

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

PRISE EN CHARGE DE L'ACNÉ

« TRAITEMENT DE L'ACNÉ PAR VOIE LOCALE ET GÉNÉRALE »

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

VERSION

Collège 10 juin 2015

Ces recommandations ont reçu le label de la HAS le 10 juin 2015

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

Prise en charge de l'acné

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée en annexes 1 et 2. Elle est précisément décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

[Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode «
Recommandations pour la pratique clinique »](#)

Grade des recommandations	
A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur [à compléter ultérieurement](#)

Ces recommandations sont une actualisation des recommandations réalisées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) en 2007. Elles ont été menées par la Société Française de Dermatologie (SFD) et sa Commission l'Association Recommandations en Dermatologie (ARED) selon la méthode "recommandations pour la pratique clinique" (RPC) de la Haute Autorité de Santé (HAS).

L'acné touche une large majorité des adolescents et certains adultes. L'objectif du traitement d'attaque est d'obtenir une réduction importante ou une disparition des lésions, et celui du traitement d'entretien d'éviter les rechutes. Le traitement vise à diminuer le retentissement de l'acné, parfois majeur, sur la qualité de vie et à prévenir la formation de lésions cicatricielles.

Le traitement de l'acné dans le cadre d'une pathologie hormonale n'entre pas dans le champ de ces recommandations.

Les professionnels concernés par ces recommandations sont les dermatologues, médecins généralistes, endocrinologues, gynécologues, pédiatres et psychiatres.

Hygiène et cosmétique

L'utilisation d'un produit de toilette doux est recommandée (par exemple : produit respectant le PH de la peau, syndet) afin de ne pas aggraver les effets irritants de certains traitements. (Accord d'experts)

Les produits alcoolisés ou antiseptiques sont déconseillés car inefficaces et irritants et/ou sensibilisants. (Accord d'experts)

L'application d'une crème hydratante est recommandée si nécessaire afin d'améliorer la tolérance des traitements anti-acnéiques. (Grade C)

Une photoprotection est recommandée en cas d'exposition solaire, particulièrement chez les patients de phototypes foncés ayant un risque important de cicatrices pigmentées et/ou lors de l'utilisation de produits photosensibilisants ou irritants. (Accord d'experts)

Alimentation

Il n'y a pas lieu de recommander une modification de l'alimentation dans l'objectif d'améliorer l'acné. (Grade C)

Information et éducation des patients

Une information et une éducation des patients sont des facteurs pouvant améliorer l'adhésion au traitement et doivent faire partie de la prise en charge. (Accord d'experts)

Le patient sera informé

- du caractère suspensif du traitement et de la nécessité d'un traitement d'entretien local aussi longtemps que nécessaire,
- du délai de quelques semaines nécessaire à l'obtention d'une amélioration,
- de la nécessité de la régularité des applications,
- des effets irritants fréquents des traitements locaux et des mesures à prendre pour les prévenir et les prendre en charge.

Les préférences du patient devront être prises en compte pour augmenter l'adhésion au traitement. (Accord d'experts)

En cas d'échec, l'adhésion au traitement devra être évaluée et des consultations rapprochées peuvent être proposées afin de l'améliorer. (Grade C)

Traitement médicamenteux

Le traitement local et/ou général dépendra de la forme clinique de l'acné et de sa sévérité. Il est symptomatique et suspensif (hormis le traitement par isotrétinoïne orale).

Devant des troubles du cycle menstruel ou un hirsutisme ou une acné d'apparition précoce, un bilan endocrinologique ainsi qu'une prise en charge par un endocrinologue ou un gynécologue devront être proposés. (Accord d'experts)

Le **traitement d'attaque** de première intention devra être poursuivi 3 mois avant de pouvoir juger de son efficacité et d'en modifier les modalités. (Grade B)

En cas d'échec, un traitement d'attaque de deuxième intention sera initié.

Cependant, dans le grade 4 GEA, un traitement par isotrétinoïne orale pourra être débuté en cas d'échec du traitement d'attaque de première intention avant la fin des 3 mois en cas de risque cicatriciel important ou en cas de récurrence rapide.

Après l'obtention d'une rémission par le traitement d'attaque, le **traitement d'entretien local devra être prolongé** aussi longtemps que nécessaire. (Grade B)

En cas de rechute malgré un traitement d'entretien bien conduit, un traitement d'attaque sera repris en fonction de la sévérité de la récurrence. (Accord d'experts)

Dans les formes sévères, l'isotrétinoïne per os permet d'obtenir une guérison dans la moitié des cas.

A propos du traitement local

- La prescription d'antibiotiques locaux doit être réservée à des situations particulières et doit toujours être associée à un autre traitement local.
- L'irritation locale peut être prévenue ou limitée par un espacement des applications (un jour sur 2 ou sur 3 par exemple) en début de traitement et l'utilisation quotidienne de crème hydratante. (Accord d'experts)
- Les patients devront être informés du risque de décoloration des vêtements lors de l'utilisation du peroxyde de benzoyle.

Traitement recommandés selon le stade de gravité

L'augmentation des souches bactériennes résistantes aux antibiotiques impose une limitation de l'utilisation des antibiotiques aux situations où ils sont nécessaires (rapport OMS).

L'échelle *Global Acne Evaluation* (GEA) a été choisie pour décrire les différents stades de gravité (Dréno B et al. JEADV 2011;25:43-8). L'atteinte du tronc a été ajoutée à cette échelle qui ne prend en compte que l'atteinte du visage.

Pas de lésion (Grade 0 GEA) : Une pigmentation résiduelle et un érythème peuvent être présents

Après la fin du traitement d'attaque, un traitement d'entretien prolongé par adapalène 0,1% (1x/j ou 1j/2) ou adapalène 0,1% et peroxyde de benzoyle 2,5% (1x/j) est recommandé. (Grade B)

NB : la trétinoïne 0,025% ou 0,05% peut être utilisée à la place de l'adapalène (Accord d'experts).

La confirmation de l'efficacité du traitement d'entretien par rétinoïdes topiques ou association rétinoïdes topiques et peroxyde de benzoyle conduit à insister sur l'importance d'un traitement d'entretien local pour maintenir le résultat obtenu et ainsi diminuer la durée d'exposition à une antibiothérapie systémique.

Très légère (Grade 1 GEA) : Pratiquement pas de lésion. Rares comédons ouverts ou fermés, dispersés & rares papules

Les rétinoïdes locaux (trétinoïne 0,025% ou 0,05 % ou adapalène 0,1%)¹ ou le peroxyde de benzoyle² (1x/j) sont recommandés en première intention. (Grade B)

En cas d'échec à 3 mois, un traitement local associant les rétinoïdes locaux (trétinoïne 0,025% ou 0,05% ou adapalène 0,1%)¹ et peroxyde de benzoyle² est recommandé. La supériorité de l'association rétinoïde et peroxyde de benzoyle sur chacun des produits utilisés seul a été démontrée³. (Grade B)

¹ En l'absence de données comparatives suffisantes, il n'est pas recommandé de privilégier une molécule ou un dosage par rapport aux autres. Il n'a pas été considéré que l'association fixe adapalène 0,1%-peroxyde de benzoyle 2,5% ait plus d'intérêt que chaque produit appliqué séparément dans la mesure où il n'existe ni d'essai comparant l'association fixe aux deux composants appliqués séparément, ni d'essai ayant démontré une adhésion au traitement local supérieure pour une application par jour *versus* deux.

² Aucune étude n'a démontré la supériorité d'une concentration de 2,5%, 5% ou 10% par rapport à une autre. Les patients devront être informés du risque de décoloration des vêtements lors de l'utilisation du peroxyde de benzoyle.

³ L'association acide azélaïque (15% gel ou 20% crème) et peroxyde de benzoyle est une alternative possible toutefois il n'y a pas d'essai évaluant la supériorité de cette association à chaque produit utilisé seul.

Légère (Grade 2 GEA) : Facilement identifiable; moins de la moitié du visage est atteinte, Quelques comédons ouverts ou fermés, et quelques papulo-pustules

Un traitement local associant les rétinoïdes locaux (trétinoïne 0,025% ou 0,05% ou adapalène 0,1%)¹ et peroxyde de benzoyl² est recommandé en première intention. La supériorité de l'association rétinoïde et peroxyde de benzoyl sur chacun des produits utilisés seul a été démontrée³. (Grade B)

En cas d'échec à 3 mois, il est recommandé :

En fonction des préférences du patient, de la tolérance du traitement local et du retentissement sur la qualité de vie :

- Soit une intensification du traitement de première intention (changement de molécule et/ou augmentation du dosage et/ou applications plus fréquentes). (Accord d'experts)
- Soit une association rétinoïdes locaux (trétinoïne 0,025% ou 0,05% ou adapalène 0,1%)¹ et antibiothérapie locale ou acide azélaïque et antibiothérapie locale, malgré le faible niveau de preuve de l'efficacité de l'antibiothérapie locale, dans le but de retarder la mise en route d'une antibiothérapie générale dont la pression de sélection s'exerce sur tout l'organisme. (Accord d'experts)
- Soit un traitement antibiotique par voie orale (doxycycline 100 mg/j ou lymécycline 300mg/j) associé à un traitement local associant rétinoïdes locaux (trétinoïne 0,025% ou 0,05% ou adapalène 0,1%)¹ et peroxyde de benzoyl^{2,3}. (Grade B)
- L'érythromycine orale (1g/j), compte tenu du très faible niveau de preuve de son efficacité et des taux de résistance important de certaines bactéries, doit être réservée à des situations exceptionnelles (retentissement sur la qualité de vie avec contre-indication aux cyclines et échec du traitement local bien conduit), en association à des traitements locaux n'appartenant pas à la classe des antibiotiques. (Accord d'experts)
Il n'y a pas d'indication à utiliser d'autres antibiotiques que les cyclines, ou exceptionnellement l'érythromycine, (en respectant strictement les précautions d'emploi de ce macrolide ; en raison notamment du risque d'interaction médicamenteuse) par voie orale dans l'acné. (Accord d'experts)

Moyenne (Grade 3 GEA) : Plus de la moitié de la surface du visage est atteinte. Nombreuses papulo-pustules, nombreux comédons ouverts ou fermés. Un nodule peut être présent

Il est recommandé en première intention, en fonction du retentissement sur la qualité de vie et des choix du patient :

- Soit un traitement local associant rétinoïdes locaux (trétinoïne 0,025% ou 0,05% ou adapalène 0,1%)¹ et peroxyde de benzoyl². (Grade B)
- Soit un traitement antibiotique par voie orale (doxycycline 100 mg/j ou lymécycline 300mg/j) associé à un traitement local associant rétinoïdes locaux (trétinoïne 0,025% ou 0,05% ou adapalène 0,1%)¹ et peroxyde de benzoyl². (Grade B)
- L'érythromycine orale (1g/j), compte tenu du très faible niveau de preuve de son efficacité et des taux de résistance important de certaines bactéries, doit être réservée à des situations exceptionnelles (retentissement sur la qualité de vie avec contre-indication aux cyclines et échec du traitement local bien conduit), en association à des traitements locaux n'appartenant pas à la classe des antibiotiques. (Accord d'experts)
Il n'y a pas d'indication à utiliser d'autres antibiotiques que les cyclines, ou exceptionnellement l'érythromycine, (en respectant strictement les précautions d'emploi de ce macrolide ; en raison notamment du risque d'interaction médicamenteuse) par voie orale dans l'acné. (Accord d'experts)

En cas d'échec à 3 mois, l'isotrétinoïne orale⁴ (au moins 0,5 mg/kg/jour en attaque et jusqu'à une dose cumulée comprise entre 120 et 150 mg/kg) est recommandée. (Grade A)

Grade 4 GEA sévère : Tout le visage est atteint, couvert de nombreuses papulo-pustules, comédons ouverts ou fermés et rares nodules

Un traitement antibiotique par voie orale (doxycycline 100 mg/j ou lymécycline 300mg/j) associé à un traitement local associant rétinoïdes locaux (trétinoïne 0,025% ou 0,05% ou adapalène 0,1%)¹ et peroxyde de benzoyle² est recommandé en première intention. (Grade B)

En cas d'échec à 3 mois, l'isotrétinoïne orale⁴ (au moins 0,5 mg/kg/jour en attaque et jusqu'à une dose cumulée comprise entre 120 et 150 mg/kg) est recommandée. (Grade A)⁴

Un traitement par isotrétinoïne orale pourra être débuté en cas d'échec du traitement de première intention avant 3 mois en cas de risque cicatriciel important ou en cas de récurrence rapide.

Très sévère (Grade 5 GEA): Acné très inflammatoire recouvrant le visage avec des nodules

L'isotrétinoïne orale⁴ (au moins 0,5 mg/kg/jour en attaque et jusqu'à une dose cumulée comprise entre 120 et 150 mg/kg) est recommandée en première intention. (Grade A)

L'évacuation des lésions rétentionnelles par microchirurgie pourra être proposée avant l'instauration de l'isotrétinoïne afin de diminuer le risque de poussées inflammatoires sévères survenant parfois en début de traitement. (Accord d'experts)

Pour les formes avec forte composante rétentionnelle, l'isotrétinoïne doit être débutée à dose plus faible (0,2 à 0,3 mg/kg/jour) afin de réduire les risques d'exacerbation aiguë et sévère (acné *fulminans*). (Accord d'experts)

Autres traitements

Gluconate de zinc

Il peut être prescrit dans une acné inflammatoire très légère à moyenne en cas de contre-indication ou de mauvaise tolérance des autres traitements généraux. (Grade C)

Lasers, photothérapie dynamique et lumière bleue

Il n'y a pas d'indication à utiliser ces techniques dans le traitement de l'acné en dehors du cadre de protocole d'évaluation clinique. (Accord d'experts)

Acné et hormonothérapie

Les recommandations tiennent compte des nouvelles directives de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) concernant la prescription des estroprogestatifs à visée contraceptive qui font suite à une réévaluation de la balance bénéfice risque centrée sur les risques thromboemboliques ainsi que des modifications de l'indication de l'association acétate de cyprotérone 2 mg et éthinyloestradiol 35µg.

En l'absence de besoin contraceptif, il n'est pas recommandé de prescrire un oestroprogestatif dans l'objectif de traiter l'acné. (GRADE A)

Oestroprogestatif à visée contraceptive chez une femme présentant de l'acné:

⁴⁴ En raison des effets indésirables observés sous isotrétinoïne, et en particulier en raison du risque tératogène, il est fondamental que les recommandations associées à sa prescription soient respectées (voir p 9 et 10).

- en première intention : lévonorgestrel (2^{ème} génération),
- en deuxième intention : norgestimate (assimilé deuxième génération), AMM contraception chez la femme présentant une acné.

Si l'acné persiste malgré un traitement dermatologique bien conduit, les autres options contraceptives seront envisagées en concertation avec la patiente et un gynécologue. Parmi les options, l'association acétate de cyprotérone 2 mg-éthinyloestradiol 35 µg peut être proposée en tenant compte des recommandations de l'ANSM concernant notamment le risque thromboembolique. (<http://ansm.sante.fr/Dossiers/Diane-35-et-ses-generiques/Elements-de-contexte>). L'association éthinyloestradiol-acétate de cyprotérone ne doit pas être prescrite dans le cadre d'un traitement par isotrétinoïne orale. (Accord d'experts)

Ci-joint une aide à la prescription des contraceptions estroprogestatives contenant le questionnaire évaluant les facteurs de risque thromboembolique. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Contraceptifs-hormonaux-combines-rester-conscient-des-differences-entre-les-specialites-face-au-risque-thromboembolique-de-l-importance-des-facteurs-de-risque-individuels-et-etre-attentif-aux-manifestations-cliniques-Lettre-aux-professionnels-de-sante>

Femmes enceintes et allaitement

Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) <http://www.lecrat.org> précise les molécules pouvant être utilisées chez les femmes enceintes.

On pourra retenir, pour les traitements mentionnés dans ces recommandations:

« Si le traitement de l'acné ne peut pas être reporté après l'accouchement, l'utilisation des molécules suivantes est envisageable en cours de grossesse :

- Le peroxyde de benzoyle quel que soit le terme de la grossesse.
- Le zinc à partir du 2^{ème} trimestre, en tenant compte des autres apports éventuels de zinc (suppléments « polyvitaminés et oligoéléments » notamment).
- Eventuellement, l'érythromycine par voie orale si un antibiotique systémique est réellement nécessaire.

Les produits ci-dessus peuvent également être utilisés chez une femme qui allaite. »

Prescription de l'isotrétinoïne

Conformément à la lettre aux professionnels de santé adressée en mai 2009 par l'Afssaps :

« L'isotrétinoïne est contre-indiquée chez les femmes susceptibles de procréer, excepté lorsque toutes les conditions énoncées dans le programme de prévention des grossesses sont réunies.

- Avant de débuter le traitement, les patientes doivent :
être informées et comprendre le caractère tératogène de l'isotrétinoïne et la nécessité d'éviter toute grossesse,
recevoir un carnet patiente rappelant les conditions du programme de prévention des grossesses et une brochure d'information sur la contraception,
lire attentivement et signer un accord de soins et de contraception dont un exemplaire est à conserver dans leur carnet,
utiliser une contraception efficace depuis au moins 4 semaines,
présenter un test sérologique de grossesse négatif réalisé dans les 3 jours précédant la première prescription.
- Pendant et 1 mois après l'arrêt du traitement, les patientes doivent :
présenter le carnet patiente à chaque consultation et lors de chaque délivrance du médicament,
poursuivre la méthode de contraception efficace pendant toute la durée du traitement,
effectuer un test sérologique de grossesse tous les mois dans les trois jours précédant la prescription mensuelle d'isotrétinoïne.

Le prescripteur doit **reporter systématiquement la date et les résultats des tests de grossesse** dans le carnet de suivi de la patiente.

La délivrance d'isotrétinoïne devra avoir lieu **au plus tard 7 jours après la prescription et au vu du carnet de suivi complété.**

Si ces conditions ne sont pas respectées, aucune délivrance ne devra se faire.

- Poursuivre la méthode de contraception efficace 1 mois après l'arrêt du traitement,
- Effectuer un test sérologique de grossesse 5 semaines après la fin du traitement.

En cas de grossesse survenant pendant le traitement par isotrétinoïne, celui-ci doit être immédiatement interrompu. La patiente doit être adressée à un médecin spécialiste compétent en tératologie qui pourra évaluer le risque pour l'enfant à naître et la conseiller.

Dans une lettre du 13/05/2015 l'ANSM informe les professionnels de santé de la décision suivante :

- la prescription initiale de l'isotrétinoïne orale est réservée aux dermatologues ;
- les renouvellements d'ordonnance sont possibles par tout médecin.
- <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Letres-aux-professionnels-de-sante/Restriction-de-la-prescription-initiale-de-l-isotretinoine-orale-aux-dermatologues-Lettre-aux-professionnels-de-sante>

Troubles psychiatriques : rappels et modalités de surveillance

L'acné, en particulier sévère, peut s'accompagner, en dehors de tout traitement, de troubles de l'humeur, de dépression, d'une altération de l'image de soi, parfois favorisés par la période de l'adolescence.

Des cas de dépression, dépression aggravée, d'anxiété, de tendance agressive, de changement d'humeur, de symptômes psychotiques ainsi que de très rares cas d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de suicides ont été signalés lors d'un traitement par isotrétinoïne.

Aussi, avant de débiter le traitement, **tous les patients, hommes et femmes**, doivent :

- être informés sur le risque éventuel de survenue de troubles psychiatriques. Une discussion sur les difficultés psychologiques possibles au cours de l'acné et/ou de son traitement doit avoir lieu avec les parents des patients mineurs,
- faire part de leurs antécédents personnels et familiaux de troubles psychiatriques.

Pendant et après l'arrêt du traitement, les patients doivent informer leur médecin de tout changement d'humeur ou de comportement.

Il est recommandé de porter une attention particulière aux patients présentant des antécédents de dépression et de surveiller des éventuels signes de dépression chez tous les patients avec recours à un traitement approprié si nécessaire. L'interruption de l'isotrétinoïne peut cependant être insuffisante pour maîtriser les symptômes et un bilan psychiatrique ou psychologique complémentaire peut alors être nécessaire.

Par ailleurs, il est recommandé de **diriger le patient vers une consultation psychiatrique** en cas de :

- verbalisation d'idées suicidaires,
- manifestations d'agressivité envers l'entourage perturbant la vie familiale ou sociale ou troubles significatifs du comportement,
- persistance et/ou aggravation de symptômes dépressifs,
- demande spontanée du patient,
- et de manière générale dès qu'il existe un doute. »

Le groupe de travail ayant mené ces recommandations souhaite préciser par ailleurs les points suivants :

Lors de l'entretien avant le début du traitement et lors des consultations de suivi, les signes suivants pourront être particulièrement recherchés :

- une rupture, un changement dans le comportement, de la tristesse,
- une irritabilité importante,
- une tendance à l'isolement, au repli sur soi avec rupture des liens,
- le sentiment d'un entourage vécu comme hostile par le patient.

En plus de l'entretien, le médecin pourra éventuellement s'aider d'un outil d'évaluation tel que l'échelle de dépression ADRS) et/ou demander un avis spécialisé. (Accord d'experts)

Il est recommandé de faire un courrier d'information au médecin traitant et si possible d'informer l'entourage du patient si ce dernier est d'accord (Accord d'experts). Le but de ce courrier est d'avertir le médecin traitant du suivi nécessaire et des risques liés à cette molécule notamment psychiatrique et de tératogénicité.

Les cas rapportés se situant majoritairement dans les 3 premiers mois après le début du traitement, une consultation mensuelle est recommandée, particulièrement durant cette période (déjà effectif chez les femmes dans le cadre du programme de prévention du risque de grossesse). (Accord d'experts)

Annexe 1 - Remarques sur la place l'association acétate de cyprotérone-éthinyloestradiol

La place de l'association acétate de cyprotérone-éthinyloestradiol dans la stratégie thérapeutique de l'acné a fait l'objet de nombreuses discussions au sein du groupe de travail ; avec les experts auditionnés et après avis du groupe de lecture.

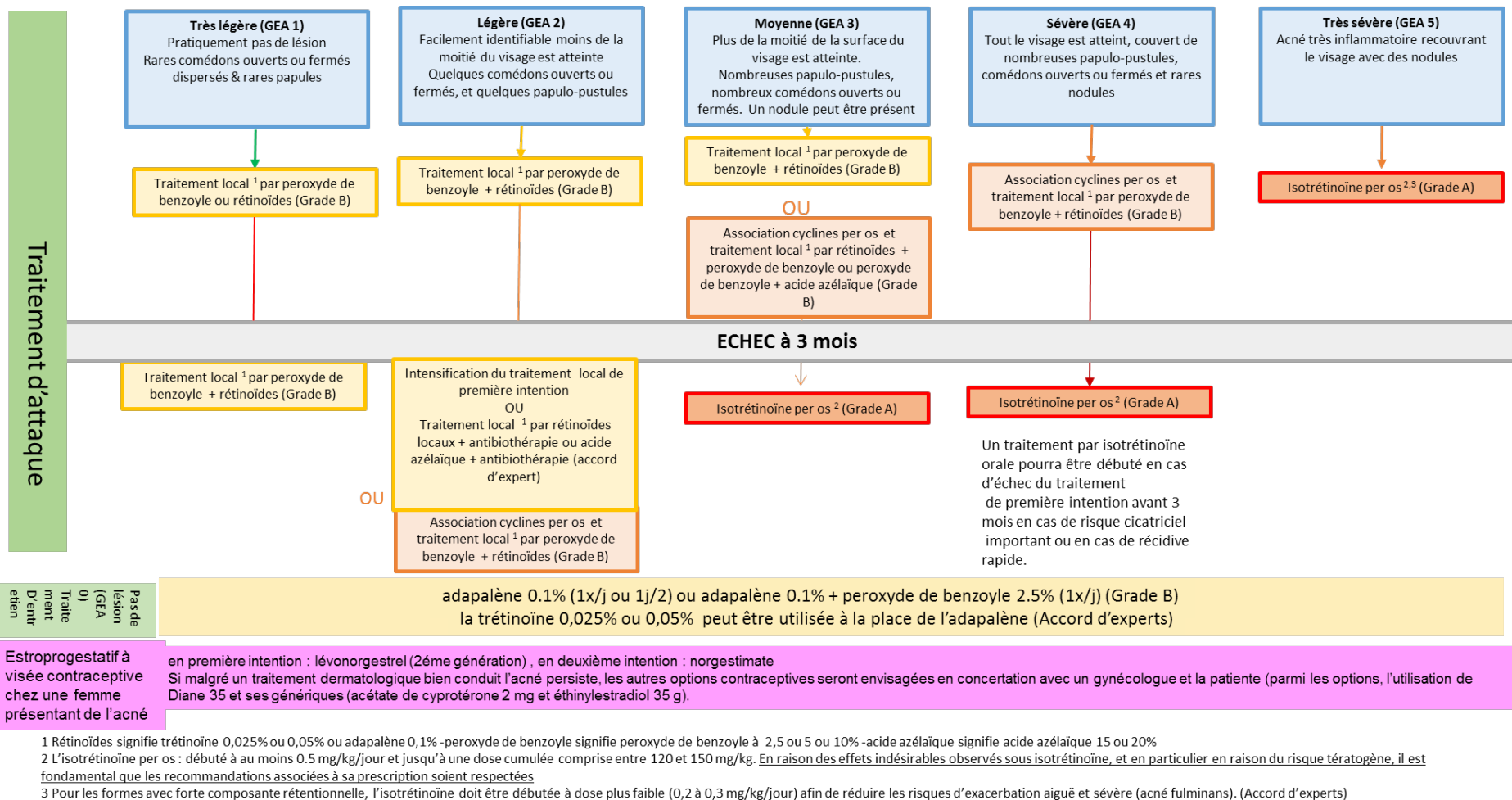
Pour certains, cette hormono-intervention repose sur des études de faible niveau de preuve et est associée à un risque thromboembolique élevé; dans cette optique elle ne doit pas être privilégiée. Pour d'autres, leur pratique leur a montré une efficacité justifiant qu'elle soit proposée précocement dans la stratégie thérapeutique.

Par ailleurs, le statut de l'association acétate de cyprotérone-éthinyloestradiol comme contraceptif n'est pas uniforme en Europe et n'est pas reconnu en France.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

Prise en charge de l'acné

Algorithme Recommandations de prise en charge de l'acné



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

Prise en charge de l'acné

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'utilisateurs suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail et de lecture :

Collège de la médecine générale	Société Française de microbiologie*
Collège National des Gynécologues et Obstétriques Français*	Société Française d'Endocrinologie*
Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénérologie*	Société Française de Pédiatrie*
Fédération Française de Psychiatrie	Société Française de Pharmacie Clinique
Société française de dermatologie*	Fédération française d'Infectiologie *

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

Groupe de travail

Pr Bernard Guillot, dermatologue, Montpellier - président du groupe de travail

Dr Laurence Le Cleach, dermatologue, Créteil – chef de projet

Dr Giao Do, dermatologue, Créteil - chargé de projet (n'a pas participé aux réunions)

Pr Maruani Annabel, dermatologue, Tours - chargé de projet (n'a pas participé aux réunions)

Dr Olivier Join-Lambert, microbiologiste, Paris - chargé de projet

Dr Bénédicte Lebrun-Vignes, dermato-pharmacologue, Paris – chargée de projet

Dr Bruno Sassolas, dermatologue, Brest - chargé de projet - chargé de projet

Dr Viet-Thi Tran, médecin généraliste, Paris - chargé de projet

Mme Valérie Ertel-Pau, Saint-Denis - méthodologiste, HAS

Mme Estelle Lavie, Saint-Denis – méthodologiste, HAS

Dr Anne Bachelot, endocrinologue, Paris

Dr Françoise Beer, dermatologue, Dijon

Dr Patricia Berger, dermatologue, Caen

Dr Sandrine Brugère, gynécologue, Bordeaux

Dr Myriam Chastaing, psychiatre, Brest

Pr Tristan Ferry, infectiologue, Lyon

Dr Jocelyne Gand-Gavanou, dermatologue, Dijon

Dr Béatrice Guigues, gynécologue, Caen

Dr Philippe Henry, médecin généraliste, Royan

Dr Randa Khallouf, dermatologue, Saint-Avertin

Dr Olivier Romain, pédiatre, Paris

Groupe de lecture

Dr Laure Bleton, psychiatre, Brest

Dr Anne Bellut, dermatologue, Neuves Maisons

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

Prise en charge de l'acné

Dr Eric Bonnet, infectiologue, Toulouse

Dr Lucie Bunge, médecin généraliste, Paris

Dr Bernard Castan, infectiologue, Ajaccio

Pr Nathalie Chabbert-Bufferet, endocrinologue, Paris

Dr Guillaume Chaby, dermatologue, Amiens

Pr Sophie Christin-Maître, endocrinologue, Paris

Dr David Michel, médecin généraliste, Fabregues

Dr Renaud de Tournemire, pédiatre, Poissy

Dr Jean Derrien, gynécologue-obstétricien, Lyon

Pr Brigitte Dreno, dermatologue, Nantes

Dr Lise Duranteau, endocrinologue, Le Kremlin-Bicêtre

Pr Anne Gompel, endocrinologue, Paris

Pr Bernard Hédon, gynécologue-obstétricien, Montpellier

Dr Sylvie Hiéronimus, endocrinologue, Nice

Pr Claude Hocke, gynécologue-obstétricien, Bordeaux

Dr Pascale Hoffmann, gynécologue-obstétricien, Grenoble

Pr Isabelle Jalenques, psychiatre, Clermont-Ferrand

Dr Marie-Hélène Jégou, dermatologue, Blanquefort

Dr Mathilde Kemula, dermatologue, Charenton

Dr Rémi Maghia, dermatologue, Brive-la-gaillarde

Dr Stéphanie Mallet, pédiatre

Pr Laurent Misery, dermatologue, Brest

Dr Aude Nassif, microbiologiste, Paris

Dr André Nguyen Van Nhieu, médecin généraliste, Montreuil

Dr Dominique Penso, dermatologue, Clamart

Dr Isabelle Raingeard, endocrinologue, Montpellier

Dr Catherine Rongièrès, gynécologue-obstétricien, Strasbourg

Dr Jean-François Sei, dermatologue, Saint Germain en Laye

Dr Maria Squillante, psychiatre, Nantes

Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet

Pr Claire Beylot, dermatologue, Bordeaux

Dr Florence Poli, dermatologue, Paris

Pr Geneviève Plu-Bureau, gynécologue, Paris

Dr Jean-Paul Claudel, dermatologue, Tours

