrisante et calmante.
- La vitamine E empêche la production de radicaux libres irritants et l'oxydation des lipides sébacés.
- L'acide glycyrrhétinique possède des propriétés anti-inflammatoires et apaisantes.
- La glycérine a une action hydratante.
- L'aloès contient un gel cicatrisant, à utiliser dans les irritations ou inflammations.
- La provitamine B5 améliore le renouvellement cellulaire et apaise les irritations.
- Les triglycérides de carthame et de coco luttent contre l'irritation.
- L'extrait d'avoine a des effets anti-inflammatoires et antiprurigineux par inhibition de la synthèse des prostaglandines.
- Les eaux thermales présentent un effet apaisant.

### V.2.2.3 Les produits de maquillage

#### V.2.2.3.1 L'acné cosmétique

Auparavant, les fonds de teint étaient proscrits chez les acnéiques. Ils étaient considérés comme responsables de l'aggravation et de la pérennisation de l'acné. En effet, leur texture était épaisse, ils provoquaient une occlusion et contenaient des substances comédogènes.

C'est ainsi que l'acné cosmétique a été décrite. Il s'agit d'une acné modérée chez la femme adulte. Les lésions sont de petits comédons fermés et siègent principalement sur la face, notamment sur les joues et les pommettes. Cette localisation plutôt inhabituelle est caractéristique de l'acné cosmétique. Dans la plupart des cas, ces femmes ont présenté, durant leur adolescence, de l'acné qui a régressé par la suite. L'application des cosmétiques est alors évoquée. Cela se traduit par deux types de réaction :

- ⇒ Soit une augmentation du nombre de lésions rétentionnelles secondaire à l'application régulière du produit pendant plusieurs mois : c'est la comédogénicité.
- ⇒ Soit l'apparition d'une folliculite, c'est-à-dire une réaction d'irritation avec apparition de papules et de pustules. Cela se produit durant les premières semaines d'application du produit.

La comédogénicité et la folliculite sont regroupées sous le terme d'acnéogénicité.

#### V.2.2.3.2 Les produits comédogènes

De nombreuses substances sont comédogènes : les émulsionnants, les esters d'acides gras comme le myristate d'isopropyle et ses dérivés, la lanoline, les huiles végétales, les huiles animales, les huiles minérales, la vaseline, les pigments...

La comédogénicité d'un produit dépend de plusieurs facteurs : la présence de composants comédogènes, leur concentration et la forme galénique.

Pour les peaux à tendance acnéique, il est donc préférable de privilégier des produits testés non comédogènes, à texture non grasse et l'utilisation de fond de teint dans lesquels des dérivés de silicone (cyclométhicone, diméthicone) se substituent aux huiles.

#### V.2.2.4 Les produits solaires

##### V.2.2.4.1 Acné et soleil

Après une exposition solaire, l'état de la peau s'améliore chez les patients acnéiques. Ce phénomène s'explique par un double mécanisme.

D'une part, les UVB provoquent un épaississement de l'épiderme. C'est un moyen de défense pour protéger l'épiderme. Cependant, cet épaississement favorise la rétention des cellules dans le follicule pilosébacé. Les lésions rétentionnelles deviennent donc, de façon temporaire, invisibles. Mais, à l'automne, elles resurgissent.

D'autre part, la lumière visible a une action sur *P. acnes*. Cette bactérie sécrète des porphyrines qui absorbent l'énergie lumineuse dans le visible. Cela provoque une hyperexcitation des porphyrines bactériennes, la production d'oxygène singulet et ainsi l'élimination de la population bactérienne intrafolliculaire.

##### V.2.2.4.2 Traitements antiacnéiques et soleil

Certains médicaments antiacnéiques peuvent provoquer des réactions cutanées de photosensibilisation. Ces éruptions siègent au niveau des zones exposées au soleil, c'est-à-dire le visage, le décolleté, la nuque et les avant-bras. Elles sont déclenchées et rythmées par des expositions solaires même modérées.

###### ⇒ Les traitements locaux

Pour poursuivre le traitement, l'exposition solaire devra être réduite au minimum. Cependant, en cas d'exposition exceptionnelle pendant une journée, l'antiacnéique ne sera pas appliqué la veille, le jour même et le lendemain. De plus, il est recommandé d'appliquer ces produits en fin de journée.

###### ⇒ Les traitements oraux

Le mieux est d'éviter toute exposition solaire. En effet, même une exposition partielle peut provoquer des réactions, surtout si le patient présente un phototype clair et que le degré d'ensoleillement est élevé. En cas d'impossibilité, il est préférable de suspendre le traitement au moins 15 jours avant le début de l'exposition, sans oublier d'utiliser une photoprotection adaptée toute la journée.

Le tableau suivant résume les différentes attitudes à adopter en fonction du type de traitement.

**Tableau 17 : Médicaments antiacnéiques et soleil**

Molécules	Conseils associés
<i>Traitements topiques</i>	
Adapalène, Rétinoïdes et Peroxyde de benzoyle	Le soleil est à éviter. En cas d'exposition, le produit ne devra pas être appliqué la veille, le jour même et le lendemain.
Clindamycine et Erythromycine	L'exposition est possible mais l'application se fera de préférence le soir.
<i>Traitements oraux</i>	
Zinc	L'exposition est possible.
Doxycycline, Lymécycline et Minocycline	En cas d'exposition aux UV solaires ou artificiels, le traitement devra être stoppé 15 jours avant. (Les réactions sont beaucoup plus rares avec la minocycline.)
Isotrétinoïne	L'exposition solaire doit être évitée car ce produit entraîne une sensibilité accrue au soleil.

En cas d'exposition au soleil, à la mer ou à la montagne, il faut proposer un photoprotecteur non comédogène. Une photoprotection efficace doit couvrir à la fois les UVA et les UVB, avoir un coefficient élevé (exemple : 60) et ne pas contenir de parfum afin d'éviter tout risque de d'irritation ou de photosensibilisation. L'application doit être renouvelée toutes les 2 heures, en évitant l'exposition entre 12 heures et 16 heures. La meilleure protection reste le port d'un chapeau et d'un tee-shirt.

#### V.2.2.4.3 Remarques

Un patient présentant des cicatrices secondaires à une acné nodulokystique doit être prévenu du risque d'hyperpigmentation par le soleil. Enfin, l'application d'un traitement kératolytique avant une exposition solaire est à proscrire.

### **V.3 LA PRISE EN CHARGE A L'OFFICINE**

La littérature ne présente aucune étude sur l'influence du pharmacien dans l'amélioration de l'observance des traitements antiacnéiques. Pourtant, celui-ci joue un rôle important dans la prise en charge de l'acné. Une relation de confiance avec le patient doit s'instaurer pour que celui-ci puisse s'exprimer librement. La communication est essentielle pour la satisfaction du patient mais aussi pour la réussite des soins. Cet aspect relationnel est considéré comme aussi important que le traitement lui-même. Cette relation est vécue comme un engagement.

Généralement, le patient ne retient pas tout ce que dit le médecin. Il peut alors retrouver ces informations auprès du pharmacien et dans la notice du médicament. Cependant, le contenu de ces notices est souvent complexe et la longue liste d'effets secondaires peut entraîner un défaut d'observance par crainte du patient vis-à-vis de ces effets. Le rôle du pharmacien est donc de répondre aux inquiétudes du patient et de donner des explications claires, dans un langage compréhensible. Il ne faut pas se contenter de lire rapidement l'ordonnance mais s'assurer que toutes les instructions utiles, mentionnées ou non sur l'ordonnance ont été bien comprises.

La délivrance d'un nouveau traitement doit s'accompagner de conseils sur chaque médicament. Répéter ce qui a été dit lors de la consultation médicale permet de renforcer les messages essentiels. De plus, écrire sur chaque conditionnement la façon de prendre le médicament permet d'éviter les confusions pour le patient. Le pharmacien doit anticiper sur les effets indésirables qui pourraient survenir en proposant des solutions : espacement des applications, proposition d'une hydratante ou apaisante. Cette première délivrance est donc l'occasion d'insister sur les messages importants qui pourront participer au respect de l'observance.

Lors d'un renouvellement, il est important d'évaluer l'observance du patient vis-à-vis de son traitement. Le patient ne consultant son médecin que tous les 3 à 4 mois en moyenne, le pharmacien, par sa disponibilité et son accès facile, constitue un interlocuteur privilégié si un problème survient au cours du traitement. Les renouvellements sont donc l'occasion pour le patient de poser ses questions. Le pharmacien peut demander au patient comment il applique les traitements topiques et selon quelle posologie. Il faut vérifier si le patient vient chercher ses médicaments régulièrement chaque mois ou si le délai entre deux renouvellements est un peu plus long ce qui peut faire évoquer un défaut d'observance. Si

c'est le cas pour un traitement topique, cela peut signifier que le patient n'utilise pas assez de produit à chaque application. De même, si le patient ne prend qu'une partie du traitement, il faut lui demander pourquoi et ensuite essayer de trouver des solutions pour améliorer l'observance. Il faut sensibiliser le patient sur l'usage de produits cosmétiques adaptés aux peaux acnéiques et lui expliquer que les produits utilisés doivent impérativement porter la mention « non comédogène ». Les produits vendus en pharmacies ne sont pas comédogènes, ce n'est pas le cas de tous les produits vendus en grande surface. Enfin, la grande majorité des patients a tendance à manipuler leurs boutons. Il faut insister sur le fait que ces manipulations intempestives provoquent une extension de l'inflammation. De plus, les lésions se résorbent plus lentement. Les deux conséquences majeures sont des risques de surinfection et de cicatrices.

Le pharmacien doit pouvoir déceler une éventuelle baisse de motivation.

Les questions suivantes peuvent permettre au pharmacien d'évaluer l'observance des patients.

1. Quel est le nom des médicaments que vous prenez ?
2. Au total, combien de médicaments prenez-vous chaque jour ?
3. Combien de fois par jour prenez-vous vos médicaments ?
4. Quelle est la durée de votre traitement ?
5. Prenez-vous :
  - ⇒ Tous les médicaments prescrits
  - ⇒ Les médicaments qui vous semblent essentiels
  - ⇒ Aucun des médicaments
6. Respectez-vous attentivement les doses prescrites sur l'ordonnance ?
7. Lorsqu'il est difficile de prendre vos médicaments au moment indiqué par le médecin, vous arrive-t-il :
  - ⇒ De ne pas les prendre
  - ⇒ De les prendre à un autre moment de la journée
8. Prenez-vous vos médicaments pendant toute la durée du traitement ?
9. Arrêtez-vous de prendre le traitement quand celui-ci ne vous semble plus utile ou que les effets indésirables deviennent trop gênants ?

10. Avez-vous tendance à arrêter le traitement quelques jours après le début s'il n'a pas d'effet immédiat ?
11. Est-ce que, en augmentant les doses de médicaments, vous pensez améliorer l'efficacité du traitement ?
12. S'il vous arrive de ne pas prendre un médicament, est-ce dû à un simple oubli, à un mode d'utilisation gênant (horaires, nombre de prises, voie d'administration...)?

# CONCLUSION

Malgré les limites liées à la taille de l'échantillon, l'analyse descriptive des données de cette étude a montré une bonne observance puisque 90% des patients ont suivi correctement leur traitement. La mauvaise observance n'est pas liée au sexe, à l'âge, ou au degré de sévérité. Pour réduire ces défauts d'observance, les stratégies sont multiples et concernent à la fois le médecin et le pharmacien. Dans un premier temps, le médecin doit impliquer le patient dans le choix du traitement, lui fournir des informations adaptées et faire preuve d'empathie. Dans un deuxième temps, le pharmacien doit prendre le relais lors de la délivrance des médicaments. Il s'agit d'informer à nouveau le patient sur sa pathologie, lui expliquer clairement les objectifs de chaque médicament sans omettre de mentionner les effets indésirables et lui proposer des cosmétiques adaptés pour l'hygiène et l'accompagnement des traitements. Chaque renouvellement doit être l'occasion de vérifier l'observance. Plus le patient sera informé sur l'acné et ses traitements, meilleure sera l'observance.

## **Bibliographie**

1. Daniel F, Dréno B, Poli F, Auffret N, Beylot C, Bodokh I, Chivot M, Humbert P, Meynadier J, Clerson P, Humbert R, Berrou J-P, Dropsy R. Epidémiologie descriptive de l'acné dans la population scolarisée en France métropolitaine pendant l'année 1996. Annales de Dermatologie et Vénérologie 2000 ; 127 : 273-278
2. Beylot C. Mécanismes et causes de l'acné. La revue du praticien 2002 ; 52 : 828-830
3. Humbert P. Acnés induites. La revue du praticien 2002 ; 52 : 838-840
4. Auffret N. Quoi de neuf en physiopathologie dans l'acné ? Annales de Dermatologie et Vénérologie 2003 ; 130 : 101-106
5. Daniel F. Formes cliniques de l'acné. La revue du praticien 2002 ; 52 : 831-836
6. Revuz J. Acné juvénile polymorphe et acné de l'adulte. Annales de Dermatologie et Vénérologie 2003 ; 130 : 113-116
7. Faure M, Drapier-Faure E. Les traitements hormonaux. Annales de Dermatologie et Vénérologie 2003 ; 130 : 142-147
8. Chivot M. Les traitements de l'acné légère à modérée. Annales de Dermatologie et Vénérologie 2003 ; 130 : 132-135
9. Dictionnaire Vidal 2005
10. Rôle du pharmacien dispensateur : Isotrétinoïne par voie orale. Lettres nationales Pharmaceutiques n° 293 ; mars 2005
11. Sayag J, Koeppele MC, Aquilina C. Les cahiers de médecine esthétique : Acné ; n°4, 1992

12. Chivot M. Traitement de l'acné par l'isotrétinoïne (voie générale). La revue du praticien 2002, 52 : 845-849
13. Dréno B. Antibiothérapie générale dans l'acné. La revue du praticien 2002, 52 :841-843
14. Faure M. Acné et hormones. La revue du praticien 2002, 52 : 850-853
15. Berbis P. Traitements des acnés sévères. Annales de Dermatologie et Vénérologie 2003, 130 : 136-141
16. Dréno B, Beylot C, Chivot M, Faure M, Pawin M, Poli F, Revuz J. Un algorithme de traitement de l'acné. Annales de Dermatologie et Vénérologie 2003 ; 130 : 151-152
17. Pragmacie : l'acné. Laboratoires Expanscience avril 2004
18. Pouchain D, Molina J, Gay B. De l'ordonnance au contrat thérapeutique. Janvier 1996, Collège National des Généralistes Enseignants
19. Flanders PA, McNamara JR. Enhancing acne medication compliance: a comparison of strategies. Behav Res Ther 1985; 23 (2): 225-227
20. J.S. Des outils pour favoriser l'observance. Le moniteur des pharmacies 2002, 2441
21. Dréno B, Bodokh I, Chivot M, Daniel F, Humbert P, Poli F, Clerson P, Berrou J-P. La grille ECLA: un système de cotation de l'acné pour la pratique quotidienne du dermatologue. Annales de Dermatologie et Vénérologie 1999 ; 126 : 136-141
22. Wolf JE. Maintenance therapy for acne vulgaris : the fine balance between efficacy, cutaneous tolerability, and adherence. Skinmed 2004; 3 (1): 23-26
23. Witkowski JA. Compliance: the dermatologic patient. International Journal of Dermatology 1988; 27 (9): 608-611

24. Dorosz. 2003 ; 23ème édition
25. Mufleh L, Gonzalez M, Judodihardjo H, Finlay AY. Compliance is high in patients taking oral isotretinoin for acne. *British Journal of Dermatology* 1999 ; 141 (Suppl 55), 43-48
26. Zaghoul SS, Cunliffe WJ, Goodfield MJD. Objective assessment of compliance with treatments in acne. *British Journal of Dermatology* 2005 ; 152: 1015-1021
27. Koo J. How do you foster medication adherence for better acne vulgaris management? *Skinmed* 2003 ; 2 (4): 229-233
28. Katsambas AD. Why and when the treatment of acne fails: what to do? *Dermatology* 1998 ; 196: 158-161
29. McEvoy B, Nydegger R, Williams G. Factors related to patient compliance in the treatment of acne vulgaris. *International Journal of Dermatology* 2003 ; 42: 274-280
30. Draelos ZK. Patient compliance: enhancing clinician abilities and strategies. *Journal American Academy of Dermatology* 1995 ; 32 : S42-48
31. Crickx B. Faut-il arrêter de traiter les acnéiques l'été? *Annales de Dermatologie et Vénérologie* 2005 ; 132 : 404-406
32. Poli F. Acné : les soins d'hygiène. *Annales de Dermatologie et Vénérologie* 2003 ; 130 : 148-150
33. Poli F. Soins cosmétiques et acné. *La revue du praticien* 2002 ; 52 : 859-862
34. L'acné. *Le moniteur des pharmacies ; Cahier II du N° 2390 du 17 mars 2001*
35. Poli F. L'acné, les dermatologues, les cosmétiques et le visa PP. *Annales de Dermatologie et Vénérologie* 2005 ; 132 : 629-631

36. Hervé N. Soins des peaux acnéiques. Le moniteur des pharmacies ; Cahier I du N°2278 du 24 octobre 1998
37. Les peaux jeunes à problèmes. Le moniteur des pharmacies ; Cahier II du N° 2533 du 24 avril 2004
38. Isakovic J. Nouveautés dans le traitement de l'acné chez les adolescents. Paediatrica 2002 ; 13 (4) : S7-13
39. Grosshans E, Revuz J, Faure M, Roujeau JC, Bedane C. L'acné. Annales de Dermatologie et Vénérologie 2002 ; 129 : 2S182-2S187
40. Draelos ZD. Acne medication selection important for patient compliance. Cosmetic Dermatology 1995 ; 8 : 13-16
41. Traitement de l'acné par voie générale : recommandations. Annales de Dermatologie et Vénérologie 1999 ; 126 : 233-234
42. Misery L. Pourquoi des problèmes psychologiques aggravent-ils certaines dermatoses ? Annales de Dermatologie et de Vénérologie 1997 ; 124 : 804
43. Loriol M. Quand l'observance religieuse influe sur l'observance médicale. Le moniteur des pharmacies ; N°2435 du 09 mars 2002
44. Consoli S. Le retentissement psychosocial des dermatoses. 2004-2005
45. Auffret N. Traitement topique de l'acné. La revue du praticien 2002 ; 52 : 854-857

## **LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX**

Figure 1 : Acné rétentionnelle

Figure 2 : Acné papulopustuleuse

Figure 3 : Acné médicamenteuse

Figure 4 : Acné excoりée

Figure 5 : Acné nodulaire

Figure 6 : Acné conglobata

Figure 7 : Acné fulminans

Figure 8 : L'évolution naturelle de l'acné

Tableau 1 : Correspondance entre les indices de la grille ECLA et le niveau de gravité

Tableau 2 : Correspondance entre l'évolution constatée par le médecin et celle ressentie par le patient

Tableau 3 : Concordance entre l'estimation personnelle de la gravité de l'acné et l'estimation de l'expert

Tableau 4 : Concordance entre l'estimation personnelle de la gravité de l'acné et l'estimation de l'expert en terme de sur ou de sous estimation

Tableau 5 : Concordance entre l'estimation personnelle de la gravité de l'acné et l'estimation de l'expert en terme de sur ou de sous estimation, selon le sexe

Tableau 6 : Concordance entre l'estimation personnelle de la gravité de l'acné et l'estimation de l'expert en terme de sur ou de sous estimation, selon l'âge

Tableau 7 : Concordance entre l'évolution ressentie par les patients et l'évolution selon les indices

Tableau 8 : Concordance entre l'évolution ressentie par les patients et l'évolution selon les indices en terme de sur ou de sous représentation

Tableau 9 : Concordance entre l'évolution ressentie par les patients et l'évolution selon les indices en terme de sur ou de sous représentation, selon le sexe

Tableau 10 : Concordance entre l'évolution ressentie par les patients et l'évolution selon les indices en terme de sur ou de sous représentation, selon l'âge

Tableau 11 : Mauvaise observance

Tableau 12 : Mauvaise observance en fonction du sexe

Tableau 13 : Mauvaise observance en fonction de l'âge

Tableau 14 : Mauvaise observance en fonction de la sévérité

Tableau 15 : Mauvaise observance en fonction de l'estimation personnelle de la gravité

Tableau 16 : Moyens d'améliorer l'observance

Tableau 17 : Médicaments antiacnéiques et soleil

Nom - Prénoms : MARTIN Laurence, Fabienne, Marie

Titre de la Thèse : L'observance des traitements antiacnéiques

---

Résumé de la Thèse :

L'acné constitue une affection très fréquente. Les médicaments sont nombreux et efficaces. L'échec d'un traitement est souvent dû à un défaut d'observance du patient. Cette thèse présente les résultats d'une étude prospective qui a été menée dans le service de dermatologie du CHU de Nantes auprès des patients consultant pour leur acné dans le cadre d'un suivi. Son but est de mesurer l'observance des traitements antiacnéiques et d'analyser les facteurs qui peuvent l'influencer. L'analyse descriptive des données de cette étude fait apparaître que ces patients présentent une bonne observance dans 90% des cas. La mauvaise observance n'est, ici, pas corrélée à l'âge, au sexe ou à un niveau de sévérité de l'acné plus élevé. L'amélioration de l'observance dépend du patient mais aussi des professionnels de santé.

---

MOTS CLES

ACNE, TRAITEMENTS, OBSERVANCE, ROLES DU MEDECIN ET DU PHARMACIEN

---

JURY

PRESIDENT : Mme Nicole GRIMAUD, Maître de conférences de Pharmacologie  
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Mme Brigitte DRENO, Professeur de Dermatologie  
Faculté de Médecine de Nantes

M. Thierry CHARPENTIER, Docteur en Pharmacie

82, rue de la Cossonnière 45650 SAINT JEAN LE BLANC

---

Adresse de l'auteur : 19, avenue de Paris 45000 ORLEANS