



Revue de presse

Octobre 2025

Sommaire

Catherine Deneuve (82 ans) dévoile la crème qu'elle utilise depuis toujours pour avoir une belle peau Bibamagazine.fr - 28/10/2025	4
Agenda Le Quotidien du Médecin Hebdo - 24/10/2025	7
Principales infections cutanées bactériennes suppuratives Actualités Pharmaceutiques - 01/11/2025	8
Un tourisme parisien gris comme en automne laquotidienne.fr - 24/10/2025	13
Pourquoi ma peau me gratte-t-elle ? Tendance Ouest Caen - 22/10/2025	15
Santé. Pourquoi ma peau me gratte ? lamanchelibre.fr - 19/10/2025	16
Santé. Pourquoi ma peau me gratte ? lecourriercauchois.fr - 18/10/2025	17
Pourquoi ma peau me gratte ? Courrier Cauchois - Caux Littoral - Caux Littoral - 17/10/2025	18
Pourquoi ma peau me gratte ? La Renaissance - 17/10/2025	19
Pourquoi ma peau me gratte ? Santé Haut Anjou - 17/10/2025	20
Rencontres 2025 « Parlons Dermatologie » : les partenaires publient aujourd'hui les conclusions de cette initiative (Communiqué) veille-acteurs-sante.fr - 17/10/2025	21
Pourquoi ma peau me gratte ? Santé L'Echo d'Ancenis - 16/10/2025	22
Pourquoi ma peau me gratte ? Santé Le Courrier de la Mayenne - 16/10/2025	23
Image mystérieuse n° 511 larevuedupraticien.fr - 14/10/2025	24
Malformations vasculaires cutanées : la génétique change la donne Egora.fr - 15/10/2025	26
Dermatite, acné, psoriasis... Les avancées majeures présentées au congrès européen de dermatologie Egora.fr - 13/10/2025	27
Téléconsultation Tout ce qui change pour les patients Quechoisir.org - 12/10/2025	31
Gare au dermatoscope ! Le Pharmacien de France - 01/09/2025	33
Réseaux sociaux, IA non contrôlée : la SFD tire la sonnette d'alarme lequotidiendumedecin.fr - 10/10/2025	34
Réseaux sociaux, IA non contrôlée : la SFD tire la sonnette d'alarme	37

SkinMed défend son modèle face aux alertes sur les IA de dépistage des cancers cutanés ticpharma.com - 03/10/2025	38
Dermatologue : pourquoi est-il si difficile de trouver un rendez-vous ? elle.fr - 03/10/2025	39
Dermatologue : pourquoi est-il si difficile de trouver un rendez-vous ? Yahoo ! Style (FR) - 03/10/2025	42
Tatouage : les 5 zones du corps que les dermatologues déconseillent formellement modesettravaux.fr - 05/10/2025	44
Tatouage : les 5 zones du corps que les dermatologues déconseillent formellement Msn (France) - 05/10/2025	48
Dermatologue : pourquoi est-il si difficile de trouver un rendez-vous ? Free.fr - 03/10/2025	50
Sauve qui peau Porphyre - 01/10/2025	51
Urticaire de l'enfant Pédiatrie Pratique - 01/09/2025	52
SkinMed défend son modèle face aux alertes sur les IA de dépistage des cancers cutanés ticpharma.com - 03/10/2025	54
La société SkinMed défend son modèle de télé-expertise pour le dépistage des cancers cutanés apmnews.com - 26/09/2025	55
L'ORDRE TIRE LA SONNETTE D'ALARME Pharma365 - 01/10/2025	59
Mieux vivre avec eczéma Prima - 01/11/2025	60
Acné : l'Agence européenne du médicament approuve un traitement novateur pour les adolescents LaProvence.com - 30/09/2025	62
Où en sommes-nous dans le traitement de la calvitie ? LaProvence.com - 30/09/2025	64
Pourquoi ne faut-il pas percer ses points noirs ? LaProvence.com - 30/09/2025	67



Catherine Deneuve (82 ans) dévoile la crème qu'elle utilise depuis toujours pour avoir une belle peau



Catherine Deneuve partage le secret de sa peau éclatante à 82 ans. Depuis son enfance, un geste simple mais essentiel rythme sa routine beauté. Catherine Deneuve, icône

intemporelle du cinéma français, a toujours veillé à son apparence,

bien avant que le maquillage ne fasse partie de son quotidien. Dans un entretien

accordé à Into the Gloss ,

l'actrice confie : "L'image a toujours été une chose à laquelle

j'ai toujours prêté attention. Même avant de devenir actrice, jeune

filles avec des sœurs et un père qui prenait toujours des photos,

nous étions attentives à notre apparence physique ; le maquillage

est venu plus tard".

Le produit dont elle ne se passe

jamais ? La crème solaire "Nous avons grandi

à la campagne et avons toujours fait très attention au soleil. Ma

mère nous disait que ce n'était pas très bon pour la peau, alors je

protégeais beaucoup mon visage. Je suis très contente aussi, car



après tant d'années, ma peau est toujours en bon état" ,
explique-t-elle.

Catherine Deneuve : un secret

beauté transmis par sa mère

Sa mère, Renée Simonot, est

décédée en 2021 à 109 ans. Tout au long de sa vie, elle a pris soin

de sa peau. "Elle était aussi actrice, mais sur scène. Je suis

sûre que cette formation l'a aidée à apprendre à prendre soin de sa

peau ", ajoute Catherine Deneuve , qui a toujours suivi ses précieux

conseils.

Les dermatologues rappellent

chaque année l'importance d'appliquer une protection solaire , même en hiver, pour prévenir le

vieillesse cutané et réduire le risque de cancer de la peau. La

Société Française de Dermatologie alerte : "L'excès

d'exposition aux UVA et UVB est la principale cause de survenue de

cancers cutanés. Il apparaît donc capital de se protéger des excès

solaires durant toute la vie pour limiter ces risques".

La

routine beauté de Catherine Deneuve

Côté routine quotidienne,

Catherine Deneuve a ses habitudes bien ancrées. Chaque matin, elle

commence par un jus de citron "Ce n'est pas

vraiment nettoyant, mais je trouve que c'est très bon pour la peau

et le blanc des yeux." Ensuite, elle se démaquille avec le

Lait Démaquillant Clarins et hydrate sa peau avec Clarins ou



Darphin.

Le soir, elle applique également une crème, mais pas systématiquement. " La personne qui prend soin de ma peau dit que le collagène du visage doit se stimuler tout seul, et non être remplacé par une crème", précise-t-elle. Quelques soirs par semaine, elle se fait plaisir avec le Nectar aux 8 Fleurs de Darphin : " C'est vraiment délicieux".

Vous aimerez aussi



En pratique Agenda

6 novembre, Paris (ministère de la Santé)

Le numérique au service de la santé sexuelle des jeunes - Conseil national du sida et des hépatites virales
cns.sante.fr

7-10 novembre, La Nouvelle-Orléans

Congrès de l'American Heart Association
professional.heart.org/en/meetings/scientific-sessions

10-12 novembre, Paris

Congrès de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
sofcot-congres.fr

24-26 novembre, Paris La Défense

Journées annuelles de la Société française de gériatrie et gérontologie
sfgg-events.org/jasfgg

26-28 novembre, Lyon

25^e congrès national de la Société française d'étude et de traitement de la douleur
congres-sfetd.fr/la-sfetd

2-6 décembre, Paris

Journées dermatologiques de Paris
lesjdp.fr

3-5 décembre, Paris La Défense

Congrès Pari(s) Santé femmes
paris-sante-femmes.fr

6-9 décembre, Orlando

Congrès de l'American Society of Haematology
hematology.org/meetings/annual-meeting

10-12 décembre, Lyon

Journées francophones de nutrition
lesjfn.fr

14-16 décembre, Paris

Congrès français de rhumatologie
congres.larhumatologie.fr

22 novembre, Paris (Palais des congrès)

Urologie : une matinale dédiée aux généralistes

Congrès français d'urologie

cfu-congres.com

Pour la deuxième année consécutive, l'Association française d'urologie (AFU) propose dans le cadre de son congrès annuel une demi-journée de formation (en présentiel ou en replay) dédiée aux généralistes. De la conduite à tenir face à un PSA élevé à la place des bandelettes dans la prise en charge de l'incontinence urinaire et du prolapsus, cette matinale sera l'occasion de faire le point sur des sujets d'actualité, au-delà des controverses. Au menu également, des sujets de pratique courante comme les infections urinaires, les infections sexuellement transmissibles, les liens entre urologie et sexualité ou encore l'interprétation de l'échographie.

« Alors que les généralistes sont les principaux correspondants de notre activité clinique quotidienne, il nous semblait important de les inclure au sein de notre congrès », souligne le Pr Alexandre de la Taille, président de l'AFU. C'est chose faite ! Programmée le 22 novembre de 9 heures à 12 heures, « cette session permettra de renforcer les compétences pratiques des participants mais aussi d'améliorer la coordination entre généralistes et urologues », espère la société savante.



Entrée gratuite, soumise à inscription préalable

27-28 novembre 2025, Caen

« Tous concernés : le tabac est l'affaire de tous les professionnels de santé ! »

Congrès de la Société francophone de tabacologie (SFT)

csft2025.fr

Alice Deschenau, présidente de la SFT

« La prise en charge du tabagisme ne peut pas appartenir qu'aux tabacologues. C'est une addiction qui concerne beaucoup de Français, adultes et mineurs, et qui grève leur santé mentale et physique de bien des manières. Ces patients vont rencontrer des professionnels de santé tout au long de leur vie. Il ne faut pas attendre qu'ils soient malades de leur tabac, et qu'ils rencontrent un tabacologue, pour prendre en charge leur tabagisme. Que le patient consulte pour un diabète, une hypertension artérielle ou une dépression, il faut lui proposer de le prendre en charge, en lui indiquant que cela va améliorer son état de santé. Avec la devise "Tous concernés !", c'est un véritable changement de paradigme que nous voulons mettre en place. En session plénière, nous reviendrons sur les "lieux de santé sans tabac" : aujourd'hui, cela est souvent perçu comme une contrainte par les professionnels. Mais toute hospitalisation devrait être l'occasion de vivre une expérience de sevrage, bien accompagnée. Nous avons la chance de disposer de traitements efficaces ; il faut les proposer à tous les patients, sans pression sur l'arrêt mais avec un discours de soin. La majorité des patients acceptent. Alors il revient à chacun d'entre nous de se lancer ; arrêtons de penser que le sevrage n'est qu'une question de motivation et prenons en charge nos patients ! »

dossier

Les infections cutanées bactériennes

Principales infections cutanées bactériennes suppuratives

Les infections cutanées bactériennes suppuratives peuvent se présenter sous différentes formes cliniques, telles que le furoncle, l'anthrax, la furunculose, l'abcès cutané, le panaris et le phlegmon. Ces infections sont fréquemment rencontrées en pratique courante.

© 2025 Elsevier Masson SAS.

Mots clés – abcès ; anthrax ; furoncle ; furunculose ; panaris ; phlegmon ; *Staphylococcus aureus*

Major suppurative bacterial skin infections. Suppurative bacterial skin infections can present in various clinical forms, such as boils, carbuncles, furunculosis, skin abscesses, whitlow, and phlegmon. These infections are frequently encountered in routine practice.

© 2025 Elsevier Masson SAS.

Keywords – abscess; anthrax; boil; furunculosis; phlegmon; *Staphylococcus aureus*; whitlow

Priscille CARVALHO
Praticienne hospitalière

Service de dermatologie
et vénérologie, CHU
de Rouen (Charles-Nicolle),
1 rue de Germont,
76000 Rouen, France

Les infections cutanées bactériennes suppuratives constituent un motif fréquent de consultation en médecine générale, en dermatologie et aux urgences. Parmi elles, les furoncles, l'anthrax, la furunculose, les abcès cutanés et les panaris représentent des entités cliniques distinctes mais physiopathologiquement apparentées, car généralement dues à *Staphylococcus aureus* (SA), y compris les souches productrices de leucocidine de Pantou-Valentine (SA LPV+), reconnues pour leur pouvoir nécrosant et leur tendance à la récurrence.

Ces infections, souvent localisées et bénignes, peuvent néanmoins évoluer vers des formes graves ou récidivantes, notamment en cas de terrain sous-jacent fragile (diabète, immunodépression), de mauvaise prise en charge initiale ou de retard diagnostique.

Des recommandations françaises ont été rédigées en 2019 par la Haute Autorité de santé en collaboration avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf) et la Société française de dermatologie. Elles rappellent que le traitement repose sur une stratégie adaptée à la sévérité de l'infection, combinant mesures locales, incision-drainage et antibiothérapie ciblée uniquement lorsque cela est justifié [1].

Le furoncle

Le furoncle est une infection bactérienne profonde du follicule pileux évoluant en cinq à dix jours vers la nécrose folliculaire avec l'élimination du follicule pileux (bourbillon). L'agent causal principal est SA, parfois producteur de la LPV. Cette toxine cytolytique induit une nécrose du follicule avec extension dans le derme profond, formant un petit abcès centré

par une nécrose folliculaire. La colonisation initiale est souvent liée à un microtraumatisme local, à la macération ou au rasage, favorisant l'invasion bactérienne. Le facteur de risque principal est un contact avec une personne infectée par SA LPV+ (contact intrafamilial, sport de contact ou d'équipe, milieu scolaire, etc.) [1,2].

Présentation clinique

Le furoncle se manifeste par une lésion papulonodulaire très inflammatoire centrée par une pustule, évoluant rapidement vers une suppuration localisée (figure 1). Il prédomine sur les zones pileuses soumises à la macération ou aux frottements comme la nuque, les fesses, les cuisses et les aisselles. L'évolution est habituellement spontanément favorable, avec une guérison complète en dix à quinze jours, parfois au prix d'une cicatrice.

◆ Des formes compliquées existent :

- conglomérat de furoncles (anthrax) ;
- multiplication des lésions ;
- apparition d'une dermatohypodermite périlésionnelle ;



Figure 1. Furoncle.

Adresse e-mail :
priscille.carvalho@chu-rouen.fr
(P. Carvalho).

dossier

Les infections cutanées bactériennes

- abcédation secondaire ;
- présence de signes systémiques (fièvre).
- ♦ **Les situations à risque de complications** sont :
 - âge inférieur à 1 an ;
 - immunodépression ;
 - comorbidités (diabète, obésité, etc.) ;
 - localisation rendant le drainage difficile (face, main, siège périfurculaire) ou pouvant se compliquer d'une thrombophlébite (face) ;
 - absence de réponse au traitement initial.

Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels incluent le kyste épidermique surinfecté, l'acné nodulo-kystique, la myiase cutanée (dans un contexte tropical) et l'hématome enkysté. La distinction repose sur l'évolution, la localisation, la présence d'un orifice fistulisant et les antécédents.

Chez un sujet immunocompétent, aucun examen n'est requis. En revanche, un prélèvement bactériologique peut être justifié en cas de furonculose récidivante ou de suspicion de SA résistant à la méticilline (SARM). Une enquête de portage nasal de SA peut être entreprise si une décolonisation est envisagée ou dans un cadre épidémique [1].

Prise en charge

Dans la majorité des cas, le furoncle guérit spontanément. La prise en charge varie selon la gravité et le contexte.

- ♦ **En cas de furoncle isolé vu en pratique de ville**, la prise en charge consiste uniquement en des soins locaux et il est préconisé de ne pas réaliser de prélèvement bactériologique.

Les soins locaux consistent en :

- une hygiène rigoureuse ;
- l'éviction de la manipulation des lésions (limite le risque de complications) ;
- des soins de toilette quotidiens (lavage à l'eau et au savon) ;
- une incision de l'extrémité pour évacuer le bourbillon (furoncle volumineux) ;
- la protection de la lésion avec un pansement sec ;
- pas d'antibiothérapie (locale ou générale).

- ♦ **En cas de furoncle compliqué** (lésions multiples, contexte particulier [retour de voyage], terrain à risque de complications [immunodépression], échec des soins), il est recommandé d'effectuer un prélèvement bactériologique du pus avant de débuter une antibiothérapie. Dans tous les cas, il n'y a pas d'intérêt à rechercher la LPV en routine.

La Spilf préconisait en 2019 de prescrire de la clindamycine (1,8 g/jour en trois prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg) ou de la pristinaamycine (1 g trois fois/jour

pendant cinq jours) [3]. Ces recommandations ont été confirmées en 2025 dans les mises à jour de l'Infectious Diseases Society of America et de la Spilf qui maintiennent toutefois la place centrale du drainage et déconseillent les antibiotiques pour les furoncles simples [4]. L'antibiothérapie locale n'est pas préconisée ; les mesures d'hygiène rigoureuses restent indispensables (changement de linge, toilette à l'eau et au savon tous les jours) ; chez l'enfant, un avis spécialisé est nécessaire (pédiatre hospitalier) car les formes compliquées abcédées sont plus fréquentes.

- ♦ **En cas de suspicion de SARM communautaire**, l'association triméthoprim et sulfaméthoxazole (TMP/SMX) ou la doxycycline sont utilisées. L'usage du linézolide est réservé aux formes compliquées ou hospitalières [5].

La furonculose

La furonculose correspond à la formation répétée de furoncles pendant plusieurs mois, voire années. Il n'y a pas de définition précise concernant le nombre de poussées ni la durée minimale d'évolution.

- ♦ **Le facteur de risque principal** est le portage du SA ou le contact avec une personne infectée par SA LPV+, en particulier dans l'entourage. Les autres facteurs de risque sont l'obésité, le diabète, une hygiène cutanée insuffisante, un déficit immunitaire ou une carence martiale. Toutefois, les personnes concernées peuvent être de jeunes patients sans facteurs de risque identifiables. La furonculose est habituellement liée à certaines souches de SA LPV+.

- ♦ **Ces infections répétées** peuvent laisser des cicatrices inesthétiques et ont souvent un retentissement psychologique car les poussées sont douloureuses. Ainsi, les principales complications sont les cicatrices inesthétiques (dystrophiques), les douleurs locales et le retentissement psychologique. Devant cette forme particulière, un prélèvement bactériologique sur un furoncle avant traitement est nécessaire.

- ♦ **Un dépistage du portage de SA** au niveau du nez, de la gorge, de l'anus et du périnée est réalisé, mais seulement après l'échec d'une première décolonisation des gîtes bactériens.

- ♦ **La prise en charge est difficile** et il n'est pas rare de voir les lésions récidiver malgré un traitement bien conduit. Ce dernier n'est pas très bien codifié car il existe peu de données dans la littérature.

- ♦ **Le traitement en cas de poussée** consiste en :

- une antibiothérapie orale antistaphylococcique pendant sept jours (clindamycine 1,8 g par jour en trois prises et jusqu'à 2,4 g par jour si le poids est supérieur à 100 kg ou pristinaamycine 1 g trois fois par jour pendant sept jours), ainsi que des mesures d'hygiène et de protection des lésions par pansement ;

dossier

Les infections cutanées bactériennes

Encadré 1. Protocole de décolonisation [1]

- Application nasale de pommade de mupirocine deux fois par jour pendant sept jours.
- Utilisation une fois par jour pendant sept jours d'une solution moussante de chlorhexidine (savon et shampoing).
- Mesures d'hygiène corporelle, port de vêtements propres, changement fréquent de linge de toilette.
- Mesures d'hygiène de l'environnement (linge, vaisselle, entretien des locaux).
- Bains de bouche biquotidiens à la chlorhexidine (adulte et enfant à partir de 6 ans).

- des douches antiseptiques avec une solution moussante de chlorhexidine à utiliser comme savon et shampoing (une fois par jour pendant sept jours).
- ♦ **Après guérison de la poussée**, une décolonisation des gîtes bactériens du patient et de son entourage (personnes vivant sous le même toit et en contact proche) est réalisée avec la mupirocine (pommade nasale) et la chlorhexidine (application quotidienne pendant cinq jours consécutifs, à répéter éventuellement tous les mois pendant trois mois) [6]. Il n'est pas recommandé de réaliser une décolonisation nasale par mupirocine sans appliquer les autres mesures de décolonisation et d'hygiène, ni de prescrire une antibiothérapie générale pour réaliser une décolonisation (encadré 1).

L'anthrax

L'anthrax cutané, au sens dermatologique, correspond à un regroupement de plusieurs furoncles voisins, formant un foyer suppuratif coalescent. Ce processus est dû à SA, souvent producteur de LPV. Il s'agit d'une forme grave, nécrisante, favorisée par le diabète, l'immunodépression ou une hygiène déficiente [7].

Présentation clinique

L'anthrax se manifeste par une plaque indurée, inflammatoire, drainant du pus par plusieurs orifices fistulisés. Il touche surtout la nuque, le haut du dos et le visage. Des adénopathies peuvent être présentes. L'évolution est lente, et la cicatrisation laisse souvent des séquelles inesthétiques.

Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels incluent une dermohypodermite étendue, une hidradénite suppurée et un *pyoderma gangrenosum*. Le regroupement de lésions purulentes confluantes et leur évolution sous traitement orientent le diagnostic.

Examens complémentaires

Une échographie peut permettre d'évaluer la profondeur de la suppuration. Un prélèvement bactériologique est recommandé pour réaliser un antibiogramme ainsi qu'un dosage de la glycémie du fait de l'association fréquente avec un diabète.

Prise en charge

Le traitement repose sur un drainage chirurgical large, des soins locaux rigoureux et une antibiothérapie systémique de sept jours : amoxicilline-acide clavulanique ou pristinamycine. En cas de suspicion de SARM, le TMP/SMX ou la doxycycline est préféré. Une décolonisation est envisagée en cas de récurrences ou d'épidémie familiale.

L'abcès cutané

L'abcès cutané est une collection purulente localisée dans le derme ou l'hypoderme mais pouvant s'étendre aux structures musculo-squelettiques sous-jacentes. La LPV augmente la virulence par la lyse des neutrophiles, favorisant l'extension nécrotique [8]. L'abcès cutané primaire survient sur une peau cliniquement antérieurement normale et est le plus souvent dû à SA. L'abcès cutané secondaire survient sur une peau pathologique à cause de SA, mais peut également être polymicrobien.

Présentation clinique

L'abcès se présente sous forme d'un nodule rouge chaud inflammatoire et douloureux, de consistance liquidienne (pus), de taille variable, siégeant inconstamment au sein d'un placard inflammatoire (dermohypodermite) (figure 2). Le nodule est fluctuant à la palpation, avec un point de ramollissement central. On observe



Figure 2. Abcès cutané.

Références

- [1] Haute Autorité de santé, Société de pathologie infectieuse de langue française, Société française de dermatologie. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes : furoncle, anthrax, furunculose, abcès et panaris. Saint-Denis: HAS; 2019.

dossier

Les infections cutanées bactériennes

Références

- [2] Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections. Clin Infect Dis 2014;59(2): e10-52.
- [3] Bernard L, Denes E, Caillon J, et al. Pristinamycine versus pénicilline M dans le traitement des furoncles à *S. aureus*. Med Mal Infect 2002;32(4):422-8.
- [4] Société de pathologie infectieuse de langue française. Actualités thérapeutiques 2023 : revue sur le traitement des furoncles communautaires. Paris: SPILF; 2023.
- [5] Infectious Diseases Society of America. Update on the treatment of community-associated MRSA infections. Clinical Practice Guidelines. 2024. (Sous presse).
- [6] Société de pathologie infectieuse de langue française. Décolonisation de *Staphylococcus aureus* : indications, protocoles, efficacité. Paris: SPILF; 2025.
- [7] Société de pathologie infectieuse de langue française. Anthrax staphylococcique : définitions, prise en charge, prévention. Paris: SPILF; 2022.
- [8] [8] Société française de dermatologie. Présentation typique des abcès cutanés : repères cliniques. Paris: SFD; 2020.
- [9] Del Giudice P, Blanc V, Durupt F, et al. Diagnostic différentiel des infections cutanées suppurées. Ann Dermatol Vénereol 2011;138(3):225-32.
- [10] Norman G, Dumville JC, Mohapatra DP, et al. Diagnostic imaging for detecting collections in soft-tissue infections. Cochrane Database Syst Rev 2022;(5). CD013217.
- [11] Société de pathologie infectieuse de langue française. Référentiel national sur les antibiothérapies en infections cutanées bactériennes. Paris: SPILF; 2023.

rarement une trainée de lymphangite et une adénopathie dans la zone de drainage lymphatique. Des signes généraux (fièvre) surviennent parfois.

Diagnostics différentiels

Le diagnostic d'abcès cutané est parfois difficile, notamment à la phase de début, le caractère rénitent pouvant apparaître tardivement après plusieurs jours d'évolution. Il faudra alors éliminer un nodule cutané inflammatoire ou tumoral, ou un hématome cutané ; un kyste infecté peut parfois être évoqué [9].

Examens complémentaires

Le diagnostic est essentiellement clinique. S'il y a un doute, une échographie des parties molles peut permettre d'objectiver la collection, sa taille et sa localisation ; elle sera éventuellement complétée d'une ponction exploratrice (en cas de caractère liquidien de la lésion à l'échographie) [10]. Un prélèvement bactériologique du pus de l'abcès est recommandé.

Prise en charge

Le traitement est médical et chirurgical. Le traitement chirurgical consiste en une incision-drainage et le traitement médical repose sur une antibiothérapie pendant cinq jours : clindamycine per os ou par voie intraveineuse (IV) 1,8 g par jour en trois prises et jusqu'à 2,4 g par jour si le poids est supérieur à 100 kg, ou pristina-mycine per os 1 g trois fois par jour, ou oxacilline ou cloxacilline IV 6 à 12 g par jour, ou céfazoline IV 3 à 6 g par jour. Un renforcement des mesures d'hygiène est conseillé. Une prise en charge hospitalière est discutée en cas de fièvre, de terrain fragile ou si la taille de la collection est supérieure à 5 cm [11].

Le panaris

Le panaris est une infection bactérienne aiguë localisée du repli unguéal ou de la pulpe d'un doigt. Il résulte de la pénétration de bactéries, principalement SA, par une porte d'entrée cutanée minime (piqûre, écharde, onychophagie). Dans certains contextes (acupuncture, activité marine, etc.), d'autres germes sont retrouvés (plus rarement) : *Mycobacterium fortuitum* ou *M. chelonae*. Cette infection peut progresser rapidement vers des structures plus profondes (gaine tendineuse, articulation, os) si elle n'est pas traitée précocement.

Présentation clinique

Cliniquement, le panaris se manifeste par une douleur pulsatile intense, un érythème localisé, un gonflement chaud et parfois une zone purulente (figure 3). La palpation est douloureuse et la peau en regard peut devenir tendue. Des signes généraux comme la fièvre sont rares mais signalent une forme compliquée [12].

Diagnostics différentiels

Un kyste mucoïde, une piqûre infectée ou une arthrite digitale peuvent mimer un panaris au stade initial. L'herpès de la main, qui apparaît en particulier sur un doigt, appelé faux panaris herpétique, est mal connu, il peut lui aussi mimer un panaris bactérien et expose à des interventions chirurgicales inutiles. Compte tenu de sa gravité, le phlegmon digital est un diagnostic à écarter, notamment si la douleur augmente avec la mobilisation [13].

Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont réservés aux formes compliquées. Une échographie peut identifier une collection sous-cutanée, tandis qu'une radiographie est utile en cas de suspicion d'ostéite. Le prélèvement bactériologique est indiqué si un drainage est effectué [14].

Prise en charge

La prise en charge dépend du stade évolutif :

- les formes inflammatoires débutantes sont traitées par antiseptiques locaux (trois fois par jour) et pansements ;
- en présence de collection avec pus, une incision-drainage est nécessaire [15] ;
- l'antibiothérapie, indiquée uniquement en cas de signes généraux, diabète, immunosuppression, valvulopathie ou extension profonde, repose sur l'administration d'amoxicilline-acide clavulanique ou de clindamycine durant cinq à sept jours [16] ;
- la prévention consiste en la désinfection systématique de toute plaie du doigt, il convient aussi d'éviter de manipuler les petites peaux lors d'une manucure.



Figure 3. Panaris.

dossier

Les infections cutanées bactériennes

Le phlegmon de la main

Le phlegmon est une infection aiguë de la gaine synoviale des fléchisseurs, potentiellement grave, qui débute souvent par une effraction minime (piqûre, écharde) et se propage rapidement dans les espaces clos de la main pour atteindre la paume ou le poignet. Le SA est en cause dans la majorité des cas, mais les streptocoques ou les bactéries anaérobies peuvent aussi être impliqués dans certaines circonstances [17]. Le phlegmon du doigt constitue donc une urgence médicale et doit être pris en charge correctement et rapidement, sous peine d'entraîner de graves complications.

Présentation clinique

Le phlegmon se manifeste par les signes de Kanavel : œdème fusiforme du doigt, douleur intense à l'extension passive, doigt en flexion spontanée, douleur à la palpation de la gaine (figure 4). Une fièvre modérée peut accompagner les formes évoluées [18].

Diagnostics différentiels

Une ténosynovite inflammatoire, une arthrite septique ou un abcès sous-cutané peuvent mimer un phlegmon. Les signes cutanés, l'intensité de la douleur à l'extension et la topographie permettent souvent de trancher.

Examens complémentaires

Les examens complémentaires ne doivent pas retarder la chirurgie. Une échographie peut confirmer un épanchement dans la gaine. Le prélèvement peropératoire est systématique.



Figure 4. Phlegmon.

Attitudes et conseils clés au comptoir

- Expliquer que l'antibiothérapie n'est pas systématique devant une forme localisée et sans signe de gravité.
- Alerter sur les signes de gravité des infections cutanées (fièvre, nécrose, douleurs intenses).
- Encourager l'hygiène rigoureuse quotidienne : eau, savon, serviettes propres.
- Ne pas recommander d'antibiotiques locaux, sauf en cas de prescription explicite.
- Vérifier la couverture vaccinale antitétanique.
- Informer sur les mesures préventives des récidives : hygiène, perte de poids, pas d'automanipulation.
- Orienter les cas suspects de complications (terrains fragiles, phlegmon, etc.) vers les urgences.

Prise en charge

Une prise en charge chirurgicale urgente est essentielle : incision, drainage, lavage. Une antibiothérapie est débutée en IV en cas de fièvre ou d'immunodépression ; par voie orale dans les autres cas. Les molécules de choix sont l'amoxicilline-acide clavulanique ou la clindamycine. La durée de traitement est de sept à dix jours. Une immobilisation initiale est suivie d'une mobilisation précoce pour limiter les séquelles fonctionnelles [19].

Conclusion

L'analyse des signes cutanés et l'histoire clinique permettent le plus souvent de poser le diagnostic et d'évaluer la gravité des lésions ou le risque de survenue de complications. La prise en charge repose principalement sur des soins d'hygiène précoces et, dans certains cas, sur un drainage des collections purulentes, l'antibiothérapie étant prescrite face à des signes de gravité, un terrain à risque ou en cas de récurrence. La prévention repose quant à elle sur l'hygiène, le traitement des porteurs et la gestion de l'entourage. La surveillance clinique reste essentielle. Ces pratiques s'inscrivent dans une logique de bon usage des antibiotiques. ►

Points à retenir

- Un furoncle est une infection profonde du follicule pilosébacé, qui est traitée localement, sans antibiotiques.
- Une furunculose est une formation répétée de furoncles qui impose une enquête de portage de SA et une décolonisation ; un anthrax le rassemblement de plusieurs furoncles.
- Un abcès est une collection cutanée purulente bien limitée. Sa prise en charge repose en priorité sur le drainage ; une antibiothérapie adaptée est prescrite en cas d'évolution défavorable.
- Un panaris est une infection aiguë du doigt limitée au plan cutané ou sous-cutané. Il relève souvent d'un geste chirurgical et nécessite la recherche des signes de phlegmon.
- Le phlegmon est une atteinte profonde des fléchisseurs de la main.

Références

- [12] Société de pathologie infectieuse de langue française. Recommandations pour la prise en charge des panaris simples et compliqués. Paris: SPILF; 2021.
- [13] Rédaction, Prescrire. Panaris bactérien péri-unguéal d'un doigt. Rev Prescrire 2022;42(461):715-6.
- [14] Haute Autorité de santé. Diagnostic différentiel des douleurs et tuméfactions des doigts : outils pratiques. Saint-Denis: HAS; 2022.
- [15] Société de pathologie infectieuse de langue française. Panaris compliqués : indications chirurgicales et antibiothérapie adjuvante. Bull Infect Clin 2022;18(2):135-40.
- [16] Haute Autorité de santé. Prise en charge du panaris chez l'adulte et l'enfant. Saint-Denis: HAS; 2023.
- [17] Haute Autorité de santé. Prise en charge du phlegmon de la main en médecine de premier recours. Saint-Denis: HAS; 2023.
- [18] Société française de dermatologie. Signes de Kanavel dans les infections digitales profondes. Paris: SFD; 2021.
- [19] Takorabet L, Carmès S, Dorfmann A, Dumontier C. Antibiothérapie périopératoire dans les infections de la main. Ann Chir Plast Esthet 2025;70(2):96-103.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.



Un tourisme parisien gris comme en automne



Le mois de septembre a été marqué par une activité touristique contrastée dans le Grand Paris. Paris je t'aime – l'Office de tourisme, dans son dernier baromètre, constate une stabilité globale par rapport à 2023 (+0,1 %, source Orange Flux vision) du volume d'excursionnistes et de touristes en journée, malgré l'impact notable des journées de grève (-18,9% le 10 septembre, -9% le 18 septembre, -8% le 02 octobre). Sur le plan des arrivées aériennes (source : Forward Keys), une baisse de -4,1 % est observée par rapport à septembre 2024.

Certains marchés ont accusé une diminution, tels que les Etats-Unis -9,3 %, l'Italie -11,8 % ou encore le Royaume-Uni -10,3 %, quand d'autres se démarquent par une progression importante, comme l'Arabie Saoudite (+89,7 %) et l'Australie (+27,2 %), témoignant d'un intérêt accru de ces marchés lointains.

Concernant les nuitées hôtelières (source : MKG), la dynamique reste globalement positive par rapport à 2024, avec +1,4 % d'occupation en septembre sur le Grand Paris et +2,5 % vs. septembre 2023.

Des perspectives moyennes pour les vacances d'automne Les prévisions aériennes pour octobre à décembre indiquent une croissance modérée mais positive sur la plupart des marchés d'origine.

Les marchés de proximité tirent la croissance : Espagne (+11,5 %) et Royaume-Uni (+14,1 %).

En revanche, un léger tassement est constaté pour les clientèles Etatsuniennes (-0,3 %), mexicaines (-9,4 %) et portugaises (-16,5 %).

Les marchés asiatiques poursuivent leur reprise dynamique : Japon (+13,4 %), Chine (+18,3 %) et Corée du Sud (+7,6 %) vs. 2024 à date.

Pour les vacances de la Toussaint, les signaux sont plus mitigés.



Le taux d'occupation prévisionnel recule de 3 points par rapport à 2024, en partie à cause de l'absence de pont le 1er novembre, non compensée par celui du 11 novembre.

Les nuitées en meublé de tourisme sont également en baisse vs. 2024 : -32,5 % vs 2024 et -19,7 % vs 2023 à date du 13 octobre, avec des reculs marqués dans tous les départements franciliens, notamment en Seine-Saint-Denis (-44,8 %) et dans les Hauts-de-Seine (-36,2 %).

Et pour la fin d'année Pour la fin d'année, les perspectives apparaissent contrastées :

Une baisse moyenne de 5,5 points du taux d'occupation est constatée à date pour les vacances de Noël.

Notons cependant la tendance de délai de réservation à la baisse qui est constatée sur l'aérien depuis plusieurs mois.

Certaines périodes clés devraient toutefois dynamiser l'activité :

17–20 novembre : concerts de Lady Gaga à l'Accor Arena (90.000 billets vendus en quelques minutes) et Congrès de l'Association Française d'Urologie au Palais des Congrès, Milipol à Villepinte.

1–3 décembre : salons Food Ingredients et Trustech à la Porte de Versailles, ainsi que les Journées de la Société Française de Dermatologie.

Dynamique positive des arrivées aériennes en décembre sur l'Espagne (+13,7 %), le Royaume-Uni (+18,8 %), le Japon (+18,8 %) ou encore la Chine (+45,8 %) vs. 2024 à date.

SANTÉ

Pourquoi ma peau me gratte-t-elle ?

Une sensation déplaisante qui donne envie de se gratter, c'est ainsi que se manifeste le prurit, symptôme d'une maladie qu'il faut déterminer.

Le prurit *"est facile à expliquer lorsqu'il est associé à une maladie dermatologique"*, indique la Société française de dermatolo-

On peut par exemple citer l'eczéma atopique, qui touche principalement les nourrissons et les jeunes enfants, l'urticaire et ses plaques rouges en relief ou encore le psoriasis, *"responsable de plaques rouges, squameuses, croûteuses et recouvertes de squames argentées"*, détaille l'Assurance maladie. Elles se manifestent aussi à cause de certaines infections comme les mycoses, ou après un contact direct avec, par exemple, des parasites, comme la gale.

Des causes multiples

Mais une multitude d'autres facteurs sont susceptibles d'expliquer l'apparition de ces démangeaisons qui peuvent, par exemple, être liées à la présence d'un allergène ou d'un irritant dans certains produits du quotidien. C'est notamment le cas de *"certains ingrédients que l'on trouve dans les cosmétiques ou produits capillaires, tels que les conservateurs, les parfums, les durcisseurs pour teintures capillaires et vernis à ongles"*.

L'eczéma de contact peut également être causé par le nickel et le cobalt contenus dans certains bijoux, ou par une intolérance au latex. La prise de médicaments, comme l'aspirine, les antibiotiques ou

certaines antihypertenseurs, peut aussi déclencher des démangeaisons.

Eviction et traitement

Pour résumer, les causes de démangeaisons sont très nombreuses. Pour s'en débarrasser, il convient d'abord d'en déterminer l'origine, avec l'aide du médecin ou du dermatologue. Lorsque c'est possible, en cas d'allergie à un produit irritant que l'on a pu identifier par exemple, une simple à résoudre le problème. Lorsque la cause du prurit est médicale, *"la prise en charge thérapeutique est basée sur le traitement de la maladie sous-jacente"*, indique la Société française de dermatologie. Un traitement symptomatique y est cependant associé. Il comprend notamment des soins locaux traitement à base d'antihistaminiques à visée sédatrice, lorsque les démangeaisons empêchent le sommeil. Lorsque le prurit est intense et retentit fortement sur la vie quotidienne, *"il est parfois nécessaire de recourir à une prise en charge psychologique"*. ■



Santé. Pourquoi ma peau me gratte ?

Santé. Pourquoi ma peau me gratte ?

Santé. Une sensation déplaisante qui donne envie de se gratter, c'est ainsi que se manifeste le prurit, symptôme d'une maladie qu'il convient de déterminer.

Le prurit "est facile à expliquer lorsqu'il est associé à une maladie dermatologique", indique la Société française de dermatologie (SFD). Ces affections sont nombreuses. On peut par exemple citer l'eczéma atopique, qui touche principalement les nourrissons et les jeunes enfants, l'urticaire et ses plaques rouges en relief ou encore le psoriasis, "responsable de plaques rouges, squameuses, croûteuses et recouvertes de squames argentées", détaille l'Assurance maladie. Elles se manifestent aussi à cause de certaines infections comme les mycoses, ou après un contact direct avec, par exemple, des parasites, comme la gale.

Des causes multiples

Mais une multitude d'autres facteurs sont susceptibles d'expliquer l'apparition de ces démangeaisons qui peuvent, par exemple, être liées à la présence d'un allergène ou d'un irritant dans certains produits du quotidien. C'est notamment le cas de "certains ingrédients que l'on trouve dans les cosmétiques ou produits capillaires, tels que les conservateurs, les parfums, les durcisseurs pour teintures capillaires et vernis à ongles". L'eczéma de contact peut également être causé par le nickel et le cobalt contenus dans certains bijoux, ou par une intolérance au latex. La prise de médicaments, comme l'aspirine, les antibiotiques ou certains antihypertenseurs, peut aussi déclencher des démangeaisons.

Eviction et traitement

Pour résumer, les causes de démangeaisons sont très nombreuses. Pour s'en débarrasser, il convient d'abord d'en déterminer l'origine, avec l'aide du médecin ou du dermatologue. Lorsque c'est possible, en cas d'allergie à un produit irritant que l'on a pu identifier par exemple, une simple éviction du produit en question peut suffire à résoudre le problème. Lorsque la cause du prurit est médicale, "la prise en charge thérapeutique est basée sur le traitement de la maladie sous-jacente", indique la Société française de dermatologie. Un traitement symptomatique y est cependant associé. Il comprend notamment des soins locaux – hygiène douce, émollient quotidien, dermocorticoïdes – et éventuellement un traitement à base d'antihistaminiques à visée sédatrice, lorsque les démangeaisons empêchent le sommeil. Lorsque le prurit est intense et retentit fortement sur la vie quotidienne, "il est parfois nécessaire de recourir à une prise en charge psychologique".

Sources : Société française de dermatologie, Assurance maladie.



Santé. Pourquoi ma peau me gratte ?

Santé. Pourquoi ma peau me gratte ?

Loisir. Une sensation déplaisante qui donne envie de se gratter, c'est ainsi que se manifeste le prurit, symptôme d'une maladie à déterminer.

Le prurit "est facile à expliquer lorsqu'il est associé à une maladie dermatologique", indique la Société française de dermatologie (SFD). Ces affections sont nombreuses. On peut par exemple citer l'eczéma atopique, qui touche principalement les nourrissons et les jeunes enfants, l'urticaire et ses plaques rouges en relief ou encore le psoriasis, "responsable de plaques rouges, squameuses, croûteuses et recouvertes de squames argentées", détaille l'Assurance maladie. Elles se manifestent aussi à cause de certaines infections comme les mycoses, ou après un contact direct avec, par exemple, des parasites, comme la gale.

Des causes multiples

Mais une multitude d'autres facteurs sont susceptibles d'expliquer l'apparition de ces démangeaisons qui peuvent, par exemple, être liées à la présence d'un allergène ou d'un irritant dans certains produits du quotidien. C'est notamment le cas de "certains ingrédients que l'on trouve dans les cosmétiques ou produits capillaires, tels que les conservateurs, les parfums, les durcisseurs pour teintures capillaires et vernis à ongles". L'eczéma de contact peut également être causé par le nickel et le cobalt contenus dans certains bijoux, ou par une intolérance au latex. La prise de médicaments, comme l'aspirine, les antibiotiques ou certains antihypertenseurs, peut aussi déclencher des démangeaisons.

Éviction et traitement

Pour résumer, les causes de démangeaisons sont très nombreuses. Pour s'en débarrasser, il convient d'abord d'en déterminer l'origine, avec l'aide du médecin ou du dermatologue. Lorsque c'est possible, en cas d'allergie à un produit irritant que l'on a pu identifier par exemple, une simple éviction du produit en question peut suffire à résoudre le problème. Lorsque la cause du prurit est médicale, "la prise en charge thérapeutique est basée sur le traitement de la maladie sous-jacente", indique la Société française de dermatologie. Un traitement symptomatique y est cependant associé. Il comprend notamment des soins locaux – hygiène douce, émollient quotidien, dermocorticoïdes – et éventuellement un traitement à base d'antihistaminiques à visée sédatrice, lorsque les démangeaisons empêchent le sommeil. Lorsque le prurit est intense et retentit fortement sur la vie quotidienne, "il est parfois nécessaire de recourir à une prise en charge psychologique".

Sources : Société française de dermatologie, Assurance maladie.



Pourquoi ma peau me gratte ?

Une sensation déplaisante qui donne envie de se gratter, c'est ainsi que se manifeste le prurit, symptôme d'une maladie à déterminer.

Le prurit *"est facile à expliquer lorsqu'il est associé à une maladie dermatologique"*, indique la Société française de dermatologie (SFD). Ces affections sont nombreuses. On peut par exemple citer l'eczéma ato-pique, qui touche principalement les nourrissons et les jeunes enfants, l'urticaire et ses plaques rouges en relief ou encore le psoriasis, *"responsable de plaques rouges, squameuses, croûteuses et recouvertes de squames argentées"*, détaille l'Assurance maladie. Elles se manifestent aussi à cause de certaines infections comme les mycoses, ou après un contact direct avec, par exemple, des parasites, comme la gale.

Des causes multiples

Mais une multitude d'autres facteurs sont susceptibles d'expliquer l'apparition de ces démangeaisons qui peuvent, par exemple, être liées à la présence d'un allergène ou d'un irritant dans certains produits du quotidien. C'est notamment le cas de *"certains ingrédients que l'on trouve dans les cosmétiques ou produits capillaires, tels que les conservateurs, les parfums, les durcisseurs pour teintures capillaires et vernis à ongles"*.

L'eczéma de contact peut également être causé par le nickel et le cobalt contenus dans certains bijoux, ou par une intolérance au latex. La prise de médicaments, comme l'aspirine, les antibiotiques ou certains antihypertenseurs, peut

aussi déclencher des démangeaisons.

Eviction et traitement

Pour résumer, les causes de démangeaisons sont très nombreuses. Pour s'en débarrasser, il convient d'abord d'en déterminer l'origine, avec l'aide du médecin ou du dermatologue. Lorsque c'est possible, en cas d'allergie à un produit irritant que l'on a pu identifier par exemple, une simple éviction du produit en question peut suffire à résoudre le problème. Lorsque la cause du prurit est médicale, *"la prise en charge thérapeutique est basée sur le traitement de la maladie sous-jacente"*, indique la Société française de dermatologie. Un traitement symptomatique y est cependant associé. Il comprend notamment des soins locaux – hygiène douce, émollient quotidien, dermocorticoïdes – et éventuellement un traitement à base d'antihistaminiques à visée sédatrice, lorsque les démangeaisons empêchent le sommeil. Lorsque le prurit est intense et retentit fortement sur la vie quotidienne, *"il est parfois nécessaire de recourir à une prise en charge psychologique"*.

■



SANTÉ

Pourquoi ma peau me gratte ?

Une sensation déplaisante qui donne envie de se gratter, c'est ainsi que se manifeste le prurit, symptôme d'une maladie à déterminer.

Le prurit *“est facile à expliquer lorsqu'il est associé à une maladie dermatologique”*, indique la Société française de dermatologie (SFD). Ces affections sont nombreuses. On peut par exemple citer l'eczéma atopique, qui touche principalement les nourrissons et les jeunes enfants, l'urticaire et ses plaques rouges en relief ou encore le psoriasis, *“responsable de plaques rouges, squameuses, croûteuses et recouvertes de squames argentées”*, détaille l'Assurance maladie. Elles se manifestent aussi à cause de certaines infections comme les mycoses, ou après un contact direct avec, par exemple, des parasites, comme la gale.

Des causes multiples

Mais une multitude d'autres facteurs sont susceptibles d'expliquer l'apparition de ces démangeaisons qui peuvent, par exemple, être liées à la présence d'un allergène ou d'un irritant dans certains produits du quotidien. C'est notamment le cas de *“certains ingrédients que l'on trouve dans les cosmétiques ou produits capillaires, tels que les conservateurs, les parfums, les durcisseurs pour teintures capillaires et vernis à ongles”*. L'eczéma de contact peut également être causé par le nickel et le cobalt contenus dans certains bijoux, ou par une intolérance au latex. La prise de médicaments, comme l'aspirine, les antibiotiques ou

certaines antihypertenseurs, peut aussi déclencher des démangeaisons.

Eviction et traitement

Pour résumer, les causes de démangeaisons sont très nombreuses. Pour s'en débarrasser, il convient d'abord d'en déterminer l'origine, avec l'aide du médecin ou du dermatologue. Lorsque c'est possible, en cas d'allergie à un produit irritant que l'on a pu identifier par exemple, une simple éviction du produit en question peut suffire à résoudre le problème. Lorsque la cause du prurit est médicale, *“la prise en charge thérapeutique est basée sur le traitement de la maladie sous-jacente”*, indique la Société française de dermatologie. Un traitement symptomatique y est cependant associé. Il comprend notamment des soins locaux – hygiène douce, émollients quotidiens, dermocorticoïdes – et éventuellement un traitement à base d'antihistaminiques à visée sédatrice, lorsque les démangeaisons empêchent le sommeil. Lorsque le prurit est intense et retentit fortement sur la vie quotidienne, *“il est parfois nécessaire de recourir à une prise en charge psychologique”*.

■



Pourquoi ma peau me gratte ? Santé

Une sensation déplaisante qui donne envie de se gratter, c'est ainsi que se manifeste le prurit, symptôme d'une maladie à déterminer.

Le prurit *« est facile à expliquer lorsqu'il est associé à une maladie dermatologique »*, indique la Société française de dermatologie (SFD).

Ces affections sont nombreuses. On peut par exemple citer l'eczéma atopique, qui touche principalement les nourrissons et les jeunes enfants, l'urticaire et ses plaques rouges en relief ou encore le psoriasis, *« responsable de plaques rouges, squameuses, croûteuses et recouvertes de squames argentées »*, détaille l'Assurance maladie. Elles se manifestent aussi à cause de certaines infections comme les mycoses, ou après un contact direct avec, par exemple, des parasites, comme la gale.

Des causes multiples

Mais une multitude d'autres facteurs sont susceptibles d'expliquer l'apparition de ces démangeaisons qui peuvent, par exemple, être liées à la présence d'un allergène ou d'un irritant dans certains produits du quotidien. C'est notamment le cas de *« certains ingrédients que l'on trouve dans les cosmétiques ou produits capillaires, tels que les conservateurs, les parfums, les durcisseurs pour teintures capillaires et vernis à ongles »*.

L'eczéma de contact peut également être causé par le nickel et le cobalt contenus dans certains bijoux, ou par une intolérance au latex. La prise de médicaments, comme l'aspirine, les antibiotiques ou

certaines antihypertenseurs, peut aussi déclencher des démangeaisons.

Eviction et traitement

Pour résumer, les causes de démangeaisons sont très nombreuses. Pour s'en débarrasser, il convient d'abord d'en déterminer l'origine, avec l'aide du médecin ou du dermatologue. Lorsque c'est possible, en cas d'allergie à un produit irritant que l'on a pu identifier par exemple, une simple éviction du produit en question peut suffire à résoudre le problème.

Lorsque la cause du prurit est médicale, *« la prise en charge thérapeutique est basée sur le traitement de la maladie sous-jacente »*, indique la Société française de dermatologie. Un traitement symptomatique y est cependant associé. Il comprend notamment des soins locaux – hygiène douce, émollient quotidien, dermocorticoïdes – et éventuellement un traitement à base d'antihistaminiques à visée sédatrice, lorsque les démangeaisons empêchent le sommeil. Lorsque le prurit est intense et retentit fortement sur la vie quotidienne, *« il est parfois nécessaire de recourir à une prise en charge psychologique »*. ■

Rencontres 2025 « Parlons Dermatologie » : les partenaires publient aujourd'hui les conclusions de cette initiative (Communiqué)

Doctissimo, Psychologies et Science&Vie ont mobilisé leurs communautés et leur puissance d'engagement pour une rencontre exclusive autour des maladies de peau intitulé « Parlons Dermatologie ».

Cet événement s'est tenu en partenariat avec la Société Française de Dermatologie (SFD), La Fédération Française de Formation Médicale Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie (FFFCEDV), le Syndicat National des Dermatologues Vénéréologues (SNDV), la Fédération Française de la Peau et Sanofi.

Il a réuni experts, patients, associations et institutions autour d'un objectif commun : lever les tabous, prévenir la stigmatisation et promouvoir une prise en charge plus inclusive.

Tous les partenaires publient aujourd'hui les conclusions de cette initiative

Quand la peau parle aussi de souffrance psychique – Le Pr Laurent Misery, la psychologue Céline Le Bivic, Martine Carré (présidente de l'association Vitiligo) et l'influenceuse Julie Bourges ont mis en lumière la stigmatisation persistante autour des maladies dermatologiques visibles. (...)

Réinventer le parcours de soins pour une dermatologie accessible – Le Pr Saskia Oro (SFD), le Dr Marc Reverte (FFFCEDV), le député Cyrille Isaac-Sibille et Stéphanie Merhand, présidente de la Fédération Française de la Peau et fondatrice de l'Association Française de l'Eczéma, ont appelé à une réforme en profondeur (...)

Innover pour mieux soigner – Les dermatologues Pr Tu-Anh Duong, Dr Jilliana Monnier et Dermato Drey (& créatrice de contenu), Marie-Claude Boiteux, Présidente de l'Association Cutis Laxa Internationale ainsi que Dr Luc Sulimovic, président du SNDV, ont présenté des innovations concrètes (...)

Vers une feuille de route commune pour la dermatologie

– « Parlons Dermatologie » a fait émerger une conviction partagée : la peau est un indicateur global de santé physique, mentale et sociale.(...)

Contact presse :

Ségolène de Saint Martin

sdestmartin@p-c-e.fr

Ajouter un commentaire

Pourquoi ma peau me gratte ? Santé

Une sensation déplaisante qui donne envie de se gratter, c'est ainsi que se manifeste le prurit, symptôme d'une maladie à déterminer.

Le prurit « *est facile à expliquer lorsqu'il est associé à une maladie dermatologique* », indique la Société française de dermatologie (SFD). Ces affections sont nombreuses. On peut par exemple citer l'eczéma atopique, qui touche principalement les nourrissons et les jeunes enfants, l'urticaire et ses plaques rouges en relief ou encore le psoriasis, « *responsable de plaques rouges, squameuses, croûteuses et recouvertes de squames argentées* », détaille l'Assurance maladie. Elles se manifestent aussi à cause de certaines infections comme les mycoses, ou après un contact direct avec, par exemple, des parasites, comme la gale.

Des causes multiples

Mais une multitude d'autres facteurs sont susceptibles d'expliquer l'apparition de ces démangeaisons qui peuvent, par exemple, être liées à la présence d'un allergène ou d'un irritant dans certains produits du quotidien. C'est notamment le cas de « *certaines ingrédients que l'on trouve dans les cosmétiques ou produits capillaires, tels que les conservateurs, les parfums, les durcisseurs pour teintures capillaires et vernis à ongles* ». L'eczéma de contact peut également être causé par le nickel et le cobalt contenus dans certains bijoux, ou par une intolérance au latex. La prise de médicaments, comme l'aspirine, les antibiotiques ou

certaines antihypertenseurs, peut aussi déclencher des démangeaisons.

Eviction et traitement

Pour résumer, les causes de démangeaisons sont très nombreuses. Pour s'en débarrasser, il convient d'abord d'en déterminer l'origine, avec l'aide du médecin ou du dermatologue. Lorsque c'est possible, en cas d'allergie à un produit irritant que l'on a pu identifier par exemple, une simple éviction du produit en question peut suffire à résoudre le problème. Lorsque la cause du prurit est médicale, « *la prise en charge thérapeutique est basée sur le traitement de la maladie sous-jacente* », indique la Société française de dermatologie. Un traitement symptomatique y est cependant associé. Il comprend notamment des soins locaux – hygiène douce, émollient quotidien, dermocorticoïdes – et éventuellement un traitement à base d'antihistaminiques à visée sédatrice, lorsque les démangeaisons empêchent le sommeil. Lorsque le prurit est intense et retentit fortement sur la vie quotidienne, « *il est parfois nécessaire de recourir à une prise en charge psychologique* ». ■

Pourquoi ma peau me gratte ? Santé

Une sensation déplaisante qui donne envie de se gratter, c'est ainsi que se manifeste le prurit, symptôme d'une maladie à déterminer.

Le prurit « *est facile à expliquer lorsqu'il est associé à une maladie dermatologique* », indique la Société française de dermatologie (SFD).

Ces affections sont nombreuses. On peut par exemple citer l'eczéma atopique, qui touche principalement les nourrissons et les jeunes enfants, l'urticaire et ses plaques rouges en relief ou encore le psoriasis, « *responsable de plaques rouges, squameuses, croûteuses et recouvertes de squames argentées* », détaille l'Assurance maladie. Elles se manifestent aussi à cause de certaines infections comme les mycoses, ou après un contact direct avec, par exemple, des parasites, comme la gale.

Des causes multiples

Mais une multitude d'autres facteurs sont susceptibles d'expliquer l'apparition de ces démangeaisons qui peuvent, par exemple, être liées à la présence d'un allergène ou d'un irritant dans certains produits du quotidien. C'est notamment le cas de « *certaines ingrédients que l'on trouve dans les cosmétiques ou produits capillaires, tels que les conservateurs, les parfums, les durcisseurs pour teintures capillaires et vernis à ongles* ».

L'eczéma de contact peut également être causé par le nickel et le cobalt contenus dans certains bijoux, ou par une intolérance au latex. La prise de médicaments, comme l'aspirine, les antibiotiques ou

certaines antihypertenseurs, peut aussi déclencher des démangeaisons.

Eviction et traitement

Pour résumer, les causes de démangeaisons sont très nombreuses. Pour s'en débarrasser, il convient d'abord d'en déterminer l'origine, avec l'aide du médecin ou du dermatologue. Lorsque c'est possible, en cas d'allergie à un produit irritant que l'on a pu identifier par exemple, une simple éviction du produit en question peut suffire à résoudre le problème.

Lorsque la cause du prurit est médicale, « *la prise en charge thérapeutique est basée sur le traitement de la maladie sous-jacente* », indique la Société française de dermatologie. Un traitement symptomatique y est cependant associé. Il comprend notamment des soins locaux – hygiène douce, émollient quotidien, dermocorticoïdes – et éventuellement un traitement à base d'antihistaminiques à visée sédatrice, lorsque les démangeaisons empêchent le sommeil. Lorsque le prurit est intense et retentit fortement sur la vie quotidienne, « *il est parfois nécessaire de recourir à une prise en charge psychologique* ». ■



Image mystérieuse n° 511

Une jeune fille de 13 ans consulte pour une altération progressive des ongles des orteils évoluant depuis environ 5 mois. Aucun antécédent de traumatisme, de pathologie dermatologique ou systémique n'est rapporté. L'hygiène est correcte. L'examen montre une dystrophie unguéale avec coloration brun-jaune, un épaissement, friabilité et une hyperkératose sous-unguéale, intéressant principalement les gros orteils, de manière bilatérale.



Une jeune fille de 13 ans consulte pour une altération progressive des ongles des orteils évoluant depuis environ 5 mois. Aucun antécédent de traumatisme, de pathologie dermatologique ou systémique n'est rapporté. L'hygiène est correcte. L'examen montre une dystrophie unguéale avec



coloration brun-jaune, un épaississement, friabilité et une hyperkératose sous-unguéale, intéressant principalement les gros orteils, de manière bilatérale. Généralement associé à des lésions cutanées, ce qui n'est pas le cas ici. L'atteinte est souvent ponctuée (ponctuations en dé à coudre), avec parfois un décollement distal (onycholyse), mais rarement aussi brunâtre et épaissi. Il s'agit d'une onychomycose sous-unguéale distolatérale. Voir explications ci-dessous. Ongles épaissis, décolorés, friables, avec hyperkératose sous-unguéale. La chronicité, l'atteinte bilatérale, l'absence de douleurs ou de prurit et le contexte clinique orientent vers une onychomycose, très fréquente à cet âge, souvent due à *Trichophyton rubrum*. Maladie génétique rare, débutant dès la petite enfance, avec un épaississement massif des ongles et des kératoses palmoplantaires. Ici, le contexte n'est pas évocateur. Cause rare chez l'enfant. L'atteinte unguéale est plus volontiers en stries longitudinales, dépressions et atteinte matricielle, avec parfois chute de l'ongle. Plausible en cas de chaussures inadaptées, mais l'aspect bilatéral, progressif, avec une teinte brunâtre et hyperkératose est trop évocateur d'une infection fongique. OK Bien que plus fréquente chez l'adulte, l'onychomycose pédiatrique est en augmentation, en lien avec le port prolongé de chaussures fermées, les activités sportives et parfois une hygiène inadaptée. Le diagnostic repose sur un prélèvement unguéal avec examen direct et culture. Le traitement associe des antifongiques locaux (verniss à base de ciclopirox ou amorolfine) pour les formes limitées et, en cas d'atteinte étendue ou échec local, des antifongiques oraux (griséofulvine ou terbinafine). La durée du traitement est longue (12 semaines voire plus). Une prise en charge précoce permet d'éviter les séquelles unguéales et la contagion familiale. Pour en savoir plus : Gupta AK, Paquet M. Systemic antifungals to treat onychomycosis in children: a systematic review. *Pediatr Dermatol* 2013;30(3):294-302. Nenoff P, Krüger C, Schaller J, et al. Mycology – an update part 2: dermatomycoses: clinical picture and diagnostics. *J Dtsch Dermatol Ges* 2014;12(9):749-77. Ghannoum MA, Hajjeh RA, Scher R, et al. A large-scale North American study of fungal isolates from nails. *J Am Acad Dermatol* 2000;43(4):641-8. [FM1]L'inversion des deux termes a l'air plus courante, et se retrouve notamment dans des sources partagées par la société française de dermatologie (comme <https://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/onychomycoses-ea897f8482d176d93ec53661dbea2561.pdf>) Par le Dr Fatima Oulhouss, médecine interne, CHP Inezgane, Maroc. Valider mes réponses



Malformations vasculaires cutanées : la génétique change la donne

Les malformations vasculaires sont des anomalies congénitales complexes liées à un défaut de l'angiogénèse, qui se présentent sous la forme de "taches" rouges, gonflements bleutés ou lésion infiltrante, visibles dès la naissance. Elles concernent 0,3 à 0,4% de la population. Elles sont souvent confondues avec d'autres tumeurs vasculaires, en particulier les hémangiomes infantiles. La Société française de Dermatologie (SFD) alerte, au travers d'un communiqué publié le 13 octobre, sur la nécessité de les identifier précisément et précocement. "Ces malformations ne disparaissent pas avec le temps. Elles peuvent s'aggraver et devenir douloureuses, d'où l'importance d'un suivi médical spécialisé dès le plus jeune âge", explique ainsi la Pre Anne Domp Martin, dermatologue au CHU de Caen. Ces malformations peuvent, en effet entraîner douleurs, saignements, ou encore difficultés esthétiques ou fonctionnelles.

Cette prise en charge précoce est d'autant plus importante que de nouveaux traitements issus des progrès de la génétique arrivent. Ils élargissent ceux actuels, essentiellement locaux (sclérothérapie, embolisation, chirurgie), mais qui étaient parfois insuffisants ou inefficaces du fait de la profondeur des lésions. Et les récurrences étaient fréquentes.

Des traitements ciblés

Mais depuis quelques années, les progrès génétiques ont changé la donne. "Des mutations tissulaires similaires à celles retrouvées dans certaines tumeurs ont été identifiées au sein des malformations vasculaires, sans pour autant impliquer de caractère cancéreux", détaille la SFD. Des traitements ciblés issus de l'oncologie sont ainsi en cours d'expérimentation, comme le sirolimus, l'alpelisib ou le trametinib, qui ciblent diverses voies intracellulaires impliquées dans la croissance vasculaire (PIK3/mTOR, RAS/MAPK). Les résultats sont "encourageants, notamment chez les patients souffrant de formes sévères ou résistantes aux traitements classiques". "Ces approches ne guérissent pas encore, mais elles permettent de réduire les symptômes et d'améliorer la qualité de vie", précise le Pr Domp Martin.

Dans ce contexte, le diagnostic précoce est fondamental. Et il repose, en particulier, dorénavant sur la biopsie et l'analyse génétique de la malformation. La SFD insiste donc sur la nécessaire "collaboration interdisciplinaire étroite" entre dermatologues, radiologues, chirurgiens, pédiatres et généticiens. "Une consultation dans un centre expert est fortement recommandée."

La SFD appelle aussi à une meilleure information du public, mais aussi des professionnels de santé et des enseignants "pour améliorer le repérage et le parcours de soins".

Références :

D'après un communiqué de la Société française de Dermatologie (13 octobre).



Dermatite, acné, psoriasis... Les avancées majeures présentées au congrès européen de dermatologie

Lors de son congrès 2025, qui s'est tenu du 17 au 20 septembre à Paris, l'European Academy of dermatology and venereology (EADV) a mis l'accent sur les avancées dans la prise en charge de la dermatite atopique et du psoriasis, et sur les découvertes dans le fonctionnement du microbiome cutané. Le point avec la Pre Marie-Aleth Richard (Marseille), présidente élue de l'EADV pour 2026, et le Dr Georges Reuter (Strasbourg), vice-président du Syndicat national des dermatologues-vénéréologues (SNDV).

Lors de son congrès 2025, qui s'est tenu du 17 au 20 septembre à Paris, l'European Academy of dermatology and venereology (EADV) a mis l'accent sur les avancées dans la prise en charge de la dermatite atopique et du psoriasis, et sur les découvertes dans le fonctionnement du microbiome cutané. Le point avec la Pre Marie-Aleth Richard (Marseille), présidente élue de l'EADV pour 2026, et le Dr Georges Reuter (Strasbourg), vice-président du Syndicat national des dermatologues-vénéréologues (SNDV). Egora : Quel bilan tirez-vous du congrès 2025 de l'EADV ?

Pre Marie-Aleth Richard : Le congrès a accueilli 20 000 congressistes et 700 orateurs de l'Europe et au-delà. C'est remarquable. 4 000 abstracts ont été soumis et tous les domaines de la dermatologie ont été abordés : dermatite atopique, psoriasis, maladie de Verneuil, vitiligo, pelade...

Nous notons de nombreuses avancées dans les traitements, avec la mise à disposition de plus en plus de médicaments topiques et de nouvelles molécules dans les maladies inflammatoires de la peau, pour lesquelles les inhibiteurs de JAK (JAKi) deviennent, avec les biothérapies, les chefs de file des traitements systémiques. L'idée est d'arriver à des traitements curatifs via la modification des cellules effectrices immunitaires. Si l'on traite tôt la dermatite atopique ou le psoriasis, on pourra peut-être arriver à empêcher le cours naturel de la maladie, qui va vers des récives.

La question maintenant est de savoir comment positionner ces molécules les unes par rapport aux autres. En effet, elles ont été peu comparées entre elles et les voies cytokiniques sont différentes. Il se pose également la question de la tolérance à moyen terme, chaque molécule ayant des effets indésirables spécifiques avec lesquels le patient doit apprendre à vivre.

Des progrès ont été réalisés dans la prise en charge de la dermatite atopique, avec la parution de premières recommandations françaises et la mise à disposition de nouveaux traitements...

M.-A. R. : Après les médicaments topiques (delgocitinib, également utilisé dans l'eczéma des mains) et les JAKi, le développement des traitements biologiques anti-interleukine (IL)-4 puis anti-IL-13, les anti-IL-31 ne va pas tarder à arriver.

Les recommandations françaises sur la dermatite atopique viennent en parallèle des recommandations sur le psoriasis. Le Conseil national professionnel de dermatologie et vénéréologie a sollicité la Haute Autorité de santé afin de lever des paradoxes et des situations ambiguës : par exemple, dans la dermatite atopique, les JAK-i et la ciclosporine ne peuvent être prescrits qu'à l'hôpital. Un vrai travail doit être fait en termes d'homogénéisation pour l'accès aux



molécules en fonction des indications et des autorisations de mise sur le marché, afin d'avoir plus de cohérence dans les parcours de soins.

Des avancées sont également enregistrées dans le traitement du psoriasis...

M.-A. R. : Avec les anti-IL-23, la mise en place d'un traitement précoce chez certains patients permet de passer d'un rythme d'injection tous les deux-trois mois à une ou deux injections par an, car il n'y a pas de récurrence entre les administrations. Alors que tous les patients n'acceptent pas le principe de l'injection, des biothérapies par voie orale sont en cours de développement, avec une très bonne réponse dans plusieurs sous-populations, comme les adolescents.

Dr Georges Reuter : Dans la dermatite atopique et le psoriasis, maladies du substrat génétique ou de l'environnement, le traitement doit être pris en théorie à vie. Des études plus poussées montrent que le profil génétique diffère selon le patient. On se dirige donc vers une médecine personnalisée, avec la possibilité de diminuer ou d'arrêter le traitement en fonction du profil de chacun (répondeur, non-répondeur).

Des recherches portent sur la composition, le fonctionnement du microbiome cutané et son rôle dans le développement de l'acné notamment...

M.-A. R. : Dans ce domaine, il y a des messages intéressants et forts. Le microbiote cutané est étudié pour toutes les maladies. Dans l'acné, la responsabilité de *Cutibacterium acnes* a été confirmée sur un scénario spécifique. C'est une bactérie commensale de la peau qui contrôle le pH et intervient dans la production des céramides de l'épiderme. Dans certaines circonstances, elle devient pathogène parce qu'elle subit une conversion par des phages. Il y a ainsi dans l'acné une sélection d'espèces particulières qui deviennent virulentes, sécrètent des cytokines et deviennent pro-inflammatoires. Le microbiote peut donc constituer une cible thérapeutique. Certaines stratégies pourraient permettre de le rééquilibrer : topiques, vaccination... Il y a un grand intérêt de la recherche à cibler un rééquilibrage du microbiote cutané.

En attendant le déploiement de ces nouvelles stratégies, quelles sont les actualités dans le traitement de l'acné ?

M.-A. R. : L'acné sévère engendre des cicatrices difficiles à traiter, nécessitant un traitement lourd. La sévérité de l'inflammation entraîne la destruction de cellules souches de la peau, ce qui empêche une cicatrisation de qualité. D'où un besoin de médecine régénérative. Il existe des formes frontalières d'acné, comme la maladie de Verneuil, qui est une pathologie multifactorielle, complexe, effrayante à gérer par le patient et par le médecin et pour laquelle nous n'avons pas la qualité de prise en charge du psoriasis ou de la dermatite atopique. Les nouvelles recommandations doivent permettre un accès plus facile et plus rapide aux biothérapies spécifiques. De nombreuses molécules sont en cours de développement, des biothérapies comme les anti-TNF.

Y a-t-il des découvertes dans le domaine des cancers cutanés ?

G. R. : Le traitement du mélanome à un stade précoce passe avant tout par la chirurgie. Un essai de phase III étudie l'intérêt d'un traitement néoadjuvant à l'immunothérapie ou à la chimiothérapie par inhibiteur de checkpoint avant la recherche du ganglion sentinelle. Le traitement néoadjuvant a deux effets : il diminue la masse tumorale (quand le patient est répondeur) et stimule davantage



l'immunité antitumorale. Si cette approche se généralise, il faudra déroger à la règle de ne pas réaliser de biopsie partielle du mélanome...

Désormais, il y a une liaison entre imagerie cutanée et intelligence artificielle dans la surveillance des patients à haut risque de cancer. On peut réaliser une imagerie 3D du corps entier et comparer les images à des temps différents pour voir l'apparition ou l'extension de lésions.

Quelles sont les actualités dans le domaine de la vénéréologie ?

M.-A. R. : Il y a une problématique de résurgence du VIH et de la syphilis dans des populations à risque particulier, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

On essaie d'ouvrir la vaccination contre le HPV aux personnes âgées et aux populations à risque car c'est une fenêtre d'opportunité. Il existe également une stratégie PrEP (prophylaxie préexposition) pour les infections sexuellement transmissibles au-delà du VIH.

Moins de 3 000 dermatologues sont en activité aujourd'hui, et 20 à 30% des professionnels partant à la retraite d'ici à 2030 ne seront pas remplacés, selon la Société française de dermatologie et de pathologie sexuellement transmissible. Celle-ci a publié cette année un livre blanc appelant notamment à renforcer la formation des médecins généralistes à la dermatologie courante. Quel pourrait être leur rôle ?

G. R. : Le médecin généraliste voit le patient et, quand il soupçonne une maladie grave, l'adresse au dermatologue. Il doit reconnaître les tumeurs bénignes pour lesquelles le traitement n'est pas urgent ni utile et n'est qu'une question de confort. Un tri des patients peut être réalisé via la télé-expertise.

Or, aujourd'hui, on assiste à des dérives : interprétation d'imagerie par l'intelligence artificielle en liaison directe avec un patient (via un smartphone) ou par un médecin non compétent pour cette analyse, ce qui entraîne des faux positifs et des faux négatifs. Les parcours doivent être structurés : en région, des équipes de soins spécialisés mettent en réseau les médecins généralistes et les médecins spécialistes, avec le soutien de l'agence régionale de santé.

M.-A. R. : Un adulte sur trois a besoin d'une consultation dermatologique tous les ans, et un motif de consultation du médecin généraliste sur quatre concerne aussi un problème dermatologique. Il faut former au bon usage. Le médecin généraliste doit orienter le bon patient vers le dermatologue pour des cancers cutanés, des maladies inflammatoires chroniques, des plaies chroniques complexes. Et non pour des problèmes tels que des lésions bénignes fréquentes, kératoses séborrhéiques... qu'il est capable d'identifier.

Le Dr Reuter déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles (Formation) pour Galderma et Bioderma.

La Pre Richard n'a pas transmis ses liens d'intérêt.

Références :

D'après les interviews de :



Pre Marie-Aleth Richard, chef du service de dermato-oncologie, dermatologie générale et vénéréologie à l'hôpital de la Timone (Marseille), ex-présidente de la Société française de dermatologie et de pathologie sexuellement transmissible (SFD), présidente élue de l'EADV pour 2026

Dr Georges Reuter, dermatologue-vénéréologue à Strasbourg, vice-président du Syndicat national des dermatologues-vénéréologues (SNDV)



Téléconsultation Tout ce qui change pour les patients

En plein essor depuis la crise du covid, les téléconsultations sont de plus en plus encadrées. Arrêts maladie à distance, choix des plateformes de rendez-vous, télécabines connectées : le point sur les dernières avancées.

Les téléconsultations continuent de séduire les Français, avec 14 millions réalisées en 2024. Parmi elles, 40 % ont été effectuées via des plateformes, 40 % par des médecins généralistes libéraux, 15 % par des spécialistes libéraux, 3 % par des centres de santé et 2 % par des sages-femmes libérales, selon les chiffres de l'assurance maladie. Les règles de remboursement, revues en 2022, sont maintenues depuis : la prise en charge est de 70 % par la Sécurité sociale et 30 % par la mutuelle, si le médecin traitant est consulté en premier. Quelques exceptions : il est possible de consulter un gynécologue, un ophtalmologue ou un psychiatre en direct, sans pénalités financières. Et pour les personnes sans médecin traitant (et qui ont déclaré leur situation), la téléconsultation sera quand même remboursée. En revanche, d'autres modalités ont évolué. Le point.

La fin des arrêts maladie longue durée

Depuis le 1^{er} janvier 2024, un arrêt de travail délivré en téléconsultation ne peut plus dépasser 3 jours (non indemnisés). Après quoi les renouvellements sont réservés aux consultations physiques ou réalisées par le médecin traitant. Cette décision de la Caisse nationale d'assurance maladie fait suite à une importante fraude aux arrêts de travail ces dernières années. Le principe de ces arnaques ? Des sites frauduleux proposaient des arrêts maladie de façon explicite au grand public, avec des formules du type « votre arrêt maladie en 4 minutes pour 21 € seulement », en ne faisant que remplir un formulaire, envoyé à l'assuré, et la CNAM se retrouvait à verser des indemnités non justifiées. Toujours pour limiter ces faux, un nouveau formulaire Cerfa sécurisé est devenu obligatoire en juillet dernier. Les anciens formulaires ne sont plus pris en compte par l'assurance maladie depuis le mois de septembre. L'alerte à la fraude reste néanmoins d'actualité car tous les sites dans le viseur n'ont pas encore été fermés.

Le ménage est en cours parmi les plateformes

Qare, Livi, etc. Comment s'y retrouver parmi toutes les plateformes de téléconsultation proposées et savoir lesquelles sont sérieuses et reconnues ? Comment savoir si les tarifs pratiqués sont conformes ? Pour faire le ménage, une procédure d'agrément a été mise en place par l'assurance maladie en mars 2024, afin de « répondre aux besoins de la population, améliorer l'encadrement de leur offre et de favoriser son déploiement dans un cadre éthique, en cohérence avec les prises en charge existantes ». Pour le moment, seules 7 d'entre elles ont reçu un agrément du ministère de la Santé, ce sont celles à privilégier :

Medadom

Tessan

Qare

Medaviz

MedecinDirect

Livi

EOS Care

Des télécabines de plus en plus perfectionnées

Plus de 3 500 télécabines , installées principalement dans les pharmacies, permettent désormais de surveiller de nombreux paramètres vitaux à distance car elles sont équipées en matériel connecté : thermomètre, tensiomètre, stéthoscope, otoscope, dermatoscope, oxymètre, etc. Cette télésurveillance est d'ailleurs généralisée et remboursée depuis juillet 2022 dans le diabète , l'insuffisance rénale, respiratoire ou cardiaque, et en cas de prothèse cardiaque.

Depuis l'été 2025, 1 300 pharmacies sont notamment équipées en dermatoscope, un dispositif médical consistant en plusieurs loupes grossissantes, qui permet au médecin généraliste ou au dermatologue de visualiser d'éventuelles lésions sur la peau de son patient, à distance. Grains de beauté à surveiller pour éliminer tout risque de mélanome, mais aussi suivi d'eczéma, d'acné ou de psoriasis, de nombreuses pathologies dermatologiques pourraient bénéficier d'un suivi plus rapproché. Une avancée qui doit néanmoins être encadrée de près et intégrée dans un réseau territorial de dermatologues, comme le rappelait la Société Française de dermatologie en juillet dernier

L'essor du télésoin

Le saviez-vous ? En plus des médecins généralistes et spécialistes, on peut aussi téléconsulter d'autres professionnels de santé et cela s'appelle du « télésoin ». On peut ainsi prendre rendez-vous avec 18 corps de métiers différents, parmi lesquels les audioprothésistes, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens-lunetiers, orthophonistes, pédicures-podologues, pharmaciens ou encore psychomotriciens. En 2024, 281 320 actes de télésoin ont ainsi été réalisés, dont 62 % par des orthophonistes et 36 % par des infirmières. Beaucoup moins fréquent que la téléconsultation pour le moment, mais en plein développement.

SC

Sophie Cousin

cnop

Gare au dermatoscope !

L'association France Asso Cancer et Peau a alerté l'Ordre national des pharmaciens quant à l'utilisation, dans près de 500 pharmacies en France, d'un dispositif médical de dépistage cutané reposant sur un dermatoscope couplé à une application d'intelligence artificielle (IA) et à un service de téléexpertise dermatologique. En effet, l'association met en avant des signalements de patients qui auraient été faussement rassurés par les résultats obtenus, provoquant de ce fait des retards de diagnostic et de prise en charge de cancers cutanés. En réaction, l'Ordre a saisi le 22 août dernier la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour investigation. Il rejoint l'appel lancé en juillet dernier par la Société française de dermatologie (SFD) pour un encadrement strict et immédiat du recours à l'intelligence artificielle en dermatologie. ■



© ADDBESTOCK / PIXEL-SHOT

Réseaux sociaux, IA non contrôlée : la SFD tire la sonnette d'alarme

Il y a seulement 2 950 dermatologues en France aujourd'hui (soit 1 000 de moins qu'il y a quinze ans). Un tiers d'entre eux seront à la retraite dans les années qui viennent. Ils ne pourront pas être remplacés car les étudiants qui se forment actuellement sont en nombre insuffisant, et il faut attendre dix ans leur arrivée. Le creux de la vague n'a donc pas encore été atteint. « La pénurie en dermatologues touche toute la France, y compris l'Île-de-France (notamment la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis).



Face aux challenges aussi stupides que dangereux lancés sur les réseaux sociaux et aux promesses de dépistage des cancers cutanés basées sur la seule intelligence artificielle (IA), sans aucun contrôle médical, la Société française de dermatologie (SFD) souhaite remettre de l'ordre. Cela passe entre autres par une coopération entre médecins généralistes et dermatologues.

La Société française de dermatologie veut créer un label « information médicale vérifiée »

Il y a seulement 2 950 dermatologues en France aujourd'hui (soit 1 000 de moins qu'il y a quinze ans). Un tiers d'entre eux seront à la retraite dans les années qui viennent. Ils ne pourront pas être remplacés car les étudiants qui se forment actuellement sont en nombre insuffisant, et il faut attendre dix ans leur arrivée. Le creux de la vague n'a donc pas encore été atteint. « La pénurie en dermatologues touche toute la France, y compris l'Île-de-France (notamment la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis). Certains départements comme la Nièvre, la Creuse ou l'Indre, par exemple, ne comptent même pas un dermatologue en activité. On peut donc parler de sinistrose globale et cela laisse la porte ouverte à tout et n'importe quoi », déplore la Pr Saskia Oro (CHU Henri-Mondor, Créteil, AP-HP), présidente de la Société française de dermatologie.

En attendant une éclaircie, les réseaux collaboratifs avec des équipes de soins spécialisées en dermatologie ont toute leur place dans ces déserts médicaux. Mais en parallèle, d'autres mesures



s'imposent.

Des fake news en cascade

La peau est particulièrement ciblée par les réseaux sociaux ; le dernier défi à la mode, consistant à prendre exprès des coups de soleil pour faire apparaître des marques, s'avère particulièrement dangereux. « On y recense aussi pléthore de messages sans aucun fondement scientifique qui trouvent un écho favorable auprès d'une population jeune et influençable : par exemple, le psoriasis serait contagieux, le manque d'hygiène favoriserait l'acné, les taches brunes sont toutes des cancers de la peau, les cosmétiques maison à base d'huiles essentielles sont les mieux tolérés, on peut tout traiter avec des injections, etc., ce qui est évidemment faux, dénonce la Pr Oro. Une étude réalisée au Brésil* a montré que 65 % des contenus partagés sur les réseaux sociaux et qui concernent la peau sont erronés ou prêtent à confusion. Toutes les affections dermatologiques sont concernées, y compris les cancers de la peau. »

Pour endiguer ce phénomène inquiétant, la SFD souhaite le lancement d'une veille nationale de la désinformation et la création d'un label « information médicale vérifiée » pour les contenus diffusés sur les réseaux sociaux. Le site grand public de la SFD – www.dermato-info.fr – est aussi en train de faire peau neuve afin de proposer une plateforme validée d'informations.

En milieu scolaire et universitaire, les associations de patients, regroupées au sein de la Fédération française de la peau (www.francepeau.com), s'associent aux dermatologues pour sensibiliser les jeunes à l'autosurveillance et l'auto-dépistage des cancers cutanés, les éduquer à la santé dermatologique. Ils réalisent ainsi un travail fort utile qu'il convient d'encourager.

Quid des cabines de dépistage ?

Pour pallier la pénurie de médecins, les cabines de dépistage se sont multipliées ces dernières années. Le dépistage des cancers cutanés y est proposé, mais avec quel outil, et qui derrière pour analyser les images ? L'information fait défaut, de même que les parcours de soins, qui n'y sont pas proposés en cas de problème. « Les solutions numériques doivent être intégrées dans un réseau territorial impliquant des dermatologues. Cela demande d'encadrer les plateformes de télé-expertise et d'IA par des règles claires et uniformisées, de former les professionnels à cet usage et... de former plus de dermatologues, car il en faudrait 125 à 130 nouveaux chaque année. On est loin du compte : 102 sont attendus pour l'an prochain. Il faut aussi renforcer la lisibilité des parcours patients » , insiste la Pr Oro.

Les solutions numériques doivent être intégrées dans un réseau territorial impliquant des dermatologues

Pr Saskia Oro

Lorsque c'est possible, il est aussi préférable que le patient montre sa peau au médecin généraliste plutôt qu'à une cabine, car c'est bien le médecin traitant qui est le premier maillon de la chaîne. « Tout le monde n'a pas besoin de voir le dermatologue une fois par an. Il faut axer le dépistage des cancers cutanés sur la population à risque », insiste la Pr Oro. La SFD propose des formations à l'intention des généralistes, via des diplômes universitaires ou des webinaires, notamment sur les pathologies courantes qu'ils vont forcément rencontrer (cancers cutanés, maladies inflammatoires,



réactions cutanées aux médicaments, infections courantes). « Le juste soin dermatologique repose sur un raisonnement clinique, un parcours coordonné et un usage raisonné de la technologie » résume-t-elle.

Entretien avec la Pr Saskia Oro, présidente de la SFD (CHU Henri-Mondor, Créteil, AP-HP)

* Silva H . Trends in Medical Research. 2024(19)285

Dr Nathalie Szapiro



Réseaux sociaux, IA non contrôlée : la SFD tire la sonnette d'alarme

Face aux challenges aussi stupides que dangereux lancés sur les réseaux sociaux et aux promesses de dépistage des cancers cutanés basées sur la seule intelligence artificielle (IA) sans aucun contrôle médical, la Société française de dermatologie (SFD) souhaite remettre de l'ordre. Cela passe entre autres par une coopération entre médecins généralistes et dermatologues.

Il y a seulement 2 950 dermatologues en France aujourd'hui (soit 1 000 de moins qu'il y a quinze ans). Un tiers d'entre eux seront à la retraite dans les années qui viennent. Ils ne pourront pas être remplacés car les étudiants qui se forment actuellement sont en nombre insuffisant, et il faut attendre dix ans leur arrivée. Le creux de la vague n'a donc pas encore été atteint. « La pénurie en dermatologues touche toute la France, y compris l'Île-de-France (notamment la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis). Certains départements comme la Nièvre, la Creuse ou l'Indre, par exemple, ne comptent même pas un dermatologue en activité. On peut donc parler de sinistrose globale et cela laisse la porte ouverte à tout et n'importe quoi », déplore la Pr Saskia Oro (CHU Henri-Mondor, Créteil, AP-HP), présidente de la Société française de dermatologie. En attendant une éclaircie, les réseaux collaboratifs avec des équipes de soins spécialisées en dermatologie ont toute leur place dans ces déserts médicaux. Mais en parallèle, d'autres mesures s'imposent.

Les associations de patients s'associent aux spécialistes pour sensibiliser les jeunes à l'autosurveillance et l'auto-dépistage

Des fake news en cascade

La peau est particulièrement ciblée par les réseaux sociaux ; le dernier défi à la mode, consistant à prendre exprès des coups de soleil pour faire apparaître des marques, s'avère particulièrement dangereux. « On



y recense aussi pléthore de messages sans aucun fondement scientifique qui trouvent un écho favorable auprès d'une population jeune et influençable : par exemple, le psoriasis serait contagieux, le manque d'hygiène favoriserait l'acné, les taches brunes sont toutes des cancers de la peau, les cosmétiques maison à base d'huiles essentielles sont les mieux tolérés, on peut tout traiter avec des injections, etc., ce qui est évidemment faux, dénonce la Pr Oro. Une étude réalisée au Brésil* a montré que 65 % des contenus partagés sur les réseaux sociaux et qui concernent la peau sont erronés ou prêtent à confusion. Toutes les affections dermatologiques sont concernées, y compris les cancers de la peau. »

Pour endiguer ce phénomène inquiétant, la SFD souhaite le lancement d'une veille nationale de la désinformation et la création d'un label « information médicale vérifiée » pour les contenus diffusés sur les réseaux sociaux. Le site grand public de la SFD - www.dermato-info.fr - est aussi en train de faire peau neuve afin de proposer une plateforme validée d'informations. En milieu scolaire et universitaire, les associations de patients, regroupées au sein de la Fédération française de la peau (www.francepeau.com), s'associent aux dermatologues pour sensibiliser les jeunes à l'autosurveillance et l'auto-dépistage des cancers cutanés, les éduquer à la santé dermatologique. Ils réalisent ainsi un travail fort utile qu'il convient d'encourager.

Quid des cabines de dépistage ?

Pour pallier la pénurie de médecins, les cabines de dépistage se sont multipliées ces dernières années. Le dépistage des cancers cutanés y est proposé, mais avec quel outil, et qui derrière pour analyser les images ? L'information fait défaut, de même que les parcours de soins, qui n'y sont pas proposés en cas de problème. « Les solutions numériques doivent être intégrées dans un réseau territorial impliquant des dermatologues. Cela demande d'encadrer les plateformes de télé-expertise et d'IA par des règles claires et uniformisées, de former les professionnels à cet usage et... de former plus de dermatologues, car il en faudrait 125 à 130 nouveaux chaque année. On est loin du compte : 102 sont attendus pour l'an prochain. Il faut aussi renforcer la lisibilité des parcours patients », insiste la Pr Oro.

Lorsque c'est possible, il est aussi préférable que le patient montre sa peau au médecin généraliste plutôt qu'à une cabine, car c'est bien le médecin traitant le premier maillon de la chaîne. « Tout le monde n'a pas besoin de voir le dermatologue une fois par an. Il faut axer le

dépistage des cancers cutanés sur la population à risque », insiste la Pr Oro. La SFD propose des formations à l'intention des généralistes, via des diplômes universitaires ou des webinaires, notamment sur les pathologies courantes qu'ils vont forcément rencontrer (cancers cutanés, maladies inflammatoires, réactions cutanées aux médicaments ou encore infections courantes). « Le juste soin dermatologique repose sur un raisonnement clinique, un parcours coordonné et un usage raisonné de la technologie », résume-t-elle.

Dr Nathalie Szapiro

Entretien avec la Pr Saskia Oro (Créteil)

*Silva H. Trends in Medical Research. 2024(19)285





SkinMed défend son modèle face aux alertes sur les IA de dépistage des cancers cutanés

En juillet dernier, la Société de française de dermatologie (SFD) alertait sur "les dérives de l'IA dans les dépistages cutanés", pointant notamment des actes "proposés dans des contextes non médicaux". Elle était suivie par la fédération d'associations de patients France Assos Santé, qui s'inquiétait des "services de télé-expertise dermatologique" proposés dans des pharmacies, avec des dermatoscopes "connectés et dopés à l'IA [qui] assurent des diagnostics plus rapides pour les cancers de la peau", craignant en particulier des patients "faussement rassurés".

La semaine dernière, l'Ordre national des pharmaciens a, à son tour, diffusé une "alerte" sur son site internet pour attirer "l'attention" de ses membres sur "les conditions de réalisation" de ce dépistage et la conformité des dispositifs médicaux éventuellement utilisés à cette fin, notamment en cas de recours à des logiciels.

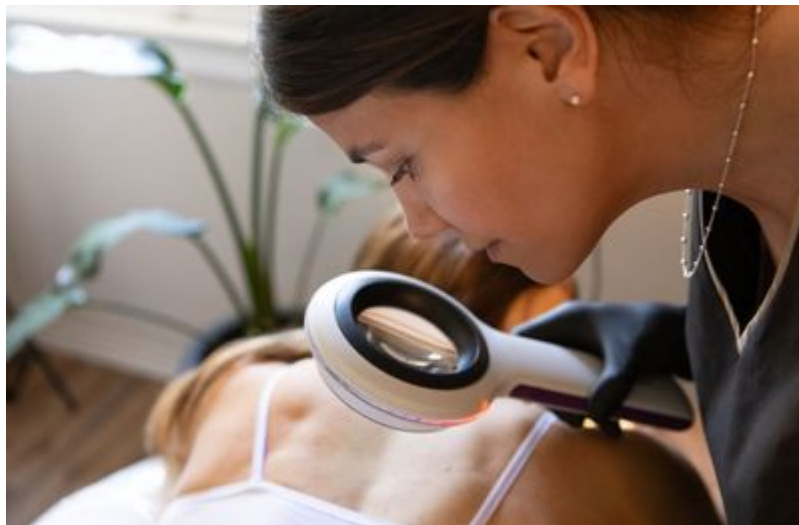
Aucun produit ou société en particulier n'est désigné dans ces avertissements, note-t-on. Mais l'ordre dit avoir été alerté en particulier sur l'utilisation d'un dispositif médical de dépistage cutané "dans près de 500 officines en France".

"Leader" sur ce marché, SkinMed, comme le confirme auprès...



Dermatologue : pourquoi est-il si difficile de trouver un rendez-vous ?

Alors que décrocher un rendez-vous chez le dermatologue relève du parcours de combattant, certaines initiatives proposent des solutions pour lutter contre cette pénurie de dermatologue.



Gel-crème Sebium Karato +, Bioderma

13,90€ les 30 ml

Ce nouveau gel-crème permet de matifier le teint en plus d'hydrater la peau. Son plus ? Il prévient l'apparition des nouvelles imperfections grâce à son brevet Fluidactiv.

Soin correcteur, Normaderm, Vichy

15,60€ les 50 ml

Cette crème de jour hydratante et matifiante permet de corriger les imperfections comme les pores dilatés ou encore les marques résiduelles. La peau est plus nette et plus éclatante. À utiliser tous les jours.

Blackhead Solutions, Clinique

35€ les 20 ml

Ce soin a pour but de cibler les pores bouchés afin de désincruster les impuretés et l'excès de sébum sans porter atteinte à l'épiderme. On aime sa formule auto-chauffante qui s'active au contact de l'eau et permet d'ouvrir les pores en douceur.

Gel Moussant purifiant, Phys-AC, A-Derma



13€ les 400 ml

Ce gel à la texture qui mousse au contact de l'eau permet de nettoyer les peaux fragiles à tendance acnéiques ainsi de les rééquilibrer. On aime sa formule composée à 86% d'ingrédients d'origine naturelle. À rincer après utilisation (même si non comédogène).

Lotion exfoliante, Skin Perfecting 2% BHA, Paula's Choice

36€ les 118 ml

Cette lotion exfoliante aide à retrouver une peau sans défaut. On aime sa texture douce et légère ainsi que sa formule à base de BHA qui permet de réguler l'excès de sébum et contribue à réduire les points noirs, les taches et les rougeurs.

Sérum Botanique Purifiant anti-imperfections, Saeve

31,90€ les 30 ml

Ultra-concentré, ce sérum botanique – bestseller de la marque – promet de combattre les imperfections, réguler la sécrétion de sébum, désincruster les pores et retexturiser la peau par son action peeling doux.

Hydratant apaisant, Effaclar H, La Roche Posay

12,50€ les 50 ml

Cet hydratant permet d'apaiser les peaux grasses ou fragilisées par les traitements desséchants. On aime sa nouvelle formule au fini non gras et non collant.

Stick Gommant, Payot

22€ les 25gr

Ce soin en format stick à la texture crème onctueuse (oui, étonnant) permet d'exfolier et de purifier les peaux grasses à imperfections grâce à sa formule enrichie en graines de chanvre, zinc et menthe du chili.

Masque SOS Pure, Clarins

40€ les 75 ml

Ce soin à l'argile destiné aux peaux mixtes à grasses est un masque pour le visage purifiant à la texture crème absorbante et surtout non-desséchante pour la peau. A appliquer en couche fine sur le visage, laisser poser 10 minutes et rincer à l'eau.

Phyto Hydra Teint, Sisley

89€



Ce soin teinté 3 en 1 permet d'hydrater, de protéger et de lisser le grain de peau. À appliquer avec parcimonie et légèreté pour camoufler les imperfections.

Alors que décrocher un rendez-vous chez le dermatologue relève du parcours de combattant, certaines initiatives proposent des solutions pour lutter contre cette pénurie de dermatologue.

Pas de rendez-vous avant six mois, parfois plus. Un grain de beauté qui inquiète, une acné qui s'aggrave, une poussée d'eczéma qui s'installe... Et pourtant, impossible de consulter un dermatologue sans un délai à rallonge. Selon une étude Ifop pour Sanofi, publiée en 2023, près de 46 % des personnes interrogées ont déjà renoncé à consulter face à la difficulté d'obtenir un rendez-vous.

Un phénomène inquiétant qui s'explique par plusieurs facteurs. Interrogée par Brut, Gaëlle Quéreux, présidente de la Société française de dermatologie, explique : « En dix ans, on a perdu environ 1 000 dermatologues en France. Chaque année, 250 à 300 spécialistes arrêtent leur activité, pour seulement 100 nouveaux internes formés. » En cause, notamment, le numerus clausus mis en place dans les années 1970 : un système qui fixait un quota très restreint d'étudiants autorisés à poursuivre en deuxième année de médecine.

Résultat : pendant des décennies, trop peu de médecins ont été formés. Aujourd'hui, la profession en paie le prix, avec des départs massifs à la retraite et un manque cruel de remplaçants. En 2023, une tribune publiée dans Le Monde allait jusqu'à souligner que la dermatologie était « la pire spécialité pour obtenir un rendez-vous ».

10 soins anti-acné pour une peau parfaite

Pénurie de dermatologues : quelles solutions ?

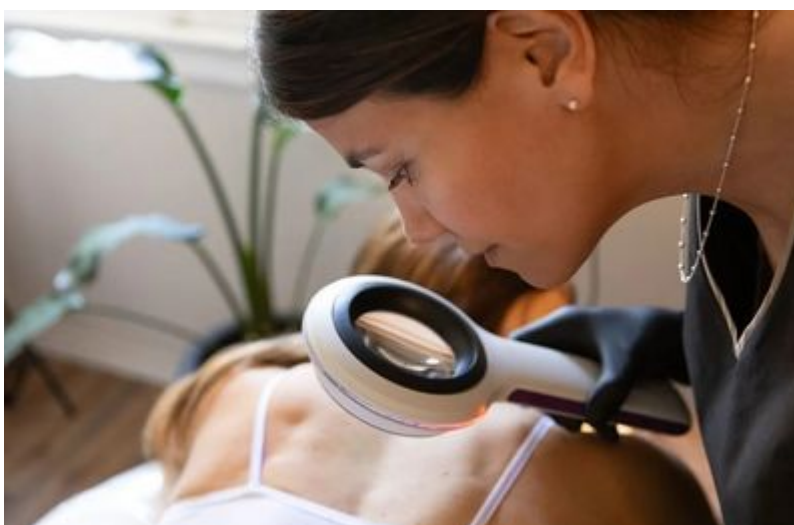
Face à ce vide, les dermatologues recommandent de consulter d'abord son médecin généraliste, capable de prendre charge certaines pathologies comme l'acné et prescrire les soins nécessaires. De quoi contribuer à réduire la saturation des rendez-vous.

Mais d'autres initiatives apparaissent aussi. C'est le cas notamment de Mixa, qui relance pour la deuxième année consécutive sa tournée « Zones Sensibles » : un pop-up itinérant qui propose des diagnostics de peau gratuits, des conseils d'experts dermo-cosmétiques et la découverte de soins accessibles. Du 14 octobre jusqu'au 1 novembre 2025, Mixa installera son espace sur les parkings de grandes surfaces partout en France.



Dermatologue : pourquoi est-il si difficile de trouver un rendez-vous ?

Alors que décrocher un rendez-vous chez le dermatologue relève du parcours de combattant, certaines initiatives proposent des solutions pour lutter contre cette pénurie de dermatologue.



Pas de rendez-vous avant six mois, parfois plus. Un grain de beauté qui inquiète, une acné qui s'aggrave, une poussée d'eczéma qui s'installe... Et pourtant, impossible de consulter un dermatologue sans un délai à rallonge. Selon une étude Ifop pour Sanofi, publiée en 2023, près de 46 % des personnes interrogées ont déjà renoncé à consulter face à la difficulté d'obtenir un rendez-vous.

Un phénomène inquiétant qui s'explique par plusieurs facteurs. Interrogée par Brut, Gaëlle Quéreux, présidente de la Société française de dermatologie, explique : « En dix ans, on a perdu environ 1 000 dermatologues en France. Chaque année, 250 à 300 spécialistes arrêtent leur activité, pour seulement 100 nouveaux internes formés. » En cause, notamment, le numerus clausus mis en place dans les années 1970 : un système qui fixait un quota très restreint d'étudiants autorisés à poursuivre en deuxième année de médecine.

Résultat : pendant des décennies, trop peu de médecins ont été formés. Aujourd'hui, la profession en paie le prix, avec des départs massifs à la retraite et un manque cruel de remplaçants. En 2023, une tribune publiée dans Le Monde allait jusqu'à souligner que la dermatologie était « la pire spécialité pour obtenir un rendez-vous ».

Face à ce vide, les dermatologues recommandent de consulter d'abord son médecin généraliste, capable de prendre charge certaines pathologies comme l'acné et prescrire les soins nécessaires. De quoi contribuer à réduire la saturation des rendez-vous.



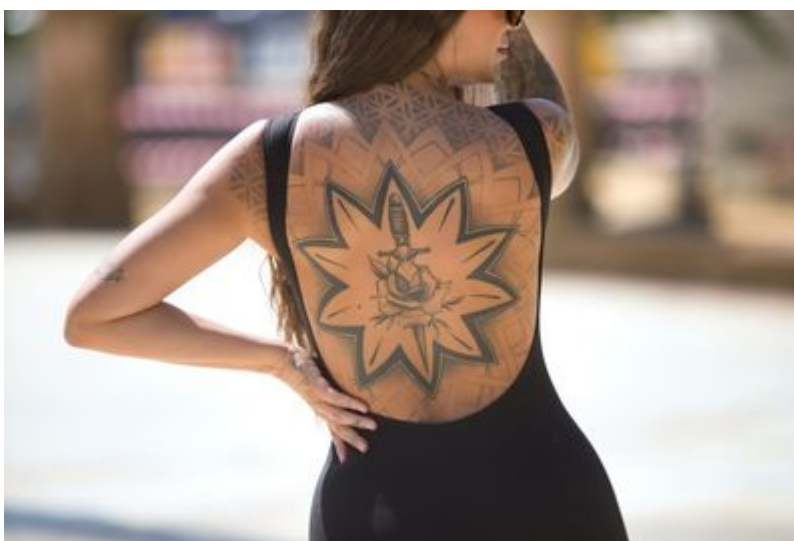
Mais d'autres initiatives apparaissent aussi. C'est le cas notamment de Mixa, qui relance pour la deuxième année consécutive sa tournée « Zones Sensibles » : un pop-up itinérant qui propose des diagnostics de peau gratuits, des conseils d'experts dermo-cosmétiques et la découverte de soins accessibles. Du 14 octobre jusqu'au 1er novembre 2025, Mixa installera son espace sur les parkings de grandes surfaces partout en France.

Voir l'article original sur ELLE



Tatouage : les 5 zones du corps que les dermatologues déconseillent formellement

Certaines zones du corps réagissent mal à l'encre et peuvent provoquer de graves complications cutanées. Les dermatologues alertent sur les endroits où le tatouage reste médicalement déconseillé.



Certaines zones du corps réagissent mal à l'encre et peuvent provoquer de graves complications cutanées. Les dermatologues alertent sur les endroits où le tatouage reste médicalement déconseillé. Tatouage : certaines zones de la peau restent "à haut risque" selon les experts

La France compte aujourd'hui près de 18 millions de personnes tatouées , d'après une étude de l' IFOP (2024) . Mais si le tatouage est désormais banalisé, les dermatologues rappellent qu'il ne s'agit pas d'un geste anodin : certaines zones du corps présentent un risque médical bien supérieur à d'autres.

La Société Française de Dermatologie (SFD) le souligne dans son bulletin 2024 : les complications les plus fréquentes sont les infections cutanées , les réactions allergiques aux encres et les troubles de cicatrisation — souvent liés à la localisation du tatouage.

Voici, selon les experts, les cinq zones du corps à éviter si l'on veut limiter les risques de complications.

1. Les doigts et les mains : une cicatrisation compliquée et un risque infectieux élevé

La peau des doigts et des mains est fine, très mobile et constamment exposée aux bactéries. Cette zone est l'une des plus sensibles aux surinfections



Une étude publiée dans le British Journal of Dermatology (2023) montre que près de 30 % des tatouages réalisés sur les doigts ou la paume nécessitent une reprise ou un traitement antiseptique.

La SFD rappelle que la friction répétée, le lavage fréquent et le contact avec l'eau rendent la cicatrisation difficile, avec un risque accru de dépigmentation prématurée ou de déformation du motif

2. Les pieds et les chevilles : transpiration et frottements, un duo risqué

Le pied cumule trois facteurs défavorables : humidité, frottement et mauvaise circulation.

Selon la revue Journal of Cutaneous Medicine (2023), cette zone est deux fois plus exposée aux réactions inflammatoires qu'un tatouage sur l'avant-bras.

L'ANSM, dans son rapport 2024 sur les pratiques d'hygiène en tatouage, recommande d'éviter les zones soumises à la macération (chaussures fermées, chaussettes) pendant au moins deux semaines après l'encrage. Les complications les plus observées sont les granulomes (nodules cutanés) et les infections bactériennes superficielles

Selon la Société Française de Dermatologie, certaines zones du corps — comme les doigts, les pieds ou le visage — exposent davantage aux infections, aux allergies et aux déformations du motif.

3. Le visage : zone fragile et fortement vascularisée

Très en vogue sur les réseaux sociaux, le tatouage facial reste formellement déconseillé par la plupart des dermatologues.

La SFD souligne que la peau du visage est extrêmement fine et riche en terminaisons nerveuses, notamment autour des yeux, des lèvres et du nez. Toute injection d'encre dans ces zones peut provoquer :

des réactions allergiques sévères

des troubles neurologiques locaux

et dans de rares cas, une migration du pigment vers les tissus oculaires

L'ANSM rappelle également que certaines encres utilisées pour le maquillage permanent peuvent contenir des amines aromatiques cancérogènes ou des pigments non conformes à la réglementation REACH

4. Le bas du dos : un risque méconnu pour les gestes médicaux

Le tatouage lombaire pose un problème spécifique : il peut interférer avec certaines procédures médicales, notamment les anesthésies péridurales

Une note de l'INSERM (2025) précise que la pénétration d'une aiguille à travers une zone tatouée récemment cicatrisée peut entraîner une diffusion de particules d'encre dans les tissus profonds, voire dans la circulation sanguine.



L'Institut recommande d'éviter toute piqûre rachidienne sur une zone tatouée depuis moins d'un an

De plus, les frottements vestimentaires et la tension musculaire constante au niveau lombaire favorisent la déformation du dessin avec le temps.

5. Les articulations (coudes, genoux) : déformation garantie

Selon la Société Européenne de Dermatologie et de Vénéréologie (EADV, 2024) , les tatouages réalisés sur les zones articulaires présentent un risque de distorsion du motif dans 1 cas sur 5 dans les six mois suivant la cicatrisation.

La raison est simple : la peau y est épaisse, plissée et constamment en mouvement. Résultat : l'encre s'y fixe mal et les microfissures apparaissent rapidement.

Ces zones sont également plus sujettes aux kystes épidermiques et aux réactions hypertrophiques (surproduction de collagène formant des cicatrices épaisses).

Les dermatologues déconseillent donc tout tatouage sur genoux, coudes et plis de flexion

Les dermatologues rappellent que le choix de la zone à tatouer est aussi important que le dessin lui-même : certaines parties du corps réagissent mal à l'encre et cicatrisent difficilement.

En résumé

Les spécialistes de la peau s'accordent à dire que certaines zones du corps doivent être évitées, en particulier :

Les doigts et les mains (risque infectieux élevé)

Les pieds et les chevilles (macération et frottement)

Le visage (hypervascularisation et réactions allergiques)

Le bas du dos (interférence médicale)

Les articulations (mauvaise tenue du pigment)

Avant de passer sous l'aiguille, la SFD recommande une consultation préalable pour vérifier l'absence de pathologie cutanée, ainsi que le respect des règles d'hygiène et de désinfection fixées par l'ANSM

Un tatouage réussi, rappellent les dermatologues, commence toujours par le bon choix de zone

À propos de l'auteur

Clémentine Gros

Que ce soit pour dénicher la meilleure astuce pour faire fleurir vos hortensias ou pour vous souffler des idées déco tendance, j'ai toujours mon carnet de notes (et parfois mes gants de jardinage) sous



la main.

J'adore mélanger les genres : un jour, je rédige sur le potager en permaculture, le lendemain, je vous partage mes trouvailles mode ou des recettes faciles pour briller en cuisine. Mon crédo ? Cultiver le bonheur, que ce soit dans un massif de fleurs ou dans votre quotidien !

Ses derniers articles



Tatouage : les 5 zones du corps que les dermatologues déconseillent formellement

Tatouage : les 5 zones du corps que les dermatologues déconseillent formellement

Shutterstock

Certaines zones du corps réagissent mal à l'encre et peuvent provoquer de graves complications cutanées. Les dermatologues alertent sur les endroits où le tatouage reste médicalement déconseillé. Tatouage : certaines zones de la peau restent "à haut risque" selon les experts. La France compte aujourd'hui près de 18 millions de personnes tatouées, d'après une étude de l'IFOP (2024). Mais si le tatouage est désormais banalisé, les dermatologues rappellent qu'il ne s'agit pas d'un geste anodin : certaines zones du corps présentent un risque médical bien supérieur à d'autres. La Société Française de Dermatologie (SFD) le souligne dans son bulletin 2024 : les complications les plus fréquentes sont les infections cutanées, les réactions allergiques aux encres et les troubles de cicatrisation — souvent liés à la localisation du tatouage. Voici, selon les experts, les cinq zones du corps à éviter si l'on veut limiter les risques de complications.

1. Les doigts et les mains : une cicatrisation compliquée et un risque infectieux élevé. La peau des doigts et des mains est fine, très mobile et constamment exposée aux bactéries. Cette zone est l'une des plus sensibles aux surinfections. Une étude publiée dans le *British Journal of Dermatology* (2023) montre que près de 30 % des tatouages réalisés sur les doigts ou la paume nécessitent une reprise ou un traitement antiseptique. La SFD rappelle que la friction répétée, le lavage fréquent et le contact avec l'eau rendent la cicatrisation difficile, avec un risque accru de dépigmentation prématurée ou de déformation du motif.
2. Les pieds et les chevilles : transpiration et frottements, un duo risqué. Le pied cumule trois facteurs défavorables : humidité, frottement et mauvaise circulation. Selon la revue *Journal of Cutaneous Medicine* (2023), cette zone est deux fois plus exposée aux réactions inflammatoires qu'un tatouage sur l'avant-bras. L'ANSM, dans son rapport 2024 sur les pratiques d'hygiène en tatouage, recommande d'éviter les zones soumises à la macération (chaussures fermées, chaussettes) pendant au moins deux semaines après l'encrage. Les complications les plus observées sont les granulomes (nodules cutanés) et les infections bactériennes superficielles.
3. Le visage : zone fragile et fortement vascularisée. Très en vogue sur les réseaux sociaux, le tatouage facial reste formellement déconseillé par la plupart des dermatologues. La SFD souligne que la peau du visage est extrêmement fine et riche en terminaisons nerveuses, notamment autour des yeux, des lèvres et du nez. Toute injection d'encre dans ces zones peut provoquer : des réactions allergiques sévères, des troubles neurologiques locaux, et dans de rares cas, une migration du pigment vers les tissus oculaires. L'ANSM rappelle également que certaines encres utilisées pour le maquillage permanent peuvent contenir des amines aromatiques cancérigènes ou des pigments non conformes à la réglementation REACH.
4. Le bas du dos : un risque méconnu pour les gestes médicaux. Le tatouage lombaire pose un problème spécifique : il peut interférer avec certaines procédures médicales, notamment les anesthésies péridurales. Une note de l'INSERM (2025) précise que la pénétration d'une aiguille à travers une zone tatouée récemment cicatrisée peut entraîner une diffusion de particules d'encre dans les tissus profonds, voire dans la circulation sanguine. L'Institut recommande d'éviter toute piqûre rachidienne sur une zone tatouée depuis moins d'un an. De plus, les frottements vestimentaires et la tension musculaire constante au niveau

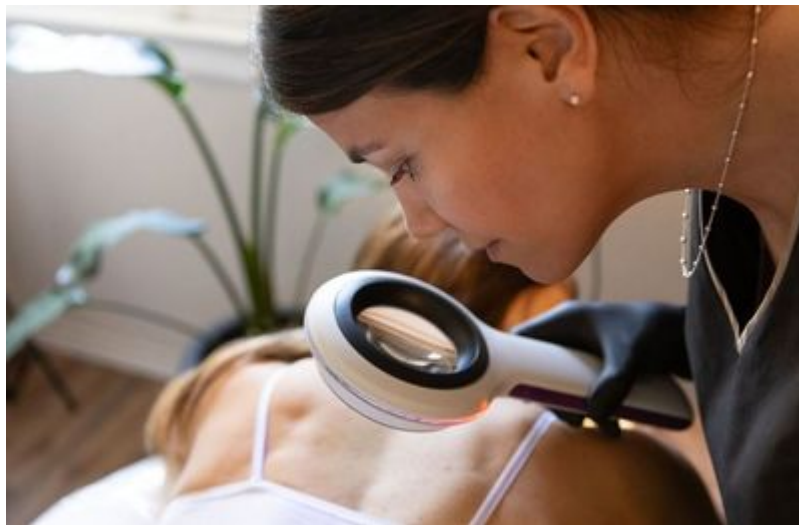


lombaire favorisent la déformation du dessin avec le temps. 5. Les articulations (coudes, genoux) : déformation garantie Selon la Société Européenne de Dermatologie et de Vénéréologie (EADV, 2024), les tatouages réalisés sur les zones articulaires présentent un risque de distorsion du motif dans 1 cas sur 5 dans les six mois suivant la cicatrisation. La raison est simple : la peau y est épaisse, plissée et constamment en mouvement. Résultat : l'encre s'y fixe mal et les microfissures apparaissent rapidement. Ces zones sont également plus sujettes aux kystes épidermiques et aux réactions hypertrophiques (surproduction de collagène formant des cicatrices épaisses). Les dermatologues déconseillent donc tout tatouage sur genoux, coudes et plis de flexion. En résumé Les spécialistes de la peau s'accordent à dire que certaines zones du corps doivent être évitées, en particulier : Les doigts et les mains (risque infectieux élevé) Les pieds et les chevilles (macération et frottement) Le visage (hypervascularisation et réactions allergiques) Le bas du dos (interférence médicale) Les articulations (mauvaise tenue du pigment) Avant de passer sous l'aiguille, la SFD recommande une consultation préalable pour vérifier l'absence de pathologie cutanée, ainsi que le respect des règles d'hygiène et de désinfection fixées par l'ANSM. Un tatouage réussi, rappellent les dermatologues, commence toujours par le bon choix de zone.

Certaines zones du corps réagissent mal à l'encre et peuvent provoquer de graves complications cutanées. Les dermatologues alertent sur les endroits où le tatouage reste médicalement déconseillé.

Dermatologue : pourquoi est-il si difficile de trouver un rendez-vous ?

Alors que décrocher un rendez-vous chez le dermatologue relève du parcours de combattant, certaines initiatives proposent des solutions pour lutter contre cette



Alors que décrocher un rendez-vous chez le dermatologue relève du parcours de combattant, certaines initiatives proposent des solutions pour lutter contre cette pénurie de dermatologue.

Pas de rendez-vous avant six mois, parfois plus. Un grain de beauté qui inquiète, une acné qui s'aggrave, une poussée d'eczéma qui s'installe... Et pourtant, impossible de consulter un dermatologue sans un délai à rallonge. Selon une étude Ifop pour Sanofi, publiée en 2023, près de 46 % des personnes interrogées ont déjà renoncé à consulter face à la difficulté d'obtenir un rendez-vous.

Un phénomène inquiétant qui s'explique par plusieurs facteurs. Interrogée par Brut, Gaëlle Quéreux, présidente de la Société française de dermatologie, explique : « En dix ans, on a perdu environ 1 000 dermatologues en France. Chaque année, 250 à 300 spécialistes arrêtent leur activité, pour seulement 100 nouveaux internes formés. » En cause, notamment, le numerus clausus mis en place dans les années 1970 : un système qui fixait un quota très restreint d'étudiants autorisés à poursuivre en deuxième année de médecine.

Résultat : pendant des décennies, trop peu de médecins ont été formés. Aujourd'hui, la profession en paie le prix, avec des départs massifs à la retraite et un manque cruel de remplaçants. En 2023, une tribune publiée dans Le Monde allait jusqu'à souligner que la dermatologie était « la pire spécialité pour obtenir un...



Sauve qui peau

Face à la pénurie de certains spécialistes, l'officine peut être un recours : on le voit avec le manque de dermatologues. Certaines pharmacies se sont dotées de dispositifs pour analyser les grains de beauté et alerter le patient. Les dermatologues ne voient pas cela d'un bon œil. Mais que proposent-ils ? Au moins, avec ces dispositifs, il y a une alternative : ce n'est pas pour les remplacer, c'est pour pallier en partie à un manque et alerter au cas où. Je ne vois pas où est le problème !

Carine, préparatrice à Loos (59)

Porphyre répond

En effet, la Société française de dermatologie et France Assos Santé ont alerté sur les dérives de certains de ces dispositifs : des patients faussement rassurés ont subi des retards de diagnostic, entraînant une perte de chance. Mais vous avez raison, face au manque de disponibilité médicale, les patients cherchent des solutions ! Le problème, et l'Ordre des pharmaciens a saisi les autorités à ce sujet fin août, est double : le manque de certification des appareils et une supervision médicale souvent absente car remplacée par l'intelligence artificielle.

Urticaire de l'enfant

Nathalia BELLON

Service Dermatologie, CHU Necker-Enfants malades, Paris

L'urticaire de l'enfant est fréquente, non grave dans l'immense majorité des cas, mais peut être invalidante du fait du prurit et du caractère affolant. Les urticaires aiguës sont principalement d'origine virale ou infectieuse chez l'enfant, rarement allergiques, et les urticaires chroniques (durant plus de 6 semaines) sont la plupart du temps spontanées, idiopathiques. Le traitement repose sur les antihistaminiques H1 de nouvelle génération, non sédatifs, dont on peut augmenter les doses jusqu'à une dose maximale x 4 par rapport à la dose quotidienne de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les urticaires chroniques.

Clinique

Le diagnostic d'urticaire est aisé, clinique avant tout : une éruption de maculo-papules érythémateuses souvent figurées, annulaires, arrondies ou polycycliques, oedémateuses, de taille variable, généralement prurigineuses et typiquement mobiles et fugaces, sans laisser de séquelles.

L'urticaire de l'enfant est volontiers : annulaire, oedémateuse, ecchymotique, parfois purpurique, et peut être diffuse. Lorsqu'elle est localisée sur les semi-muqueuses (lèvres, paupières, organes génitaux), on observe un oedème parfois impressionnant et pouvant être au premier plan, sans urticaire typique associée. Un érythème associé est très fréquent. Des douleurs, voire des arthralgies sont possibles en cas d'œdème.



abdominales aiguës : penser aux **angioedèmes bradykiniques** (héréditaires essentiellement ou acquis : rares en pédiatrie). Cette hypothèse reste beaucoup plus rare que l'œdème histaminique, fréquent en pédiatrie.

“ La plupart du temps, aucune investigation n'est nécessaire ”

Le dosage de tryptase n'est justifié qu'en cas d'anaphylaxie, et devra être réitéré à distance de l'épisode (tryptase basale).

Le bilan sanguin minimal, en cas de doute ou élément d'orientation, comprend NFS, VS, CRP, anticorps anti-TPO (\pm TSH d'emblée si signes évocateurs), du fait de la fréquence de l'association urticaire chronique-hypothyroïdie dans la population générale.

Une allergie ou une parasitose, bien que souvent évoquées, sont des causes beaucoup plus rares d'urticaire. Un tel bilan ne doit donc pas être systématiquement envisagé. Une biopsie cutanée n'est nécessaire qu'en cas d'urticaire atypique : lésions purpuriques, fixes, infiltrées, nécrotiques, avec livido, nodules, ou en cas de suspicion de maladie auto-immune (lésions lupiques).

Interrogatoire et examen clinique

Face à une urticaire, les antécédents personnels et familiaux sont recueillis, on recherche un terrain atopique (association fréquente, terrain d'allergie alimentaire ?). On évalue les circonstances de survenue : virose, fièvre, prise médicamenteuse (administré antérieurement ?), aliment (consommé pour la 1^{re} fois ?) ; ainsi que le délai entre le facteur déclenchant supposé et l'apparition de l'urticaire. On évalue cliniquement les symptômes associés : œdèmes, érythème diffus, purpura, etc.

On recherche des signes d'anaphylaxie (urgence thérapeutique : adrénaline) :

- symptômes respiratoires ? (bronchospasme, toux, dyspnée) ;
- symptômes digestifs ?
- hypotension artérielle ? (collapsus, tachycardie ou bradycardie, arythmie, etc.).

Diagnostics différentiels

- Érythème polymorphe au stade papuleux : rechercher une disposition en cocarde, une vésicule ou bulle centrale, et surtout une atteinte muqueuse érosive débutante, inexistante dans l'urticaire classique.
- Maladies vésiculo-bulleuses (pemphigoides bulleuses) : éléments urticariens associés aux lésions vésiculo-bulleuses.
- Mastocytose cutanée : apparition de papules après friction cutanée (signe de Darier), lésion permanente, orangée ou brunâtre, notion de flush diffus réguliers ou aux changements de température ou après consommation de certains aliments.
- Piqûres d'insectes : point de piqure central, lésions parfois bulleuses.
- Vascularite ou maladie auto-immune : lésions atypiques, purpura, infiltration, nécrose, etc.

Orientation étiologique

- **Infectieuse** : virale ++ (75 %), bactérienne (25 %)
- **médicamenteuse** : 5 à 10 % des cas ;
- **alimentaire** : 5 % des cas ;
- **idiopathique** : 54-80 % des cas (en pratique, paraviral le plus souvent) ;
- **physique ou de contact** : rare, et non grave dans la grande majorité des cas (exemples : urticaire au froid ++, urticaire à la chaleur ou à l'effort, urticaire aquagénique, urticaire à la pression ou dermatographe, urticaire solaire, etc.). Des agents urticaires peuvent être en cause (orties) ;
- si **angioedèmes récidivants**, durables (plusieurs jours), blancs, durs et s'associant à des douleurs

Examens complémentaires

La plupart du temps, aucune investigation n'est nécessaire. En cas de pharyngite, un test de diagnostic rapide (TDR) sera réalisé (angine streptococcique avec urticaire satellite ?).

Un bilan allergologique, à distance de l'épisode, n'est justifié qu'en cas de :

- suspicion d'allergie médicamenteuse : notamment si le délai entre la prise du médicament et de l'urticaire est court (réaction immédiate) et que le tableau est brutal et sévère (angioedème, dyspnée, etc.);
- suspicion d'allergie alimentaire : syndrome de prurit oral et réaction immédiate, inquiétante ; rechercher des comorbidités atopiques.

■ Traitement

- Il comprend :
 - l'éviction du facteur déclenchant si existant ;
 - les antihistaminiques (AH) : un seul AH de type H1 2^e génération : desloratadine ou lévocétirizine ;
 - la possibilité de doubler la dose (prises matin et soir) dans l'urticaire aiguë, et de la quadrupler en cas de résistance ; dans l'urticaire chronique, en administrant deux doses le matin et deux doses le soir ;
 - si le prurit est insomniant : on peut associer un AH H2 de 1^{re} génération comme l'hydroxyzone au coucher (rarement nécessaire) ;
 - on ne prescrit pas de corticoïdes ni d'adrénaline en dehors de l'anaphylaxie, même en cas d'oedème associé à l'urticaire (sauf si dyspnée ou oedème laryngé, hypotension, ou autre signe d'anaphylaxie) ;
 - un traitement étiologique éventuellement : antibiothérapie si angine bactérienne, etc. ;

►► Suite page 12

►► Urticaire de l'enfant

N. BELLON

(Suite de la page 11)

favorable et il s'agit d'une situation bénigne, même si parfois elle est impressionnante ;

– l'évolution : l'urticaire peut persister au-delà de 15 jours chez environ 5 % des enfants ;

– dans l'urticaire chronique (UC), en cas d'échec des AH à une dose x 4, peuvent être envisagés des traitements systémiques chez l'enfant : l'omalizumab (anti-IgE, Xolair®, AMM à partir de 12 ans) ou la ciclosporine. Dans l'UC résistante aux AH de l'enfant de moins de 12 ans, un avis spécialisé hospitalier est nécessaire. Avant d'envisager un traitement systémique, et au cours du suivi d'UC, il est utile d'évaluer le retentissement par des scores simples : test de contrôle de l'urticaire (*Urticaria control test*), score d'activité de l'urticaire (UAS 7) et questionnaire de qualité de vie dermatologique de l'enfant.

ou œdémateux. Un bilan est rarement nécessaire. Le traitement repose sur les antihistaminiques qui peuvent être augmentés. Un traitement systémique par omalizumab ou ciclosporine est rarement nécessaire dans les urticaires chroniques en pédiatrie. ■

Pour en savoir plus :

- Centre de preuves en dermatologie. Prise en charge de l'enfant présentant une urticaire chronique spontanée. Disponible sur : <https://reco.sfdermato.org/fr/recommandations-urticaire-chronique-spontan%C3%A9e/>
- Wang EA, et al. Chronic urticaria in children: an update on diagnosis and treatment. *Curr Allergy Asthma Rep* 2020 ; 20(8) : 31.
- Saini S, et al. Urticaria and angioedema across the ages. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020 ; 8(6) : 1866-74.
- Zuberbier T, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014 ; 69(7) : 868-87.

Conclusion

L'urticaire de l'enfant est fréquente, en grande majorité non grave, idiopathique ou paravirale, mais peut être impressionnante par son caractère diffus, affichant

Liens d'intérêts :

Nathalia Bellon est consultante pour Sanofi, Abbvie (participation à des réunions scientifiques, présentations lors de congrès scientifiques), Almirall, Galderma (participation à des réunions scientifiques), La Roche Posay et Vichy (présentations internes au personnel, consultante).

Points forts

- Chez l'enfant, l'urticaire aiguë est très souvent paravirale, déclenchée par la réponse immunitaire lors d'une infection.
- L'urticaire chronique est une urticaire durant plus de 6 semaines, et la plupart du temps, elle est spontanée, idiopathique, équivalente à une maladie inflammatoire chronique.
- Les bilans sanguins ne doivent pas être systématiques et doivent être prescrits uniquement en cas de signes généraux ou d'orientation spécifique.
- Le bilan sanguin minimal, en cas de doute ou élément d'orientation, comprend NFS, VS, CRP, anticorps anti-TPO (± TSH d'emblée si signes évocateurs). Une allergie ou une parasitose, bien que souvent évoquées, sont des causes beaucoup plus rares d'urticaire.
- Le traitement en pédiatrie repose sur les antihistaminiques : principalement la desloratadine ou la lévocétirizine, dont on peut augmenter les doses jusqu'à une dose maximale x 4 par rapport à la dose quotidienne de l'AMM (2 doses matin, 2 doses soir), dans les urticaires chroniques.



SkinMed défend son modèle face aux alertes sur les IA de dépistage des cancers cutanés

PARIS (TICpharma) - Alors que des alertes sont sonnées contre l'usage de l'intelligence artificielle (IA) pour détecter des cancers cutanés, la société SkinMed défend son modèle de télé-expertise dermatologique pour le dépistage dans les pharmacies d'officine, faisant valoir qu'elle ne propose pas un diagnostic uniquement basé sur l'IA. L'application SkinApp développée par Skinmed. Photo : Anapix/Skinmed

En juillet dernier, la Société de française de dermatologie (SFD) alertait sur "les dérives de l'IA dans les dépistages cutanés", pointant notamment des actes "proposés dans des contextes non médicaux". Elle était suivie par la fédération d'associations de patients France Assos Santé, qui s'inquiétait des "services de télé-expertise dermatologique" proposés dans des pharmacies, avec des dermatoscopes "connectés et dopés à l'IA [qui] assurent des diagnostics plus rapides pour les cancers de la peau", craignant en particulier des patients "faussement rassurés".

La semaine dernière, l'Ordre national des pharmaciens a, à son tour, diffusé une "alerte" sur son site internet pour attirer "l'attention" de ses membres sur "les conditions de réalisation" de ce dépistage et la conformité des dispositifs médicaux éventuellement utilisés à cette fin, notamment en cas de recours à des logiciels.

Aucun produit ou société en particulier n'est désigné dans ces avertissements, note-t-on. Mais l'ordre dit avoir été alerté en particulier sur l'utilisation d'un dispositif médical de dépistage cutané "dans près de 500 officines en France".

"Leader" sur ce marché, SkinMed, comme le confirme auprès...

La société SkinMed défend son modèle de télé-expertise pour le dépistage des cancers cutanés

Mots-clés : #dermato #cancer #officine #produits de santé #agences sanitaires #vigilance #pharmaciens #dépistage #dispositifs médicaux #e-santé #informatique #ordres #patients-usagers #ministère-santé #ANSM #éthique-déontologie #médecins #justice

(Par Luu-Ly DO QUANG)

PARIS, 26 septembre 2025 (APMnews) - Alors que des alertes sont sonnées contre l'usage de l'intelligence artificielle (IA) pour détecter des cancers cutanés, la société SkinMed défend son modèle de télé-expertise dermatologique pour le dépistage dans les pharmacies d'officine, faisant valoir qu'elle ne propose pas un diagnostic uniquement basé sur l'IA.

En juillet dernier, la Société de française de dermatologie (SFD) alertait sur "les dérives de l'IA dans les dépistages cutanés", pointant notamment des actes "proposés dans des contextes non médicaux". Elle était suivie par la fédération d'associations de patients France Assos Santé, qui s'inquiétait des "services de télé-expertise dermatologique" proposés dans des pharmacies, avec des dermatoscopes "connectés et dopés à l'IA [qui] assurent des diagnostics plus rapides pour les cancers de la peau", craignant en particulier des patients "faussement rassurés" (cf [dépêche du 25/07/2025 à 15:42](#)).

La semaine dernière, l'Ordre national des pharmaciens a, à son tour, diffusé une "alerte" sur son site internet pour attirer "l'attention" de ses membres sur "les conditions de réalisation" de ce dépistage et la conformité des dispositifs médicaux éventuellement utilisés à cette fin, notamment en cas de recours à des logiciels.

Aucun produit ou société en particulier n'est désigné dans ces avertissements, note-t-on. Mais l'ordre dit avoir été alerté en particulier sur l'utilisation d'un dispositif médical de dépistage cutané "dans près de 500 officines en France".

"Leader" sur ce marché, SkinMed, comme l'a confirmé auprès d'APMnews sa présidente et cofondatrice, Jennifer Gauthier, distribue dans "600 officines abonnées" la solution développée par Anapix Medical, qui, de son côté, propose ses services à des entreprises et directement à des professionnels de santé.

Jennifer Gauthier s'est déclarée "attristée" par cette polémique, estimant être "victime d'une cabale". Initialement, "on ne pensait pas qu'on parlait de nous jusqu'à un article paru dans Le Point [mi-août]". "On cherche à nous discréditer", ajoute-t-elle, annonçant avoir demandé un droit de réponse et initier une action en justice pour diffamation, sans vouloir préciser contre qui.

L'IA, un argument avant tout "marketing" pour SkinMed

SkinMed propose "une plateforme de télé-expertise pour des pharmaciens requérants". Bien que le système contienne une IA, elle "ne fait ni tri ni diagnostic", assure Jennifer Gauthier. Ce modèle "ne peut donc avoir permis d'avoir des patients 'faussement rassuré(s) par l'outil'", écrit la société dans un communiqué publié la semaine dernière sur son site internet.

Sa présidente dit se servir de l'IA uniquement comme "une porte d'entrée marketing". "L'IA a le vent en poupe, tout le monde en parle!" SkinMed se présentait, en juin, au salon VivaTech, comme voulant "révolutionner l'accès

aux soins dermatologiques avec l'IA". En février, Jennifer Gauthier faisait une démonstration dans l'émission Envoyé spécial, montrant qu'"en moins de trois secondes", l'IA donnait "un avis", avec un indice de confiance, avant envoi des clichés à un dermatologue, note-t-on.

"L'outil est là, mais uniquement à disposition des pharmaciens, à titre indicatif. Ils ne donnent pas l'avis de l'IA aux patients, nous ne le recommandons pas", assure-t-elle. L'IA peut être utilisée par le pharmacien "à titre informatif" mais "ne participe en aucune façon au processus d'analyse des dossiers, qui sont tous examinés en télé-expertise par un des cinq dermatologues confirmés de notre équipe", renchérit le président d'Anapix, Bernard Fertil. Les dermatologues équipés par ailleurs de l'outil au cabinet peuvent utiliser l'IA pour un deuxième avis sur des lésions douteuses mais uniquement en présence du patient, précise-t-il.

La présidente de l'association France Asso Cancer et peau, Pascale Benaksas, affirme de son côté que l'argumentaire de la société a changé ces dernières semaines. Après avoir reçu de premiers signalements au début de l'été, elle a consulté le site de SkinMed puis observé, captures d'écran à l'appui qu'APMnews a pu consulter, que le site affirmait alors: "En quelques minutes en pharmacie, notre technologie d'IA analyse votre lésion avec une précision exceptionnelle, donnant ainsi un premier avis dermatologique."

Mais quelques semaines après, il était écrit qu'un dossier de "clichés professionnels" était "envoyé à un pool de dermatologues", avec un "retour de la télé-expertise sous maximum trois jours". Sur le site, il est également mentionné qu'"en attendant le compte rendu du dermatologue, le patient peut consulter l'avis de l'IA".

Interrogés par APMnews, plusieurs pharmaciens utilisant le service de SkinMed depuis plusieurs mois (avant juillet et les communiqués de la SFD et France Assos Santé, NDLR) assurent que ses commerciaux ne mettent pas particulièrement l'IA en avant, n'en font pas la promotion mais expliquent qu'il s'agit d'un service de télé-expertise avec des dermatologues.

Questionnements sur la certification du dispositif

"Ultérieurement, nous utiliserons éventuellement l'IA pour les télé-expertises dès que nous aurons obtenu le label DM classe IIb, mais surtout quand nous aurons validé son intérêt suite à l'étude rétrospective des 30.000 dossiers de télé-expertises réalisés sans", a fait savoir Bernard Fertil. Sur 8.000 dossiers réalisés en 2024, 2% étaient "rouges", nécessitant une intervention en urgence, réalisée pour 80%, ce qui "valide le processus de télé-expertise", se félicite-t-il.

L'algorithme d'IA développé par Anapix dispose actuellement d'un statut de dispositif médical de classe I par autocertification selon la directive européenne 93/42. Une procédure de certification de classe IIb a été initiée auprès de l'Afnor début 2025 et en attendant, l'outil peut rester sur le marché jusqu'en 2028, affirme l'ancien directeur de recherche au CNRS. "Le dossier a été ouvert en bonne et due forme: investigation clinique avec patients-tests et dermatologue référent, évaluation de la conception et de la documentation par un auditeur-évaluateur, audit chez un fabricant", confirme-t-on chez l'Afnor.

Plusieurs textes s'appliquent aux dispositifs médicaux faisant appel à une IA, notamment le règlement 2017/745 qui est entré en vigueur le 26 mai 2021 mais a prévu une période transitoire d'adaptation pour certains, notamment ceux qui étaient déjà commercialisés et doivent passer à une classe supérieure, indiquent à APMnews Alexandre Regniault, avocat spécialisé chez Simmons & Simmons, et Cécile Vaugelade, directrice des affaires technico-réglementaires du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem), sans connaître en particulier le dossier d'Anapix.

Ce niveau de certification interroge toutefois les acteurs ayant "alerté" sur ce dispositif. Le conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop) a ainsi annoncé avoir "saisi" le 22 août la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) "afin que des investigations et une analyse soient menées, notamment s'agissant de la conformité réglementaire de ce dispositif".

L'ANSM a confirmé à APMnews mener une investigation pour "vérifier la conformité réglementaire du dispositif SkinMed/Anapix". Elle était toujours en cours, à sa phase contradictoire, ce vendredi.

Des comptes rendus "légers"

L'idée de ce service est "pertinente car elle répond à un besoin", reconnaît la présidente de France Asso Cancer et peau. Mais Pascale Benaksas s'inquiète, notamment du contenu des comptes rendus fournis par le service car des personnes ayant eu recours à SkinMed/Anapix, patients et salariés, font remonter des "comptes rendus légers, avec un copier-coller de règles de prévention générales, comme mettre de la crème solaire et un chapeau".

Les pharmaciens interrogés par APMnews rapportent que les comptes rendus délivrés par Anapix sont succincts, assortis de conseils généraux de prévention et que certains comportent le nom d'un dermatologue, d'autres non, mais qu'aucun ne mentionne le numéro RPPS du professionnel de santé requis, quand bien même SkinMed souligne dans son communiqué que les dermatologues de sa plateforme en disposent.

Les éléments permettant d'identifier le médecin, nom et numéro RPPS, doivent obligatoirement figurer sur le compte rendu de télé-expertise, confirme à APMnews le président de la Société francophone de santé numérique (SFSN), Maurice Hayot.

Pascale Benaksas pointe ainsi un problème de "traçabilité". L'impossibilité d'identifier le dermatologue qui a rédigé le compte rendu est problématique sur le plan déontologique, abonde auprès d'APMnews le président du Syndicat national de dermatologie et vénéréologie (SNDV), le Dr Luc Sulimovic.

"Est-ce que le dermatologue qui a interprété les clichés assure le suivi? C'est ce que l'on fait dans les parcours de soins élaborés avec les équipes de soins spécialisés" qui ont été validés dans sept régions, Ile-de-France, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Hauts-de-France, Occitanie et Pays de la Loire, et bientôt en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) et Nouvelle-Aquitaine, souligne-t-il.

"On nous a signalé des patients qui débarquent avec leurs clichés et un compte rendu [de SkinMed/Anapix] pour avoir un rendez-vous, hors des parcours définis", rapporte le dermatologue parisien. "Il faut un cadre précis, structuré et de manière conventionnelle; on intègre des professionnels de santé, pas une industrie", poursuit-il, ajoutant qu'à sa connaissance, SkinMed/Anapix n'ont pas pris contact avec ces équipes de soins.

De son côté, la présidente de la société assure que les infirmières de SkinMed rappellent "tous les patients pour lesquels existe une suspicion de cancer ou pré-cancer, sous quelques jours pour les cas identifiés comme urgents et sous maximum trois mois pour les cas suspects".

Enquêtes en cours

L'ANSM a indiqué par ailleurs à APMnews n'avoir reçu, pour le moment, aucun signalement de matériovigilance avec le dispositif SkinMed/Anapix ou d'autres dispositifs du même type.

"Moins de cinq témoignages" ont été recueillis, visant tous la même société, et un signalement a été réalisé auprès de la plateforme d'éthicovigilance du numérique, administrée par le ministère. Il s'agit d'une déclaration d'un résultat faussement négatif d'une "application de détection de mélanome", qui est "en cours d'instruction", a précisé France Assos Santé à APMnews.

Elle a assuré qu'elle allait inciter les patients s'estimant victimes du dispositif à se signaler auprès de l'ANSM.

L'ordre des pharmaciens mène également sa propre enquête, dont il communiquera le contenu uniquement lorsqu'il "aura à sa disposition tous les éléments", a précisé un porte-parole à APMnews.

Dans les prochaines semaines, le président du SNDV doit discuter du rôle des pharmaciens dans ces parcours de soins d'oncodermatologie, avec l'ordre et les syndicats, et faire le point sur l'usage plus général de l'IA avec l'Agence du numérique en santé (ANS), pointant cette fois les applications mobiles grand public, préoccupation partagée par France Asso Cancer et peau.

"De nombreuses sociétés me contactent pour des applis, des DM, avec de l'IA, mais il s'agit de cancers de la peau, de prévention", souligne Pascale Benaksas. Elle appelle au respect de la réglementation pour que la population et les professionnels puissent disposer d'"outils fiables, de classe IIb, avec des preuves cliniques solides et un contrôle régulier".

Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.

©1989-2025 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/186194/427939/la-societe-skinmed-defend-son%C2%A0modele-de%C2%A0tele-expertise-pour-le%C2%A0depistage-des%C2%A0cancers-cutanes&usid=186194>

Copyright Apmnews.com



IA ET DÉPISTAGE CUTANÉ

L'Ordre tire la sonnette d'alarme

Après des faux négatifs signalés en officine, l'Ordre a saisi les autorités pour encadrer le télé-dépistage cutané.



Face à plusieurs cas de faux négatifs rapportés lors de dépistages cutanés réalisés en pharmacie via un dispositif associant dermatoscope et intelligence artificielle, l'Ordre national des pharmaciens a alerté les autorités sanitaires fin août. En cause : un outil implanté dans près de 500 officines qui aurait retardé la prise en charge de cancers cutanés. L'instance réclame un encadrement strict de ces pratiques numériques, tandis que la Société française de dermatologie plaide pour une régulation immédiate et une intégration des solutions dans un parcours supervisé par des spécialistes.

santé TÉMOIGNAGES

La dermatite atopique, dite aussi eczéma, est l'une des maladies de peau les plus fréquentes. Si elle survient en général dans l'enfance, elle perdure souvent à l'âge adulte. Nos trois témoins ont trouvé des solutions qui limitent les symptômes.

Par Sophie Viguier-Vinson

Mieux vivre avec l'eczéma

Caractérisée par une hyperactivité du système immunitaire, cette maladie inflammatoire chronique de la peau est liée à une prédisposition génétique. Elle est aussi favorisée par le mode de vie urbain occidental, car en ville, le système immunitaire est confronté à moins d'antigènes différents qu'en milieu rural, mais en plus grande quantité et plus souvent. Jusqu'à 5 % des adultes en sont atteints. « À la différence de l'eczéma de contact, de nature allergique, la dermatite atopique provoque au long cours une altération de la barrière cutanée, des rougeurs et lésions, ainsi que des démangeaisons pouvant perturber le sommeil et provoquer des infections dues au grattage », explique le Dr Marc Perrussel, dermatologue au CHU de Rennes. Une meilleure prise en charge et de nouveaux traitements aident aujourd'hui à limiter les retentissements physiques, psychologiques et sociaux de cette maladie. La preuve avec nos trois témoins.



“Une biothérapie miracle”

Alexandre, 32 ans, Marseille (13)

« Mon eczéma est apparu quand j'avais 3 ans et a flambé à l'adolescence. Les crèmes émollientes étaient peu efficaces et je vivais très mal les atteintes visibles au visage, mais aussi aux coudes, aux genoux et sur le haut du dos, qui perturbaient mon sommeil. Jeune adulte, je traitais les flambées avec de la cortisone en crème et par voie orale, mais de manière inappropriée. Lorsque ma dermatite s'est aggravée, vers l'âge de 30 ans, avec des lésions sur les paupières provoquant des conjonctivites, on m'a d'abord proposé le Metoject, inefficace chez moi, et ensuite le Dupixent, qui s'est avéré miraculeux. Ça a changé ma vie ! »

L'avis du médecin. Les biothérapies profitent enfin aux patients touchés par la dermatite atopique. En plus de celles évoquées par Alexandre, d'autres traitements innovants pourront prendre le relais si nécessaire.



"J'ai adopté une stricte hygiène de vie"

Anne-Christine, 49 ans, Strasbourg (67)

« J'ai été traitée par dermocorticoïdes quand j'étais bébé. Mais à deux ans et demi, j'ai fait une première crise d'asthme, après une cure thermale où l'on m'avait donné de la cortisone et des antibiotiques à haute dose. Par la suite, ma mère a donc hésité à recourir à la cortisone sous ses diverses formes. Mes symptômes sont devenus très invalidants, j'avais du mal à m'habiller et à marcher à cause de plaques à l'arrière des genoux. J'ai fini par bénéficier de la crème à base de tacrolimus et d'UV en cabinet dermatologique, assez efficaces, mais pour quelques séances seulement. J'ai refusé le traitement systémique par immunosuppresseur et je gère aujourd'hui mon eczéma avec des oméga 3, des crèmes nourrissantes (surtout la Medline Medical Balm Repair – un peu chère –, ou l'oxyplastine en pommade) et des cures thermales. Des traitements de désensibilisation ont limité l'asthme et la rhinite associés à ma dermatite, ainsi que les réactions cutanées au contact des pollens. Et ce qui m'aide vraiment, c'est une stricte hygiène de vie, avec notamment des horaires de sommeil réguliers. »

L'avis du médecin. Ce parcours illustre bien la défiance à l'égard de la cortisone, qui reste le traitement de référence de la dermatite et ne génère pas de symptômes respiratoires. Les nouveaux traitements stabiliseraient la maladie plus efficacement et libéreraient Anne-Christine au quotidien.



"Il ne faut pas se priver des nouveaux traitements"

« Il existe à présent des molécules, dont il serait dommage de se priver, qui ciblent les formes sévères de la dermatite atopique : 3 anticorps monoclonaux par injection sous-cutanée (dupilumab, lébrikizumab, tralokinumab), bloquant certaines voies de l'inflammation, peuvent être prescrits par des dermatologues de ville. Et des inhibiteurs de JAK par voie orale (abrocitinib, baricitinib et upadacitinib), qui neutralisent l'inflammation dans la cellule, sont accessibles sur prescription hospitalière, car ils ont davantage d'effets secondaires. » *associationeczema.fr

Notre expert



Dr Perrussel

Dermatologue, référent de l'association française de l'Eczéma*



"Je prends des immunosuppresseurs et j'ai banni le gluten de mon alimentation"

Marjolaine, 48 ans, Paris (75)

« J'ai été diagnostiquée bébé et traitée avec des dermocorticoïdes, vite accusés de m'avoir provoqué une grave bronchite. Malgré la sévérité de mon eczéma, parfois exacerbé par de l'impétigo (infection bactérienne cutanée), mes parents se sont tournés vers des crèmes hydratantes et l'homéopathie. À 16 ans, j'ai vu un dermatologue qui a de nouveau prescrit des dermocorticoïdes et de la cortisone par voie orale, et ma maladie s'est stabilisée. Mais il y a douze ans, j'ai fait une terrible poussée, impossible à soulager. Le dermato a émis l'hypothèse d'une intolérance alimentaire corrélée et quand j'ai arrêté le gluten, les symptômes ont disparu subitement. Je n'en mange plus depuis

et, actuellement, j'applique aussi de temps en temps des dermocorticoïdes sur le corps, de la crème à base de tacrolimus sur le visage en cas de rougeurs récidivantes, et je privilégie les vêtements en matières naturelles. »

L'avis du médecin. Marjolaine semble à la fois souffrir de dermatite atopique, bien contrôlée par l'immunosuppresseur (tacrolimus) en crème, et d'une intolérance alimentaire avec des symptômes comparables. Il serait bon de prouver cette intolérance par des tests, afin de cibler les aliments réellement en cause, et ainsi éviter les exclusions pouvant déséquilibrer le microbiote intestinal et augmenter les phénomènes inflammatoires.



Acné : l'Agence européenne du médicament approuve un traitement novateur pour les adolescents

La rédaction n'a pas participé à la réalisation de ce contenu

L'Agence européenne du médicament (EMA) a émis le 25 août un avis favorable pour l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché du médicament Winlevi, un traitement contre l'acné du visage chez les adultes et les adolescents (à partir de 12 ans). Celui-ci est déjà disponible aux Etats-Unis, au Canada, au Royaume-Uni, en Australie, en Malaisie et à Singapour. Pour comprendre comment il fonctionne, il faut comprendre d'abord comment fonctionne l'acné. Quels sont les mécanismes de l'acné ? Le sébum est...

L'Agence européenne du médicament (EMA) a émis le 25 août un avis favorable pour l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché du médicament Winlevi, un traitement contre l'acné du visage chez les adultes et les adolescents (à partir de 12 ans). Celui-ci est déjà disponible aux Etats-Unis, au Canada, au Royaume-Uni, en Australie, en Malaisie et à Singapour. Pour comprendre comment il fonctionne, il faut comprendre d'abord comment fonctionne l'acné.

Quels sont les mécanismes de l'acné ?

Le sébum est une substance grasse produite par les glandes sébacées situées dans les follicules pileux. Normalement sécrété pour protéger la peau du dessèchement et des agressions extérieures, le sébum, dans le cas de l'acné, est sécrété de manière excessive sous l'action des hormones androgènes, au moment de la puberté ou à certains moments du cycle menstruel. La sécrétion excessive de sébum combinée à un épaississement du follicule pileux provoque une rétention séborrhéique qui se manifeste par l'apparition des points noirs et des boutons blancs.

Une inflammation peut finir par apparaître à cause des dommages occasionnés par le sébum en excès dans le follicule mais aussi à cause de la prolifération du micro-organisme Cutibacterium Acnes. Celui-ci se nourrissant de sébum, il prolifère lorsque sa nourriture prolifère. Se forment alors les lésions inflammatoires de l'acné ; superficielles, papules et pustules, ou profondes (surinfectées par d'autres bactéries présentes sur la peau), nodules et kystes.

Un mode d'action novateur

Winlevi est une crème dont le principe actif est la clascotérone. Celle-ci est un inhibiteur des récepteurs aux androgènes, les hormones mâles. La clascotérone a ainsi montré sa capacité à contrer les effets des androgènes, qui boostent la production de sébum, dans les glandes sébacées. Résultats : une réduction de la production de sébum et de l'accumulation de médiateurs inflammatoires connus dans l'acné. Un traitement novateur car les traitements habituels contre l'acné permettent d'exfolier des pores les cellules mortes, qui favorisent l'inflammation, ou de neutraliser, par antibiotiques, les bactéries responsables de l'acné.

Une réexamen une évaluation clinique approfondie



Il s'agissait en fait d'un réexamen après un avis négatif émis en premier lieu par l'EMA. Le médicament avait en effet été approuvé pour les adultes mais l'autorité sanitaire européenne avait jugé le bénéfice/risque négatif chez les adolescents. Cosmo, le fabricant, a alors lancé une évaluation clinique plus approfondie et obtenue l'avis favorable de l'EMA pour l'utilisation de Winlevi chez les 12 – 18 ans.

« C'est une véritable avancée, a déclaré le professeur Brigitte Dréno, membre fondatrice de l'Association européenne de dermato-oncologie, ancienne présidente de la Société française de dermatologie et membre de l'Académie américaine de dermatologie, cité dans le communiqué de Cosmo. Nous attendions une innovation comme celle-ci : un anti-androgène topique bien toléré, efficace et sûr pour les adolescents. Ce sera un atout précieux pour nos options thérapeutiques. »

Pour voir Winlevi commercialisé en France, il faudra encore attendre un avis positif de l'Haute autorité de Santé.

Source : Cosmo, EMA, Vidal.fr



Où en sommes-nous dans le traitement de la calvitie ?

La rédaction n'a pas participé à la réalisation de ce contenu

La perte de cheveux varie selon l'âge et le sexe. Elle peut être diffuse comme dans l'alopecie androgenetique, qui est la forme la plus courante, en plaques (pelade, teigne, trichotillomanie, traction) ou même totale (pelade declavante, chimiotherapie). L'alopecie androgenetique masculine : pas d'androgenes, pas de calvitie ! La calvitie, ou alopecie androgenetique masculine, est la forme la plus courante de chute de cheveux chez l'homme. Elle touche environ 15 % des hommes à 20 ans, 30 % à 30 ans et un...

La perte de cheveux varie selon l'âge et le sexe. Elle peut être diffuse comme dans l'alopecie androgenetique, qui est la forme la plus courante, en plaques (pelade, teigne, trichotillomanie, traction) ou même totale (pelade declavante, chimiotherapie).

L'alopecie androgenetique masculine : pas d'androgenes, pas de calvitie !

La calvitie, ou alopecie androgenetique masculine, est la forme la plus courante de chute de cheveux chez l'homme. Elle touche environ 15 % des hommes à 20 ans, 30 % à 30 ans et un homme sur deux à 50 ans, à des degres divers. Elle debute le plus souvent par un degarnissement au niveau des tempes (les golfes temporaux) et du sommet de la tete.

En realite, la calvitie correspond à une evolution naturelle des cheveux liee à l'action des hormones males (androgenes) et à une predisposition genetique. En effet, la testosterone joue un role indirect dans la calvitie. Elle doit être convertie en dihydrotestosterone (DHT) par une enzyme pour devenir active et provoquer la chute des cheveux. Car la DHT accelere le cycle de renouvellement des cheveux : apres environ 25 cycles, les follicules s'epuisent, les cheveux se transforment en duvet clair et fin, puis le follicule meurt et disparaît. Certains traitements ciblent ce mecanisme en bloquant la conversion de la testosterone en DHT, dont le finasteride.

Le terme « androgenetique » inclut aussi la notion de genetique. La chute de cheveux se retrouve souvent chez un pere ou un grand-pere, mais elle peut sauter une ou deux generations en raison du mode de transmission chromosomique.

Des traitements existent !

Deux options medicamenteuses de l'alopecie androgenetique masculine existent et necessitent un usage prolonge : ils sont efficaces tant qu'ils sont poursuivis et perdent leur effet dès l'arret.

Le minoxidil, un vasodilatateur applique directement sur le cuir chevelu, se presente chez l'homme en lotion ou mousse, à appliquer deux fois par jour. Il stimule la croissance des keratinocytes et la pousse des cheveux. On estime qu'il fait repousser les cheveux dans un tiers des cas, arrete la chute dans un autre tiers et est peu efficace dans le dernier tiers. Les premiers resultats apparaissent apres 3 à 4 mois.



Pour sa part, le traitement par finastéride consiste à prendre un comprimé par jour (1mg). Il est indiqué dans les stades précoces de l'alopecie androgénique chez les hommes, âgés de 18 à 41 ans (faute d'études démontrant son efficacité chez les plus âgés). Dans 80 % des cas, cela permet de maintenir la chevelure, et même, dans 40 % des cas, une légère repousse des cheveux est constatée. A noter, une nouvelle spécialité de finastéride est arrivée en pharmacie en avril 2025. Elle se présente en solution pour pulvérisation cutanée, à appliquer sur le cuir chevelu, sur les zones dégarnies (une à quatre pulvérisations quotidiennes).

Mais attention, l'action hormonale du finastéride pourrait être à l'origine d'effets indésirables, en particulier d'ordre psychique, sexuel ou physique, au point de faire l'objet d'une mise en garde de l'ANSM à propos des risques de troubles psychiatriques (anxiété, changements de l'humeur, notamment humeur dépressive, dépression et, moins fréquemment, des pensées suicidaires) et de la fonction sexuelle (dysfonction érectile, de troubles de l'éjaculation et d'une diminution de la libido), comme le précisait l'ANSM début 2025.

« De fait, explique Dr Marie-Hélène Jegou-Penouil, dermatologue membre de la Société française de dermatologie, on évitera la prescription de finastéride chez un patient ayant au préalable des soucis dans sa vie sexuelle ou à tendance anxio-dépressive. » De plus, tout homme ressentant un trouble de ce type doit en parler dès que possible avec son médecin.

La microgreffe de cheveux, pour corriger une calvitie stabilisée

La chirurgie peut corriger une calvitie stabilisée grâce aux microgreffes. Le chirurgien prélève une fine bande de cuir chevelu à l'arrière de la tête (ces cheveux sont programmés pour durer toute la vie), qui est découpée en fragments de quelques cheveux avec leurs racines. Ces greffons sont ensuite implantés dans les zones dégarnies.

Les techniques modernes offrent un rendu naturel, loin des résultats artificiels d'autrefois. Un traitement médical est souvent associé à la chirurgie.

Et chez la femme ?

L'alopecie androgénétique féminine diffuse est très fréquente, touchant environ 20 % des femmes à 40 ans, avec un éclaircissement souvent centré sur le sommet de la tête. La chute des cheveux varie selon les saisons et le statut hormonal. Devant une chute diffuse, il faut envisager plusieurs causes : carence en fer, problèmes de thyroïde, certains médicaments, maladies des ovaires...

Le traitement de référence est le minoxidil en lotion (1 ml à 2 % deux fois par jour voire 1 ml à 5 % une fois par jour, à évaluer après 3 à 4 mois). Le finastéride est interdit chez la femme, car inefficace et même tératogène (malformation du fœtus).

« Il reste l'acétate de cyprotérone dans la pilule ou d'autre contraception utilisant le norgestimate et plus récemment le dienogest. Mais ces molécules sont clairement moins efficaces », précise la Dre Marie-Hélène Jegou-Penouil.

La spironolactone, un antihypertenseur, est utilisée chez la femme pour moduler les effets des androgènes sur les follicules pileux, là où se forme le cheveu. Couramment prescrite aux États-Unis,



cette indication est cependant hors autorisation de mise sur le marché en France et relève de la responsabilité du prescripteur.

Autrefois, l'acétate de cyprotérone était prescrit comme traitement anti-androgène, mais son usage hors indication (hirsutisme avec anomalie biologique) est désormais interdit en raison du risque de tumeur cérébrale.

Enfin, en cas de carence en fer, il est utile d'enrichir l'alimentation avec des aliments riches en fer (viande, abats, jaune d'œuf...). Quant aux techniques comme « le laser, le plasma riche en plaquettes... (ils) n'ont pas démontré suffisamment d'efficacité pour qu'on puisse les recommander actuellement », affirme la dermatologue.

Source : Réévaluation européenne de la balance bénéfice/risque des médicaments contenant du finastéride ou du dutastéride (MIS À JOUR LE 13/09/2024 ; ANSM); Finastéride 1 mg et chute de cheveux (dossier ANSM 2022) ; fiches Vidal du minoxidil et du finastéride (vues le 03/09/25) ; Dossier Société française de dermatologie (dermato-info.fr, consulté le 03/09/25) ; interview du Dr Pascal Reygagne.



Pourquoi ne faut-il pas percer ses points noirs ?

La rédaction n'a pas participé à la réalisation de ce contenu

Tout d'abord, penchons-nous sur ce que sont les points noirs. Sans lien avec l'acné, il s'agit de petits bouchons de sébum, teintés par l'oxydation au contact de l'air. Aussi appelés comédons, ils apparaissent principalement sur la "zone T" située sur le front, le nez et le menton. Bien que tout le monde en ait, ils demeurent pour beaucoup une source de complexe et de gêne. Infection, kyste et cicatrice Pour autant, il est fortement déconseillé de tenter de les faire disparaître en les pressant pour en...

Tout d'abord, penchons-nous sur ce que sont les points noirs. Sans lien avec l'acné, il s'agit de petits bouchons de sébum, teintés par l'oxydation au contact de l'air. Aussi appelés comédons, ils apparaissent principalement sur la "zone T" située sur le front, le nez et le menton. Bien que tout le monde en ait, ils demeurent pour beaucoup une source de complexe et de gêne.

Infection, kyste et cicatrice

Pour autant, il est fortement déconseillé de tenter de les faire disparaître en les pressant pour en extraire le sébum. En effet, vous risquez en procédant ainsi de les contaminer avec des germes présents sur vos doigts, et donc de favoriser une infection. Celle-ci peut alors provoquer la formation d'un kyste qui va se surinfecter et laisser une cicatrice.

Pour éviter cela, mieux vaut s'abstenir de « tripoter » ses comédons. Mais comment s'en débarrasser ? L'idéal est de demander à un dermatologue ou à un pharmacien qui pourra fournir des conseils personnalisés en fonction de votre type de peau.

Bonnes pratiques

Et si vous souhaitez quand même tenter de vous en débarrasser par vous-même, optez pour des méthodes douces comme le bain de vapeur. Pour ce faire, portez de l'eau à ébullition. Pendant ce temps lavez votre visage afin que le bain de vapeur agisse efficacement. Une fois prêt, maintenez votre visage au-dessus de l'eau fumante pendant une dizaine de minutes. Vous pouvez placer une serviette sur votre tête afin que la vapeur dilate bien les pores de votre peau. Cette pratique libère les excédents de sébum et favorise la désincrustation des points noirs. Ensuite, il suffit de rincer votre visage à l'eau froide.

Autre option, de nombreux instituts de beauté proposent des soins de nettoyage de la peau, permettant notamment d'enlever les points noirs.

Source : Société française de Dermatologie