

DOSSIER DE PRESSE



JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE PARIS

— ÉDITION 2018 ■ 11-15 DÉCEMBRE 2018 —



- **FICHE I ■ La relation médecin/malade : d'un tact dermatologique**
Éric FIAT 3-4
- **FICHE II ■ Les Français et leur dermatologue : une première étude innovante en France**
Marie-Aleth RICHARD 5-15
- **FICHE III ■ Toxicité des cosmétiques en 2018 : une cosmétophobie à décrypter**
Annick BARBAUD 9-16
- **FICHE IV ■ La Dermatologie du futur : télédermatologie et intelligence artificielle**
Tu-Anh DUONG 17-23
- **FICHE V ■ La gale : un problème de santé publique**
Olivier CHOSIDOW 24-26
- **FICHE VI ■ Le psoriasis en 2018, point sur les innovations thérapeutiques**
Denis JULLIEN 27-30
- **FICHE VII ■ La dermatite atopique chez l'adulte**
Delphine STAUMONT-SALLÉ 31-35
- **FICHE VIII ■ Le prurit, vers une reconnaissance et une prise en charge au même titre que la douleur ?**
Laurent MISERY 36-37
- **FICHE IX ■ Les situations d'urgence en dermatologie pédiatrique**
Christine BODEMER 38-42
- **Mieux connaître la Société Française de Dermatologie** 43-47





■ LA RELATION MÉDECIN/MALADE : D'UN TACT DERMATOLOGIQUE

*D'après un entretien avec Éric FIAT,
Professeur des Universités, Responsable du master d'éthique
à l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée,
Directeur Adjoint du laboratoire de recherche LIPHA-PE*

– « **TACT** » – (*Mot latin tactus, de tangere, tangible*)

Sens propre premier : sens du toucher (tactile).

Deuxième sens : qualité qui permet d'apprécier intuitivement ce qu'il convient de dire, de faire ou d'éviter dans les relations humaines (délicatesse, doigté).

En dermatologie, toute rencontre entre patient et médecin peut mettre à rude épreuve la pudeur humaine, en raison d'un sentiment de honte, de gêne, qu'éprouve une personne devant ce que sa dignité semble lui interdire. La dermatologie est une des seules spécialités devant laquelle, l'être humain se montre « nu » au sens propre comme au sens figuré.

La pudeur est une caractéristique fondamentale de l'être humain, le désir que quelque chose de soi, de son corps, de son âme ne soit pas montré en pleine lumière et puisse rester intime, voire secret.

LE PUDIQUE EST UN HONTEUX EN PUISSANCE

Le honteux se cache, le pudique se montre discrètement. Le honteux se tait, le pudique s'exprime par la litote. Le honteux voudrait disparaître sous terre, le pudique se montre et se cache en même temps... Le pudique peine à montrer ou à dire, et doit puiser au plus profond de son intimité pour se lancer et là, à cet instant précis, le dermatologue doit avoir ce « tact dermatologique », et faire preuve de délicatesse pour que la pudeur du patient ne dégénère pas en honte. Pour ce faire : mettre en lumière ce qu'il est nécessaire de montrer du corps ou de l'âme pour que l'examen soit efficace ; mais aussi laisser dans l'ombre ce qui peut l'être, et même doit l'être afin que le patient n'ait pas l'impression de devenir simple objet de soin. En somme : que le dermatologue sache jouer du variateur de lumière de feu la lampe halogène !

LE TACT DERMATOLOGIQUE, UN FONDAMENTAL POUR LES DERMATOLOGUES POUR « TOUCHER AVEC DÉLICATESSE » AFIN DE MAINTENIR UN PEU DE DISTANCE DANS LA PROXIMITÉ

La médecine occidentale moderne est une médecine très objectivante. Elle objective le corps, met en lumière le corps, là où d'autres médecines -médiévale, hippocratique, africaine, chinoise- ne procèdent pas de la même manière quand l'être humain a besoin de soins.

Bien que très efficace, notre médecine peut devenir néanmoins agressive ou invasive quand elle nécessite d'examiner certaines zones corporelles ou encore d'avoir connaissance de la sexualité des patients... Quand elle leur intime l'estime.



Le patient peut craindre cette mise en pleine lumière. Le tact est une manière de maintenir un peu d'ombre dans la lumière, maintenir un peu de distance dans la proximité, toucher sans toucher ou toucher avec délicatesse. Le tact est un fondamental pour que la relation soignant/soigné préserve la pudeur et ne dégénère pas en honte.

Les dermatologues pratiquent ce tact, qui n'est pas simplement le fait de toucher « doucement » mais aussi de parler « doucement » ou de mettre en lumière uniquement ce qui est important ou doit l'être. Choisir le moment opportun pour déverrouiller la pudeur du patient est fondamental lors de la consultation. D'autant plus que les maladies cutanées sont souvent des maladies affichantes et stigmatisantes qui obligent avant tout le malade à faire face au regard, voire au dégoût ou au rejet des autres.

Si le médecin manque de tact, un pudique peut passer de la pudeur à la honte et ressentir cette humiliation...

Ces situations difficiles à vivre pour le patient sont aussi délicates à appréhender pour le dermatologue. Elles nécessitent ce fameux tact et cette douceur pour compenser le vécu et gagner la confiance du patient. Si le patient accorde sa confiance, alors le dermatologue doit être digne de cette confiance et faire preuve d'une conscience déontologique et d'un sens moral qui invitent au dévouement.

N'est-ce pas ce qui est en jeu lorsque l'adolescent doit, accompagné de sa mère, montrer son acné au médecin ? Lorsque l'homme qui commence de perdre ses cheveux doit subir l'arrachement des cheveux fragiles des tempes et de la tonsure, puis montrer sa tête en pleine lumière ? Lorsqu'apparaît l'érythème pudique du décolleté de l'adolescente ? Lorsque jadis le beau jeune homme devait révéler son kaposi ? Lorsqu'un patient doit révéler au dermatologue-vénérologue certains pans de sa vie sexuelle, jusqu'ici restés secrets ?

Le tact dermatologique apparaît alors chose essentielle, pouvant permettre que s'instaure entre le soignant et le soigné une indispensable confiance, laquelle, harmoniquement, permet la confiance. Et ce tact manquerait, qu'alors se fomenterait certaine défiance, maligne pour le malade comme pour le médecin...

ÉLOGE, DONC, DU TACT DERMATOLOGIQUE !





■ LES FRANÇAIS ET LEUR DERMATOLOGUE : UNE PREMIÈRE ÉTUDE INNOVANTE EN FRANCE

*D'après un entretien avec le Professeur Marie-Aleth RICHARD,
Past-Présidente de la Société Française de Dermatologie,
Dermatologue à l'Hôpital de la Timone à Marseille*

QUELLES RELATIONS LES FRANÇAIS ENTRETIENNENT-ILS AVEC LEUR DERMATOLOGUE ?

La Société Française de dermatologie (SFD) a récemment mené **une étude¹ inédite, du 4 au 25 juillet 2018** auprès d'un échantillon représentatif de **5 000 Français âgés de 15 à 80 ans**. L'objectif de cette étude était **d'évaluer les relations et les attentes des patients** vis-à-vis de leurs dermatologues.

L'étude a été réalisée en ligne à partir d'un questionnaire renseignant sur la présence ou non d'une maladie de peau, **la fréquence et les modalités** de la consultation, les motifs de la dernière consultation et les attentes du patient. **Sa satisfaction vis-à-vis de la prise en charge**, l'efficacité de la consultation, la nature de la prescription et son observance et **la qualité de la relation** étaient également évaluées.



Cette étude complète l'étude « Objectifs Peau² » conduite en 2016 qui avait mis en évidence **la forte prévalence des maladies de peau** en France avec plus de 16 millions de Français touchés, soit **1 Français de 15 ans et plus sur 3**. Parmi les six affections cutanées les plus exprimées par les Français, **l'acné est la plus fréquente (3,3 millions)** devant l'eczéma/dermatite atopique (2,5 millions), le psoriasis (2,4), les maladies du cuir chevelu (2,3), les mycoses (2,2) et les maladies des ongles (2,1).

En dermatologie, on observe **une dynamique importante de l'innovation thérapeutique** : de nouvelles molécules voient le jour, de nouvelles voies thérapeutiques sont explorées, et, de nouvelles façons de contrôler et de moduler **les voies impliquées dans la physiopathologie des maladies de peau** sont évaluées. Pour autant, **nous sommes face à une forte décroissance démographique** des dermatologues en exercice et à **des inégalités territoriales d'accès aux soins** qui sont **préoccupantes**.

1. Un échantillon représentatif de la population adulte française (15-80 ans) résidant sur le territoire national a été réalisé selon la méthode des quotas (âge, sexe, localisation géographique et catégorie socio-professionnelle) par la société HC Conseil. 5000 français représentatifs de la population française ont donc été interrogés à travers une enquête en ligne basée en utilisant un questionnaire structuré (n = 26 questions) d'une durée maximale de 10 minutes. L'enquête a été réalisée du 04 au 25 juillet 2018.
2. <http://www.sfdermato.org/media/pdf/communiqué-presse/sfd-dossier-de-presse-dans-la-peau-des-francais-698b341f63725ea142271ed9b39e0980.pdf>



LES FRANÇAIS ET LEUR DERMATOLOGUE : PERCEPTION ET RELATIONS

FRÉQUENCE DE LA CONSULTATION

21 % déclarent avoir consulté un dermatologue au cours **des 12 derniers mois**.

Dans cette population, **65 % des patients** déclarent n'avoir consulté qu'une seule fois, **29 %** avoir consulté à deux reprises et **6%** déclarent avoir consulté trois fois ou plus ces 12 derniers mois.

LIEU DE LA CONSULTATION : LE SECTEUR PRIVÉ EST SOLlicitÉ EN PREMIÈRE INTENTION

9 patients sur 10 (86%) consultent en secteur privé (cabinet libéral ou clinique privée). **Le dermatologue est le médecin spécialiste le plus consulté (20%)** par les patients, comparé au cardiologue (13%), au rhumatologue (8%), au gastro-entérologue (7%) et au psychiatre (4%).

70% DES PATIENTS CHOISISSENT LEUR DERMATOLOGUE SUR RECOMMANDATION

En effet, **70% des patients** choisissent leur dermatologue sur recommandation d'un autre professionnel de santé (51 %).

Ces chiffres traduisent **la reconnaissance de l'expertise du dermatologue** dans le cadre du parcours de soins (42% médecin généraliste, 7% autre médecin, 2% pharmacien). **Près de 20% des patients** font le choix **d'un dermatologue recommandé** par un proche, assimilé au « dermatologue de famille ».

75% DES PATIENTS JUGENT « ACCEPTABLES » LES DÉLAIS DE RENDEZ-VOUS QUI LEURS SONT PROPOSÉS

D'une manière générale, **le délai moyen** entre la prise de rendez-vous et la consultation est **de 36 jours**. **Le délai d'acceptabilité** estimé par les patients « encore assez satisfaisant » est **de 37 jours** versus un délai supérieur ou égal à **59 jours qui est jugé « insatisfaisant »**. Il est à noter que les délais de rendez-vous sont **deux fois plus longs en zone rurale (48 jours)** qu'en région parisienne (**24 jours**).

Pour autant, lorsqu'il s'agit **d'une première consultation**, le délai d'obtention d'un rendez-vous est plus court (**31 jours**) par rapport à **une consultation de suivi (41 jours)**.

L'EXPERTISE DU DERMATOLOGUE EST RECONNUE

Pour 9 patients sur 10, les motifs de consultation d'un dermatologue sont **d'ordre médical** :

- **47 % concernent un problème de peau** persistant ou une maladie cutanée chronique (eczéma/dermatite atopique, psoriasis, etc).
- **29 % concernent une demande d'actes techniques** ou interventionnels en relation avec un problème cutané : chirurgie, laser, cryothérapie, puvathérapie.
- **Dans le cadre imposé** du parcours de soin, **le médecin généraliste** est le premier praticien consulté (**54%**) pour les problèmes cutanés aigus.
- **9 % des consultations dermatologiques ont un motif d'ordre esthétique**. Ce pourcentage peut atteindre **13 %** dans les grandes villes de province ou en région parisienne.



UNE RELATION DE CONFIANCE CONFIRMÉE

UNE FIDÉLITÉ À SON DERMATOLOGUE DANS LA DURÉE

Pour les patients âgés de plus de 55 ans, la fidélité à son dermatologue (hommes et femmes confondus) dure en moyenne **8 ans versus 5 ans** en moyenne **chez les 35-54 ans**. Une fidélité plus forte est observée chez **les femmes avec une moyenne de 9 ans pour les 55 ans et plus et de 6 ans pour les 35-54 ans**.

UN NIVEAU DE SATISFACTION ÉLEVÉ DES PATIENTS

Près de 87 % des patients jugent la qualité de **l'offre de soins et le temps accordé** lors de la consultation **satisfaisants**. Le dermatologue **dans 8 cas sur 10**, donne des informations et explications orales qu'il adapte au cas par cas. **Moins de 5% des patients** estiment n'avoir obtenu **aucune information** lors de leur consultation.

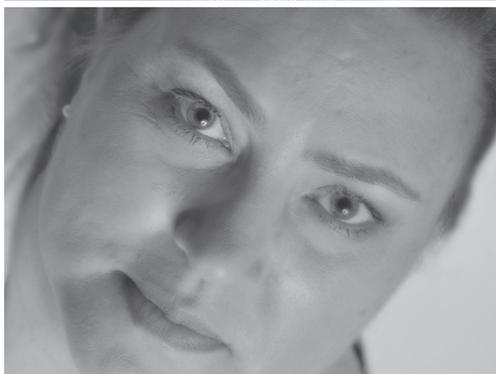
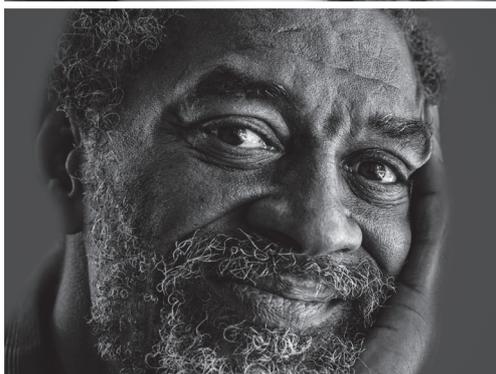
Près de 94 % des patients sont satisfaits **des informations délivrées et de la solution apportée** à leur problème médical.

Dans le cas où le dermatologue a rédigé une ordonnance, **9 patients sur 10** achètent les médicaments ou les produits prescrits et **7 patients sur 10** suivent correctement le traitement.

LES DIFFICULTÉS DU RESTE À CHARGE ENCORE TROP IMPORTANT DANS LES MALADIES DERMATOLOGIQUES

Dans notre étude, 8% des patients ne bénéficient pas d'une couverture santé optimale (aucun remboursement du reste à charge) **ce qui amène 12,5 % d'entre eux à ne pas acheter** les médicaments et produits **même remboursés**. **Ce taux s'élève à 19%** lorsque les médicaments et produits ne bénéficient **d'aucun remboursement**.

AU TOTAL, 9 PATIENTS SUR 10 RECOMMANDERAIENT LEUR DERMATOLOGUE À LEUR ENTOURAGE.



QUELS ENJEUX DEMAIN POUR LE DERMATOLOGUE ?

La Société Française de Dermatologie (SFD) a mené une réflexion collective **pour sensibiliser l'ensemble des acteurs du système de santé aux difficultés spécifiques associées à la prise en charge des problèmes de maladies de peau en France**. Cette réflexion a conduit à la rédaction d'un Livre Blanc « Les Défis de la Dermatologie en France³ ». Dans ce livre, réalisé par un groupe d'experts aux compétences multidisciplinaires, la SFD est force de proposition **pour adapter les pratiques professionnelles et améliorer la prise en charge des maladies de peau et le parcours de soins des patients pour lutter contre la démographie négative des dermatologues, l'inégalité d'accès aux soins, la non homogénéité de répartition territoriale et mieux reconnaître le problème du reste à charge**.

Les maladies cutanées sont une préoccupation importante des Français comme en témoignent les résultats de cette dernière étude « Les Français et leur dermatologue ». Rappelons juste **un chiffre alarmant sur les maladies de la peau : 33 % des Français ont été ou seront touchés par un ou plusieurs problèmes ou maladies de peau⁴** dans leur vie avec **des conséquences psychologiques et socio-économiques parfois sévères** qui peuvent impacter directement la productivité et l'emploi, fragiliser le lien social, provoquer des discriminations et **altérer de façon significative la qualité de vie**.

La Société Française de Dermatologie propose dans le Livre Blanc des solutions pour améliorer la prise en charge des maladies cutanées en France.

3. <https://fr.calameo.com/read/00567191845e210862e72?authid=oOdwdoRI1FaN>

4. 6000 maladies de la peau sont dénombrées en France



■ TOXICITÉ DES COSMÉTIQUES EN 2018 : UNE COSMÉTOPHOBIE À DÉCRYPTER

D'après un entretien avec le Professeur Annick BARBAUD, Dermatologue, Chef de Service de dermatologie et allergologie à l'Hôpital Tenon à Paris, et Christine LAFFORGUE, Faculté de Pharmacie, Châtenay-Malabry

Aujourd'hui, beaucoup d'ingrédients cosmétiques sont remis en question. Pour le consommateur, il est difficile de s'y retrouver entre les produits sans parabène, hypoallergéniques, dits « bio » ou encore les produits home made ! Et c'est encore plus difficile lorsqu'il s'agit de la peau de nos enfants...

Faire croire aux consommateurs qu'enlever certains ingrédients dans la composition d'une crème ou les remplacer par d'autres ingrédients « bio » ou non, solutionne tous les problèmes, est hasardeux voire dangereux. De même que réaliser soi-même sa crème à la maison car nous ignorons l'impact potentiel de tous ces ingrédients ! Le problème est simplement déplacé car le produit de substitution peut être mal toléré également ou peut avoir un effet aggravant. Alors, comment rassurer les consommateurs cosmétophobes ?

Savoir écouter son corps et la réaction de sa peau ! Le meilleur émollient est celui que votre peau ou celle de votre enfant tolère le mieux. Il vaut mieux privilégier pour l'enfant un émollient avec une formulation simple sans parfum. Selon les dernières études, le risque de développer une dermatite atopique est diminué par deux chez l'enfant, lorsqu'on le crème dès son plus jeune âge.

QU'EST-CE QU'UN PERTURBATEUR ENDOCRINIEN ? COMMENT FONCTIONNE-T-IL ? QUEL IMPACT SUR L'ORGANISME ?

Les perturbateurs endocriniens (PE) sont des composés exogènes potentiellement néfastes pour l'organisme et la santé humaine en affectant les gonades, ou la progéniture via l'altération de la biosynthèse des hormones. L'exposition aux perturbateurs endocriniens peut avoir des effets à vie, voire avoir des conséquences pour la génération suivante.

De nombreuses molécules, dont des écrans solaires, sont suspectées d'être des PE. On compte plusieurs types de PE : les PE œstrogéniques, les benzophénones, benzophénomènes-oxybenzone BP3, benzophénomène BP2 et benzophénomène BP1, ou le benzylidène camphre, ou encore l'homosalate, éthylhexyl, diméthyl-aminobenzoate (OD-PABA), dioxyde de titane...



Un PE peut imiter en tout ou partie les hormones naturelles comme les œstrogènes, les androgènes ou les hormones thyroïdiennes. L'interaction des hormones naturelles avec leurs récepteurs habituels est alors modifiée ainsi que leur métabolisme in vivo. Ils se comportent ainsi comme des anti-œstrogènes, anti-progestérones ou des anti-androgènes. Ils peuvent agir aussi bien sur les humains ou sur la faune¹.

Même si de multiples études ont porté sur leurs effets in vitro², les effets de ces substances chimiques sur l'Homme sont encore mal connus. Certaines études tendent à démontrer qu'elles peuvent stimuler ou réduire l'activité d'une hormone, sans nécessairement perturber le fonctionnement du système endocrinien³, d'autres chercheurs jugent qu'il est encore trop tôt pour qualifier leur action de « perturbatrice ». La plupart des études menées chez l'animal correspondent à une exposition orale aux PE. Il est donc difficile d'évaluer la pénétration de ces molécules contenues dans les cosmétiques et appliquées sur la peau. Les PE restent-ils dans la couche cornée ? Pénètrent-ils plus profondément à travers les couches de la peau (perméation) ? Ou passent-ils dans le système vasculaire (résorption) ? La galénique de formulation peut par ailleurs, avoir un fort impact sur l'effet PE d'un produit cosmétique fini.

LA QUESTION DES CONSERVATEURS ET DES PARABÈNES...

La législation des parabènes en Europe, aux États-Unis et au Canada impose de ne pas dépasser une concentration de 0,4 % pour un parabène seul, et de 0,8 % pour un mélange de parabènes. La résorption des parabènes au travers de la peau est possible. Rappelons que les parabènes entraînent peu de sensibilisation de contact. La diminution drastique de leur utilisation dans les cosmétiques les a fait remplacer par des conservateurs comme la méthylchloroisothiazolinone/méthylisothiazolinone (MCI/MIT), puis par le mélange 2-phénoxy-éthanol/1,2-dibromo-2,4-dicyanobutane et enfin la MIT à fortes concentrations, avec l'épidémie d'eczéma de contact que l'on connaît !

LES PE DES PLASTIQUES : LES BISPHÉNOLS (BP)

Initialement, testé en clinique comme œstrogène de synthèse dans les années 1930, le bisphénol A (BPA) a connu une destinée différente puisque la molécule deviendra un monomère extrêmement utilisé dans la production des plastiques polycarbonés et un additif de matériaux en plastique. Il est aussi retrouvé dans les résines époxy. Il est aisément relargué des matériaux en plastique. En 2012, la Food and Drug Administration américaine a interdit le BPA dans les tétines de biberon et gobelets puis dans les revêtements de produits destinés aux enfants. L'Europe a interdit le BPA dans les tétines en 2011.

1. WHO/UNEP. State of the science of endocrine disrupting chemicals – 2012. An assessment of the state of the science of endocrine disruptors prepared by a group of experts for the United Nations Environment Programme (UNEP) and WHO. In : Bergman A, Heindel JJ, Jobling S, Kidd KA, Zoeller RT, eds. Geneva, Switzerland : WHO Press, 2013.
2. Maipas S, Nicolopoulou-Stamati P. Sun lotion chemicals as endocrine disruptors. *Hormones (Athens)* 2015 ; 14 : 32-46.
3. ANSES. Les perturbateurs endocriniens. Travaux et implication de l'Agence sur les perturbateurs endocriniens, 2017. <https://www.anses.fr/fr/content/perturbateurs-endocriniens-1>
OMS. Rapport historique sur les effets pour l'homme de l'exposition aux perturbateurs endocriniens chimiques. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/hormone_disrupting_20130219/fr/



Dans les plastiques sans BPA, on peut trouver d'autres BP (S (BPS), F (BPF)). Regrettable substitution car ils possèdent le même pouvoir de PE que le BPA⁴. Le BPA passe la barrière fœto-maternelle. Il réduit la maturation des ovocytes, augmente le risque d'accouchement prématuré, d'anomalies anthropométriques à la naissance. Plus tard dans la vie, il serait responsable d'une augmentation de l'adiposité et d'anomalies du métabolisme du glucose.

À ce jour l'alerte est donnée, surtout sur l'éviction de contact avec la bouche des plastiques contenant du bisphénol (le label plastic BPA-free étant insuffisant car les BP de remplacement sont aussi depuis- sans PE). L'alerte concerne les nourrissons, les enfants et les femmes enceintes. Il n'y a pas d'alerte sur le packaging des cosmétiques.

QUE REPROCHE-T-ON AUX « SILICONES » ?

Le silicone est sûrement l'ingrédient le plus largement étudié. Plus de 1 000 études ont été conduites par des fabricants de silicone pour évaluer leur sécurité⁵. Même si les silicones ne sont pas biodégradables, ils sont reconnus comme étant sûrs pour leur utilisation dans des applications cosmétiques, médicales et pharmaceutiques⁶. Quelques élastomères en silicone sont utilisés dans des dispositifs médicaux, prouvant leur excellente biocompatibilité. Ils se caractérisent par leur très faible réactivité chimique, une tension superficielle basse et surtout une forte hydrophobie, d'où leur large utilisation comme excipients en pharmacie ou soins des cicatrices⁷.

Dans les soins cosmétiques, les silicones apportent un effet sensoriel perceptible lors de l'application, et leurs propriétés optiques aident à masquer les rides. Les silicones sont des dérivés organiques du silicium ou silane. Leur nom INCI se termine en « one », « conol », « siloxane », facilement identifiable sur les cosmétiques. Les huiles de silicone se répartissent pour la cosmétique en deux grandes familles : les huiles volatiles et non volatiles.

Du fait de leur possible bio-accumulation, car peu ou pas biodégradables, et afin de réduire au maximum leur rejet dans l'environnement, la réglementation des silicones volatiles a été récemment modifiée (règlement UE 2018/35 du 10/01/2018). Ainsi, après le 31 janvier 2020, aucun produit cosmétique à rincer contenant plus de 0,1 % de silicones volatiles ne pourra être mis sur le marché. Quant aux silicones non volatiles, leur totale innocuité reste d'actualité.

4. Kolatorova L, Duskova M, Vitku J, Starka L. Prenatal exposure to bisphenols and parabens and impacts on human physiology. *Physiol Res* 2017 ; 66 (Supplementum 3) : S305-S15.

5. <http://www.silicones.eu> - <http://www.siliconesinfo.com>

6. Nair B ; Cosmetic Ingredients Review Expert Panel. Final report on the safety assessment of stearyoxy dimethicone, dimethicone, methicone, amino bispropyl dimethicone, aminopropyl dimethicone, amodimethicone, amodimethicone hydroxystearate, behenoxy dimethicone, C24-28 alkyl methicone, C30-45 alkyl methicone, C30-45 alkyl dimethicone, cetearyl methi- cone, cetyl dimethicone, dimethoxysilyl ethylenediaminopropyl dimethicone, hexyl methi- cone, hydroxypropyldimethicone, stearamidopropyl dimethicone, stearyl dimethicone, stearyl methicone, and vinyl dimethicone. *Int J Toxicol* 2003 ; 22 (Suppl. 2) : 11-35.

7. Colas A, Siang J, Ulman K. Silicones in Pharmaceutical Applications. Dow Corning publication, 2006. <https://pdfs.semanticscholar.org/f5a2/1ba69f1c47b21ccb0431c89f88b10eea4f1d.pdf>



Alors que leur reproche-t-on ? Certains leur reprochent de ne pas être naturels et de risquer de s'accumuler dans l'environnement à cause de leur difficile biodégradabilité et seraient difficilement assimilables par les organismes qui les ingèrent.

Le toucher et les propriétés sensorielles d'un produit cosmétique restent essentiels quant à son choix, aussi leur remplacement reste délicat. Certains esters d'acides gras sont candidats à cette substitution, mais cela reste complexe pour le formulateur.

ET LES SULFATES DES PRODUITS LAVANTS ?

Le terme « sulfates » regroupe une famille de tensioactifs anioniques. Cette structure leur confère des pouvoirs mouillants, dispersants/solubilisants, émulsionnants, moussants bactéricides et détergent. C'est ce dernier qui caractérise les tensioactifs anioniques, et en particulier les sulfates. Très utilisés, du fait de leur faible coût, dans les produits lavants, les sulfates permettent d'éliminer les salissures majoritairement lipophiles et par conséquent toutes les molécules grasses sur la peau, dont les lipides de surface. C'est cette propriété qui les rend irritants. Les réactions d'éthoxylation permettent de diminuer cet effet irritant mais diminuent leur pouvoir moussant. Leur utilisation devra être faite avec précaution. Sur une peau réactive, une peau ou un cuir chevelu inflammé, les produits contenant des lauréth sulfates et non des lauryl sulfates seront mieux tolérés.

LES MÉTAUX DANS LES COSMÉTIQUES

LES COSMÉTIQUES PIGMENTÉS AUX COULEURS ÉCLATANTES...

Les composés de certains métaux sont utilisés dans l'industrie cosmétique, principalement comme filtres UV (titane) dans les produits de soin du visage et du corps, et les pigments dans les cosmétiques colorés.

Des métaux peuvent aussi être contenus dans des dérivés d'huiles minérales, de paraffine, de silicones et d'hydrocarbures aliphatiques, utilisés dans la production de nombreuses préparations cosmétiques⁸.

L'Union Européenne autorise la présence de divers pigments dans une large gamme de couleurs dans les cosmétiques :

- Blanc : aluminium, sulfate de baryum, oxyde de chlorure de bismuth, carbonate de calcium, sulfate de calcium, carbonate de magnésium, nitrate d'argent à 4 %, uniquement pour colorer les cils et les sourcils, dioxyde de titane et oxyde de zinc.
- Vert : oxyde de chrome (III), hydroxyde de chrome (III), oxyde de cobalt et d'aluminium.
- Brun : cuivre, or.
- Orange, rouge, jaune et noir : oxydes de fer.

Les fards à paupières sont particulièrement concernés car ils peuvent avoir des concentrations non négligeables de sels métalliques dans leurs compositions. Ils devront être évités chez les patients ayant une allergie de contact avérée à un métal donné.

8. Borowska S, Brzóška MM. Metals in cosmetics : implications for human health. J Appl Toxicol 2015 ; 35 : 551-72.



LES ANTI-TRANSPIRANTS, SELS D'ALUMINIUM, PIERRE D'ALUN, COMMENT S'Y RETROUVER DANS LA JUNGLE DES DÉODORANTS ?

Les sels d'aluminium sont des agents anti-transpirants. Ils se dispersent dans la sueur et laissent une fine pellicule de gel à la surface des glandes sudoripares. Ce mécanisme permet de limiter le flux de transpiration sans empêcher la peau de respirer. Cette pellicule est éliminée au fur et à mesure de la desquamation de la peau ou à l'occasion des gestes d'hygiène. Il est à noter qu'une concentration de 20 % de chlorhydrate d'aluminium correspond à une valeur de 5 % d'aluminium. L'aluminium (Al) est un métallo-œstrogène, qui a par voie systémique, un potentiel neurotoxique. Il existe actuellement une controverse sur l'exposition à l'aluminium et le risque de développement de maladies neurologiques, en particulier de maladie d'Alzheimer.

L'aluminium a été détecté dans les tissus mammaires sains et les lésions malignes. Certains ont soulevé le lien entre l'utilisation d'antiperspirants, la présence d'aluminium dans la glande mammaire et le cancer du sein. À ce jour, la présence d'aluminium ne permet pas de l'incriminer dans le développement du cancer. Les sources d'exposition à l'aluminium sont multiples, en particulier dans les vaccins et le rôle des antiperspirants dans la diffusion de l'aluminium demeure à établir.

La pierre d'alun est proposée comme alternative aux sels d'aluminium, alors qu'elle en contient !

SOINS EXFOLIANTS, GOMMAGES OU PEELING : VIVE LE GANT EXFOLIANT ET LE GANT DE CRIN EFFICACES ET NON POLLUANTS !

Les microbilles plastiques de polyéthylène (microbeads) ont été bannies des exfoliants en raison de la toxicité des microplastiques pour la faune marine. En 2015, avant leur interdiction, Gouin et al.⁹ évaluaient l'utilisation de 4 073 tonnes de microbilles en Europe par an. Ingérées par les animaux, elles passeraient dans la chaîne alimentaire et seraient écotoxiques pour les espèces aquatiques et marines.

Les cosmétiques sont une source mineure de microplastiques puisqu'ils représentent une source d'environ 0,1 %¹⁰. Pour l'industrie cosmétique, il s'agit de particules de plastique solides insolubles dans l'eau utilisées pour exfolier et/ou laver, et ne sont contenues que dans des produits rincés à l'eau. Après rinçage, elles se répandent dans l'environnement et traversent les stations d'épuration, polluent les milieux marins, les rivières. Certains animaux marins les confondent avec la nourriture et les ingèrent.

Ce sont des polymères non biodégradables qui peuvent prendre des centaines d'années à se décomposer par les voies d'oxydation ou de photodégradation. Les stations d'épuration retiennent jusqu'à 99 % des particules, mais compte-tenu de leur grand nombre, elles restent extrêmement présentes dans les océans¹¹.

9. Gouin T, Avalos J, Brunning I, et al. Use of Micro-Plastic Beads in Cosmetic Products in Europe and Their Estimated Emissions to the North Sea Environment. SOFW-Journal 2015 : 40-6.

10. Lassen C, Hansen SF, Magnusson K, et al. Microplastics. Occurrence, effects and sources of releases to the environment in Denmark. Copenhagen: The Danish Environmental Protection Agency, 2015 : 208 p.

11. Carr SA, Liu J, Tesoro AG. Transport and fate of microplastic particles in wastewater treatment plants. Water Res 2016 ; 91 : 174-82.

Magnusson K, Norén F. Screening of microplastic particles in and down-stream a wastewater treatment plant. IVL: Swedish Environmental Research Institute, report number C55, 2014 : 22 p.

Murphy F, Ewins C, Carbonnier F, Quinn B. Wastewater Treatment Works (WwTW) as a Source of Microplastics in the Aquatic Environment. Environ Sci Technol 2016 ; 50 : 5800-8.



l'Organisation non gouvernementale et son application « Beat the Microbead » ont œuvré pour la disparition des microbilles de polyéthylène. Alors, par quoi les remplacer ? Une des propositions actuelles est d'utiliser de la cellulose ou de la cellulose microcristalline, selon le besoin d'abrasivité recherché. Les avantages de ces matériaux sont nombreux : la blancheur, la durabilité et la biodégradabilité. La cellulose est le polymère le plus abondant sur terre, ses billes passent au travers des stations d'épuration mais n'ont pas d'impact sur les océans.

D'autres alternatives comme la silice et la pumice (ou pierre ponce) existent, mais elles ne sont pas biodégradables. Les dérivés de coques de fruits, moins régulières dans leur taille et quelquefois anguleuses, ne sont pas de couleur blanche et nécessitent une phase d'irradiation qui nuit à la revendication de naturalité. Le gant exfoliant et le gant de crin sont aussi efficaces et non polluants !

Dans le même esprit, l'usage de poudres de plastique (par exemple en nylon), pour avoir des effets soyeux ou glissant dans les formulations, risque à son tour d'être restreint ou réglementé.

LES COSMÉTIQUES « HOMEMADE » : HUILES ESSENTIELLES ET MÉLANGES PARFUMÉS

Dans une importante vague de retour aux produits naturels, les huiles essentielles (HE) ont fait une grande entrée dans la thérapeutique et dans les cosmétiques. La plupart des HE sont produites par distillation dans un alambic. L'HE recueillie ou hydrolat peut être utilisée, par exemple pour les eaux de rose ou de fleur d'oranger.

Les HE peuvent être faites à partir de fleurs, de feuilles ou de la plante complète (fleur, tige, feuilles). Il faut, par exemple, environ 250 à 300 kg de branches et feuilles de géranium pour obtenir 500 g d'HE. Les HE sont donc des mélanges complexes de substances d'origine végétales. Elles concentrent les substances actives, odorantes mais aussi réactives des végétaux.

Elles comportent trois types de composants principaux :

- Les terpènes : volatils, principaux constituants de l'HE, exposés à l'air, ils donnent rapidement des produits de dégradation (oxydation) et allergisants (limonène, linalol...).
- Les composés aromatiques : dérivés du phénylpropane (coumarine, estragol, alcool cinnamique).
- Les composés d'origines diverses : carbures, aldéhydes, esters entraînés lors de la distillation, pesticides utilisés lors de la culture.

La composition varie d'une HE à l'autre et les HE peuvent donc contenir des résidus de pesticides. Toutes peuvent entraîner des allergies, mais le plus souvent sont en cause l'arbre à thé (tea tree oil ou *Melaleuca alternifolia* oil), qui entraîne eczéma ou pseudoérythème polymorphe, et l'HE de lavande, responsable d'eczéma professionnel chez les masseurs et kinésithérapeutes¹².

12. De Groot AC, Schmidt E. Essential Oils, Part IV : Contact Allergy. *Dermatitis* 2016 ; 27 : 170-5.



Parmi les huiles végétales obtenues par pression (huile d'olive, d'onagre, d'amande douce, etc.), certaines entraînent des allergies (rarement), comme l'huile d'argan¹³ et l'huile de neem¹⁴. Considérée pour ses vertus thérapeutiques cutanées anti-infectieuses et anti-inflammatoires, l'huile de nigelle tirée d'une renonculacée (*Nigella sativa*), appelée aussi huile de cumin noir, huile El Baraka ou huile du prophète, entraîne des eczémas aigus et des pseudoérythèmes polymorphes. Elle entre dans la composition de savons, de shampooings et masques capillaires (améliorant la brillance, la texture et le volume des cheveux). Elle est aussi utilisée dans les crèmes corporelles de relaxation¹⁵.

Sans savoir vraiment quel est l'agent responsable, des allergies de contact graves ont été rapportées avec l'HE de nigelle en application cutanée¹⁶. Elles sont parfois réactivées par voie systémique avec des pseudo-érythèmes polymorphes nécessitant une hospitalisation.

L'inquiétude vient de la mode des cosmétiques réalisés soi-même. Il est précisé sur les sites de vente qu'il ne faut ajouter que quelques gouttes d'HE ou d'huile végétale dans une crème de base, et que le client est seul responsable des effets délétères s'il ne respecte pas la formule. Pourtant le « galéniste amateur » et consommateur n'est pas clairement informé, en appliquant sur sa peau de fortes concentrations d'HE, du risque d'eczéma aigu ou de pseudo-érythème polymorphe, dont certains conduisent à l'hospitalisation¹⁷.

Pour les mélanges parfumés, rappelons que l'étiquetage de 26 allergènes répertoriés parmi les multiples substances odorantes des parfums est obligatoire depuis mars 2005.

DES ÉTIQUETTES QUI PEUVENT ÊTRE TROMPEUSES ET SURFENT SUR LES PEURS

VOUS AVEZ DIT « ACTION HYPOALLERGÉNIQUE », QUE CELA SIGNIFIE-T-IL ?

Nous aimerions que disparaisse le terme « hypoallergénique », pure invention marketing trompeuse pour les patients allergiques. Cet intitulé est doublement délétère. Il ne repose sur aucune définition scientifique, ni aucun cahier des charges précis. De plus, il va à l'encontre du travail éducatif que nous devons offrir aux patients ayant une allergie de contact à un constituant d'un cosmétique. Ces personnes doivent apprendre à lire sur les étiquettes, sous la mention « Ingrédients », l'absence d'une molécule à laquelle ils sont sensibilisés, dans la liste des composants d'un cosmétique. Ils doivent rechercher cette molécule sous son nom en code INCI. Les mentions INCI ne sont pas facilement compréhensibles et peuvent entraîner l'achat d'un produit qui pourrait contenir une molécule non supportée et faire ainsi rechuter un eczéma de contact.

13. Lauriola MM, Corazza M. Allergic contact dermatitis caused by argan oil, neem oil, and *Mimosa tenuiflora*. *Contact Dermatitis* 2016 ; 75 : 388-90.

Veraldi S, Mascagni P, Tosi D, Brena M. Allergic Contact Dermatitis Caused by Argan Oil. *Dermatitis* 2016 ; 27 : 391.

14. De Groot A, Jagtman BA, Woutersen M. Contact Allergy to Neem Oil. *Dermatitis* 2017 ; 28 : 360-2.

15. Eid AM, Elmarzughi NA, Abu Ayyash LM, Sawafta MN, Daana HI. A Review on the Cosmeceutical and External Applications of *Nigella sativa*. *J Trop Med* 2017 ; 2017 : 7092514.

16. Gelot P, Bara-Passot C, Gimenez-Arnau E, Beneton N, Maillard H, Celerier P. Bullous drug eruption with *Nigella sativa* oil. *Ann Dermatol Venereol* 2012 ; 139 : 287-91.

17. Nosbaum A, Ben Said B, Halpern SJ, Nicolas JF, Bérard F. Systemic allergic contact dermatitis to black cumin essential oil expressing as generalized erythema multiforme. *Eur J Dermatol* 2011 ; 21 : 447-8.

Bonhomme A, Poreaux C, Jouen F, Schmutz JL, Gillet P, Barbaud A. Bullous drug eruption to *Nigella sativa* oil : consideration of the use of a herbal medicine – clinical report and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017 ; 31 : e217-e219.



LES « SANS » ET LES « BIO », DES MODES INDUITES PAR LE MARKETING

Voici que fleurissent les « sans parabènes », « sans huiles minérales », « sans métaux », « sans gluten ». En dehors des fromages à pâtes cuites à trous, a-t-on un autre exemple d'achat que nous ferions en achetant du vide ?

De grâce, dites-nous ce qu'il y a dedans et non ce qu'il n'y a pas ! Il n'y a pas si longtemps des « sans » contenaient de la méthylisothiazolinone ! Le consommateur n'était donc pas protégé par cette accroche imaginée par le marketing ?

Voici que surgit le cosmétique « bio ». Pour avoir le droit d'afficher une étiquette « bio », il suffit selon certains labels d'avoir dans sa composition au moins 10 % de constituants bio.

Malheureusement l'étiquetage « bio » compte ainsi des produits qui n'ont de « bio » qu'une petite partie de leurs composants, ou des produits fabriqués selon des recettes grossières à la galénique désastreuse... mais véhiculent une image de « naturel » ! Il y a donc une grande diversité de ces produits étiquetés « bio » sur le marché.

Des gammes totalement « bio » de grande qualité, avec des galéniques extrêmement travaillées existent. Espérons que rapidement seules les gammes respectant les normes « bio » et la galénique travaillée pourront porter un étiquetage reconnaissable et certifié, et que ces certifications seront harmonisées.





■ LA DERMATOLOGIE DU FUTUR : TÉLÉDERMATOLOGIE ET INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

*D'après un entretien avec le Docteur Tu-Anh DUONG,
Dermatologue au Centre Hospitalier Universitaire de Créteil*

QU'EST-CE QUE LA TÉLÉDERMATOLOGIE ? QU'EST-CE QUE LA E-SANTÉ ?

La télédermatologie (TD) fait partie des applications de la télémédecine en Dermatologie. La Dermatologie constitue un modèle pertinent pour la mise en œuvre de la télémédecine avec notamment une part importante du diagnostic visuel dans la pratique clinique.

C'est un acte médical récemment pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie, qui utilise le numérique comme support et moyen dans un cadre légal très strict. Elle met en relation, de manière sécurisée, un demandeur sollicitant un expert pour un avis dermatologique concernant une détection d'un grain de beauté suspect, un avis diagnostique ou un suivi pour une maladie de la peau, etc. Suite à cet acte, un avis médical et un compte-rendu vont être émis par un spécialiste.

Le décret du 19 octobre¹ 2010 relatif à la télémédecine, a donné un cadre légal à la télédermatologie. La loi HPST 2009 et le Pacte santé Territoire de 2012 ont fixé comme objectifs à la TD de pouvoir répondre à la pénurie démographique de dermatologues, aux inégalités de répartition géographique médicale, ainsi qu'à l'accroissement des soins dû au vieillissement de la population.

La e-santé est un ensemble de produits et services, y compris la télémédecine et la télédermatologie qui utilisent le numérique comme moyen de communication (dossier partagé, portail...) ou comme outil (ex. objets connectés). Elle cible tout d'abord des utilisateurs et/ou des clients et répond à un besoin ou des usages de ces utilisateurs.

La e-santé et la télédermatologie ne sont pas régies par les mêmes règles. La télédermatologie fait partie intégrante de la télémédecine, c'est un acte médical à distance qui obéit à une déontologie et possède un cadre législatif très strict et une organisation dédiée.

1. <http://esante.gouv.fr/services/reperes-juridiques/le-decret-du-19-octobre-2010-relatif-a-la-telemedecine>
2. La télédermatologie est régit par le décret du 19 octobre 2010 qui définit et régit la télémédecine.
<http://esante.gouv.fr/services/reperes-juridiques/le-decret-du-19-octobre-2010-relatif-a-la-telemedecine>



Aujourd'hui, la télédermatologie² est une réalité qui s'applique au travers de différents usages définis par le décret de télémédecine, en réponse à une demande croissante et au besoin des patients d'obtenir une réponse médicale à un problème dermatologique :

- La téléconsultation permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. La présence d'un professionnel de santé peut assister le patient au cours de cette consultation (par exemple, pour un pré-diagnostic en médecine du travail, pour un diagnostic à distance en établissement privé, en EHPAD, en maisons de retraite et à l'Hôpital).
- La télé-expertise : un professionnel médical sollicite l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient grâce à l'envoi d'images (scanner, radio, fond de l'œil...) et/ou un échange en visioconférence via Internet.
- La télésurveillance médicale : un professionnel médical interprète à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge.
- La télé-assistance médicale offre la possibilité à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale (SAMU).

Il est à noter qu'à ce jour le décret de TLM n'inclut pas les demandes de diagnostics sur photographies et renseignements cliniques directement transmises par le patient. Dans le cadre des activités de TLM, cette utilisation de la télédermatologie s'apparente au téléconseil.

Dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », des zones de confidentialité vont voir le jour dans les pharmacies. La pharmacie va pouvoir mettre en place des activités de télémédecine avec des médecins/spécialistes par exemple. Ce type d'initiative mérite d'être discuté et réfléchi en amont car elle nécessite non seulement un transfert de compétences, mais aussi la connaissance de pratiques médicales avancées dans le dépistage.

- Applications d'auto-surveillance des grains de beauté (le patient se vérifie lui-même).
- Applications de suivi des dermatoses chroniques permettant au patient d'échanger avec son praticien dermatologue, des informations et des photographies dans un environnement sécurisé.

Le pharmacien doit être formé et doit pouvoir examiner l'ensemble du corps et pas seulement le grain de beauté, prétexte pour lequel le patient s'est déplacé à la pharmacie. Cela engage le respect des bonnes pratiques. Cette ouverture de compétence en Dermatologie pourrait être proposée à d'autres professions médicales ou paramédicales comme les infirmières en EHPAD (qui déshabillent le patient pour sa toilette) ou les kinésithérapeutes. Un point important est aussi la prise en charge financière qui mérite une réflexion afin que le patient ne soit pas perdant.



COMMENT L'E-SANTÉ A DÉJÀ MODIFIÉ ET VA CONTINUER À TRANSFORMER LA PRATIQUE MÉDICALE ?

Le plan santé « Ma santé 2022 » prend en compte les évolutions en termes de pratique, et d'exercice professionnel qui s'opèrent chez les médecins. Ils ne souhaitent plus exercer seuls, mais au contraire travailler en mode collaboratif. C'est un véritable changement culturel de générations.

Le numérique facilite la diffusion d'informations, mais remet fortement en question l'organisation et la gestion du travail. Historiquement, tous les médecins avaient un secrétariat pour prendre les rendez-vous et gérer les dossiers. Aujourd'hui, l'existence de portails de prises de rendez-vous apporte de nouveaux avantages aux médecins, y compris pour les plus réticents au départ, comme le rappel automatique des rendez-vous, l'annulation et la reprise des rendez-vous. La secrétaire est alors disponible pour monter en compétence et prendre en charge d'autres tâches plus valorisantes.

Les outils d'aide à la décision permettent aux médecins d'avoir accès et de partager beaucoup de connaissances, tout en optimisant la sécurité (par exemple, il existe des logiciels pour alerter le médecin sur une éventuelle allergie médicamenteuse ou des contre-indications).

La diffusion rapide et l'évolution importante des applications du numérique et des technologies de l'information dans le domaine de la santé nécessitent en parallèle un encadrement strict de leur utilisation tout en assurant l'efficacité des soins. La qualité et la pertinence des images des lésions cutanées soumises à l'expertise par télétransmission à un dermatologue pour l'établissement d'un diagnostic fiable, la responsabilité du diagnostic et d'une expertise à distance, la télétransmission et la protection de la confidentialité des données, une concertation sur la prise en charge financière des actes de consultations de télé-médecine, sont autant d'enjeux essentiels à prendre en compte.

La prochaine étape du numérique à franchir sera le moyen de partager un dossier patient sur le portail santé numérique dans le plan santé « ma santé 2022 ».

Pour le dermatologue, les outils d'aide administratif ou de transmission des données (via la carte vitale par exemple) tout comme l'arrivée d'outils d'aide à la décision par le traitement d'image, sont autant d'exemples qui illustrent l'intérêt de l'intégration du numérique dans la pratique quotidienne. À l'avenir, l'utilisation en routine d'outils utilisant l'Intelligence Artificielle (IA) devrait modifier la pratique médicale du dermatologue en fiabilisant la décision médicale, en particulier sur photographie.



L'ARRIVÉE DE LA E-CARTE VITALE

La transformation du numérique ou l'intégration du numérique en santé vise deux objectifs principaux : le « zéro papier » et la dématérialisation du dossier médical du patient avec la possibilité d'ouvrir des portails de santé gérés directement par les patients eux-mêmes grâce à une adresse sécurisée pour pouvoir accéder à une ordonnance, aux rendez-vous médicaux, résultats sanguins, etc.

LA STANDARDISATION DES IMAGES

La standardisation des images est utile pour certains diagnostics ou certaines lésions, mais elle n'est concevable que pour des lésions de surface limitée telles que les tumeurs pigmentées. Elle est plus difficile à appliquer pour une éruption couvrant l'ensemble du corps car il s'avère alors compliqué de réaliser des clichés pertinents.

UNE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA DERMATOLOGIE

La télédermatologie ne se substituera pas à la Dermatologie. Quand vous consultez un dermatologue en téléconsultation, vous avez un dermatologue à distance. En permettant cet accès à distance, le numérique n'en a pas pour autant besoin de moins de dermatologues. Dans un futur proche, la TD pourrait bénéficier du traitement automatisé des images qui permettraient un pré-diagnostic sur image et ainsi « trier » et hiérarchiser les demandes de consultation pour traiter en priorité les demandes les plus urgentes.

Le gain de temps peut être énorme dans un contexte de pénurie de dermatologues et de délais de rendez-vous longs. Parallèlement, la formation des professionnels de santé (infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes...) et des médecins non-dermatologues à la dermatologie courante devrait permettre d'améliorer le recours aux avis spécialisés.

Dans son Livre Blanc³ « Les défis de la Dermatologie en France », la Société Française de Dermatologie propose des solutions pour accélérer l'intégration de la télédermatologie et du numérique dans les pratiques professionnelles, et mieux former les professionnels de santé de proximité en adaptant leur formation initiale et continue à la prise en charge des diagnostics les plus courants en Dermatologie en France.

3. <http://www.sfdermato.org/actualites/le-livre-blanc.html>



L'INTÉGRATION DE L'E-SANTÉ DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE IMPLIQUE UNE ADAPTATION ET UN QUESTIONNEMENT SUR LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE

Confidentialité des données médicales ? Comment dispenser une ordonnance médicale par mail sécurisé ? Quelle prise en charge de l'acte ? Aura-t-on un accès égal qualitatif ? Quelle uniformisation ? Standardisation ou robotisation à prévoir ? Quelle place pour la liberté des patients à choisir leurs praticiens dans le cadre d'un parcours de soin numérique ? Quel partage d'informations entre médecins et patients ? Quelle fiabilité des renseignements médicaux remplis par le patient lui-même ?

L'arrivée du numérique et le développement de la télémédecine représentent des défis pour l'ensemble des professionnels de santé dans leur exercice, pour leur formation ou encore dans la relation avec les autres professionnels de santé. Ils remettent en question les pratiques de la médecine et le législateur devra statuer sur les outils mis à disposition pour accompagner ces évolutions, car envoyer une ordonnance par mail à un patient ou à un autre professionnel de santé est interdit aujourd'hui.

Intégrer cette nouvelle dimension dans les pratiques médicales est essentielle. Les questions posées sur l'obtention d'un financement adapté (équipement et tarification), tout en favorisant le maintien de la qualité des soins et le respect des réglementations en vigueur, constituent un enjeu important des prochaines années.

Le numérique, en facilitant les canaux de distribution entre professionnels, peut aussi en sélectionner certains au détriment d'autres. Sur le portail du patient, le médecin référent peut choisir son réseau spécifique ; la mutuelle du patient peut aussi inciter aux choix en privilégiant un professionnel appartenant à un réseau. En optique la prise en charge sans avance des frais pour les patients peut se faire si ces derniers choisissent de réaliser leurs montures chez un opticien partenaire de la mutuelle. Cela interroge sur les tarifs négociés entre mutuelle et opticiens mais également sur la liberté des patients à choisir leur professionnel.



DES MODÈLES DE TÉLÉDERMATOLOGIES ISSUS D'EXPÉRIMENTATIONS TRÈS PERTINENTES SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

Plusieurs modèles ou organisations de télédermatologie issus d'expérimentations sont actuellement en cours sur le territoire français. Ces activités ont intégré l'utilisation de la télédermatologie dans le soin courant comme une offre alternative de soins dermatologiques dans des périmètres, des populations, ou des organisations territoriales insuffisamment couvertes en offre de soin dermatologique.

En Corse, l'URPS Médecins Libéraux de Corse⁴ ont mis en place une étude qui avait pour objectif d'évaluer l'efficacité et la pertinence de la prise en charge par télé-médecine/télé-expertise des plaies chroniques et des tumeurs cutanées en cabinet de ville en Corse, dans un contexte de baisse de la démographie médicale, de vieillissement, et d'éloignement géographique de la population. Cette étude a été réalisée entre mars 2015 et mars 2016 auprès de 42 médecins généralistes et 6 dermatologues experts. Compte-tenu des résultats, l'ARS Corse a confirmé son accord pour son prolongement jusqu'à fin 2018 et compte sur l'application prochaine début 2019 d'une tarification CCAM pour pérenniser l'activité.

En Île-de-France, plusieurs projets ont mutualisé l'utilisation de formulaire ou d'outils commun via la plateforme régionale d'Outil Régional de Télé-médecine d'Île-De-France (ORTIF).

La santé des détenus a été l'un des premiers chantiers prioritaires de déploiement de la télédermatologie. L'objectif du modèle était de permettre une prise en charge des patients sans les déplacements et les frais liés aux extractions des détenus pour consultation médicale. En Île-de-France le projet Teledermato UCSA a impliqué plusieurs centres pénitentiaires et les services de dermatologie du CH d'Argenteuil, et de Saint-Louis AP-HP.

Un autre projet d'expérimentation de télé-médecine⁵ en Dermatologie en Île-de-France repose sur l'utilisation d'une version mobile d'ORTIF. Ce projet pilote de télé-expertise utilise une application mobile pour permettre aux médecins généralistes de solliciter un avis dermatologique pour toute suspicion de cancer cutané. Ces derniers prennent une photo via l'appli mobile et remplissent un télé-dossier succinct, envoyé instantanément et de façon sécurisée au dermatologue de proximité qui juge du degré d'urgence et du type de prise en charge la plus adaptée.

4. European Research in Telemedicine/La Recherche Européenne en télé-médecine (2017) 6, 23-29.

5. Poster Congrès SFT 2017.



Enfin, le programme TELDERM (Télémédecine en Dermatologie) qui est un programme de télédermatologie développé par l'AP-HP. Initialement conçu et mis en place dans le groupe hospitalier Henri-Mondor, il est déployé, depuis 2015 sur la plateforme régionale ORTIF. Sa mise en place a permis le développement de filières de soin en onco-dermatologie ou en géronto-dermatologie entre des établissements hospitaliers gériatriques au sein du même groupement hospitalier.

En s'appuyant sur la garde de dermatologie de l'Hôpital Henri Mondor, TELDERM permet également la réalisation d'avis dermatologiques urgents en temps réel entre certains services d'urgences médicales de l'AP-HP, mais aussi aux niveaux régional et national à une mission de recours et d'expertise pour les toxidermies sévères i.e. syndrome de Stevens-Johnson ou nécrolyse épidermique toxique, les neuro bromatoses ou les fasciites nécrosantes.

Ce dispositif et cette organisation sont actuellement déployés dans d'autres services de dermatologie de l'AP-HP pour la mise en place de filières de soin gériatriques ou dermatologiques. L'autre axe de déploiement est celui des acteurs des soins primaires pour favoriser l'émergence de modèles de TD en articulation avec la médecine générale ambulatoire tout en y incluant une filière de soin présentiel conventionnelle post télédermatologie.

En 2017 plus de 4000 patients ont été pris en charge en routine dans ces différents dispositifs de télédermatologie français. L'utilisation de numérique pour l'organisation des offres de soins en ville comme à l'Hôpital et l'accompagnement des patients utilisateurs dans le système de soin ouvre de nouvelles perspectives pour la dermatologie numérique.





■ LA GALE : UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

*D'après un entretien avec le Professeur Olivier CHOSIDOW,
Dermatologue, APHP - Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor, Créteil
Président du Groupe Infectiologie Dermatologique et Infections Sexuellement Transmissibles
(GrIDIST) de la Société Française de Dermatologie,
Membre fondateur de l'International Alliance for the Control of Scabies (IACS)*

LA GALE¹ : UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

LE POINT DE VUE DU DERMATOLOGUE

Dans les pays occidentaux, **la gale peut poser un problème de santé publique** car sa prévalence est élevée chez **les populations dites « fragiles »** comme les patients sans domicile fixe, les migrants, les enfants, les personnes vivants dans des maisons de retraite ou institutions spécialisées. **Elle touche** potentiellement **tous les individus**, quel que soit le sexe, l'ethnie, l'âge, le milieu socio-économique.

L'absence de déclaration obligatoire rend les données épidémiologiques² très parcellaires, notamment dans les institutions, alors que, si on en croit l'expérience, **les épidémies seraient fréquentes** et parfois très difficiles à contrôler.

Dans les pays en développement à faible niveau de ressources, **le problème de santé publique est encore plus important** avec une prévalence de la gale qui est **souvent supérieure à 10 %** notamment en Amérique du sud, en Afrique Subsaharienne, **atteignant plus de 20 %** de la population dans les Îles Fidji et Salomon³. **Le sarcopte⁴ favorise en soi la multiplication bactérienne** dans des études in vitro et il est bien connu que la gale se complique souvent d'impétigo, lui-même responsable de glomérulonéphrite post-streptococcique et de rhumatisme articulaire aigu dans ces pays à faible niveau de ressources. À l'échelon international, **l'International Alliance for the Control of Scabies⁵ (IACS)** joue un rôle important pour améliorer **le contrôle de la gale** dans les pays à faible niveau de ressources.

LA GALE FIGURE SUR LA LISTE DES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES (MTN) ARRÊTÉE PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)

On estime qu'il existe de 100 à 200 millions de nouveaux cas de gale par an dans le monde. C'est pourquoi, l'OMS a rajouté la gale dans la liste des maladies tropicales négligées⁶. **Outre les complications infectieuses**, la gale a très souvent **des conséquences importantes** en termes de déscolarisation, troubles psychologiques suite au prurit, **de fardeau social⁷ et ⁸ et de coût.**

1. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/01/P.143-à-146.pdf>

2. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_HCSP_gale_conduite_a_tenir_nov_2012_.pdf

3. MounseyKE,McCarthyJ,WaltonSF.Scratchingtheitch:newtoolstoadvanceunderstandingofscabies. Trends Parasitol. 2013 ; 29 : 35-42.

4. La gale est une maladie parasitaire cutanée due à un acarien, le sarcopte.

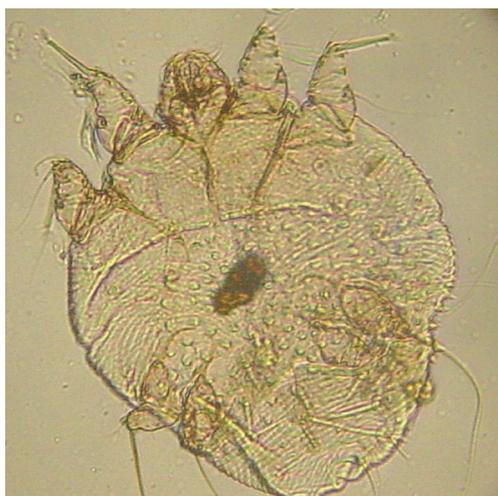
5. <http://www.controlscabies.org/>

6. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44694/9789242564099_fre.pdf?sequence=1

7. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(17\)30483-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(17)30483-8/fulltext)

8. Karimkhani C, Colombara DV, Drucker AM, Norton SA, Hay R, Engelman D, et al.

The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Infect Dis. 2017;17:1247-54.



LE PARASITE SARCOPTES SCABIEI VAR HOMINIS

La gale est une infestation cutanée causée par l'**acarien Sarcoptes scabiei**, transmise en général par contact « peau contre peau ». La gale classique associe **des sillons, des papules érythémateuses** et un prurit généralisé qui s'aggrave généralement la nuit. D'ordinaire, les sillons apparaissent entre **les doigts, dans les plis** des poignets, des coudes ou des aisselles et sur **les organes génitaux** chez les hommes et **les seins** chez les femmes. **Ils sont parfois difficiles à repérer.**

Chez les nourrissons et les personnes âgées, on peut voir des signes spécifiques sur **la tête et le cou, sous forme de vésicules ou de nodules**. Chez le petit enfant, des lésions d'acropustulose peuvent être à la fois **une cause ou une conséquence de la gale**.

L'acarien survivant seulement pendant **une courte période loin de la peau humaine** (généralement de 24 heures à 36 heures), la transmission par les objets familiaux, les vêtements, la literie... est limitée. **L'acarien femelle adulte creuse des sillons** dans l'épiderme, où il dépose ses œufs sur une période de plusieurs jours. **Les larves éclosent en l'espace de deux à quatre jours**, et il leur faut **de 10 à 14 jours** pour devenir des acariens adultes.

Les personnes infectées acquièrent **une réaction d'hypersensibilité aux acariens**, à ses œufs ou à ses excréments qui, en général, se déclare environ trois semaines après l'exposition initiale. **Lors de ré-infestations, la réponse immunitaire peut être rapide**, et même se déclencher dès le lendemain de la réinfection. Un adulte est infesté par 10 à 15 acariens femelles adultes en moyenne.

DES DIFFICULTÉS THÉRAPEUTIQUES... MAIS DE NOUVEAUX ESSAIS CLINIQUES

Aujourd'hui plusieurs traitements scabicides existent :

- Le benzoate de benzyle à 10-25%.
- La perméthrine à 10-25 %.
- L'ivermectine per os.

On considère que perméthrine à 5% et ivermectine orale **sont équivalents** (revue Cochrane récente). Cependant, **le niveau de preuve est faible**, notamment en raison de petits effectifs, d'absence de standardisation du diagnostic et du critère principal d'évaluation **et du mauvais suivi**^{9 et 10}.

9 Chosidow O, Fuller LC. Scratching the itch: is scabies a truly neglected disease? Lancet Infect Dis. 2017 Dec;17(12) : 1220-1221. doi : 10.1016/S1473-3099(17)30469-3. Epub 2017 Sep 21.

10. Le Cleach L, Chosidow O. Commentary on 'interventions for treating scabies'. Evid.-Based Child Health. 2011;6 : 1865-6.



Deux essais randomisés financés par le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) du Ministère des Solidarités et de la Santé devraient permettre d'enrichir **le niveau de preuve des données thérapeutiques** dans la gale :

- **L'essai SCRATCH** comparant l'ivermectine deux doses à la perméthrine à 5 % deux applications dans la gale commune (essai en cours).
- **L'essai GALE CRUSTED** comparant deux doses à 400 µg/kg versus 200 µg/kg d'ivermectine associées à la perméthrine à 5 % dans la gale sévère profuse ou hyperkératosique (par analogie à la dose utilisée dans les poux résistants aux pyréthroides¹¹, essai en cours).

QUELLES SONT LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE ?

EN FRANCE ET DANS LES PAYS OCCIDENTAUX

À l'échelle de la population, **il serait souhaitable de mieux appréhender l'épidémiologie de la gale pour une prise en charge optimale**, notamment au sein **des maisons de retraite et des EHPAD**, car aujourd'hui il n'existe aucune donnée ni de prévalence ni de stratégie. En parallèle, il serait également pertinent de définir la prise en charge optimale au sein **des populations précaires** : personnes vivant dans les camps de réfugiés/migrants, personnes Sans Domicile Fixe (SDF)... Au niveau individuel, les résultats de l'étude SCRATCH devraient donner des informations de haut niveau de preuve pour **connaître le traitement le plus efficace**.

DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

L'enjeu est tout d'abord d'avoir accès de manière gratuite ou quasi-gratuite à **des médicaments efficaces et de mettre en place des stratégies de contrôle de la gale** à l'échelon des populations où la prévalence est élevée. Toute stratégie de santé publique devra s'appuyer sur les organisations locales de santé afin **de mieux prendre en compte la spécificité de chaque pays** (la prise en charge de la gale dans les populations au Tchad ou dans les Îles Fidji peut s'avérer différente).

QUELLES POLITIQUES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ PUBLIQUE DÉFINIR ?

Dans l'optique d'une mise en place d'une politique de prévention et de lutte contre la gale, **il serait approprié** que la Direction Générale de la Santé et les Agences Régionales de Santé se concertent **pour définir une politique de santé publique de la gale afin d'être prêts à anticiper de futures épidémies**.

Un des points clés de cette politique de santé demeure celui **de structurer l'offre de soins pour les patients**. Il s'agit également **de mettre en place des centres de référence** de la gale pour la prise en charge de cette maladie qui nécessite **des compétences spécifiques**, comme il en existe dans les maladies rares ou d'autres maladies. Ces centres pourraient constituer un réseau **pour mieux évaluer l'épidémiologie**. Ils auraient pour mission d'aider à la prise en charge des épidémies et concrètement **prendre en charge les cas les plus compliqués**.

11. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp052784>



■ LE PSORIASIS EN 2018, POINT SUR LES INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES

*D'après un entretien avec le Professeur Denis JULLIEN,
Dermatologue à l'Hôpital Édouard Herriot à Lyon*

Le psoriasis est un domaine en dermatologie où l'innovation est particulièrement dynamique, et ce depuis une vingtaine d'années. Une dynamique qui ne se tarie pas. Chaque année, de nouvelles molécules voient le jour, de nouvelles voies thérapeutiques sont explorées, ou de nouvelles façons d'aller agir sur les voies impliquées dans la physiopathologie du psoriasis sont démontrées. Cette dynamique thérapeutique apporte beaucoup de nouveaux espoirs dans la prise en charge des patients atteints de psoriasis.

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par des plaques bien délimitées, rouges, en relief, et recouvertes de squames blanchâtres. Selon une enquête récente « Objectif Peau¹ », de la Société Française de Dermatologie, le psoriasis arrive en tête des maladies de peau avec 2,4 millions de Français touchés derrière l'eczéma (2,5 millions) et l'acné (3,3 millions).

UNE ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE FLORISSANTE AVEC DE NOMBREUSES NOUVEAUTÉS

UN NOUVEAU TRAITEMENT TOPIQUE

Le psoriasis est une maladie le plus souvent d'intensité légère à modérée pour laquelle les traitements topiques sont efficaces pour la plus grande majorité des patients.

Un nouveau traitement à appliquer localement sur les plaques associant calcipotriol et dipropionate de bétaméthasone sous forme d'une mousse sursaturée en aérosol (ENSTILAR® - Léo Pharma) a été mis à disposition en 2018. Il peut être prescrit par les dermatologues sur une durée de 4 semaines et permet d'obtenir chez 45% des patients une réponse sPGA 0/1 (patients blanchis/quasi-blanchis).

1. <http://www.sfdermato.org/media/pdf/communiqué-presse/sfd-dossier-de-presse-dans-la-peau-des-francais-698b341f63725ea142271ed9b39e0980.pdf>



DE NOUVEAUX TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES

Ces traitements dont les modalités d'emploi sont détaillées par les recommandations françaises du groupe psoriasis de la Société Française de Dermatologie, se destinent aux patients dont l'atteinte cutanée modérée à sévère du fait de son extension ou de sa localisation ne peut être prise en charge de manière satisfaisante par les traitements topiques. Ils ciblent pour l'essentiel la voie IL12/23 – T17 qui est au cœur des mécanismes conduisant au développement de la plaque de psoriasis².

LES TRAITEMENTS BIOLOGIQUES CIBLANT L'IL-17

On disposait jusqu'alors de deux anticorps monoclonaux ciblant l'IL17A, l'ixékizumab (TALTZ® - Lilly) et le sécukinumab (COSENTYX® - Novartis).

Dans les études de phase III ces molécules avaient démontré leur aptitude à obtenir à S12 pour l'ixékizumab une réponse sPGA 0/1 chez >80% des patients et pour le sécukinumab^{3et4}, une réponse IGA 0/1 chez environ 70% des patients.

Le brodalumab⁵ (Kyntheum® - Léo Pharma) est un nouvel inhibiteur des interleukines 17 qui cible la chaîne IL17-RA, chaîne commune aux récepteurs de ces cytokines.

Il est disponible à la prescription en France depuis octobre 2018, dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte avec une indication de traitement systémique. En ciblant IL17RA, il inhibe, au-delà de l'IL17A, l'action des IL17F et C également impliquées dans la physiopathologie de la maladie, mais aussi celles de IL17E/IL-25. Dans les études de phase III le brodalumab employé à la posologie de 210 mg à S0, S1, S2 puis toutes les 2 semaines, a démontré son aptitude à obtenir à S12/S52 une réponse sPGA 0/1 et une réponse PASI 100 chez respectivement ~ 79/61% et ~ 40/54% des patients.

D'autres traitements biologiques ciblant l'IL-17 sont en développement comme par exemple le bimekizumab (UCB) qui inhibe dans le même temps l'IL17 A et l'IL17F.

2. Girolomoni G, Strohal R, Puig L, Bachelez H, Barker J, Boehncke WH, Prinz JC. The role of IL-23 and the IL-23/T(H) 17 immune axis in the pathogenesis and treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Oct;31(10):1616-1626.
3. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2631716/fr/cosentyx-secukinumab-immunosuppresseur-anti-interleukine-17-a
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-15479_TALTZ_PIS_INS_Avis2_CT15479.pdf
4. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14295_COSENTYX_PIC_INS_Avis3_CT14295.pdf
5. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-16707_KYNTHEUM_PIS_INS_Avis3_CT16707.pdf



LES TRAITEMENTS BIOLOGIQUES CIBLANT SPÉCIFIQUEMENT L'IL-23 : UNE NOUVELLE CLASSE DE MÉDICAMENTS (2018/2019)

On disposait jusqu'alors dans le traitement du psoriasis d'un inhibiteur combiné de l'IL-12 et de l'IL-23 l'ustekinumab (Stelara® - Janssen). L'identification du rôle prépondérant de l'IL-23 dans le développement des lymphocytes T17 qui produisent l'IL-17A et F impliquées dans le développement des lésions, a conduit au développement de nombreuses molécules ciblant spécifiquement cette cytokine.

Le guselkumab⁶ (Tremfya® - Janssen) sera le premier traitement biologique de cette nouvelle classe mis à disposition des dermatologues français. L'avis de la commission de la transparence a été rendu public fin octobre sur le site de la HAS⁷ et le produit entre dans la phase de négociation de prix. Dans les études de phase III, employé à la posologie de 100mg à S0, S4 puis toutes les 8 semaines, le guselkumab a démontré son aptitude à obtenir à S16/S48 une réponse IGA 0/1 et une réponse PASI 100 chez respectivement près de ~ 84/80% et ~ 37/48% des patients.

Le risankizumab⁸ (Abbvie) a lui aussi bénéficié d'un important programme de développement. Dans les études de phase III, employé à la posologie de 150mg à S0, S4, S16 puis toutes les 12 semaines, le risankizumab a démontré son aptitude à obtenir à S16/S52 une réponse sPGA 0/1 et une réponse PASI 100 chez respectivement ~ 86/87 % et ~ 43/58% des patients.

Le tildrakizumab⁹ (Ilumetri® - Almirall) vient d'être approuvé par l'EMA. Utilisé à la posologie de 100mg à S0, S4 puis toutes les 12 semaines le tildrakizumab a démontré son aptitude à obtenir après à S12/S52-64 une réponse sPGA 0/1 et une réponse PASI 100 chez respectivement ~ 56/70 % et ~ 13/34% des patients. Le produit peut être utilisé à une posologie de 200 mg pour les cas sévères et les patients pesant ≥90 kg, avec un léger gain d'efficacité.

LES TRAITEMENTS BIOLOGIQUES CIBLANT LE TNF α

Si cette classe n'est pas nouvelle, son actualité reste notable avec :

TOUJOURS PLUS DE BIOSIMILAIRES

Venant s'ajouter au 2 biosimilaires de l'étanercept (Benepali®, Erelzi®) et au 3 biosimilaires de l'infliximab (Inflectra®, Remsima® et Flixabi®), 2 premiers biosimilaires de l'adalimumab sont disponibles depuis fin octobre : Amgevita® (Amgen) et Imraldi® (Biogen). L'utilisation de ces molécules permet pour une efficacité équivalente de réduire les coûts de traitement. En moyenne, lors de la mise à disposition du biosimilaire son coût est 35% inférieur à celui du princeps. Mais cet écart de prix se réduit habituellement rapidement et significativement.

6 https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/tremfya-epar-product-information_fr.pdf

7 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2877053/fr/tremfya?xtmc=&xtr=1

8 Nom commercial pas encore déposé

9 https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/ilumetri-epar-product-information_en.pdf



Un anti-TNFalpha, le certolizumab pegol (Cimzia® - UCB¹⁰) déjà disponible en France dans des indications rhumatologiques devrait prochainement être disponible dans le traitement du psoriasis en plaque. Il est composé du fragment Fab d'un anticorps monoclonal dirigé contre le TNF et conjugué au PEG pour en augmenter la demi-vie (14 jours). Utilisé à la posologie de 400mg (2 injections) à S0, S2, S4 puis de 200mg toutes les 2 semaines, le certolizumab pegol a démontré son aptitude à obtenir à S16 une réponse sPGA 0/1 et une réponse PASI 90 chez respectivement ~ 47-67 % et ~ 36-52% des patients. A S48, ces valeurs étaient de 67-69% (sPGA 0/1) et 60-62% (PASI 90). Une dose de 400 mg toutes les 2 semaines peut être envisagée chez les patients ayant une réponse insuffisante.

Deux études ont évalué chez des femmes enceintes ou allaitant le taux de transfert placentaire du certolizumab pegol (CZP) de la mère au fœtus¹¹ et les concentrations de CZP dans le lait maternel afin d'estimer la dose quotidienne moyenne pour le nourrisson¹². Ces études ont montré que chez ces femmes, le passage de la molécule dans le placenta ou dans le lait est faible voire inexistant. Cette nouvelle molécule offre donc des conditions de sécurité très intéressantes pour proposer des traitements aux femmes en âge de procréer.

LES TRAITEMENTS BIOLOGIQUES CIBLANT LE TNF α

L'action cellulaire des cytokines impliquées dans le psoriasis se fait au travers de récepteurs membranaires. La fixation de ces cytokines à leurs récepteurs active des enzymes intracellulaires qui initient la signalisation intracellulaire. TYK2 une des JAK kinases est impliquée dans la signalisation de l'IL-23. Un inhibiteur sélectif de TYK2 (BMS-986165) administré par voie orale a démontré dans une étude de phase 2 récemment publiée dans le NEJM .

Selon l'enquête « Objectifs Peau » menée par la Société Française de Dermatologie, le psoriasis est une maladie qui est très délicate à gérer pour les patients car elle est stigmatisante. Les Français considèrent que c'est la maladie de peau la plus gênante. Cette altération est confirmée par le fait que 7 psoriasiques sur 10 considèrent leur psoriasis comme gênant dans leur vie professionnelle et 8 sur 10 comme gênant dans leur vie personnelle. De plus, 15% des patients avec un psoriasis déclarent souffrir de dépression associée versus 6,4% chez les Français sans problème de peau et 17% des patients avec un psoriasis déclarent avoir une maladie ostéo-articulaire (arthrose, rhumatismes, polyarthrite) associée versus 8% des Français sans problème de peau.

L'innovation thérapeutique constitue un véritable levier dans cette indication et l'arrivée de nouveaux traitements, nouvelles molécules et nouvelles voies thérapeutiques sont un réel espoir pour les patients.

10 https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/cimzia-epar-product-information_fr.pdf

11 Clowse MEB, et al. Ann Rheum Dis 2017 ; 76 : 1890–1896. doi:10.1136/annrheumdis-2017-211384.

12 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1806382>



■ LA DERMATITE ATOPIQUE CHEZ L'ADULTE

*D'après un entretien avec le Professeur Delphine STAUMONT-SALLÉ,
MD, PhD Service de Dermatologie,
Hôpital Claude Huriez – CHU à Lille*

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire fréquente, qui affecte 10 à 20% de la population pédiatrique dans les pays occidentaux. Même si cette affection débute classiquement dans la 1^{ère} année de vie pour s'améliorer voire disparaître avant l'adolescence, environ 4% des adultes (jusqu'à 10% selon de récentes estimations) en sont affectés¹.

Selon une enquête² réalisée par la Société Française de Dermatologie, 16 millions de Français déclarent avoir une maladie de peau. La DA/Eczéma atopique arrive en 2^{ème} position avec 2,4 millions de Français touchés juste derrière l'acné (3,3 millions). C'est une maladie de peau qui est visible, affichante et aussi stigmatisante et qui affecte fortement la qualité de vie. Compte-tenu de la prévalence élevée de la DA, de son retentissement important sur la qualité de vie et des difficultés thérapeutiques rencontrées dans les cas les plus sévères, l'arrivée sur le marché des biomédicaments et thérapies ciblées était très attendue dans cette indication.

La première molécule disponible en France dans la DA est le dupilumab. Les résultats des essais cliniques de phase 3 avec cette molécule ciblant l'IL-4 et l'IL-13 et notre première expérience en vraie vie avec l'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) (plus de 500 patients traités en 2018) sont très prometteurs, même s'il n'est pas encore possible de prédire avec certitude la même révolution que nous avons connue dans la prise en charge du psoriasis. Les progrès dans la connaissance de la physiopathologie de la DA vont également permettre le développement d'autres biomédicaments, mais aussi de petites molécules, dont l'action ciblée ne manquera pas de venir renforcer l'arsenal thérapeutique encore bien insuffisant dans cette pathologie.

L'enjeu demain, sera de bien identifier les patients éligibles à ces nouvelles molécules (définition des critères de sévérité de la DA, place de ces traitements chez l'enfant), de prédire -si possible à l'aide de biomarqueurs- les patients répondeurs, de positionner l'indication de ces traitements par rapport aux autres moyens thérapeutiques disponibles (en particulier la ciclosporine) et bien sûr de prendre en compte l'impact médico-économique de la prescription d'une molécule a priori coûteuse.

Avant de dresser un état des lieux des différentes voies thérapeutiques existantes pour lutter contre la DA, la physiopathologie de la DA est utile pour mieux comprendre le mécanisme d'action de cette maladie.

1. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. Lancet 2016 ; 387 : 1109-22.

2. <http://www.sfdermato.org/media/pdf/communiqué-presse/sfd-dossier-de-presse-dans-la-peau-des-francais-698b341f63725ea142271ed9b39e0980.pdf>



LA PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DERMATITE ATOPIQUE

La physiopathologie de la maladie est complexe et implique des facteurs génétiques, environnementaux (climats, lieu de vie, allergènes, infections) et immunologiques contribuant à une altération de la barrière cutanée³ et à une dysrégulation de la réponse immunitaire.

La DA est caractérisée par une infiltration de la peau par des lymphocytes T (LT) et des cellules dendritiques (CD) présentatrices d'antigènes. Une production excessive de cytokines majoritairement de profil Th2 (interleukine-4 (IL4), -5, -13 et -31) favorise la réponse inflammatoire et la synthèse d'immunoglobulines E qui vont reconnaître des allergènes de l'environnement et favoriser leur présentation aux LT. L'IL-4 et l'IL-13 entretiennent également les altérations de la barrière cutanée en altérant la synthèse de peptides antimicrobiens, la production de lipides et l'expression de gènes codant pour des protéines structurales de la barrière cutanée comme la filaggrine. La production d'IL-31 est augmentée par la présence du staphylocoque doré et contribue au prurit en activant des récepteurs exprimés par les fibres nerveuses sensibles cutanées. L'IL-22 contribue également aux altérations de la barrière cutanée en aggravant le déficit en filaggrine. Les kératinocytes ont des propriétés pro-inflammatoires dans la DA en produisant de grandes quantités de TSLP (Thymic Stromal Lymphopoietin), cytokine capable d'initier et d'auto-entretenir la réponse inflammatoire en stimulant les CD.

UNE PATHOLOGIE AVEC UN ARSENAL THÉRAPEUTIQUE VARIÉ

Chez l'adulte en particulier, et dans les cas les plus sévères (10 à 15%), il n'est pas rare de se trouver en situation d'échec avec les traitements topiques (émollients, dermocorticoïdes et tacrolimus). La prescription de traitements systémiques peut alors être envisagée, mais jusqu'ici leur mode d'action n'était pas spécifique de l'affection et leur utilisation non dénuée d'effets indésirables. La photothérapie est souvent efficace, mais sa prescription est limitée dans le temps par le risque carcinologique cutané.

Parmi les traitements immunosuppresseurs disponibles, seule la ciclosporine a l'AMM dans la DA, mais sa prescription est classiquement limitée à 2 ans en raison de sa néphrotoxicité potentielle. Son utilisation nécessite une surveillance régulière de la fonction rénale et de la tension artérielle. En outre, l'arrêt de la ciclosporine, même après une prescription prolongée à la plus petite dose efficace, se solde assez régulièrement par une reprise évolutive plus ou moins rapide de la pathologie. Les autres immunosuppresseurs, tels que le méthotrexate, l'azathioprine, le mycophénolate mofétil, peuvent donner (hors AMM) des résultats intéressants en pratique, mais le niveau de preuve de leur efficacité reste faible surtout pour l'azathioprine et le mycophénolate mofétil.

Contrairement au psoriasis, aucune innovation thérapeutique n'avait eu lieu dans la DA depuis l'arrivée sur le marché du tacrolimus topique (Protopic®) en 2001. Depuis quelques années, plusieurs biomédicaments et petites molécules sont en cours de développement, voire désormais disponibles dans la DA et viennent enfin compléter notre arsenal thérapeutique dans les formes résistantes ou présentant des contre-indications ou une intolérance aux traitements conventionnels.

3. Guttman-Yassky E, Nograles K. Contrasting pathogenesis of atopic dermatitis- Part I : clinical and pathologic concepts. J Allergy Clin Immunol 2011 ; 127 : 1110-18.



2018 : ARRIVÉE DES BIO MÉDICAMENTS ET DES THÉRAPIES CIBLÉES POUR TRAITER LA DA

Ces molécules ont été ou sont actuellement évaluées chez l'adulte atteint de DA modérée à sévère résistante aux soins locaux (émollients et dermocorticoïdes). Plusieurs d'entre elles ont également été évaluées dans l'asthme, dont la physiopathologie est proche de celle de la DA.

ANTICORPS MONOCLONAL DIRIGÉ CONTRE LE RÉCEPTEUR DE L'IL-4 ET DE IL-13 : DUPILUMAB

- Le dupilumab a fait la preuve de son efficacité dans la DA de l'adulte dans deux études indépendantes multicentriques de phase 3 (SOLO-1 et SOLO-2) dans lesquelles ont été inclus 1379 patients (671 dans SOLO-1 et 708 dans SOLO-2) présentant une DA modérée à sévère non contrôlée par les traitements topiques⁴.

Dans les 2 études, une amélioration d'au moins 75% du score EASI (Eczema Area and Severity Index) (EASI75) était observée chez 40 à 50 % des patients sous dupilumab quelle que soit la posologie ($p < 0.001$ par rapport au placebo). Une réduction d'au moins 3 points sur l'échelle d'évaluation du prurit était obtenue à 16 semaines ($p < 0.001$ pour les deux schémas d'administration). Le profil de sécurité était rassurant. Les principaux effets indésirables⁵ décrits dans les essais cliniques, de sévérité mineure à modérée, étaient des infections des voies respiratoires supérieures, des réactions aux sites d'injection et des conjonctivites.

Dans l'étude CHRONOS⁶, le dupilumab était prescrit à la posologie de 300 mg/semaine ou 300 mg/2 semaines contre placebo, en association à un dermocorticoïde dans les 3 bras. A 16 semaines, le pourcentage de patients atteignant l'EASI75 était supérieur aux études précédentes (64% à la posologie de 300 mg/semaine, 69% dans le bras 300 mg/2 semaines, versus 23% dans le groupe dermocorticoïde seul).

L'étude CAFE⁷ a démontré l'efficacité du dupilumab en association aux dermocorticoïdes chez les patients en échec de la ciclosporine ou présentant une contre-indication ou une intolérance à la ciclosporine. La diminution des scores de sévérité de la maladie et des échelles de sévérité du prurit est corrélée à une amélioration de la qualité de vie sous dupilumab, comme le montre en particulier une étude récente⁸ dont l'objectif principal était l'évaluation de la qualité de vie du patient (HRQoL, Health-related Quality of Life) à 12 semaines sous dupilumab versus placebo.

4. Simpson EL, Bieber T, Guttman-Yassky E et al. Two Phase 3 Trials of Dupilumab versus Placebo in Atopic Dermatitis. *N Engl J Med* 2016 ; 375 : 2335-48.
5. Blauvelt A, de Bruin-Weller M, Gooderham M et al. Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS) : a 1-year, randomised, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2017 ; 389 : 2287-2303.
6. Wollenberg A, Arians L, Thurau S et al. Conjunctivitis occurring in atopic dermatitis patients treated with dupilumab-clinical characteristics and treatment. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018 Feb 9. pii : S2213-2198(18)30089-8. doi: 10.1016/j.jaip.2018.01.034.
7. De Bruin-Weller M, Thaçi D, Smith CH et al. Dupilumab with concomitant topical corticosteroid treatment in adults with atopic dermatitis with an inadequate response or intolerance to ciclosporin A or when this treatment is medically inadvisable: a placebo-controlled, randomized phase III clinical trial (LIBERTY AD CAFÉ). *Br J Dermatol* 2017 Nov 28. doi : 10.1111/bjd.16156.
8. Tsianakas A, Luger TA, Radin A. Dupilumab treatment improves quality of life in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: results from a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Br J Dermatol* 2018 ; 178 : 406-14.



Sont actuellement en cours d'évaluation l'efficacité et la tolérance à long terme du dupilumab chez l'adulte, et l'efficacité et le profil de tolérance du dupilumab chez l'enfant et l'adolescent. Le dupilumab est commercialisé aux États-Unis depuis mars 2017 sous le nom de Dupixent®. Il a bénéficié en France d'une ATU nominative à partir de mars 2017, devenue ATU de cohorte entre le 31/07/2017 et le 22/01/18. Le dupilumab a obtenu une AMM européenne le 27 septembre 2017, et récemment un avis favorable de la commission de transparence pour une commercialisation prévue début 2019. Dans l'attente de sa commercialisation, le dupilumab peut être obtenu en pharmacie centrale des hôpitaux sur prescription hospitalière conformément à l'indication mentionnée dans le RCP du produit (Selon avis de la commission de transparence obtenu en septembre 2018, il faudra un échec ou une contre-indication ou une intolérance de la ciclosporine pour avoir accès au dupilumab en France).

ANTICORPS MONOCLONAUX ANTI-IL-13

- Deux Anticorps monoclonaux ciblant l'IL-13 (lebrikizumab /TNX650, Roche et tralokinumab/CAT354, AstraZeneca/Leo) ont fait la preuve de leur efficacité dans l'asthme sévère. L'efficacité et la bonne tolérance du tralokinumab ont été démontrées dans une étude de phase 2 dans la DA modérée à sévère de l'adulte résistante aux traitements locaux⁹. Un essai international de phase 3 est actuellement en cours pour le tralokinumab.

ET PLUSIEURS MOLÉCULES EN COURS DE DÉVELOPPEMENT AVEC DES RÉSULTATS DE PREMIÈRES ÉTUDES PROMETTEURS

ANTICORPS MONOCLONAUX ANTI-IL-31 ET ANTI-IL-31R

- Un anticorps dirigé contre l'IL-31 : BMS-981164 (Bristol-Myers-Squibb).
- Et le nemolizumab¹⁰ (CIM331, Chugai), qui est un anticorps dirigé contre le récepteur de l'IL-31 (phase 3 en cours).

ANTICORPS MONOCLONAL ANTI-IL22

- Des premiers résultats d'efficacité en phase 2a¹¹ dans la DA, en particulier les formes les plus sévères, ont été récemment rapportés avec le fezakinumab, Ac monoclonal anti-IL-22 (ILV-094, Université Rockefeller).

ANTICORPS MONOCLONAL ANTI-TLSP (THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN)

- Deux anticorps dirigés contre la TSLP sont en cours de développement : AMG157/MDI9920 ou tezepelumab (Amgen/MedImmune) et MK-8226 (Merck). L'efficacité du tezepelumab a été montrée dans l'asthme allergique modéré. Son intérêt dans la DA est en cours d'évaluation dans un essai de phase 2.

ANTICORPS MONOCLONAUX ANTI-IGE

- L'omalizumab s'avère décevant dans la DA. D'autres anticorps monoclonaux avec une affinité pour l'IgE supérieure sont en cours d'évaluation dans la DA, tels que l'anti-IgE MEDI 4212 (MedImmune), et le ligelizumab (QGE031, Novartis).

9. Wollenberg A, Howell MD, Guttman-Yassky E et al. A Phase 2b dose-ranging efficacy and safety study of tralokinumab in adult patients with moderate to severe atopic dermatitis. Poster 4496, AAD Meeting 2017, Orlando, USA, March 3-7, 2017.

10. Ruzicka T, Hanifin JM, Furue M et al. Anti-Interleukin-31 Receptor A Antibody for Atopic Dermatitis. N Engl J Med 2017 ; 376 : 826-35.

11. Guttman-Yassky E, Brunner PM, Neumann AU et al. Efficacy and safety of fezakinumab (an IL-22 monoclonal antibody) in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis inadequately controlled by conventional treatments : A randomized, double-blind, phase 2a trial. J Am Acad Dermatol 2018; 78 : 872-81.



ANTICORPS MONOCLONAUX CIBLANT LA VOIE TH17

- Ces molécules sont indiquées dans le psoriasis mais elles pourraient être intéressantes dans la DA compte-tenu de la participation d'une réponse Th17 dans la DA également. L'efficacité de l'ustekinumab¹², (anticorps monoclonal anti-IL-12/IL-23 p40) a été rapportée dans une étude de phase 2 (16 patients traités par ustekinumab versus 17 sous placebo). Les résultats d'une étude de phase 2 incluant un plus grand nombre de patients (en cours) seront nécessaires pour confirmer l'intérêt de cette molécule dans cette pathologie. Le secukinumab, anticorps monoclonal anti-IL-17, est actuellement évalué dans la DA dans un essai clinique de phase 2.

PETITES MOLÉCULES DANS LA DA

INHIBITEUR DE PHOSPHODIESTÉRISE 4 TOPIQUE : CRISABOROLE

- La phosphodiesterase 4 (PDE4) produite par de nombreuses cellules effectrices (LcT, mastocytes, éosinophiles, macrophages ...) participe à la réponse inflammatoire. Le crisaborole¹³ est un inhibiteur de la PDE4 qui a fait la preuve de son efficacité dans la DA légère à modérée de l'enfant à partir de 2 ans et de l'adulte, sous forme topique (pommade à 2%, 2 applications/jour). Le crisaborole a obtenu l'accord de commercialisation aux États-Unis depuis décembre 2016 sous le nom d'Eucrisa (Anacor/Pfizer).

INHIBITEUR DU RÉCEPTEUR DE PROSTAGLANDINE CRTH2¹⁴

- Ce récepteur est impliqué dans l'activation des lymphocytes de profil Th2. Deux inhibiteurs de CRTH2 (administrés par voie orale) sont en cours de phase 2 dans la DA : le fevipiprant (Novartis) et le timapiprant (AtopixTherapeutics). Ces molécules sont également en cours d'évaluation dans l'asthme.

ANTI-JAK

- Les Janus kinases (JAK1, JAK2, JAK3) sont des protéines de type tyrosine kinases impliquées dans les voies de signalisation en réponse à l'activation des récepteurs aux cytokines, en particulier l'IL-4 et l'IL-13. Le tofacitinib^{15 et 16} (anti-JAK 1 et 3, Pfizer), le baricitinib¹⁷ (anti-JAK1 et 2, Lilly) et l'upadacitinib (anti JAK1 sélectif, Abbvie) sont en cours de développement dans la DA.

D'AUTRES APPROCHES « BIOLOGIQUES » SONT EN COURS DE RÉFLEXION

À côté des biomédicaments et des petites molécules, d'autres approches sont à un stade beaucoup plus précoce d'évaluation dans la DA : antihistaminiques bloquant le récepteur H4, immunothérapie par les vaccins (variole, grippe, fièvre jaune...), injection de cellules souches mésenchymateuses autologues, transplants de microbiome autologue...

12. Khattri S, Brunner PM, Garcet S et al. Efficacy and safety of ustekinumab treatment in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. *Exp Dermatol* 2017 ; 26 : 28-35.

13. Paller AS, Tom WL, Lebwohl MG et al. Efficacy and safety of crisaborole ointment, a novel, nonsteroidal phosphodiesterase 4 (PDE4) inhibitor for the topical treatment of atopic dermatitis (AD) in children and adults. *J Am Acad Dermatol* 2016 ; 75 : 494-503.

14. Yanes DA, Mosser-Goldfarb JL. Emerging therapies for atopic dermatitis : The prostaglandin/ leukotriene pathway. *J Am Acad Dermatol* 2018;78:S71-5.

15. Levy LL, Urban J, King BA. Treatment of recalcitrant atopic dermatitis with the oral Janus kinase inhibitor tofacitinib citrate. *J Am Acad Dermatol* 2015 ; 73 : 395-9.

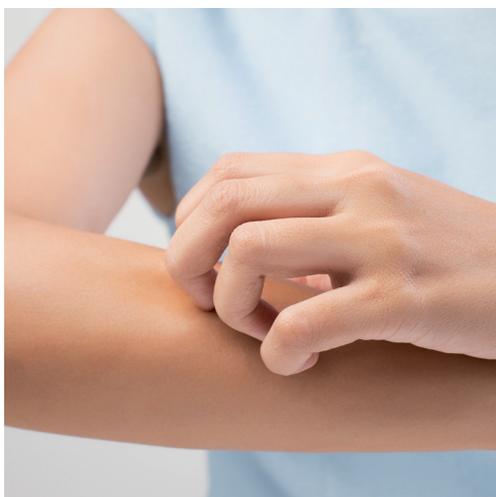
16. Bissonnette R, Papp KA, Poulin Y et al. Topical tofacitinib for atopic dermatitis : a phase IIa randomized trial. *Br J Dermatol* 2016 ;175 :902-11.

17. Guttman-Yassky E, Silverberg JI, Nemoto U et al. Baricitinib in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis : a phase 2 parallel, double-blinded, randomized placebo-controlled multiple-dose study. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Feb 1. pii : S0190-9622(18)30129-4. doi : 10.1016/j.jaad.2018.01.018.



■ LE PRURIT, VERS UNE RECONNAISSANCE ET UNE PRISE EN CHARGE AU MÊME TITRE QUE LA DOULEUR ?

*D'après un entretien avec le Professeur Laurent MISERY,
Chef du service de dermatologie au CHRU de Brest,
Directeur du laboratoire de neurosciences de Brest*



QU'EST-CE QUE LE PRURIT ?

C'est le terme médical qui désigne « la démangeaison de la peau ». C'est une sensation désagréable conduisant au besoin de se gratter. Elle est en général liée à **une affection cutanée, mais parfois extra-cutanée**. Cela peut être **une souffrance insupportable**, comme la douleur, qui **altère** alors considérablement **la qualité de vie des patients** et de leurs proches.

Une étude épidémiologique sur le prurit en France¹ réalisée en 2011, au cours d'une semaine donnée, a évalué **la prévalence du prurit ressenti** de manière plus ou moins intense :

- **10% de la population** a des sensations de prurit.
- **Et 30% de la population** a ces sensations de manière occasionnelle.

Très difficile à vivre surtout lorsqu'il est chronique et ancien, sa prise en charge est indispensable, il faut avant tout **en trouver la cause** :

- **9 fois sur 10**, l'examen cutané permet de **trouver l'étiologie**.
- **1 fois sur 10**, en l'absence de lésions cutanées, **il faut rechercher une cause** qui pourra être **systemique**, liée à un organe (foie, rein, glandes endocrines), ou aussi **d'origine neurologique** et très rarement **d'origine psychiatrique**.

Pour évaluer le prurit et connaître **le degré d'altération**, **une échelle est utilisée**. Pour un psoriasis, le prurit est de **6/10** et la dermatite atopique de **7/10**.

1. Epidemiology of Pruritus in France - Laurent MISERY, Nora RAHHALI, Antoine DUHAMEL and Charles TAÏEB.
Email : laurent.misery@chu-brest.fr - Accepted december 17, 2011.



Le prurit naît habituellement dans les terminaisons nerveuses libres épidermiques ou sous-épidermiques (près de la jonction dermo-épidermique), puis suit **les voies habituelles de la sensibilité**, transmis par l'influx nerveux et les neuromédiateurs.

Les traitements consistent avant tout à traiter la cause du prurit lorsqu'elle est identifiée. D'une manière générale, les antihistaminiques **ne sont pas efficaces** sur les démangeaisons en dehors des réactions allergiques.

Le prurit fait l'objet d'une recherche dynamique et plusieurs essais cliniques² sont en cours. Ils ouvrent la voie à **de nouvelles molécules** qui devraient permettre de disposer de nouvelles ressources thérapeutiques prochainement.

Le prurit rappelle à quel point **notre peau est un organe sensoriel complexe** au même titre que les autres organes des sens. **La gêne et le handicap générés par le prurit sont très souvent sous-estimés.** La physiopathologie du prurit présente beaucoup **de similarités avec la douleur**, dont la prise en charge a bénéficié de plusieurs plans de lutte contre la douleur³ mis en place par le Ministère de la Santé depuis 1995. Alors que le prurit **n'a pas, jusqu'à maintenant, été pris en compte** dans ce type de programme.

Et pourtant, **l'altération de la qualité de vie, la gêne et le handicap** générés par les sensations prurigineuses peuvent être mis en parallèle avec ceux associés **aux sensations douloureuses.** C'est pourquoi, la Société Française de Dermatologie, dans son Livre Blanc « **Les Défis de la dermatologie en France** », a proposé la mise en place de centres de prise en charge du prurit sur **le modèle des centres anti-douleurs.** L'objectif est de créer des centres d'évaluation et de traitement spécifiques au prurit, avec **une prise en charge multidisciplinaire** (médecins de différentes spécialités, psychologues).

2. Bull. Acad. Natle Méd., 2015, 199, no 6, 979-986, séance du 2 juin 2015 - Le prurit, une cause de souffrance mal prise en compte mais un thème de recherche en plein essor - Pruritus, a poorly considered suffering but a field of research in full swing - Laurent MISERY.

3. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/l-action-des-pouvoirs-publics>



■ LES SITUATIONS D'URGENCE EN DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE

*D'après un entretien avec le Professeur Christine BODEMER,
Chef du service de dermatologie pédiatrique de l'Hôpital Necker-Enfants Malades, à Paris*



SITUATIONS D'URGENCE EN DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE, LE PRONOSTIC VITAL N'EST PAS LE SEUL « EN JEU »

Chez le nourrisson et l'enfant, **les urgences en dermatologie** peuvent se rencontrer dans différentes situations, engageant le **pronostic vital**, ou engageant lourdement le **pronostic fonctionnel** si des mesures adaptées ne sont pas prises sans retard.

Il faut ainsi distinguer :

LES URGENCES VITALES VRAIES

Plus exceptionnelles, sauf chez le nourrisson.

LES URGENCES FONCTIONNELLES

Qui ne mettent pas en jeu le pronostic vital, mais **peuvent avoir un impact** sur le pronostic fonctionnel, notamment chez **des enfants en plein développement**.

LES URGENCES RESSENTIES OU RELATIVES

Ce ne sont pas en soi des urgences vitales ou fonctionnelles, mais très souvent **des situations qui sont à prendre en charge sans délai** afin d'améliorer une qualité de vie des patients lourdement altérée par **des symptômes qui « envahissent »** le quotidien de manière brutalement intolérable, altérant gravement l'équilibre de la cellule familiale. Ces situations **sont souvent délicates et insoutenables** pour les familles.

LES URGENCES PSYCHOLOGIQUES

L'enfant atteint d'une maladie de peau affichante est très souvent exclu de la collectivité et se retrouve dans une situation difficile à vivre pour lui et ses parents **avec une douleur psychologique** étroitement intriquée **à une souffrance physique**.

LES URGENCES POUR UN DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Lors des maladies génétiques.



1. URGENCES VITALES

Principales complications qui engagent le pronostic vital (maladies infectieuses¹ -génodermatoses-², manifestations cutanées liées à une altération de la barrière cutanée).

MANIFESTATIONS INFLAMMATOIRES DE LA PEAU OU INFECTIONS CUTANÉES D'ORIGINE BACTÉRIENNE, VIRALE OU MYCOLOGIQUE SÉVÈRE

Les vraies urgences dermatologiques vitales sont, en principe, rares. Chez le nouveau-né et le nourrisson, certaines dermatoses inflammatoires ou certaines infections cutanées qu'elles soient bactériennes, virales, mycologiques sévères **vont mettre en jeu le pronostic vital**. Ces affections sont à prendre en charge sans délai. Il s'agit, dans un premier temps, **de traiter l'infection et de faire un bilan** en s'assurant qu'il n'y ait pas un déficit immunitaire primitif sous-jacent.

C'est généralement dans les premiers mois de vie que **s'extériorisent les déficits immunitaires** de l'enfant dont le premier signe d'alerte peut être uniquement dermatologique comme une infection dermatologique importante, **sévère ou résistante au traitement habituel**.

La survenue de complications infectieuses ou inflammatoires inhabituelles par leur intensité, leur degré de sévérité, leur résistance au traitement usuel lors de maladies inflammatoires sévères de la peau (par exemple, un eczéma atopique sévère), ou la mise en évidence d'une infection par des agents microbiens inhabituels chez un enfant immunocompétent **rentre dans le cadre des urgences vitales**.

MALADIES DERMATOLOGIQUES GÉNÉTIQUES - ÉRYTHRODERMIES, TROUBLES DE LA KÉRATINISATION, TROUBLES SÉVÈRES DE LA BARRIÈRE CUTANÉE, MALADIES BULLEUSES HÉRÉDITAIRES

Dans les premières semaines et mois de vie, l'enfant est particulièrement vulnérable, puisque **ses défenses immunitaires ne sont pas encore totalement compétentes**. De plus, certaines génodermatoses peuvent être associées à une plus grande susceptibilité aux infections cutanées. En effet, **les altérations de la barrière cutanée** (décollement bulleux par ex.) favorisent le passage systémique d'agents microbiens à travers la peau et **la survenue d'infections sévères** associées à la déperdition calorique et protéique avec pour conséquences des difficultés de croissance ou nutritionnelles, pouvant aller jusqu'à **une déshydratation très sévère**.

Lorsqu'ils naissent avec ce type de pathologie, les nouveau-nés sont exposés à ces complications sévères dues à l'altération de la barrière cutanée. Il est donc préférable **préventivement** qu'ils soient d'emblée **hospitalisés dans des milieux très experts** dans la gestion de **la maladie cutanée et de ses conséquences** où la mise en commun des compétences favorisera la meilleure prise en charge : émettre le diagnostic, assurer les meilleurs soins cutanés et **permettre d'adapter les traitements systémiques** (nutrition ou traitement médicamenteux) nécessaires et adaptés aux caractéristiques d'un nouveau-né.

1. Maladies infectieuses qui peuvent être sévères en particulier dans le début de la vie : en association à un sepsis (infection) plus profond s'il y a un déficit immunitaire sous-jacent méconnu, lésions cutanées révélant une pathologie autre (hématologique en particulier).
2. Maladies cutanées d'origine génétique.



SYNDROME DE KASABACH-MERRITT, SYNDROME DE LYELL

Certaines tumeurs vasculaires comme **le syndrome de Kasabach-Merritt**, angiomes volumineux qui augmentent de taille de manière rapide dans les débuts de la vie et s'accompagnent de troubles de la coagulation pouvant exposer à **des complications hémorragiques** (coagulation intravasculaire disséminée CIVD) sont **des situations dermatologiques rares, voire exceptionnelles**, mais graves en raison du risque hémorragique et des difficultés thérapeutiques qu'il faut **savoir repérer au plus tôt** pour les gérer dans les meilleures conditions avec **une prise en charge hospitalière généralisée**.

La survenue chez l'enfant d'une toxidermie sévère (allergie cutanée à un médicament) tel que **le syndrome de Lyell**, peut conduire à **l'engagement du pronostic vital** en raison de la survenue de **grands décollements bulleux de la peau et des muqueuses**. Ce tableau clinique gravissime peut être comparé à un tableau de « **grand brûlé** ». Il nécessite **une prise en charge en urgence** en milieu très spécialisé avec la mise en place de mesures de réanimation adaptées. Même si cette situation d'urgence est moins fréquente chez les enfants car ils prennent moins de médicaments que les adultes, il faut **savoir y penser** afin d'adresser très rapidement l'enfant vers **un centre spécialisé**.

Parfois, **les lésions cutanées sont révélatrices de maladies sous-jacentes** qui peuvent mettre en jeu **le pronostic vital** et qui doivent donc **être diagnostiquées au plus vite**. Ainsi, chez le nourrisson mais aussi le petit enfant, certaines lésions cutanées sont synonymes **de métastases d'un cancer ou d'une leucémie** sous-jacente. Il faut alors avoir **la réactivité nécessaire** pour bien distinguer ces lésions **et pratiquer une biopsie rapidement** en étroite concertation avec les services cliniques et d'anatomie pathologique **pour obtenir le diagnostic et orienter** l'enfant afin que les investigations de recherche sur un potentiel cancer primitif soient faites et suivies **d'une prise en charge adaptée**.

MALADIES AUTO-INFLAMMATOIRES, VASCULARITE SYSTÉMIQUE, SYNDROME DE KAWASAKI

Ces pathologies très rares peuvent toucher le nourrisson. Certaines formes d'exanthème avec une fièvre élevée sont, dans la grande majorité des cas, liés à des viroses banales. Cependant, il faut savoir évoquer **un syndrome de Kawasaki**, vascularite (inflammation des vaisseaux) systémique diffuse et lorsque l'exanthème est associé à d'autres signes comme une conjonctivite, des adénopathies, etc, il faut d'emblée instituer **un traitement spécifique**, adapté, de manière à éviter **des complications sévères voire létales** comme la constitution d'anévrisme coronarien et des atteintes cardiaques.



2. URGENCES FONCTIONNELLES DE BONNE PRISE EN CHARGE

Les urgences dites fonctionnelles ne mettent pas en jeu le pronostic vital mais peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel sur la croissance et la motricité de l'enfant.

Beaucoup de maladies génétiques cutanées (génodermatoses) provoquent des troubles de la kératinisation **avec un risque cicatriciel important** : engainement des articulations fines, ankyloses et rétractions articulaires définitives **qui gênent la motricité** (doigts, pieds, chevilles) si la prise en charge fonctionnelle de ses articulations n'est pas effectuée rapidement. Dans d'autres cas, c'est l'atteinte spécifique d'un autre organe que l'organe peau qui est **une vraie urgence fonctionnelle**. La peau est le maître symptôme, **révélateur de la maladie génétique** sous-jacente et doit conduire à organiser immédiatement le bilan viscéral spécifique (ex. yeux, système nerveux central, foie, etc).

3. URGENCES RESENTIES OU RELATIVES ET BESOINS RAPIDES DE PRISE EN CHARGE : DERMATITE ATOPIQUE, PSORIASIS SÉVÈRE...

Les urgences relatives ou ressenties sont des urgences avec une nécessité de prise en charge immédiate, soit pour éviter une contagion plus large (ex. La gale, les maladies bactériennes, virales ou mycologiques sévères), soit une aggravation de l'impact de la maladie. Ce type d'urgence ne remet pas en cause le pronostic fonctionnel ou vital, mais s'avère un fardeau difficile à supporter par le petit malade et sa famille (ex. du prurit (démangeaisons) et de ses complications).

Chez l'enfant, **toutes les maladies cutanées** -inflammatoires, prurigineuses, suintantes- qu'elles évoluent par poussées ou de manière chronique, comme la dermatite atopique ou le psoriasis, peuvent être d'une grande intensité et **extrêmement altérer la qualité de vie** et impacter le vécu familial³.

3. <http://www.sfdermato.org/media/pdf/communique-presse/sfd-dossier-de-presse-dans-la-peau-des-francais-698b341f63725ea142271ed9b39e0980.pdf>
p 7 « Les maladies cutanées, un fardeau au poids très sous-estimé ».



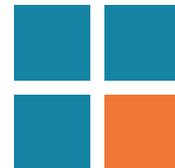
4. URGENCES PSYCHOLOGIQUES QUI METTENT À JOUR LA DÉTRESSE DE L'ENFANT ET L'INQUIÉTUDE DE SES PARENTS

D'une manière générale, **les maladies de peau chroniques**, à début précoce chez l'enfant, **altèrent l'image corporelle, l'estime de soi** de l'enfant et de sa famille et **compromettent une intégration en collectivité** indispensable pourtant au développement de l'enfant. Certaines maladies peuvent donner un aspect différent à la peau, avec des suintements et des odeurs. Les enfants **sont alors très souvent rejetés** de la collectivité et cette situation difficile à gérer est également source de malaise et **de détresse pour les parents**.

Des séjours de « répit » pour la famille peuvent être organisés, l'Hôpital prend alors en charge l'hospitalisation des enfants afin **de reprendre l'éducation thérapeutique** et de favoriser le repos des parents qui **peuvent « souffler » temporairement**. Dans le cas de crises aiguës, notamment pour certaines maladies génétiques de la peau, il n'est pas rare de proposer des séjours plus longs dans **des centres de référence de la maladie**. **Le rôle des parents est essentiel** pour gérer la maladie au quotidien, et sans eux, la prise en charge de l'enfant tout au long de sa maladie est impossible. C'est pourquoi il est nécessaire, **en cas d'extrême détresse**, de soutenir les parents et de les aider à faire une pause **pour leur bien-être et celui de leur enfant**.

5. AUTRES URGENCES : LE DIAGNOSTIC PRÉNATAL DANS LES CAS OÙ UNE GÉNODERMATOSE SÉVÈRE FAMILIALE RELÈVE DE LA POSSIBILITÉ D'UN DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Le handicap généré par certaines génodermatoses peut s'avérer trop lourd et incompatible avec une vie future. Lorsque **le gène impliqué est déjà identifié** dans la famille, celle-ci a la possibilité de faire un diagnostic prénatal dans les conditions éthiques d'une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Les sollicitations pour ce type de situation doivent être gérées en urgence pour permettre **une intervention rapide**.



■ MIEUX CONNAÎTRE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE PATHOLOGIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE



UNE ASSOCIATION SCIENTIFIQUE HISTORIQUE

Association reconnue d'utilité publique par décret le 12 janvier 1895, la Société Française de Dermatologie et de Pathologie Sexuellement Transmissible (SFD) a été fondée le 22 juin 1889 sous le nom de Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie. Elle est administrée par un Conseil d'Administration comprenant des dermatologues libéraux, hospitaliers et hospitalo-universitaires, renouvelés par tiers chaque année qui élisent les membres du Bureau : le Président, 3 Vice-présidents, le Secrétaire Général et le Trésorier.

TROIS GRANDES MISSIONS

La SFD a pour objectifs de promouvoir la dermatologie française dans la communauté médicale et scientifique française et internationale, que ce soit à travers le soutien de la recherche médicale, le développement de la formation continue ou l'évaluation des soins.

LA RECHERCHE MÉDICALE

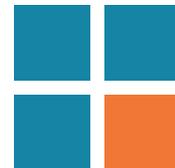
Aider au développement de la recherche médicale clinique, biologique et fondamentale dans les domaines de la dermatologie et des infections sexuellement transmissibles, est une des priorités de la SFD, puisqu'une part importante de son budget y est consacrée (850 000 euros par an).

ÉVALUATION ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

L'amélioration continue de la pratique professionnelle en Dermatologie est également un des objectifs que s'est fixé la SFD. L'évaluation des soins, les actions de santé publique, de prévention et d'épidémiologie et l'élaboration de recommandations professionnelles sont l'expression de cette volonté.

L'association Recommandations en Dermatologie (aRED) de la SFD a été créée afin de promouvoir les principes et les outils de la médecine basée sur les preuves, la réalisation de revues systématiques, de recommandations et de guides pratiques.

La SFD est un partenaire actif des organismes publics, en particulier de l'INSERM et l'Agence Nationale de la Recherche, de l'Institut National du Cancer pour l'organisation des soins en cancérologie, et de la Haute Autorité de Santé pour l'évaluation des pratiques professionnelles et les recommandations pour la pratique.



LA FORMATION CONTINUE

LES JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE PARIS

Plus de 4500 dermatologues s'y retrouvent chaque année en décembre. De nombreuses thématiques cliniques, thérapeutiques et de recherche sont abordées, réalisant une Formation Médicale Continue de haut niveau avec l'organisation d'ateliers pratiques, de séances de FMC, de communications scientifiques et de présentations de posters.

LES QUATRE SAISONS DE LA DERMATOLOGIE

Quatre séances à thème ont lieu chaque année un jeudi en janvier, mars, juin et octobre, à Paris.

LES ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE

Revue périodique officielle de la SFD, les Annales présentent des travaux originaux et des articles de formation consacrés à la dermatologie, aux maladies sexuellement transmissibles et à la biologie cutanée.

LES GROUPES THÉMATIQUES DE LA SFD

L'existence au sein de la SFD de nombreux groupes thématiques qui ont chacun un intérêt particulier dans un domaine précis de la spécialité et leur fonctionnement propre est une de ses particularités.

Composés de dermatologues cliniciens, hospitalo-universitaires, libéraux et de chercheurs, ils permettent un partage d'expérience et la mise en place d'études multicentriques autour de thèmes communs.

Ces groupes ont permis d'insuffler une réelle énergie, tout particulièrement dans le domaine de la recherche clinique et de la formation. Ils témoignent de la diversité des domaines d'intérêt des dermatologues et du dynamisme de la dermatologie française.

LE BUREAU DE LA SFD

Président : Pr Pascal JOLY

Vice-présidentes : Pr Marie BEYLOT-BARRY - Dr Sixtine DE RAUCOURT - Dr Isabelle MOULONGUET

Secrétaire Général : Pr Michel D'INCAN

Trésorière : Dr Véronique CHAUSSADE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

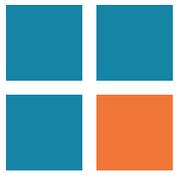
Maison de la Dermatologie

10 cité Malesherbes - 75009 Paris

Tél. : 01 43 27 01 56 - Fax : 01 43 27 01 86

Email : secretariat@sfdermato.com

Web : www.sfdermato.org - www.dermato-info.fr



■ LES SITES WEB DE LA SFD

SFDERMATO.ORG



Le site professionnel de la SFD vous permet d'accéder gratuitement de façon privilégiée si vous êtes membre, à toutes les informations concernant les activités menées par la SFD, au contenu des événements et à l'actualité en dermatologie, y compris internationale (JAMA, JAAD, BJD). La SFD vous offre ainsi une information scientifique de référence adaptée à la pratique en dermatologie.

➔ www.sfdermato.org

DERMATO-INFO.FR

Offrir aux patients et au grand public une information utile, accessible et de qualité en dermatologie est essentiel pour la Société Française de Dermatologie. C'est pourquoi le site dermato-info.fr destiné au grand public, apporte à vos patients une information validée et actualisée sur la peau saine, les pathologies cutanées les plus fréquentes, leur prévention et leur prise en charge. Au quotidien, il peut être un outil de travail complémentaire en le consultant aux patients.



➔ www.dermato-info.fr

DERMATO-RECHERCHE.ORG



Le site du Fonds de Dotation de la Société Française de Dermatologie, nouveau site de référence de la recherche en Dermatologie, est le rendez-vous de l'innovation et de la recherche pour tout connaître des projets de Recherche en Dermatologie et des maladies cutanées concernées. Grâce au Fonds de Dotation de la SFD, il devient possible pour tous de participer à l'effort collectif pour la Recherche en Dermatologie, l'information, la prévention et le traitement des maladies de peau et de faire des dons.

➔ www.dermato-recherche.org

DÉCOUVREZ LE SITE DU FONDS DE DOTATION de la Société Française de Dermatologie

NOUVEAU SITE DE RÉFÉRENCE DE LA RECHERCHE
EN DERMATOLOGIE

Le rendez-vous de l'innovation et de la recherche
pour tout connaître des projets de Recherche en Dermatologie
et des maladies cutanées concernées :



www.dermato-recherche.org

La Société Française de Dermatologie soutient la Recherche en Dermatologie.

Grâce au Fonds de Dotation de la SFD, il devient possible pour tous
de participer à l'effort collectif
pour la Recherche en Dermatologie, l'information, la prévention
et le traitement des maladies de peau et de faire des dons.



**LA RECHERCHE SUR LA PEAU
ÇA ME TOUCHE
JE M'IMPLIQUE !**

Tout sur la peau c'est dermato-info.fr

Conseillez à vos patients le site grand public de la SFD !



50 fiches encyclopédiques
des pathologies de la peau
accessibles à tous



un contenu validé
par la Société Française
de Dermatologie



270000 visiteurs
par mois



Dermato-info c'est aussi
une actualité au jour le jour
et des dossiers thématiques
depuis 2008.

dermato
INFO
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

 **Société Française
de Dermatologie**
et de Pathologie Sexuellement Transmissible

CONTACT PRESSE

Florence PORTEJOIE - FP2COM

Tél. : 06 07 76 82 83 - Email : fportejoie@fp2com.fr
