

Séminaire des responsables d'association

Strasbourg, 6 et 7 octobre 2023

Marc Reverte, coordination

Rédaction : Marie-Hélène Jegou Penouil, Josefina Marco-Bonnet, Cristèle Nicolas, Antoinette Petiot-Roland, Antoine Fauconneau

Dr.reverte@orange.fr



Comme tous les deux ans, et avec le soutien institutionnel des laboratoires Galderma, la FFFCEDV a organisé son **Séminaire des responsables d'association (SRA)**.

Cette année, c'est la belle ville de Strasbourg qui nous accueillait.

Après une visite du Parlement européen, situé juste à côté du lieu de nos réunions (où nous avons pu apprendre, entre autres choses, que les pays étaient classés par ordre alphabétique mais dans leur langue, ce qui explique, par exemple, que le drapeau hongrois- Hongrie se dit Magyarorszàg en hongrois- se trouve après celui du Luxembourg), nous avons pu commencer à travailler dans une atmosphère studieuse.



Nous avons débuté en pointant quelques-uns des buts de la FFFCEDV définis dans ses statuts :

- mise en place d'un système d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- fonction d'interprète auprès des structures régionales, nationales ou internationales de FMC ;
- information et perfectionnement des différentes catégories de personnels de santé ;
- publication d'un magazine de formation et d'information sur la dermatologie.



La FFFCEDV compte 73 associations affiliées, réparties sur le territoire métropolitain et outre-mer.

Son conseil d'administration compte 12 membres à peu près harmonieusement répartis sur le territoire.

Les prochains congrès sont fixés pour les trois ans qui viennent :

- Brest (JNPD) en 2024 ;
- Clermont-Ferrand en 2025 ;
- Pau (JNPD) en 2026.

Nous avons, ensuite, essayé de définir les rôles respectifs du président d'une association, du secrétaire et du trésorier.

Daniel Plantier a tracé les grandes lignes de la fonction. La présidente ou le président :

- est garant des orientations de l'association et du respect de ses statuts ;
- doit rendre des comptes de ces orientations en AG lors de son rapport moral annuel ;
- représente l'association vis-à-vis des partenaires associatifs, institutionnels ou privé (presse, laboratoires...) ;
- convoque l'AG, le CA, le bureau et les préside ;
- est le représentant légal de l'association et, à ce titre, signe les contrats et les conventions...

Ève Pépin nous a rappelé le rôle du ou de la secrétaire :

- déclaration de la création, de l'enregistrement, de la dissolution, des changements d'administrateurs, des statuts ou du siège de l'association ;
- inscription de l'association comme organisme de formation et établissement du bilan pédagogique ;
- convocation de l'AG, du CA ou du bureau et rédaction du compte rendu de séance ;
- suivi des adhésions, des partenaires, des conventions et des contrats en lien avec le président et le trésorier ;
- classement et archivage des dossiers ;
- circulation de l'information dans l'association ;
- transmission à la FFFCEDV des changements de bureau, du listing des membres à jour et du listing des formations...

Jean-Yves Gourhant n'a pas pu être là mais a laissé son diaporama à Daniel Plantier.

Le rôle du trésorier ou de la trésorière est donc :

- de comptabiliser les dépenses et les apports par compte ;
- d'encaisser les apports (recettes) ;
- de régler les factures (dépenses) ;
- de tenir un registre des amortissements ;
- de gérer l'épargne ;
- de faire approuver les comptes de l'exercice de l'année fiscale (ce qui a été fait à l'unanimité !).

Pour terminer cette session sur le fonctionnement d'une association, **Céline Graveriau**, présidente de ADLL (Lyon) est venue nous présenter les idées, la méthode et l'exemple de fonctionnement de son association :

- doublement de tous les postes du bureau pour alléger le travail et susciter des envies de rentrer au bureau ;
- organisation de 4 réunions par an avec rappel des actions à venir à chaque réunion ;
- assemblée générale (AG) annuelle ;
- organisation d'une soirée plus festive en juin avec présentation des meilleurs cas cliniques de l'année ;
- envoi de mails réguliers ;
- création d'un groupe WhatsApp et d'un agenda partagé sur gmail pour trouver rapidement une date de libre pour organiser un événement ;

- organisation de soirées de formation de généralistes par zones géographiques ;
- création d'un réseau de téléexpertise pour les urgences carcinologiques dermatologiques ;
- en projet : diffuser le topo destiné aux généralistes, essayer de toucher les généralistes isolés, faire participer des médecins d'autres spécialités aux soirées de formation.



Me Laure le Calvé, avocate à Rennes, est venue nous parler de nos obligations vis-à-vis des laboratoires, des délais pour la prise en charge d'une soirée, des conventions à établir...

Catherine Pannequin a choisi d'anticiper l'avenir.

Elle a rappelé la réalité démographique : il y a 2 981 dermatologues en France dont 2 124 libéraux ou mixtes.

L'âge moyen est de 53 ans et le taux de féminisation de 72 %. Cent internes sont formés par an.

Les freins et les retards à l'installation entraînent une perte de nouveaux adhérents, une démotivation des adhérents anciens, donc une chute du nombre de participants aux actions de l'association avec à terme le risque d'un désinvestissement de l'industrie...

Alors comment dynamiser son association ?

Mais aussi comment dégager du temps et donc alléger le poids de son activité ?

C'est sous forme de groupes de travail organisés par Catherine Pannequin et animés également par **Marie-Hélène Jegou**, **Antoinette Petiot-Roland**, **Cristèle Nicolas** et **Antoine Fauconnneau** que l'on a tenté de répondre à ces questions.

Il en est sorti une multitude d'idées et chacun peut sans doute puiser une aide dans ces listes de solutions que l'on vous joint.

Nous avons enchaîné sur la certification périodique présenté par **Florence Corgibet** et terminé cette journée bien remplie par l'intervention de **Sarah Pariente** qui nous a parlé de prise de recul au travail.

Les grandes lignes de son exposé, résumées par **Antoinette Petiot-Roland**, sont les suivantes :

« Le fait stressant ou stresser entraîne des pensées qui génèrent elles même des émotions. Cinq négatives (tristesse, colère, peur ou angoisse, surprise, aversion, honte) et une positive (joie). Ces émotions nous font réagir en « pilotage automatique » selon trois voies (la lutte, la fuite, la résignation) qui rejoignent les trois voies du stress.

La méditation en pleine conscience (mindfulness) est un des moyens d'entraîner son esprit à se concentrer sur ce qui dépend de nous (et sur quoi on peut donc agir) et d'arrêter de se focaliser sur ce qui ne dépend pas de nous.

Il est important d'identifier les signes où il est temps de prendre du recul (perte de motivation, absence de solution aux problèmes, être submergé, ne pas travailler efficacement...), signes évoquant un début de burn-out.

Essayer de trouver le bonheur en étant bienveillant pour soi-même (prendre soin de son corps, gérer son temps, ses priorités, mener une vie saine, faire une activité que l'on aime, pratiquer la pleine conscience...).

Le séminaire a été ponctué de séances collectives de méditation, de « pas de côté » nous permettant des pauses de l'esprit très ressourçantes dans ce bouillonnement d'idées et d'échanges suscité par les différentes interventions de ces journées¹.

Le lendemain matin, **Nicole Jouan** nous a présenté les premières conclusions de l'étude sur le burn-out avec des chiffres impressionnants mais a surtout insisté sur comment lutter contre ce phénomène en nous présentant les JNPD 2024 qu'elle organise à Brest et dont le programme est des plus attrayant ! On vous y attend nombreux.

Puis **Philippe Beaulieu** nous a fait une belle présentation de *Dermato Mag*, avant que **Christian Derancourt** nous donne ses solutions pour lutter contre les difficultés d'accès aux soins et que **François Schenk** nous livre son expérience de travail avec une assistante.

La matinée s'est terminée par l'intervention de **Josefina Marco-Bonnet** qui nous a dressé un panorama des nouveaux modes d'exercice (voir plus bas).

L'après-midi a été plus « scientifique » grâce aux interventions des Pr Brigitte Dreno, Bernard Cribier et Jean-David Bouaziz qui nous ont parlé respectivement de : « Quoi de neuf dans l'acné », « La rosacée, toujours du neuf » et « Actualités dans la dermatite atopique et le prurigo nodulaire », et des Dr Muriel Creusot et Nadège Lachman qui ont parlé de « PDT » et de « peau sensible ».

Ce programme riche et varié s'est déroulé dans une ambiance très conviviale.

¹ Ressources références : application music care du Dr Stéphane Guetin, Petit bambou (appli de méditation), Christophe André : *Méditer jour après jour*, application Prezens, Dr Sarah Pariente dermatologue : sur linkedin, peut proposer des séances par zoom ou en présentiel. Association d'aide aux professionnels de santé : SPS (écoute psy) maison M. Paris »

Remerciements à celles qui ont concocté ce programme : Antoinette Petiot-Roland, Cristèle Nicolas, Catherine Pannequin, Marie-Hélène Jegou, Nicole Jouan.

Remerciements à Josefina Marco-Bonnet et Antoine Fauconneau qui ont aidé à l'animation d'ateliers et rédigé des résumés d'intervention

Remerciements également à Joana Almeida qui a assuré la logistique avec efficacité.

Remerciements à tous les intervenants qui ont accepté de venir et de donner de leur temps pour leur présentation.

Et remerciements à tous les participants à ce beau séminaire !

Actualités thérapeutiques dans la dermatite atopique et le prurigo

Dermatite atopique

Les traitements systémiques actuels de la dermatite atopique (DA) sont : la ciclosporine, le méthotrexate (hors AMM), le dupilumab, le tralokinumab et les anti-JAK (upadacitinib, baricitinib, abrocitinib).

Le dupilumab et le tralokinumab semblent être les traitements à privilégier après la ciclosporine. Quel que soit le traitement systémique envisagé, les traitements locaux (émollients, dermocorticoïdes, tacrolimus topique) doivent être optimisés, l'éducation thérapeutique et soutien psychologique proposés.

Les anti-jak doivent être utilisés avec prudence, en raison du risque de néoplasie et thromboembolique. Ainsi, chez les patients de plus de 65 ans, ou ayant des facteurs de risque d'événement cardiovasculaire ou de cancer, ou présentant un tabagisme (actif ou passé), il est recommandé de les utiliser uniquement en l'absence d'alternative thérapeutique.

Le dupilumab est actuellement en accès précoce chez l'enfant dès l'âge de six mois.

Les molécules prochainement disponibles sont le nemolizumab (anti-IL31) et le lebrikizumab (anti-IL13).

Prurigo

Le prurigo est désormais reconnu comme une maladie en soi et non plus comme un syndrome. Le « prurigo-maladie » correspond au prurigo nodulaire chronique idiopathique, avec une physiopathologie propre mieux comprise. Il s'agit d'une maladie chronique que les traitements pourront contrôler sans guérison.

Le prurigo concernerait 0,1 % de la population, mais est peut-être sous rapporté/diagnostiqué, touchant principalement les adultes autour de 50-60 ans.

Un bilan minimal est nécessaire pour porter le diagnostic de prurigo avec notamment biopsie cutanée avec IFD, bilan biologique minimal (NFS, bilan rénal, hépatique, sérologies VIH, VHB, VHC) et imagerie selon les signes cliniques (scanner thoraco-abdominopelvien).

La biopsie cutanée est souvent peu spécifique mais permet d'éliminer des diagnostics différentiels, elle montre souvent une fibrose dermique qui est absente dans la dermatite atopique.

La physiopathologie du prurigo comporte deux principaux acteurs : l'immunité avec les lymphocytes Th2 et les interleukines (IL) 4, 13, 31 et le nerf. Le prurigo est ainsi une maladie neuro-immune résultant des interactions lymphocytes/nerf.

Ces deux acteurs sont des cibles thérapeutiques potentielles : anti-IL13, -4, -31 pour l'immunité, traitements ciblant la substance P, les récepteurs aux opioïdes ou de la neurokinine-1 pour la cible « nerveuse ». Les fibroblastes sont également impliqués dans la physiopathologie du prurigo et constituent une cible thérapeutique potentielle.

L'évaluation de la sévérité est importante pour le choix thérapeutique et pour suivre l'efficacité du traitement. Elle peut se faire par un IGA (*Investigator Global Assessment*) prurigo de 0 à 4 en fonction du nombre de lésions et également avec des échelles visuelles analogiques ou numériques de prurit et le DLQI.

Le traitement par dupilumab est un progrès majeur dans la prise en charge, il est actuellement disponible en accès précoce, à la même posologie que dans la DA, et permet environ 80 % d'amélioration à six mois (action progressive). La tolérance est bonne sans les effets secondaires ophtalmologiques constatés dans le traitement de la DA.

Le nemolizumab, qui cible l'IL31, cytokine du prurit, sera bientôt disponible, semble avoir une efficacité similaire.

L'amlitelimab et le rocatinlimab sont deux molécules en développement ciblant l'interaction OX40/OX40L, molécules de costimulation régulant l'interaction cellule dendritique/lymphocytes T. L'inhibition de cette interaction a un effet anti-immunitaire diminuant l'activation de la voie Th2.

Le serlopitant (inhibiteur de la neurokinine-1) et la nalbuphine (agoniste/antagoniste des récepteurs aux opioïdes), sont deux autres molécules prometteuses en développement, ciblant la composante neurologique.

Maisons médicales clés en main - Plateformes de téléconsultation - Réseaux de téléexpertise

Les maisons médicales clés en main

Il faut différencier les maisons médicales de garde (structures assurant la permanence des soins, en relai des autres entités médicales pendant leurs heures de fermeture) des maisons de santé pluriprofessionnelles (regroupement de libéraux professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens qui collaborent étroitement selon le projet de santé qu'ils ont défini).

En juillet 2017, un protocole d'accord URPS/ARS a été mis en place pour subventionner la construction, l'aménagement ou la mise aux normes de locaux ou cabinets médicaux. L'aide peut s'élever jusqu'à 40 % du montant (acquisition et travaux) avec un plafond 200 000 euros. Une majoration de 25 % est possible si le cabinet est en ZIP (zone d'intervention prioritaire) ou ZAC (zone d'action complémentaire).

Au 15 septembre 2023 : 342 projets de cabinets médicaux ont bénéficié de cette aide pour 45 millions d'euros.

L'URPS assure la mise en œuvre en partenariat avec le Cnom, l'ARS et la CPAM. Il faut s'inscrire à une permanence URPS (1/mois). Les référents installation URPS médecins libéraux prennent contact par téléphone et fixe un RDV (visio).

Notre expérience

Nous voulions ouvrir un cabinet de groupe où pourrait travailler des libéraux médicaux et paramédicaux de façon autonome. Beaucoup d'entre nous étaient installés seuls dans des cabinets-appartements qui n'étaient pas aux normes. Nous avons donc monté une SCI pour acheter les locaux.

Après avoir trouvé le local, nous avons demandé à l'URPS de venir voir pour nous conseiller sur l'achat. L'URPS nous a demandé de monter le dossier. Ils nous ont aidé à le faire puis à le déposer à l'ARS.

L'ARS est venue deux fois dans nos locaux. Nous avons été le premier cabinet de groupe dans les Hauts-de-Seine à bénéficier de cette aide mise en place en 2017. Notre cabinet a ouvert en avril 2018.

En échange, nous nous sommes engagés à :

- être dans une ZIC ou ZAC ;
- être MSU (un seul suffit) ;
- avoir un logiciel métier partagé ;
- affecter les biens immobiliers à usage médical pour 10 ans ;
- employer la somme dans son intégralité dans les travaux d'aménagements ;
- faire les travaux dans les deux ans ;
- apposer une plaque permanente dans la structure avec les logos de l'ARS, l'URPS et le FIR (fond d'intervention régional).

Nous avons reçu la somme totale de 250 000 euros (34 % de l'investissement). Elle a été versée en deux fois (150 000 euros [60 %] à la signature de la convention et 100 000 euros (40 %) à la fin des travaux). Nous avons dû fournir les devis de mise concurrence et les pièces prouvant le début des travaux.

Les plateformes de téléconsultation

Plusieurs formes de téléconsultation existent.

- Nous connaissons tous les plateformes type Doctolib ou Qare, où les patients prennent rendez-vous avec leur médecin. Ces plateformes nous mettent en contact avec nos patients et nous réalisons une consultation, avec remise d'ordonnance et une feuille de soin. Ces plateformes sont payées par les médecins sous forme d'abonnements mensuels.
- Il y a aussi une plateforme qui s'appelle Tessam. Il s'agit de téléconsultation à partir d'une cabine avec sept objets médicaux connectés (tensiomètre, oxymètre, otoscope, thermomètre, stéthoscope, dermatoscope et un lecteur de carte vitale). Les données sont sécurisées. Les patients rentrent dans une cabine. Ils sont mis en contact avec un médecin généraliste qui sollicite un

spécialiste si nécessaire. Un compte rendu est imprimé, ainsi que l'ordonnance. Les médecins sont salariés (30 euros/h + 18 euros/consultation [6 à 7 cs/h]).

– Certaines mutuelles offrent un service de téléconsultation à leurs adhérents (Medirect). Il s'agit soit de téléconsultation ou de tchat. Le patient ne choisit pas son médecin. Les médecins sont d'astreintes et ils ont un contrat, ils sont donc des prestataires de service. Les patients sont mis en contact avec un médecin généraliste qui fait appel à un spécialiste d'astreinte si nécessaire. Les médecins peuvent faire des ordonnances valide un mois. Ce n'est pas facturé à la CPAM. Les médecins sont payés à l'heure sur déclaration (110 euros/h en semaine et 130 euros/h le week-end).

La téléexpertise

La téléexpertise permet à un professionnel de santé (médecin, sage-femme et orthophoniste) de solliciter, à distance par messagerie ou tout autre outil sécurisé, l'avis d'un ou plusieurs professionnels de santé médicaux face à une situation médicale donnée (lecture de diagnostic, analyses, avis sur un traitement...). La question posée et la réponse apportée, hors présence du patient, n'interviennent pas forcément de manière simultanée. Elle est payée 20 euros pour l'expert et 10 euros pour le demandeur. Les médecins ne doivent pas dépasser 20 % de leur activité. Il faut respecter les principes habituels de l'exercice médical. Il faut informer le patient, recueillir son consentement, respecter le secret médical, tenir et conserver le dossier médical. La responsabilité médicale est partagée.

Il existe plusieurs outils de téléexpertise, des sites, des applications ou des messageries sécurisées (liste non exhaustive), par exemple, des outils régionaux (Ortif, Sant&Mob, ORU-PACA, etc.), des plateformes privées (Omnidoc, Rofim, Acetiam, etc.) et des messageries sécurisées (MSSanté, Apicrypt, etc.).

J'ai choisi de vous présenter la plateforme que j'utilise, Omnidoc. Elle est gratuite. On peut limiter les médecins requérants ce qui évite d'être noyé sous les demandes. Les médecins requérants demandent un avis, on est averti par mail. On échange sur la plateforme sous forme de message. Une fois l'avis clôturé, on a toutes les informations pour télétransmettre en dégradé un TE2 et l'échange peut être téléchargé pour être conservé. C'est un moyen de rendre service tout en étant protégé et d'éviter d'engager nos responsabilités en répondant à des sms et des WhatsApp.

ADL-PDT, une nouvelle source de lumière pour traiter les kératoses actiniques

La daylight-PDT utilise le spectre de la lumière visible, sans se limiter au rouge. Le profil spectral de la lumière du jour couvre complètement le spectre d'absorption de la protoporphyrine 9 (Pp9).

Le méthyle aminolévulinate chlorhydrate (MAL) induit une augmentation du nombre de porphyrines dans les lésions. Ces porphyrines sont constamment produites et activées par la lumière du jour (2 heures), en présence d'oxygène. Elles provoquent une réaction chimique entraînant une mort cellulaire spécifique due aux radicaux d'oxygène.

La Pp9 s'active dès sa formation et est libérée progressivement. Cela ne nécessite ni occlusion ni incubation.

Plusieurs études australiennes et européennes ont montré que l'efficacité avec le MAL+PDT à la lumière du jour n'est pas inférieure à la PDT conventionnelle. La daylight PDT est mieux tolérée, moins douloureuse et a moins d'effets secondaires. Elle est également moins chronophage pour le médecin et le patient.

L'indication de la daylight-PDT est le traitement des KA de grade I et II (légères à modérées) sur le visage et le cuir chevelu. Elle n'est pas approuvée pour les KA grade III (lésions hyperkératosiques), bien qu'un prétraitement de ces lésions pour réduire l'hyperkératose puisse être envisagé.

La daylight-PDT nécessite une température entre 10 et 30 °C. Il faut responsabiliser et éduquer le patient, le rendre acteur de son traitement afin d'optimiser les résultats. Les patients gèrent leurs agendas selon la météo et anticipent leur traitement. Un traitement préparatoire peut être fait (curetage, kératolytique, 5FU, microneedling, laser CO₂). Le patient doit appliquer un solaire, puis le MAL sur la ou les lésions et sur le pourtour des lésions (en massage et couche de 1 mm). Vingt minutes plus tard, le patient doit s'exposer deux heures.

Cependant, les conditions météorologiques ne sont pas toujours présentes. C'est pourquoi la INDOOR-DL-PDT a été développée.

Pour améliorer l'efficacité et la tolérance de la source lumineuse utilisée pour la PDT, on utilise une lumière blanche. On peut agir sur sa fluence (J/cm²), l'irradiance (mW/cm²), la longueur d'onde (nm), la distance, l'angle source-cible et la durée de l'illumination. Pour être efficace la DL-PDT nécessite une dose de 4J/cm² pendant 2 h et une température minimale de 10 °C, ce qui correspond à un éclairage minimal de 11 000 lux. Le Dermaris est un nouvel éclairage (lumière blanche artificielle) qui peut se substituer à la lumière du jour. Ce sont 4 leds blanches (pas d'IR, pas d'UV) donnant 20 000 lux. Elles permettent une action ciblée sur la Pp9. C'est un produit développé en France par la société Surgiris. Plusieurs études montrent que l'indoor-DL-PDT est aussi efficace que la DL-PDT et qu'elle est quasiment indolore.

La INDOOR-DL-PDT ne nécessite pas de pré-traitement au domicile. On peut faire de la curette ou un laser CO₂ fractionné avant d'appliquer le MAL. Il n'y a pas besoin de solaire car la lampe n'émet pas d'UV. Le patient doit être mis sous la lampe à 4J/cm² pendant 120 minutes, il faut donc adopter une position assise sur une chaise confortable. Des pauses courtes sont possibles, pour se rendre aux toilettes. Il faut mettre la lampe à 30 cm de distance à $\pm$ 3 cm. La zone de traitement maximale est de 314 cm² et 20 cm de diamètre. Le patient doit porter des lunettes de soleil pour le traitement du cuir chevelu et un bandeau sur les yeux lors de l'exposition du visage. Pensez à demander régulièrement au patient comment il va et à vérifier que la position de la zone exposée est toujours optimale par rapport à la lampe.

En traitant les patients, on s'est rendu compte que l'on améliore les signes de photovieillessement avec la PDT. Cela s'explique par le fait que la PDT a un effet direct sur l'épiderme basé sur la photosensibilisation des kératinocytes altérés qui induit une destruction suivie ultérieurement d'une restauration normale. Elle a également un effet indirect basé sur la sécrétion de cytokines IL-6 et TNF α . Après avoir pénétré la membrane basale les MMP-1 et MMP-3 des fibroblastes dermiques dégradent le matériel élastique et stimule une néocollagénèse dans la partie supérieure du derme (collagène de type I

qui réduit les fines rides). Il y a également un remodelage par libération de TGF- β 1 dans les kératinocytes, une atténuation des vaisseaux sous épidermiques ce qui diminue l'érythème. L'expression immunohistochimique de la *tumor protein* TP-53 comme marqueur de la carcinogenèse épidermique est réduite après une PDT. C'est un signe d'amélioration de l'élastose solaire.

Il faut choisir la source lumineuse en fonction de la qualité de peau, tout comme pour les KA. Les effets de photorajeunissement de la PDT sont observés avec la PDT conventionnelle, la DL-PDT, l'indoor-DL-PDT mais aussi avec l'IPL-PDT et le QS-PDT.

La PDT est donc un traitement non invasif et efficace pour le rajeunissement de la peau. Elle permet une prise en charge de l'héliodermie, des rides, de la texture cutanée, des télangiectasies et le traitement des KA. Il est nécessaire de connaître les effets secondaires pour les gérer (œdème, érythème, pustules, croutes et douleur) et rassurer les patients même si les réactions sont importantes.

La rosacée, toujours du neuf

Une étude épidémiologique montre qu'à l'échelle des 27 pays, la rosacée touche 2 % de la population mais si cette enquête se fait lors de l'Oktoberfest, elle touche alors 25 % de la population ! Il faut donc admettre que l'alcool est bien un facteur de risque dans sa survenue et sans contexte en présence d'un rhinophyma puisque l'OR est à 65 ! Même s'il est classique de dire que la rosacée touche les phototypes clairs, n'oublions pas qu'elle est constatée sur des phototypes foncés, chez qui la notion d'érythème est moins évidente spontanément. Enfin, fait peu connu, la rosacée est prurigineuse dans un cas sur trois.

Plusieurs autres facteurs de risques semblent identifier : pendant l'épidémie Covid, le port de masque (de même qu'inducteur d'acné, de mélasma de chéilite sèche), l'utilisation du masque d'apnée du sommeil (induction ou aggravation à valider), la génétique puisque présente chez 46 % des jumeaux homozygotes. Le rôle environnemental reste à définir (en dehors du soleil qui est acté). Aucune comorbidité particulière n'est par ailleurs à retenir, en dehors de la migraine. Notamment pas de lien net entre le glaucome et la rosacée. La consommation de tabac et de café protégerait. Les patients atteints de rosacée présentent moins de carcinomes basocellulaires mais auraient plus de kératoses actiniques et de carcinomes épidermoïdes.

Le groupe d'experts ROSCO [1] propose une analyse 2020 de la rosacée par approche phénotypique qui permet d'élaborer l'algorithme thérapeutique. Ils proposent des critères consensuels pour en faire le diagnostic avec tout d'abord des caractéristiques obligatoires (érythème centro-facial persistant, (rhino)phyma), des critères majeurs (flushs, érythèmes papulo pustuleux transitoires, télangiectasies) puis des critères mineurs (sensation de brûlure, de picotement, de peau sèche d'œdème). Le Pr Cribier nous a donc proposé des traitements par symptomatologie.

Concernant l'**érythème**, il faut un traitement vasoconstricteur. En France, seule la brimonidine est disponible (oxymétazoline dans d'autres pays) mais elle n'a pas d'effet sur les télangiectasies et souvent à risque de rebond. On s'oriente vers une approche instrumentale, mais les études ont des niveaux de preuve faibles ou modérés. Les seules conclusions à en tirer concernant l'efficacité, est la nécessité d'un grand nombre de séances (souvent une

dizaine), que le colorant pulsé serait légèrement plus efficace que le ND YAG. Un essai contrôlé a comparé la PDT à l'utilisation de minocycline. Il n'y a aucune différence sur l'érythème. La minocycline fait cependant mieux sur la pustule, et la PDT sur la présence du démodex (grillé). L'acide tranéxamique a été proposé en micro-injections intradermiques sur tout le visage (dose totale 5 à 10 mg), 5 sessions sur un mois. Pas de recul au long cours et tolérance non évaluée.

Concernant les **flushs**, le carvédilol, bêtabloquant, a clairement une indication sous accord du cardiologue, à la dose de 6,25 à max 12,5 mg par jour. Il faut abandonner la prescription de clonidine. Le carvédilol peut aussi être utilisée lors d'érythème pudique invalidant, une heure avant événement. Enfin, la toxine botulique à injecter sur tout le visage (0,8 U par point, 40 à 60 points) a son efficacité démontrée.

Concernant la **composante neurovasculaire**, dont les symptômes principaux sont la peau sensible, qui picote, qui brûle, on propose des anti-dépresseurs (gabapentine, prégabaline, duloxétine, amitriptyline), la toxine botulique, des lasers. Quand la rosacée est périphérique (les faces très externes des joues) et non centro-faciale, la paroxétine à 25 mg/j aurait un effet spectaculaire. Reste à analyser l'efficacité des cannabinoïdes.

Concernant les **lésions inflammatoires**, elle provient d'un déséquilibre chronique de l'immunité innée. En anapath, on voit la présence de mastocytes, mais pour autant les antihistaminiques sont inefficaces. Ces lésions inflammatoires sont en partie expliquées par la présence de démodex (Selon le Dr Forton, toute rosacée est une démodécidose) puis l'OR est à 9. Le laser et la PDT sont efficaces par effet mécanique : le démodex est grillé. L'ivermectine topique ou systémique est la seule molécule efficace mais à rechute. Il faut savoir que certains patients font une réaction inflammatoire lors de l'application de l'ivermectine topique qui ne correspond pas à une allergie mais à une réponse inflammatoire suite à la lyse du démodex (comme avec les azolés). Les démodécidoses oculaires peuvent être traitées par pommade à la vitamine A pour l'effet occlusif de la phase pommade.

En dehors de l'action sur le démodex, la doxycycline à la dose de 40 mg en LP serait idéale mais non disponible, de même que du peroxyde de benzoyle micro encapsulé.

La rosacée est toujours une pathologie qui nous réserve des nouveautés.

Dynamiser les associations

Il faut doubler les postes du bureau pour soulager et éviter l'essoufflement : un président, un vice-président, idem pour secrétaire et trésorier

Pour faciliter les cotisations, ne pas hésiter à passer par HelloAsso qui simplifie la tâche du trésorier et qui génère directement le justificatif

Pour améliorer la communication au sein de l'association :

- créer un groupe WhatsApp mais réservé à certains échanges pour les remplacements, le matériel, la partie loisirs ;
- créer un groupe mail de l'association pour le reste.

Élargir les sujets des réunions au-delà des classiques sujets type biothérapies... Ex : communication non verbale, transidentité, demander aux retraités qu'ils rapportent leurs cas historiques, réunions sur les cas cliniques didactiques, réunion sur la vie professionnelle et le bien-être au travail.

Pour intégrer les internes, savoir quels sujets les intéressent.

Prévoir quelques soirées en visio pour alléger les déplacements.

Organiser des réunions avec les associations dermato voisines géographiquement, ou avec d'autres spécialités

Varié les lieux des réunions en choisissant des endroits moins connus, atypiques.

Concernant l'avis général sur les DU de dermatologie qui s'ouvrent aux généralistes

Tous sont d'accord pour mieux former les généralistes à la dermatologie.

Cependant, l'idéal serait que les libéraux participent à cette formation, voire mieux qu'ils en soient les initiateurs.

L'association lyonnaise nous a rapporté leur expérience à ce sujet : organisation d'une grande soirée où étaient réunis une centaine de généralistes (invités par les dermatologues de leur territoire géographique), avec une formation sur les dermatoses de première ligne qu'ils peuvent prendre en charge. Ce PowerPoint sera disponible pour les associations qui voudraient organiser ce même type de réunion. Pour mémoire, l'Asformed avait fait un magnifique travail de groupe il y a quelques années et avait élaboré ce même type de PowerPoint prêt à l'emploi.

La téléexpertise, lorsqu'elle est régionale, est aussi un excellent moyen de communication entre généraliste et dermatologue. Elle constitue un moyen d'apprentissage et de perfectionnement pour le généraliste. Il faut développer cette activité, qui nous permet aussi d'alléger le poids de notre activité.

Aspects juridiques

Maître Laure Le Calvé, avocate, a évoqué lors du séminaire des responsables d'associations les lois auxquelles nos associations sont soumises. Il s'agit de la loi d'encadrement des avantages LEA et de la loi de transparence. Ces lois sont uniquement françaises et par principe tout est interdit sauf exceptions !

Loi de transparence

Elle oblige à publier sur le site de la transparence les informations sur les conventions et les bénéficiaires (directs ET indirects), les avantages ≥ 10 € TTC et les rémunérations ≥ 10 € TTC.

Loi d'encadrement des avantages LEA

Il y a interdiction générale faite aux entreprises du monde de la santé de procurer ou même d'offrir à tous les professionnels de santé ET aux associations

de PDS des « avantages » en espèce ou en nature de quelque manière que ce soit, directement ou **indirectement**

Un avantage est une notion large qui comprend les rémunérations, les frais, l'hospitalité, les subventions, les dons, les cadeaux, les produits gratuits...

La loi prévoit certaines exclusions et certaines dérogations AVEC formalités (déclaration ou autorisation) donc il faut faire systématiquement des contrats et bien remplir toutes les conditions.

Focus sur les internes : Depuis la loi « *ma santé 2022* » (juillet 2019), l'hospitalité offerte lors de manifestations à caractère exclusivement professionnel ou scientifique, **en direct à des étudiants ou indirectement par l'intermédiaire d'associations est interdite**. Les docteurs juniors entrent dans le même cadre.

Exemple d'avantages au sens de la LEA : une location de stand entre un laboratoire et une association : c'est un financement direct de l'association mais qui peut entraîner un avantage indirect par exemple s'il sert à payer les repas des participants et pire encore d'étudiants car cela devient une hospitalité indirecte. Il faudrait normalement faire un contrat nominatif entre le laboratoire et chaque participant !

Tout cela étant très complexe pour nos structures !

Les industriels demandent :

- statuts d'association à jour. Il faut bien vérifier dans ceux-ci que l'objet social de votre association permet de réaliser l'activité pour laquelle le financement est sollicité (recherche? formation?) ou la prestation de services demandée (location de stand par ex). L'objet doit être en lien avec l'activité des membres et l'association doit être habilitée à recevoir des dons ou à percevoir des revenus tirés de ses activités ;
- annonce légale publiée au journal officiel ;
- déclaration à la Préfecture / Tribunal d'instance ;
- lettre de sollicitation, signée du président, décrivant l'objet de la demande de don ;
- le programme de la manifestation avec des précisions sur les horaires, le lieu et les professionnels de santé invités (quelle profession ?).

La responsabilité pénale du respect de la LEA repose sur l'industriel ET le bénéficiaire. Les formalités LEA sont faites par les industriels d'où leurs demandes de documents, informations, garanties, etc.

Que ces tracasseries administratives ne nous empêchent pas de nous réunir, de continuer à nous former et à échanger dans nos associations régionales !



Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

1- Schaller M, Almeida LMC, Bewley A, *et al.* Recommendations for rosacea diagnosis, classification and management: update from the global ROSacea COnsensus 2019 panel. *Br J Dermatol* 2020 ; 182 : 1269-76.