












Le Livre Blanc de la Dermatologie

Nouvelle édition. Novembre 2002.

Sommaire

-  **Avant propos**
-  **Préambule**
-  **Démographie**
-  **Enquête du Syndicat National des Dermato-Vénérologues**
-  **Enquête Dermatologie Libérale**
-  **Enquête Dermatologie Hospitalière**
-  **Formation Initiale**
-  **Formation médicale continue**
-  **Publications dermatologues 2000**
-  **Etat de la recherche en Dermatologie**
-  **Les dermatologues sont-ils remplaçables.**

AVANT-PROPOS

Depuis de nombreuses années, les Journées Dermatologiques de Paris, deuxième manifestation mondiale régulière de la spécialité par le nombre de participants, permettent aux différentes composantes de la Dermato-Vénérologie française de se réunir dans un *Forum de tous les Dermatologues* où, libéraux, hospitalo-universitaires et chercheurs échangent leurs informations et leurs réflexions sur l'organisation, le fonctionnement de la spécialité et son avenir.

Le Forum organisé lors des Journées de décembre 2000 avait l'ambition de dresser un état des lieux de la Dermato-Vénérologie française, afin d'orienter notre évolution avec la meilleure pertinence possible. Cette application à notre profession des questions fondamentales, qui sommes-nous ? à quoi servons-nous ? où allons-nous ? s'est révélée être un sujet particulièrement motivant pour nos confrères français, à en juger par le nombre des participants et des interventions, la densité et la durée des débats.

Les organisateurs de ce Forum ont souhaité rassembler en un *Livre Blanc de la Dermato-Vénérologie Française en 2000*, l'ensemble des informations communiquées et discutées au cours de la réunion. Ce document devrait permettre aux Dermato-Vénérologues français de mieux se connaître, pour mieux construire leur avenir et mieux se présenter aux différentes tutelles qui, elles-mêmes, y trouveront des éléments d'information propres à éclairer leur politique.

Je tiens à adresser tous mes remerciements aux nombreux participants au Forum, aux intervenants qui l'ont animé et surtout à tous les orateurs qui ont fourni une documentation riche et précise, synthétisée dans les pages qui suivent, ainsi qu'aux co-organisateurs du Forum pour leur collaboration :

- Le Professeur Jean-Marie BONNETBLANC
Président du Collège des Enseignants de Dermato-Vénérologie de France
- Le Professeur Pascal JOLY
Président de la Société de Recherche Dermatologique
- Le Docteur Michel LE MAITRE
Président de la Société Française de Dermatologie
Président de la Fédération Française de Formation Continue en Dermatologie-Vénérologie
- Le Docteur Jacques MARTEL
Président du Syndicat National des Dermato-Vénérologues-MST
- Le Professeur Jean-Claude ROUJEAU
Maître d'œuvre de ce *Livre Blanc de la Dermatologie Française en 2000*

Professeur Jean-Paul DENOEU
Coordinateur du Forum de tous les Dermatologues
Aux Journées Dermatologiques de Paris,
Décembre 2000

Préambule

A la fin 1999, le Collège des Enseignants de Dermatologie de France a créé une "commission prospective". Ce groupe avait pour premier objectif d'établir un "état des lieux" de la Dermatologie en France, préalable indispensable à toute réflexion efficace sur l'avenir de notre discipline.

Le travail réalisé a mobilisé les efforts de nombreux dermatologues libéraux et hospitaliers que nous tenons à remercier vivement, comme nous remercions la SFD, le Syndicat et la Fédération qui ont contribué à ce travail.

Les données recueillies ne sont certainement ni parfaites ni exhaustives, mais sans aucun doute les plus complètes jamais rassemblées sur la Dermatologie en France. Elles ont été présentées pour l'essentiel aux JDP 2000 pendant le "Forum de tous les Dermatologues" et sont reprises en détail dans ce Livre Blanc.

Nous espérons que cela sera un outil de travail et une base de réflexion pour tous ceux qui se sentent concernés par l'avenir de la Dermatologie en France.

Jean-Claude Roujeau Pour la Commission Prospective du Collège des Enseignants de Dermatologie de France

DEMOGRAPHIE ACTUELLE ET PREVISIBLE DES DERMATOLOGUES EN FRANCE Pr Béatrice Crickx, Groupe Hospitalier Bichat Claude Bernard Ap-Hp

De 1980 à 1996, la démographie des dermatologues a été superposable à celle de toutes les spécialités confondues.

Toutes spécialités confondues, la densité médicale a augmenté de 108.10% avec 74 médecins spécialistes pour 100 000 habitants en 1980 puis 154 pour 100 000 habitants en 1996. Il existe d'importantes disparités régionales avec une densité de 93 médecins pour 100 000 habitants en Picardie contre 223 en Ile de France. Parallèlement le nombre total de dermatologues passait de 3 141 en 1989 à 3 768 en 1996 (74 compétences exclues), soit une densité en 1996 de 6.64 dermatologues pour 100 000 habitants. Il existe des disparités inter-régionales et même intra régionales pour l'Ile de France. Les régions dont la densité en dermatologues est supérieure à la moyenne nationale sont : l'Ile de France (10.2), Provence – Cote d'Azur (9.5), Languedoc Roussillon (7.3), Aquitaine (6.8), Midi Pyrénées (6.7). Les régions qui ont une densité nettement inférieure à la moyenne nationale (densité entre 3 et 4) sont : l'Auvergne, Champagne Ardenne, Nord Pas de Calais, Picardie, Basse et Haute Normandie. En Ile de France, l'état des lieux dressé en 1998 par l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France montre que l'apparent excès de densité des dermatologues dans cette région peut être relativisé par plusieurs facteurs : a) inégalité régionale : la densité de Paris (21.8) et du 92 (11.1), expliquent des valeurs régionales élevées tandis que les autres départements ont une densité identique, voire inférieure, à celle des départements de province, notamment en ce qui concerne les départements de la grande couronne et le 93, b) plus de la moitié des dermatologues libéraux exercent avec des honoraires libres 27.4 % versus 55.9 en province, ce qui relativise la forte densité médicale surtout en grande couronne. c) enfin la population des dermatologues en Ile de France est plus âgée (45.6 ans versus 44.8 ans) plus féminisée (66.7 % versus 60.8 %), plus salariée car l'exercice libéral exclusif ou partiel est de 86.1 % versus 89.3 % en dehors de l'Ile de France.

Une étude récente de la DREES (septembre 2000) montre que la répartition de l'offre médicale au 1^{er} janvier 2000 par tranche d'unité urbaine est la suivante pour les dermatologues : 1% exerce dans des communes rurales, 9% dans des communes de moins de 20 000 habitants, 18 % dans des communes de 20 000 à 100 000 habitants, 44 % dans des communes de 100 000 à 2 millions d'habitants et 28 % en agglomération parisienne.

Quel est le ratio des dermatologues issus du DES (1^{er} concours en 1984-85) par rapport au nombre de dermatologues ?

En 1995 il était de 13.96 % et en 1996 de 15.74 %, augmentant progressivement. Les chiffres de 1996 pour d'autres spécialités donnent les résultats suivants : anesthésie-réanimation : 10.73% (n = 8 459), chirurgie : 2.66 % (n = 5 079), ophtalmologie : 10.55 % (n = 5 278), pédiatrie : 13.19 % (n = 7 703), rhumatologie : 17.29 % (n = 2 446). Les ratios entre spécialités ne peuvent être exploités que si l'on tient compte d'autres données, telles que la pyramide des âges, le degré de féminisation et le nombre total de spécialistes déjà sur le marché.

Prospective des dermatologues à l'horizon 2005 et au delà.

Toutes spécialités confondues, l'augmentation de la densité des spécialistes s'est « tassée » dès 1995 puisque le pourcentage de variation annuelle est passé de 6 à 7 % à 2.5 à 3 %. La baisse des effectifs est donc réelle dès 2004 toutes spécialités confondues puisque ces médecins sont plus âgés et soumis à la régulation des postes d'internes : il faut rappeler que le nombre d'étudiants admis à se spécialiser est égal à 50 % de l'effectif reçu en P2 cinq ans plus tôt, ce qui, compte tenu des abandons ou redoublement, génère moins de la moitié des spécialistes parmi ces diplômés.

Une étude de la SESI/DREES en 1998 a effectué une prospective pour les spécialités et identifié 4 groupes d'évolutivité différente : a) spécialité en forte baisse où bien avant 2010 leur nombre sera inférieur à celui d'aujourd'hui tandis qu'en 2015 leur nombre serait inférieur ou égal à 88 % des effectifs actuels (psychiatrie, gynécologie, pédiatrie, anesthésie, médecine interne, O.R.L., ophtalmo, stomato, radiologie) ; b) des spécialités à baisse plus limitée, plus tardive, dont les effectifs deviendront inférieurs à leur niveau actuel entre 2010 et 2015 (rhumatologie, dermatologie, cardiologie, médecine non

prescriptive), c) des spécialités dont la baisse n'est prévue qu'à plus long terme car leurs effectifs ne deviendront inférieurs à leur niveau actuel qu'entre 2015 et 2020 (anatomopathologie, gastro-entérologie...) ; d) spécialités en progression (pneumologie, endocrinologie, neurologie, biologie).

Des chiffres prospectifs pour la dermatologie ont été fournis par Annick VILAIN (SESI N° 96- Mars 98). Cette étude était basée sur des indicateurs 1996 : âge moyen 44.5 ans, pourcentage supérieur ou égal à 55 ans : 12.1 %, pourcentage inférieur à 40 ans : 29.6 %, inscrits en 3^e année de DES 1996-97 : 71 %, inscrits/actifs : 2%, pourcentage de femmes en 1996 : 59.9 %, pourcentage de femmes en 2015 : 66.8 %. En fonction de ces indicateurs, la prospective en 2010 s'établissait à 3762 dermatologues, en 2015 à 3481 et en 2020 à 2993 soit une perte d'environ 800 dermatologues en 10 ans sur la période 2010 – 2020. Ces chiffres devront être revus à la baisse car, comme l'indique l'auteur, les projections réalisées ne tiennent pas compte :

- De la réduction du nombre de postes dans la filière spécialités médicales (création d'une filière anesthésie – réanimation et pédiatrie),
- De la réduction du nombre de postes en dermatologie à l'intérieur de la filière médecine spécialisée (en Ile de France, 45 % des postes présents en 1996 ont été rendus en 2000).
- De la part de femmes parmi les nouveaux diplômés en fin de 2^e cycle.
- De l'éventuelle anticipation de l'âge de la retraite (MICA).
- De la baisse marquée des effectifs en équivalent temps plein (> à celle des effectifs bruts) : en effet les femmes spécialistes ont réalisé un nombre moyen d'actes inférieur de 31 % à celui réalisé par les hommes, tandis que l'activité des plus de 55 ans est en moyenne inférieure de 14% à celle des moins de 55 ans.

Sur les 593 dermatologues issus du DES en 1996, combien exercent vraiment la dermatologie ?

A l'échelon national en 1996, 593 internes ont été diplômés dont 130 issus de l'Ile de France (22%). En Ile de France où la totalité d'entre eux a pu être contacté, seuls 83% d'entre eux exerceront la dermatologie, les autres ayant choisi définitivement une autre filière, qu'il s'agisse d'une carrière dans l'industrie pharmaceutique sans rapport automatique avec la dermatologie ou d'une prise de fonction en milieu hospitalier dans d'autres filières (médecine polyvalente ; immunologie, gérontologie et surtout maladies infectieuses). Les données sont plus parcellaires pour la province puisque seuls 5 CHU ont répondu à l'enquête : à St.-Etienne 89 % des internes formés exercent en dermatologie, 94 % à Nancy et 100 % à Clermont Ferrand, Nice et Rouen.

A quelle carrière se destinent les internes DES diplômés en 1996 ?

Une carrière hospitalière en dermatologie (HU-H temps plein) a pu être offerte à moins de 11 % d'entre eux (4.2% en Ile de France, 5.5% à Nice, 6% à Nancy, 9 % à Clermont Ferrand et 11% à St.-Etienne). En ce qui concerne le lieu de leur installation en libéral par rapport à la ville ou à leur région d'internat, il existe des disparités :

- Pour l'Ile de France, sur 95 internes, seuls 47 s'étaient installés, dont 36 en Ile de France (18 Paris, 18 banlieue) et 11 en province dans 10 départements différents ; 26 internes sont toujours en situation d'attente, sous forme de vacations et remplacements.
- Les internes de St.-Etienne et Nice s'installent très majoritairement dans leur inter-région d'internat,
- En revanche, les internes de Rouen et Nancy sont retournés très majoritairement vers leur inter-région d'origine.

Des études prospectives effectuées par la DREES en 1998 doivent donc être reprises avec de nouveaux indicateurs qui devraient montrer que la baisse prévue en 1998 de 800 dermatologues sera non seulement plus précoce mais plus importante.

Il reste enfin à répondre à la question essentielle : *quel devrait être l'effectif de médecins souhaitable exerçant en France la dermatologie en 2020 pour assurer des soins dermatologiques de qualité sur l'ensemble du territoire ?*

ENQUÊTE DU SYNDICAT NATIONAL DES DERMATO - VÉNÉRÉOLOGUES SUR LE DERMATOLOGUE EN L'AN 2000

Docteur Jacques MARTEL
Docteur Jocelyne DELANOE
Docteur François ESPINASSOUZE
Docteur Jacques LEGROUX

Syndicat National des Dermato-Vénérologues

S N F D V
79, rue de Tocqueville
75017 PARIS
Tél. : 01 44 29 01 29
Fax : 01 40 54 00 66
E.mail : Syndicat.Dermatologues@wanadoo.fr

Introduction

L'enquête a été effectuée par le Syndicat National Français des Dermatologistes et Vénérologistes (MST) en été 2000.

126 Dermatologues ont une activité hospitalière prédominante (67 temps plein sans consultation privée et 59 temps plein avec consultation privée).

Le questionnaire a permis une étude démographique à comparer avec les chiffres ordinaux et des caisses d'assurance maladie. Après cette étude préliminaire, seront analysées les modalités pratiques en cabinet libéral, d'où le titre du document.

Méthodologie

Le questionnaire (qui figure intégralement en annexe 1) a été envoyé courant Juin 2000 aux 3487 dermatologues recensés par le Syndicat.

Il comportait plusieurs rubriques notamment une rubrique « qui êtes-vous ? » (anonymat possible) et une rubrique modalités d'activité (globale et suivant certains pôles plus spécifiques comme allergologie, chirurgie, esthétique...).

Résultats

Sur les 3487 questionnaires envoyés (et reçus), furent recueillies 1690 réponses exploitables (les dermatologues n'ont pas toujours répondu à toutes les questions), ce qui correspond à un taux de participation de 48%. L'anonymat fut le choix de 610 dermatologues interrogés, soit 36% des réponses.

Comme il avait été noté dans l'enquête 1992, le nombre de dermatologues en activité n'est pas toujours identique suivant les sources (Conseil National de l'Ordre ou Caisse Nationale d'Assurance Maladie). Le nombre de questionnaires envoyés correspond au chiffre habituellement reconnu de 3500 dermatologues en exercice, à quelques unités près.

Sexe

D'après les résultats du questionnaire, la majorité des Dermatologues en activité sont des femmes : 56% (914 réponses) pour 44% d'hommes (744 réponses).

Au 1er Novembre 2000, il y a globalement 3566 Dermato-Vénérologues en exercice, 59% de femmes et 41% d'hommes, pourcentages légèrement différents de ceux issus des réponses à l'enquête.

La Dermatologie est une spécialité dont la féminisation augmente comme la médecine du travail, l'endocrinologie, la gynéco-obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie, l'anatomopathologie et la biologie médicale ; importante à considérer est la féminisation par tranches d'âge, que nous n'avons pas chiffrée, très importante avant 45 ans : elle figure en annexe 4 (données de la CNAMTS). En comparant les études 1992 et 2000, les pourcentages sont identiques. La féminisation est également plus importante dans les grandes villes, notamment à Paris et Ile-de-France.

Répartition Géographique

L'enquête 2000 fait état de 1200 dermatologues exerçant en Province et dans les DOM-TOM (1188 + 22), soit 71% pour 29% à Paris et Ile-de-France (165 + 265). Parmi nos « répondants » 40% exercent dans des villes de plus de 100.000 habitants, 21% dans des villes dont la population est située entre 50.000 et 100.000 habitants, 39% dans des villes à moins de 50.000 habitants.

En annexe 2 figurent le nombre de dermatologues rapportés dans chaque département à 100.000 habitants ainsi que le nombre d'habitants par dermatologue, ce qui rend compte de disparités régionales et départementales importantes (carte de l'hexagone en annexe 3).

Année De Naissance

Sauf 4 « extrêmes » (un dermatologue né en 1923, au autre en 1925 et 2 nés après 1971), les 1628 dermatologues ayant indiqué leur année de naissance se répartissent (diagramme) dans les tranches 1930-1940 (77 soit 4,7%), 1941-1950 (489 soit 30%), 1951-1960 (837 soit 51,3%), 1961-1970 (225 soit 13,7%). Plus de 80% sont nés entre 1941 et 1961.

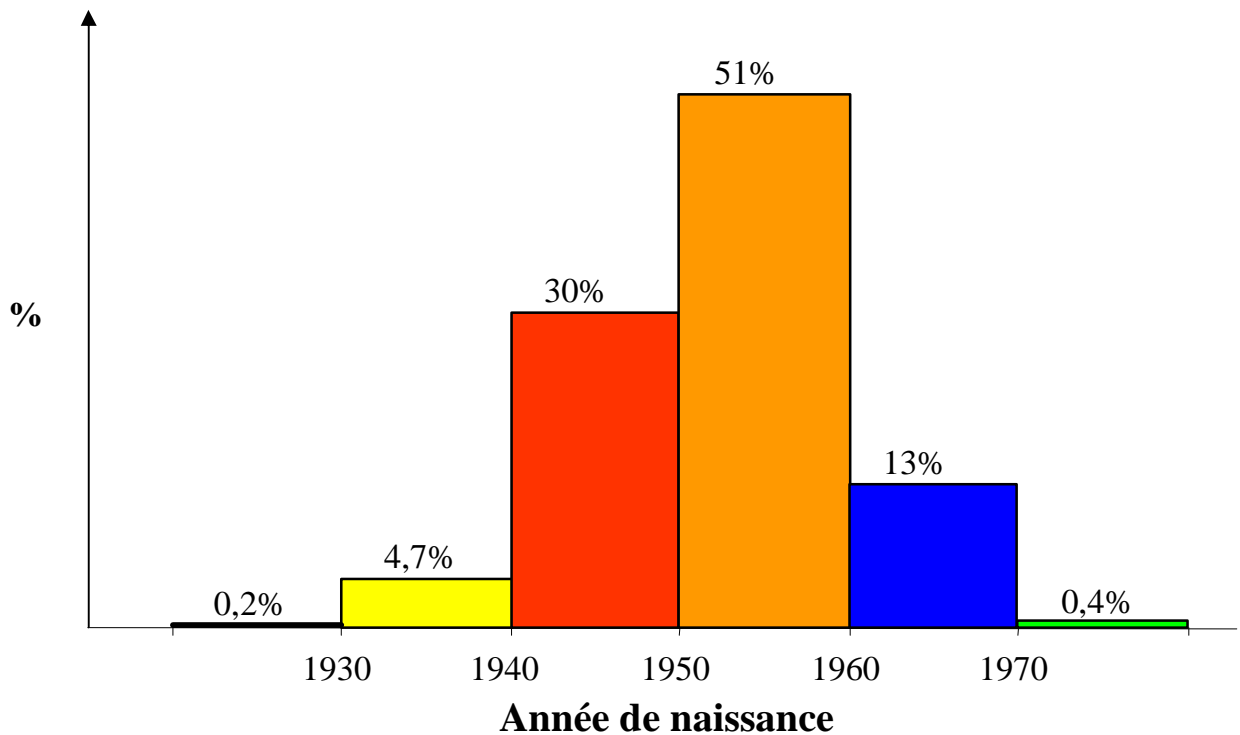
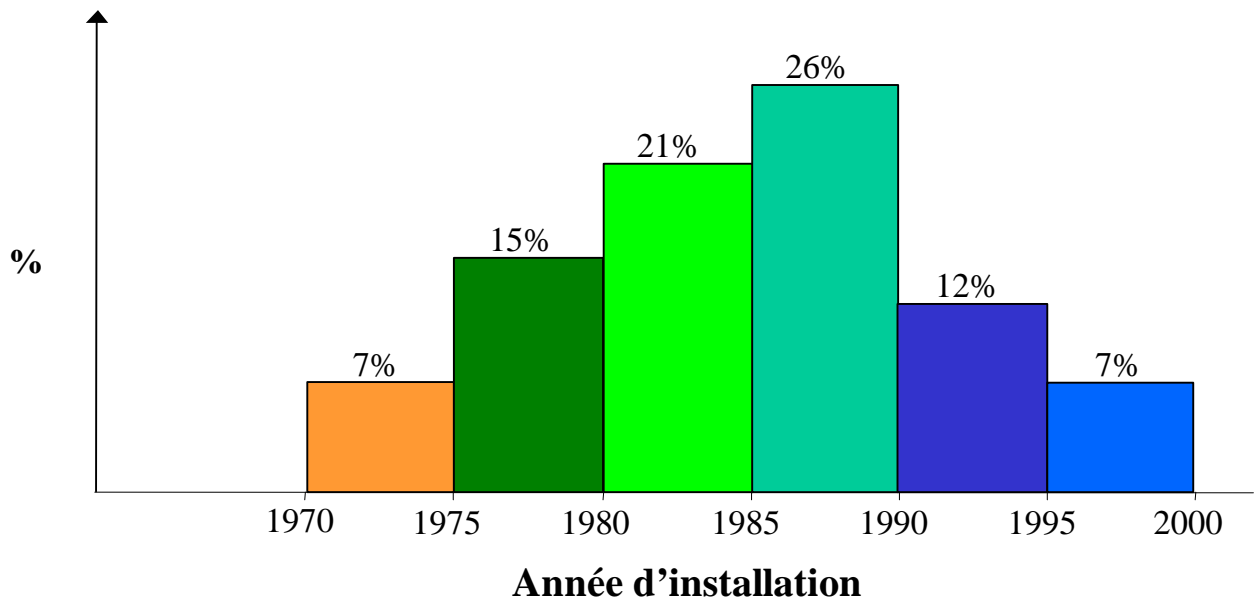
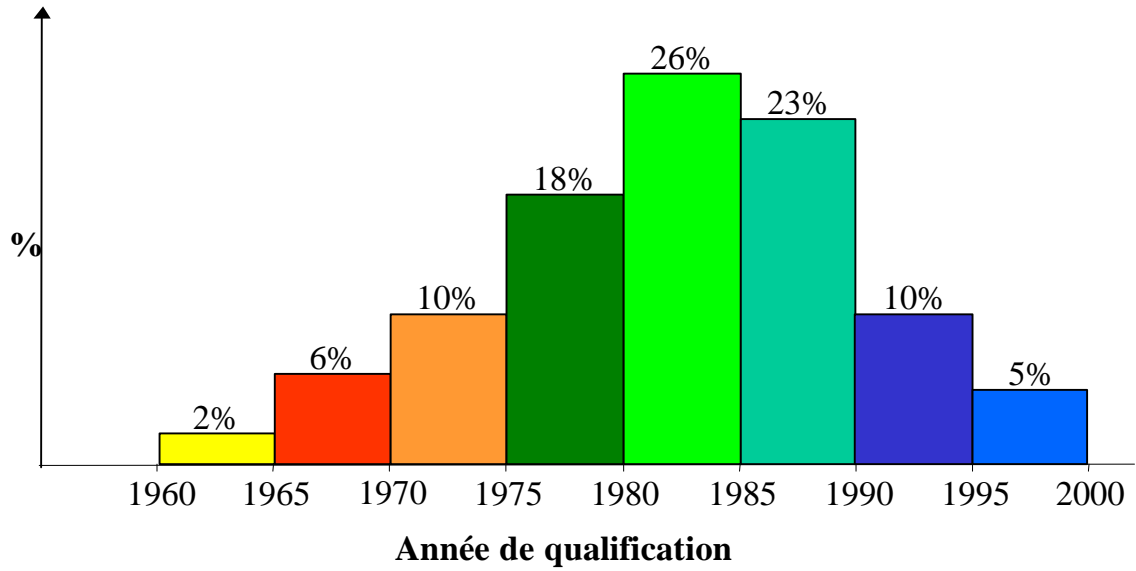
On peut comparer les données globales de l'annexe 4 (CNAMTS).

Année De Qualification

Le diagramme correspondant, en ramenant les pourcentages de dermatologues à des tranches de 5 ans, montre près de 70% de qualifié(e)s entre 1975 et 1990.

Année D'installation

Le diagramme ne suit pas la même évolution générale que le diagramme relatif à l'année de qualification. Il est à noter que tous les diplômés n'exerceraient pas la dermatologie et que des délais de plus en plus longs séparent la qualification de l'installation.



Mode D'exercice

Sur 1459 réponses, 742 exercent isolément (51%) pour 717 en groupe (49%).

Si l'exercice est en groupe, le nombre de médecins du groupe varie de 2 (49%) à plus de 5 (19%) ; il s'agit d'un groupe de dermatologues (63%) plus souvent qu'un groupe de spécialistes différents (37%).

Le statut juridique du groupe est très majoritairement une société civile de moyens.

Un petit nombre de dermatologues (28) exercent exclusivement dans une clinique privée.

Secteur D'activité

126 dermatologues ayant répondu au questionnaire exercent en hôpital de façon exclusive pour 67 d'entre eux (53%), avec consultations privées pour 59 (47%).

837 répondants ont une activité libérale exclusive (53%), 656 (47%) ont une ou plusieurs vacations d'attaché.

La majorité des attachés ont une ou 2 vacations par semaine (62%). Ces vacations sont dans un CHU (52%), un CHR (25%) ou un autre établissement (23%). Ces vacations ont lieu dans un service de dermatologie de façon à peine prioritaire (53%) ou dans un autre service (47%).

A noter que 30 dermatologues sont des remplaçants réguliers sur les 1690 réponses (1,8%).

26 dermatologues ont un cabinet secondaire (1,5%).

Il n'a pas été possible de dénombrer exactement les dermatologues qualifiés ayant une activité médicale dans une structure autre qu'un cabinet libéral ou un établissement hospitalier mais leur chiffre, si l'on tient compte des données ordinales et des données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, avoisine 250 (industrie pharmaceutique, médecine polyvalente, immunologie, infectiologie, gériatrie).

Mode De Conventionnement

876 sur 1690 répondants sont en secteur 1 (56%) pour 659 secteur 2 (39%) et le restant (très minoritaire) de secteur 3 (5) et DP (droit permanent à dépassement : 22).

Deux éléments sont importants à noter à ce niveau : on pense souvent (les tutelles) que les dermatologues sont globalement majoritairement en secteur 2 (honoraires libres), ce que les chiffres ci-dessus infirment (de même que les chiffres globaux des Caisses très proches des chiffres du questionnaire : 57% de secteur 1 et 42% de secteur 2). D'autres spécialités ont un taux bien supérieur au nôtre en secteur 2, notamment Urologie, Neurochirurgie, Orthopédie, Endocrinologie, Gynécologie, ORL, Ophtalmologie.

Certes, les « secteur 2 » sont près de 75% à Paris intra-muros et ils sont nettement majoritaires dans certaines grandes métropoles, ce qui pourrait expliquer une réputation inexacte.

Type D'activité

Seuls 6 de nos répondants ont une pratique chirurgicale exclusive.

Le mode majoritaire d'exercice est médico-chirurgical (1210 sur 1690, soit 72%).

On verra plus loin qu'un pourcentage de 45% des dermatologues pratiquent à des degrés divers la dermatologie esthétique, 34% la phlébologie, 26% l'allergologie, 36% la vénéréologie (MST).

La répartition du type d'activité selon le sexe n'a pas été reprise (elle figurait sur l'étude 1992) mais le mode médical pur est exercé en majorité par des femmes.

Temps Hebdomadaire D'activité Libérale

La plus grande partie des dermatologues travaillent entre 30 et 50 heures (1020, soit 62%) ; 20% entre 20 et 30 heures ; une activité inférieure à 20 heures concerne 3% et 15% travaillent plus de 50 heures par semaine.

Dans une spécialité où la féminisation dépasse globalement 60%, il ne paraît pas fondamental de faire une étude séparée hommes-femmes sur le temps hebdomadaire d'activité, hommes et femmes se partagent les durées extrêmes, même si les femmes sont un peu plus nombreuses dans les moins de 20 heures et si l'exercice médical pur (sans activité chirurgicale) prévaut dans les temps hebdomadaires moindres.

Nombre De Semaines De Vacances Par An

71% des dermatologues de notre « échantillon » prennent 5 semaines de vacances ou plus par an (24% : 5 semaines, 21% : 6 semaines, 26% plus de 6 semaines). Le questionnaire étudiait également le nombre de jours de congés annuels qui donne des résultats très proches.

Il est certain que le régime fiscal et les vacances du personnel du cabinet (71% des dermatologues ont une secrétaire) jouent un rôle dans la durée et la répartition des vacances.

Nombre d'heures/semaine consacrées à des activités autres que les actes médicaux stricts

a) Bibliographie et courrier médical

81% des dermato-vénéréologues consacrent moins de 4 heures par semaine à ces activités dont 53% 2 heures ou moins.

b) Gestion et courrier non médical

90% des dermato-vénéréologues y consacrent moins de 4 heures par semaine dont 71% 2 heures ou moins.

c) Formation continue

95% des dermato-vénéréologues y consacrent moins de 4 heures par semaine dont 68% 2 heures ou moins ; la réponse à la question a) exclut de ce thème le poste lectures.

Allergologie Cutanée

3 des répondants seulement la pratiquent de façon exclusive ; 543 (47%) de façon habituelle ;

612 (53%) de façon exceptionnelle.

La majorité des dermato-vénéréologues pratiquent les seuls tests épicutanés ; 40% pratiquent aussi IDR aux pneumallergènes et trophallergènes surtout.

Les patients testés proviennent du recrutement propre du DV (48%), de confrères généralistes (29%), de spécialistes non dermatologues (14%), de dermatologues (9%).

Le nombre de personnes testées en moyenne par semaine est de 1 à 3 pour 488 sur les 630 DV ayant répondu à la question, soit 77%. Les DV pratiquant plus de 10 explorations allergologiques par semaine est de 36, soit 5,7%.

Les DV ne pratiquant pas de tests adressent leurs patients à tester à un allergologue « général » (55%), à un dermatologue (44%) ; une infime minorité (1,3%) ne font jamais pratiquer de tests.

Dermatologie Chirurgicale

Type d'installation : 81% des DV ayant répondu exercent de façon exclusive dans leur cabinet, 19% exercent en cabinet et en clinique ou en cabinet et en hôpital.

Un dermatologue sur 5 dans notre groupe étudié fréquente un bloc opératoire du public comme du privé. Pour les DV exerçant en clinique, un pourcentage notable (34%) exercent sans contrat.

La chirurgie au cabinet : 26% des praticiens ont une salle réservée à la chirurgie.

Assistance : 14% des dermatologues interrogés se font assister d'une aide opératoire.

Recrutement. Réseaux

Les DV interviennent chirurgicalement sur des patients de leur seul recrutement pour 26% ; 74% travaillent comme intervenants chirurgicaux sur leur recrutement et celui de leurs confrères, en majorité et de façon fréquente des médecins généralistes (62%), assez souvent des médecins du travail (42%), de façon plus rare des dermatologues ne pratiquant pas la chirurgie (17%), plus exceptionnellement des chirurgiens (10%).

Secteur d'implication

La carcinologie cutanée constitue un pôle majeur de l'activité chirurgicale des DV. Ils assurent la chirurgie (mais aussi surveillance et prévention). La surveillance après ablation d'un carcinome est assurée par le DV dans 67% des cas, avec le médecin traitant dans 43% des cas surveillés. Pour le mélanome, les chiffres sont de 72% et 37%

Niveau de pratique chirurgicale : 84% des dermatologues pratiquent des exérèses fusiformes, 31% des petites plasties, 24% des greffes (surtout au bistouri et au punch) ; seuls 8% des dermatologues pratiquent des grandes plasties.

Le niveau de pratique est jugé suffisant par les praticiens pour 56% d'entre eux, 31% souhaiteraient élargir leur pratique.

Formation

Elle est jugée suffisante par 48% des DV interrogés, insuffisante par 38%.

Le mode de formation préférentiel est universitaire.

Parmi les moyens de formation le compagnonnage n'atteint que 30% des suffrages pour 45% aux congrès et journées de formation, 22% aux publications, 20% aux associations de formation en chirurgie cutanée, 12% aux vidéos, 11% aux sociétés savantes.

Des progrès restent à faire. Il faudrait accentuer, malgré la difficulté d'organiser, le compagnonnage à préférer à notre avis aux moyens plus théoriques.

Contrôles histologiques

42% envoient systématiquement pour analyse histologique les prélèvements effectués, tandis que 56% le font selon la pathologie. 8,5% des dermatologues travaillent avec des histopathologistes généraux, 68,5% avec des histopathologistes spécialisés en dermatologie.

Point de vue médico-légal

21% pratiquent des photographies préopératoires pour garder une trace médico-légale opposable. 2% ont été au cours de leur carrière attaqués en justice, 0,68% d'entre eux ont vu leur responsabilité mise en cause.

Volume d'activité

L'activité chirurgicale représente :

- moins de 10% du chiffre d'affaires pour 56%,
- entre 10% et 25% du chiffre d'affaires pour 37%
- entre 25% et 50% du chiffre d'affaires pour 6%.

Les cotations pour plasties > KC 50 ne sont jamais pratiquées par 59% des dermatologues, exceptionnellement pratiquées dans 19% des cas, pratiquées moins de 5 fois par semaine par 15%, tandis que 6% pratiquent cette cotation plus de 5 fois par semaine.

Statut de la spécialité

77% souhaitent voir évoluer la spécialité vers un statut médico-chirurgical, 12% ne le souhaitent pas.

Commentaire : Nos instances ordinales nationales ne sont pas favorables à notre statut médico-chirurgical mais le train est en marche au niveau européen.

Commentaires sur le coût de l'acte chirurgical en dermatologie

La pratique des actes simples les plus courants (exérèses fusiformes) est assortie d'un coût important (matériel jetable, stérilisation...). Il faut espérer que la nouvelle codification des actes donnera aux DV installés en secteur 1 des conditions décentes de poursuite de cette activité hautement souhaitable.

Dermatologie Esthétique

Pratiquée de façon exclusive par 2 DV interrogés, 533 DV la pratiquent de façon exceptionnelle (34%), 720 de façon modeste (de 0 à 10% de l'activité : 45%), 21% de façon notable ou importante (17% entre 10 et 30% de l'activité pour 4% au-dessus de 30%).

Les actes les plus fréquemment pratiqués sont les peelings puis les injections de produits (comblement). Les lipoaspirations ne sont pratiquées que par 20 DV interrogés.

Malgré une opinion couramment répandue, la dermatologie esthétique (qui doit être pratiquée en priorité par des dermatologues ayant suivi une formation spécifique) n'est exercée de façon importante par seuls 21% des DV. Il aurait été intéressant de croiser cette étude avec celle de la pratique chirurgicale et d'étudier le pourcentage hommes-femmes dans ces secteurs.

Laser

54% des DV ont une activité laser ; les indications sont esthétiques dans 74% des cas.

Le nombre d'actes lasers par semaine pour les DV ayant cette activité est inférieur ou égal à 2 pour 27%, à 3-4 pour 22%, 5-6 pour 17%, 7-8 pour 4%, supérieur à 8 pour 30%.

Angio-Dermatologie

58% des répondants (770) ont une pratique jugée exceptionnelle de l'angio-dermatologie ; 12% effectuent 5 actes ou plus par jour dans cette rubrique ; 30% font 10 actes par semaine. Les actes de loin les plus fréquents sont les scléroses de varices (63%) et les pansements d'ulcères (66%), devançant de très loin greffes d'ulcères, phlébectomies ambulatoires et enregistrement doppler.

Mst

17% des DV interrogés ont une activité jugée fréquente en MST, 83% considèrent celle-ci comme de pratique exceptionnelle. Pour les « actifs fréquents » leur activité se partage de façon égale entre consultation hospitalière, dispensaire et consultation type CIDAG (centre information dépistage anonyme et gratuit).

Personnel

70% des DV ont une secrétaire réceptionniste.

75% des DV ont du personnel pour assurer l'entretien du cabinet.

5% des DV sont aidés par une infirmière permanente à leur cabinet.

Equipement

- 1) 60% des DV interrogés ont un équipement informatique (été 2000).
- 2) 52% bénéficient d'une installation PUVA.
- 3) Pour ceux qui peuvent accéder à un équipement laser, cet équipement est la propriété d'un groupe de dermatologues (70%), d'une clinique (16%), du seul dermatologue (8%), un groupe de médecins non exclusivement dermatologues (4%), de l'hôpital (2%).
- 4) Stérilisation : 75% des DV ont un poupinel, 25 % un autoclave.
- 5) Bistouri électrique : 72% des DV ont un bistouri aux normes CE

Déchets

Les 1463 DV ayant répondu gèrent l'élimination des déchets de façon extrêmement variée, d'où émergent l'hôpital voisin (17%) et une société spécialisée (49%).

Activité en CS, K, KC

L'échantillon ayant répondu à ces 3 questions représente moins de la moitié des répondants.

CS : seuls 762 DV ont répondu
132 soit 17% font 2000 ou moins CS/an
197 soit 26% entre 2000 et 3000
206 soit 27% entre 3000 et 4000
130 soit 17% entre 4000 et 5000
97 soit 13% plus de 5000 de CS/an

K : 693 répondants
129 soit 19% font 500 ou moins K/an
51 soit 7% entre 500 et 1000
44 soit 6% entre 1000 et 1500
19 soit 3% entre 1500 et 2000
450 soit 65% plus de 2000 K/an

KC : 669 répondants
180 soit 27% font 500 ou moins KC/an
51 soit 8% entre 500 et 1000
30 soit 5% entre 1000 et 1500
47 soit 6% entre 1500 et 2000
361 soit 54% plus de 2000 KC/an

Recrutement

771 de 1580 répondants soit 49% reçoivent moins de 5% de patients de confrères.

655 de 1580 répondants soit 41% reçoivent entre 5 et 20 %.

154 de 1580 répondants soit 10% reçoivent plus de 20%.

Les médecins envoyeurs sont des médecins généralistes à 80%.

On peut remarquer que près de 50% de DV reçoivent directement des patients dans 95% des cas. L'étude n'a pas comporté l'analyse de l'incidence régionale et par là de la démographie médicale dans les différents cas.

Divers

75% des DV appartiennent au Syndicat des Dermatologues.

43% des DV interrogés appartiennent à la Société Française de Dermatologie.

66% appartiennent à une association locale ou régionale de FMC de dermatologues.

Commentaires : on peut penser que les répondants sont plus sensibles à un message syndical.

Profil général du dermatologue libéral en l'an 2000 et conclusion

Le (la) Dermatologue en l'an 2000 est plus souvent une femme (56%). Il (elle) exerce en province à 71%. Né(e) surtout entre 1940 et 1960, il (elle) est installé(e) surtout entre 1975 et 1990 dans des villes de plus de 100.000 ou de moins de 50.000 habitants. Une majorité discrète exerce en secteur 1 (56%) notamment en province. L'exercice en groupe et l'exercice isolé se partagent à presque égalité l'ensemble des dermatologues libéraux.

Le (la) Dermatologue travaille entre 30 et 50 heures par semaine.

Un Dermatologue sur 2 a une activité en allergologie cutanée ; 90% pratiquent une chirurgie « élémentaire » (biopsies, excrèses en fuseau avec suture), le plus souvent en cabinet libéral ; contrairement à une idée fortement répandue, seuls 20% des Dermatologues ont une activité de dermatologie esthétique importante. Les techniques laser recrutent de plus en plus de médecins de la spécialité (55%) dans des indications esthétiques à 75%. L'activité « MST » n'est pratiquée de façon courante que par 15 à 20% des Dermatologues interrogés.

Le plateau technique comporte une installation de Puvathérapie dans un cabinet sur 2 ; 90% des interrogés ont un bistouri électrique conforme aux normes européennes ; seuls 20% ont un autoclave pour stériliser leur matériel.

Le vaste champ d'action du dermatologue et son rôle en santé publique justifient le nombre actuel de spécialistes en dermato-vénéréologie (DV).

Il n'a pas été fait d'étude prospective démographique (que d'autres ont réalisé) et il paraît extrêmement difficile de faire des prévisions même à 20 ans vu la mouvance des politiques de santé. L'analyse purement comptable des dépenses de santé risque fort d'aboutir à accélérer la diminution des spécialistes en DV et à compromettre l'équilibre correct actuel entre les besoins et le nombre d'acteurs de qualité en DV.

Annexe 1

Qui êtes-vous ?

Tampon (facultatif) :

Si vous désirez rester anonyme :

Sexe :

Code postal :

Année de naissance :

Année de qualification :

Année d'installation :

Actuellement en exercice ? oui non

Êtes-vous remplaçant régulier ? oui non

Modalités d'activité

Installé dans une ville de plus de 100 000 habitants oui non
ville < 50 000 habitants oui non
ville de 50 000 < < 100 000 habitants oui non

Hospitalier exclusif oui non
Hospitalier + consultations privées oui non
Libéral exclusif oui non
Libéral + vacations d'attaché oui non

nombre de vacations par semaine :

CHU CHR autre

dans un service de dermatologie

dans un service autre (préciser) :

Exercez-vous : isolé oui non

en groupe : nombre de médecins du groupe :
avec d'autres Dermatologues
avec d'autres spécialistes
statut juridique du groupe :

en clinique (exercice exclusif)

Secteur 1 2 DP 3

si non, - adressez-vous les patients à tester
à un dermatologue
à un allergologue « général »

- vous ne faites pas pratiquer de tests

Chirurgie (questionnaire développé - collaboration de J. LEGROUX - pour des raisons d'actualité et de défense de ce secteur).

Travaillez-vous régulièrement dans une clinique ? : oui non

Avez-vous un contrat avec la clinique ? : oui non

Quels gestes pratiquez-vous ?

biopsies	<input type="checkbox"/> fuseaux	petites plasties	grandes plasties
greffes	<input type="checkbox"/> de peau épaisse	<input type="checkbox"/> de peau fine	
	<input type="checkbox"/> au bistouri	<input type="checkbox"/> au punch	<input type="checkbox"/> au dermatome

Votre cadre de travail :

cabinet seul : oui non

si oui, avez-vous : une salle réservée à la chirurgie une aide opératoire

cabinet et bloc opératoire : clinique hôpital

Votre secteur d'activité : 1 2

Mode de formation en chirurgie :

universitaire : oui non

non universitaire : oui non

par quels moyens : congrès informatique journée de formation
association de formation en chirurgie compagnonnage
société savante vidéo publication

Cette formation vous paraît-elle être : suffisante insuffisante

Le statut de la spécialité devrait-il évoluer vers la reconnaissance médico-chirurgicale ?

oui non

Pratiquez-vous un examen histopathologique :

dans tous les cas selon la pathologie

La surveillance après ablation d'un carcinome, est-elle faite :

par vous-même par le médecin traitant conjointement

La surveillance après ablation d'un mélanome, est-elle faite :

par vous-même par le médecin traitant conjointement

Travaillez-vous en tant qu'intervenant chirurgical :

sur votre seul recrutement

sur votre recrutement et celui de vos confrères :

- médecin généraliste	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
		si oui :	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> rarement
- médecin du travail	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
		si oui :	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> rarement
- chirurgien	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
		si oui :	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> rarement
- dermatologue	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui			
		si oui :	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> rarement

Souhaitez-vous élargir votre pratique chirurgicale ? oui non

Adressez-vous vos examens anatomo-pathologiques à un laboratoire spécialisé en anatomo-pathologie cutanée :

toujours parfois généralement jamais

D'un point de vue médico-légal, pratiquez-vous des photos préopératoires ?

oui non

Avez-vous déjà été attaqué en justice, à la suite d'un acte chirurgical ?

oui non

si oui, votre responsabilité a-t-elle été mise en cause ? oui non

Votre activité chirurgicale représente-t-elle

< 10 % du CA < à 25 % du CA < à 50 % du CA

Actes = KC 50 par semaine > 10
5 - 10
< 5
exceptionnel
jamais

Dermatologie esthétique : exclusive
 exceptionnelle
 0 < < 10 %
 10 < < 30 %
 > 30 %

Que faites-vous le plus fréquemment :
 injections de produits
 peelings
 lipo-aspiration
 autres, préciser :

Laser : oui non nombre actes/semaines :

Indications : surtout esthétiques
 surtout médicales

Angio-dermatologie :
 pratique exceptionnelle
 pratique fréquente = 5 actes/jour
 pratique assez fréquente 10 actes/semaine
 scléroses
 pansements d'ulcères
 chirurgie d'ulcères
 phlébectomie ambulatoire
 greffe
 doppler enregistré

MST :
 pratique exceptionnelle
 ou fréquente
 consultation hospitalière
 dispensaire
 à une consultation type CIDAG

Proctologie : oui non
si oui : scléroses hémorroïdes
 incision de thrombose
 chirurgie plus élaborée
 autre (préciser) :

Gestion - Activité

Personnel entretien oui non
 secrétaire réceptionniste oui non
 infirmière oui non

Activité 1999 : nombre de semaines sans activité :
 nombre de CS :
 nombre de K :
 nombre de KC :

Quel pourcentage de patients recevez-vous de confrères

< 5 %

5 < < 20 %

> 20 %

généralistes

autres spécialistes

Appartenance

au Syndicat National des Dermatologues
 à la Société Française de Dermatologie
 à une autre Société Savante, si oui, citer :
 à une association locale ou régionale de FMC de Dermatologues
médecins généralistes et spécialistes

Fonctions syndicales : oui non
 Syndicat horizontal : CSMF FMF SML
 Syndicat des Dermatologues
 Autre (citer) :

Fonctions ordinales : oui non
 si oui, préciser :

Équipement

Informatique : oui non
 si oui, nom du logiciel :

Puva : oui non
 type d'appareil :

Laser : oui non :
 quel type :
 cet équipement appartient-il :
 à vous-même exclusivement
 à un groupe de dermatologues
 à un groupe de médecins non exclusivement dermatologues
 à une clinique : contrat : oui non

Stérilisation : poupinel
 autoclave, type :

Bistouri électrique aux normes CE : oui non
type :

Elimination des déchets : modalités (quelques mots) :

Commentaires

Annexe 4

Données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) au 31/12/99

France métropolitaine

3262 Dermato-Vénérologues

- 1) Conventionnés secteur 1 : 1858 (57%)
Conventionnés secteur 2 : 1357 (42%)
DP : 42
Non conventionnés : 5

- 2) Hommes : 1274 : 39%
âge moyen : 48 ans
Femmes : 1988 : 61%
âge moyen : 46 ans

3) Tranches d'âge

Hommes	de 25 à 29 ans :	1	
	de 30 à 34 ans :	30	2%
	de 35 à 39 ans :	109	9%
	de 40 à 44 ans :	293	23%
	de 45 à 49 ans :	322	25%
	de 50 à 54 ans :	260	20%
	de 55 à 59 ans :	155	12%
	de 60 à 64 ans :	75	6%
	de 65 à 69 ans :	14	1%
	> 69 ans :	9	0,7%
	âge inconnu :	6	0,5%

1274

Femmes	de 25 à 29 ans :	1	
	de 30 à 34 ans :	103	5%
	de 35 à 39 ans :	232	12%
	de 40 à 44 ans :	570	29%
	de 45 à 49 ans :	551	28%
	de 50 à 54 ans :	325	16%
	de 55 à 59 ans :	158	8%
	de 60 à 64 ans :	38	1,5%
	de 65 à 69 ans :	6	0,3%
	> 69 ans :	4	0,2%
	âge inconnu :	0	

1988

- 4) Mode d'exercice
Libéral : 2293 70%
Libéral + salarié : 381 12%
Libéral + hôpital : 538 16%
Secteur privé à l'hôpital : 50 2%

(Direction Études et Statistiques CNAMTS)

ENQUETE DERMATOLOGIE LIBERALE

Résultats **préliminaires** du travail coordonné par J. Martel, JC Roujeau et l'unité INSERM U444 (E Lukasiewicz, A. Flahault)

Le but de cette étude était d'évaluer par une enquête prospective "un jour donné" l'activité réelle des Dermatologues. Les données déjà recueillies en particulier par les enquêtes du Syndicat des Dermatologues étaient en fait fournies par des questionnaires ou les praticiens fournissaient une autoestimation de leur pratique.

Méthodes :

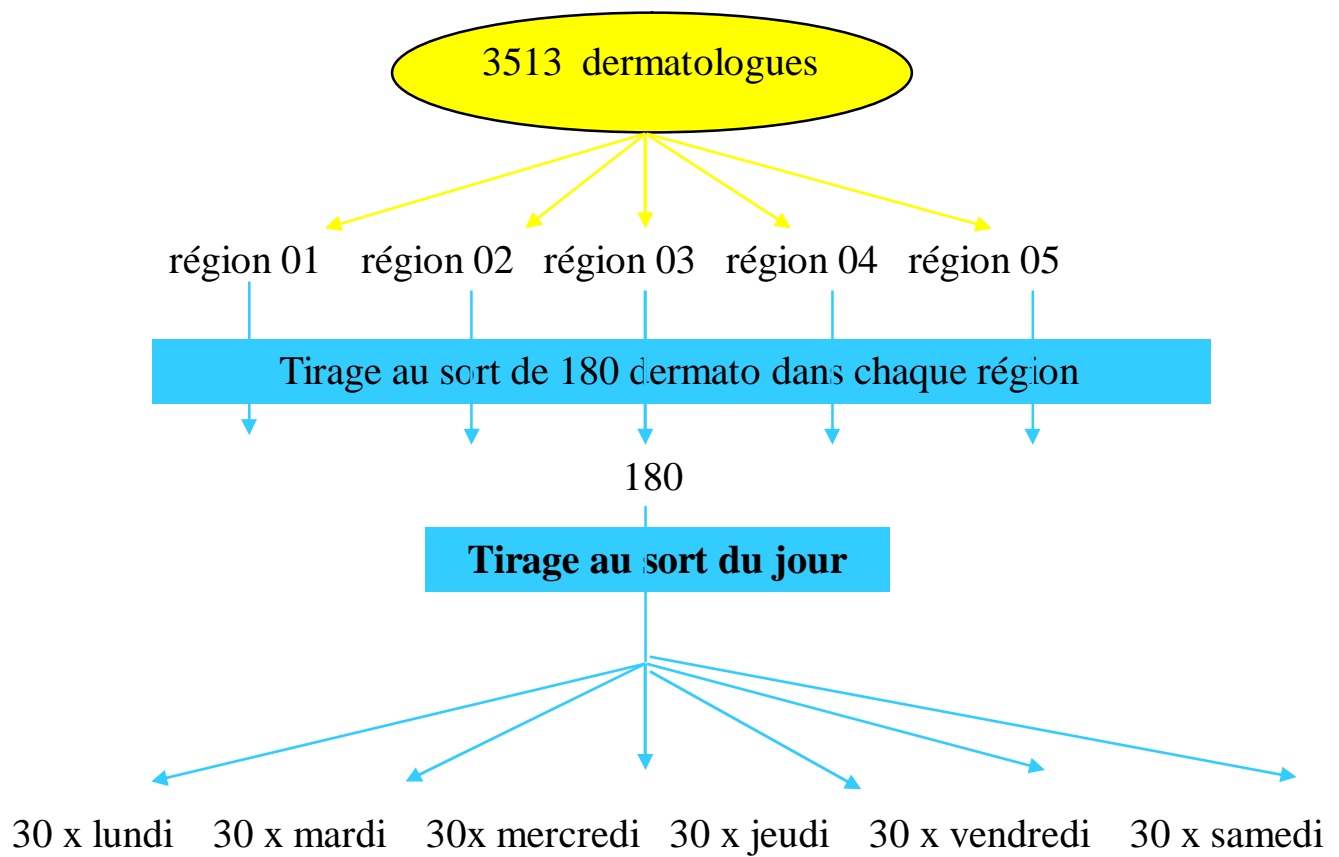
Enquête un jour donné (Juin 2000) : 1 fiche à remplir pour chaque consultant

Echantillon de 900 dermatologues tirés au sort sur le listing du syndicat des dermatologues.

Le tirage au sort a été effectué par grande région (indicatifs téléphoniques). Au sein de chaque région un jour ouvrable (Lundi au Samedi) a été tiré au sort pour chaque dermatologue choisi..

Voir schéma de l'étude page suivante.

Chaque fiche individuelle (pour chaque consultant) était préformatée en fonction des diagnostics les plus fréquents, mais avec possibilité de réponses ouvertes pour les cas non prévus.



Taux de réponse et nbre moyen de patients/medecin/jour/region

Région	Couleur	Taux de réponse	Nb patients Totaux (Nt)	Nb médecins ne cs pas	Nb médecins consultant(Nc)	Nb moyen patient/médecin (Nt/Nc)
01	Blanc	47,8 % (86/180)	971	37	49	20
02	Bleu	49,4% (89/180)	1432	24	65	22
03	Rose	47,8 % (86/180)	1455	29	57	25
04	Jaune	47,2% (85/180)	1280	21	64	20
05	Vert	46% (83/180)	1273	22	61	21
Total		47,7% (429/900)	6411	133	296	22

Sur 900 envois : 429 médecins ont répondu => taux de réponse = 48 %

Parmi ces 429 médecins :

133 ne consultaient pas le jour attribué = 30 % des répondants.

296 consultaient le jour attribué = 70 % des répondants.

Nbre consultations dermato/jour en France

$(971/0,078) + (1432/0,175) + (1455/0,145) + (1280/0,095) + (1273/0,184) = 51058$

Nbre consultations dermato/an en France

$51058*261 = 13\,326\,138$ ou $51058*303 = 15\,470\,574$

Il y a une différence significative entre le nombre moyen de patients/médecin selon la région avec un nombre = 25 dans la région 03 (Nord et Nord-est) et entre 20 et 22 dans les autres régions (ANOVA, p = 0,0014).

Région 01 (blanc) : Ile de France

Région 02 (bleu) : Bretagne, Basse et Haute Normandie, Pays de la Loire, Centre

Région 03 (rose) : Nord Pas de Calais, Picardie, Champagne - Ardennes, Alsace, Lorraine, Bourgogne, Franche-Comté

Région 04 (jaune) : PACA, Languedoc - Roussillon, Rhône-Alpes, Auvergne, Corse

Région 05 (vert) : Aquitaine, Midi - Pyrénées, Limousin, Poitou - Charentes

Fréquence des différents diagnostics selon la région

Diagnostic	Région 01 (971 patients)	Région 02 (1432 patients)	Région 03 (1455 patients)	Région 04 (1280 patients)	Région 05 (1273 patients)	Total (6411 patients)
Verrues	149	225	222	200	177	973
Acné	134	230	230	164	152	910
Naevus	97	189	179	152	149	766
Mycose	75	89	67	105	98	434
Eczema	54	63	68	74	69	328
Psoriasis	62	69	89	49	55	324
Cosmétiques	43	65	81	77	57	323
Tumeur cutanée bénigne	29	76	65	57	46	273
Dermatite atopique	42	56	56	46	44	244
Lésion pré- cancereuse	18	76	24	45	56	219
Dermite seborrhéique	29	48	43	36	34	190
CBC	22	49	28	44	43	186
Prurit/prurigo	25	34	43	33	32	167
Kystes	34	36	37	27	29	163
Molluscum contagiosum	26	36	37	32	32	163
Verrues séborrhéiques	20	43	28	35	35	161
Photosensibilité	37	22	62	18	19	158
Rosacée	19	30	44	23	28	144
Cheveux	34	24	30	23	25	136
Troubles pigmentation	23	33	24	33	21	134
Varices	9	13	30	26	16	94
Impetigo/furoncle	16	13	12	21	17	79
Urticaire	8	6	17	16	13	60
Lichen	10	8	14	10	16	58
Mélanome	18	11	9	8	11	57
Ulcère	6	9	14	5	16	50
CSC	4	11	5	12	14	46
Condylomes	11	4	15	7	6	43
HSV non génital	6	7	4	4	8	29
Zona	1	4	0	2	3	10
HSV génital	0	4	2	1	2	9
Chlamydiae	0	3	1	1	0	5
Gonocoques	0	0	0	1	0	1

Fréquence :

Cancer et lésions précancéreuses = $(186+46+57+219)/6411 = 8\%$

Cosmétologie = $323/6411 = 5\%$

Tumeur cutanée bénigne = $273/6411 = 4\%$

Extrapolation des Résultats

Exemple : Nombre de verrues

Région	Nb dermato (nbd) 1999	Taille échantillon	Nb répondants (r)	Q = r/nbd	Nb verrues Vues par r (n1)	Nb verrues dans la région (N1 = n1/Q)
01	1098	180	86	0,078	149	1910
02	507	180	89	0,175	225	1286
03	592	180	86	0,145	222	1531
04	892	180	85	0,095	200	2105
05	451	180	83	0,184	177	962

Nb verrues vues un jour donné par l'ens des dermatologues en France (moyenne sur 6 jours)
= 1910+1286+1531+2105+962=7794

Nb verrues vues en France/an = 7794 x 261= 2034293

ou

Nb verrues vues en France/an = 7794 x 303= 2361650 (303 = 365-52 dimanches-10 fériés)

Région 01 (blanc) : Ile de France

Région 02 (bleu) : Bretagne, Basse et Haute Normandie, Pays de la Loire, Centre

Région 03 (rose) : Nord Pas de Calais, Picardie, Champagne - Ardennes, Alsace, Lorraine,
Bourgogne, Franche-Comté

Région 04 (jaune) : PACA, Languedoc - Roussillon, Rhône-Alpes, Auvergne, Corse

Région 05 (vert) : Aquitaine, Midi – Pyrénées, Limousin, Poitou - Charentes

Extrapolation des resultats

Diagnostic	Nbcas/j/en France	Nbcas/an/en France (si 261 jours)	Nbcas/an/en France (si 303 jours)
verrues	7794	2034293	2361650
acné	7171	1871590	2172766
naevus	5968	1557610	1808260
mycose	3570	931783	1081725
eczema	2675	698233	810592
psoriasis	2618	683207	793149
cosmétiques	2602	679028	788297
tumeur cutanée bénigne	2104	549237	637620
dermatite atopique	1968	513650	596307
lésion précancéreuse	1609	419846	487407
dermite séborrhéique	1506	393161	456428
carcinome basocellulaire	1452	378974	439959
kystes	1333	347817	403787
prurit/prurigo	1339	349375	405597
photosensibilité	1305	340599	395407
molluscum contagiosum	1254	327259	379922
verrues séborrhéiques	1320	344623	400079
cheveux	1113	290427	337162
rosacée	1158	302215	350847
troubles pigmentation	1110	289830	336469
varices	757	197631	229434
impetigo	676	176336	204712
mélanome	493	128716	149429
urticaire	463	120762	140195
lichen	500	130419	151406
condylomes	364	95132	110441
ulcère	351	91617	106360
carcinome spinocellulaire	374	97516	113208
HSV non génital	230	60054	69718
zona	73	19062	22129
HSV génital	58	15150	17588
chlamydiae	35	9022	10473
gonocoques	11	2747	3189

Gravite Des Principales Pathologies Vues En Consultations De Dermato Libérale

Pathologies	Retentissement nul	Retentissement modéré	Retentissement important	Retentissement majeur
Verrue (n = 473)	38,3 % (181/473)	50,7 % (240/473)	10,4 % (49/473)	0,6 % (3/473)
Acné (n = 538)	7,8 % (42/538)	57,6 % (310/538)	31,8 % (171/538)	2,8 % (15/538)
Naevus (n = 308)	75,3 % (232/308)	20,5 % (63/308)	3,6 % (211/308)	0,7 % (2/308)
Mycose (n = 200)	24 % (48/200)	52 % (104/200)	21 % (42/200)	3 % (6/200)
Eczema (n = 181)	6 % (11/181)	45,3 % (82/181)	43 % (78/181)	5,5 % (10/181)
Psoriasis (n = 208)	5,3 % (11/208)	46,2 % (96/208)	38 % (79/208)	10,6 % (22/208)
D.atopique (n = 144)	7,6 % (11/144)	54,2 % (78/144)	33,3 % (48/144)	4,9 % (7/144)

Fréquence de la dermatite atopique et des ATCD d'atopie en fonction de l'âge

	Enfants (âge ? 15 ans)	Adultes	Total
ATCD d'atopie	15 % (156/1042)	4,2 % (225/5344)	6 % (381/6385)
Dermatite atopique	12,5 % (130/1042)	2,1 % (114/5344)	3,8 % (244/6386)

Prescription globale (N=6411 patients)

1. Traitement général

- a) Ab généraux prescrits chez 6,3 % des patients (401/6411)
- b) Anti-histaminiques prescrits chez 5,3 % des patients (341/6411)
- c) Rétinoïdes généraux prescrits chez 2,2 % des patients (341/6411)
- d) Zinc prescrit chez 1,7% des patients (106/6411)
- e) Antifongiques généraux prescrits chez 1,5 % des patients (98/6411)
- f) Autres ttt généraux prescrits chez 4,9 % des patients (316/6411)

Conclusion : 20,5 % des patients ont eu au moins un ttt général (1316/6411)

2. Traitement local

- a) Dermocorticoïdes prescrits chez 17,8 % des patients (1140/6411)
- b) Ab topiques prescrits chez 14,3 % des patients (916/6411)
- c) Antifongiques locaux prescrits chez 7 % des patients (450/6411)
- d) Rétinoïdes topiques prescrits chez 6,1 % des patients (392/6411)
- e) Emollients prescrits chez 3,3 % des patients (213/6411)
- f) Peroxyde de benzoyle prescrit chez 2,9 % des patients (189/6411)
- g) Verrucide prescrit chez 2,6 % des patients (167/6411)
- h) Autres topiques prescrits chez 12,4 % des patients (793/6411)

Conclusion : 49,8 % des patients ont eu au moins un ttt local (3195/6411)

3. Gestes

- a) Cryothérapie réalisée chez 20 % des patients (1288/6411)
- b) Chirurgie réalisée chez 11 % des patients (730/6411)
- c) Electrocoagulation réalisée chez 4,5 % des patients (291/6411)
- d) Epilation réalisée chez 3% des patients (193/6411)
- e) Laser réalisée chez 2 % des patients (129/6411)
- f) Biopsie réalisé chez 1 % des patients (94/6411)
- g) Autres gestes chez 0,9 % des patients (64/6411) : sclérothérapie (38), DMPG* (26)

Conclusion : 39,8 % des patients (2550/6411) ont eu au moins un geste (Cryo, Laser, Chir, Ecoag, Epilation, Biopsie, Sclérothérapie, DMPG))

*Décapage, meulage, ponçage, grattage.

4. Autres

- a) PUVA réalisée chez 3,8 % des patients (246/6411)
- b) Un ttt cosmétique a été prescrit à 3,9 % des patients (250/6411) dont un topique cosmétique chez 188 patients
- c) Epilation = 3% des patients (193/6411)

Traitement des pathologies principales

1) Verrues (N = 688)

- a) **Cryothérapie pour 82 % des verrues (563/688)**
- b) Verrucide pour 17 % des verrues (118/688)
- c) Electrocoagulation pour 2,6 % des verrues (18/688)
- d) Chirurgie pour 1,9 % des verrues (13/688)
- e) Abstention : 0,9 % des verrues (6/688)
- f) Verrulyse-méthionine pour 0,7 % des verrues (5/688)

2) Acné (N = 642)

- a) 56 % des patients ayant de l'acné ont eu au moins un traitement gal (361/642)
 - ✍ **Ab gaux dans 27,4 % des Acné (176/642)**
 - ✍ Rétinoïdes gaux dans 16 % des Acné (103/642)
 - ✍ Zinc dans 13,4 % des Acné (86/642)
 - ✍ Acétate de cyprotérone dans 1,7 % des acnés (11/642)
 - ✍ Homéopathie (2)
- b) 74 % des patients (475/642) ont eu au moins un des 3 traits locaux suivants :
 - ✍ **Ab locaux dans 42,2 % des Acné (271/642)**
 - ✍ **Rétinoïdes locaux dans 40 % des Acné (257/642)**
 - ✍ Peroxyde de benzoyle dans 22,6 % des Acné (145/642)
 - ✍ Autres topiques : AHA (4,7 %), Nicotinamide (2,6 %)

3) Naevus (N = 438)

- a) Destruction dans 41 % des cas (181/438)
 - ✍ par chirurgie dans 88 % des cas (168/181)
 - ✍ autres = 7 biopsies, 4 ecoag et 2 cryo.
- b) Abstention dans 52,3 % des cas

4) Mycoses (N= 251)

- a) **Antifongiques locaux seuls dans 60 % des mycoses (151/251).**
- b) Antifongiques généraux seuls dans 14 % des mycoses (36/251)
- c) Antifongiques locaux et généraux dans 13% des mycoses (33/251)

5) Psoriasis (N = 267)

- a) Traitement gal
 - ✍ **PUVA chez 37,8 % des patients ayant un psoriasis (101/267)**
 - ✍ Rétinoïdes gaux chez 6,7 % des patients ayant un psoriasis (18/267)
 - ✍ Methotrexate = 0, Ciclosporine = 0
- b) Traitement local
 - ✍ Dermocorticoïdes chez 58,8 % des patients ayant un psoriasis (157/267)
 - ✍ Calcipotriol chez 11,6 % des patients ayant un psoriasis (31/267)
 - ✍ Apsor chez 7,9 % des patients ayant un psoriasis (21/267)
 - ✍ Rétinoïdes locaux chez 5,2 % des patients ayant un psoriasis (14/267)
 - ✍ Emollient chez 4,5 % des patients ayant un psoriasis

6) Dermatite atopique (N = 177)

(a) Traitement gal

- ✍ **Anti-histaminiques dans 29,4 % des dermatites atopiques (52/177)**
- ✍ Ab gaux dans 3,4 % des dermatites atopiques (6/177)
- ✍ Corticoïdes gaux dans 0,6 % des dermatites atopiques (1/177)

(b) Traitement local

- ✍ **Dermocorticoïdes dans 85,3 % des dermatites atopiques (151/177)**
- ✍ Emollients dans 2,3 % des dermatites atopiques (53/177)

7) Eczema (N = 223)

(a) Traitement gal

- ✍ **Anti-histaminiques dans 29 % des dermatites atopiques (65/223)**
- ✍ Ab gaux dans 2,7 % des dermatites atopiques (6/223)
- ✍ Corticoïdes gaux dans 1,36 % des dermatites atopiques (3/223)

(b) Traitement local

- ✍ **Dermocorticoïdes dans 84,3 % des dermatites atopiques (188/223)**
- ✍ Emollients dans 8,5 % des dermatites atopiques (19/223)

ENQUETE SUR L'ACTIVITE DES SERVICES DE DERMATOLOGIE HOSPITALIERS FRANCAIS

A.B.MODESTE (1), N.CORDEL (1), V.JOSSET (2), A.HAUTEMANIERE (2), J.C.ROUJEAU (3), P.PLANTIN (4), P.JOLY (1) et les chefs de service des centres hospitaliers universitaires et non universitaires français (5).

La contractualisation prochaine du fonctionnement des services hospitaliers français sur la base d'un contrat d'objectifs et de moyens rend nécessaire l'évaluation de l'activité de ces services. Cette évaluation n'est réalisée à l'heure actuelle que de façon très imparfaite par l'intermédiaire du PMSI. Nous rapportons les résultats d'une étude menée sur l'initiative du collège des enseignants de dermatologie de France, auprès de l'ensemble des services de dermatologie des centres hospitaliers universitaires (CHU) et non universitaires français. Cette étude a cherché à évaluer les pathologies prises en charge dans ces services, d'une part en nombre de malades traités annuellement, et d'autre part en terme de journées d'hospitalisation dévolues à chaque pathologie.

Materiels et methodes

L'étude a été réalisée sur une semaine de l'année 2000 préalablement tirée au sort. Un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des services de dermatologie des centres hospitaliers universitaires et non universitaires français. Ces services ont été identifiés grâce à l'annuaire des dermatologues édité par le syndicat national des dermatologues français. Un questionnaire était rempli pour chaque malade sortant durant la semaine du 27 mars au 2 avril 2000. Le questionnaire était anonymé et recueillait les renseignements suivants : type d'établissement (CHU ou CH non universitaire), mode d'entrée du malade (entrée directe ou entrée par le service des urgences), mode d'hospitalisation (hospitalisation de jour, de semaine ou traditionnelle), type de pathologie, motif principal d'hospitalisation (bilan, surveillance ou traitement), durée d'hospitalisation et type de traitement (soins locaux, chimiothérapie, transfusion, acte chirurgical et ou laser, antibiothérapie ou autres traitements). Les différentes pathologies identifiées étaient : la cancérologie (mélanome, carcinome, lymphome et autres tumeurs), l'angiologie (ulcère, phlébite, angiodermite nécrosante et autres pathologies vasculaires), l'infectiologie (érysipèle, infection à VIH et autres infections), l'allergologie (urticaire, eczéma et dermatite atopique, toxidermie et autres), l'immuno-dermatologie (maladie bulleuse auto-immune, vascularite, maladie de système et autres maladies dysimmunitaires), le psoriasis, les brûlures, les dermatoses très spécialisées. Les dermatoses très spécialisées regroupaient un grand nombre de dermatoses inclassables dans les cadres nosologiques définis ci dessus et correspondaient en particulier aux génodermatoses, aux porphyries cutanées tardives, à certaines dermatoses prurigineuses et à d'autres dermatoses plus rares. L'ensemble des questionnaires a fait l'objet d'une saisie informatique par le centre coordonateur (Rouen). Une analyse statistique descriptive a été réalisée à l'aide du logiciel Epiinfo. A partir du nombre de fiches recueillies pendant cette semaine, nous avons estimé le nombre de malades pris en charge par an, en tenant compte des différents modes d'hospitalisation (nombre de sortants par semaine multiplié par 52 pour l'hospitalisation traditionnelle, nombre de sortants par semaine multiplié par 48 pour l'hospitalisation de semaine, nombre de sortants par jour multiplié par 240 jours ouvrables pour l'hospitalisation de jour).

Résultats

1) Modalité de fonctionnement des services hospitaliers universitaires et non universitaires.

Quarante neuf des 51 services de CHU (96%) et 49 des 61 services de centres hospitaliers(CH) non universitaires (80%) ont répondu au questionnaire. Le nombre total de fiches recueillies était de 1649 dont 1336 (81%) pour les services hospitaliers universitaires et 313 (19%) pour les services hospitaliers non universitaires. Le nombre total de lits était de 1403 dont 1079 (77%) pour les services de CHU et 324 (23%) pour les services de CH non universitaires. Le nombre moyen de médecins temps plein et d'internes par service de CHU était respectivement de 4 et 3. Ces dernières données n'ont pas été recueillies pour les services hospitaliers non universitaires. Pour les CHU, 65 628 patients par an étaient pris en charge dont 70% en hôpital de jour et de semaine et 30% en hospitalisation traditionnelle. Pour les CHG, la répartition était équilibrée entre les deux modes d'hospitalisation pour un total de 16 000 sortants par an. Le mode d'entrée correspondait à une hospitalisation directe pour 92% des patients hospitalisés en service universitaire et pour 80% des patients hospitalisés en service non universitaire.

2) Répartition des sortants pris en charge.

Pour les CHU, le plus grand nombre d'hospitalisations concernait les patients atteints de mélanomes : 14 284 séjours par an (22%), de dermatoses très spécialisées : 7 464 séjours (11%), de maladies de système : 5 500 séjours (8%) et d'ulcères de jambe (8%). Les motifs d'hospitalisation correspondant à des motifs non dermatologiques ne représentaient que 2% du nombre total de séjours. Les patients atteints de maladie de système, mélanomes et dermatoses très spécialisées étaient pris en charge dans 80 à 90% des cas en hospitalisation de jour et ou de semaine. Les patients atteints d'ulcères de jambe étaient pris en charge en proportion équivalente en hospitalisation traditionnelle (50%) et en hôpital de jour et semaine (50%).

Les principales pathologies prises en charge dans les services non universitaires étaient les ulcères de jambe : 4 428 séjours par an (28%), l'infection par le VIH : 1 692 séjours par an (11%), les dermatoses très spécialisées : 1 448 séjours par an (9%) et les érysipèles (9%). Les pathologies non dermatologiques prises en charge représentaient 8% des hospitalisations. Les patients atteints d'ulcères de jambe ou de dermatoses très spécialisées étaient pris en charge en proportion équivalente en hôpital de jour et de semaine (50%) et en hospitalisation traditionnelle (50%). Les patients suivis pour une infection VIH étaient principalement pris en charge en hôpital de jour (91%). Au contraire, les patients hospitalisés pour un érysipèle étaient principalement pris en charge en hospitalisation traditionnelle (93%).

3) Répartition des pathologies en fonction du nombre de journées d'hospitalisation.

La durée moyenne de séjour (DMS) des patients hospitalisés en hospitalisation traditionnelle était de 9 jours dans les services universitaires et de 12,5 jours dans les services non universitaires. Les pathologies occasionnant le plus grand nombre de journées d'hospitalisation par an étaient pour les CHU : 1)les ulcères de jambe : 45 546 journées d'hospitalisation par an (18%), 2)les mélanomes : 30 839 journées (12%), 3)les érysipèles : 26 427 journées (11%) et 4)les dermatoses rares ou très spécialisées : 21 406 journées (9%).

Pour les services non universitaires, cette répartition était 1)les ulcères : 39 652 journées d'hospitalisation par an (32%), 2)les érysipèles : 19 333 journées (16%) et 3)les dermatoses très spécialisées : 16 527 journées (13%).

Discussion

Cette étude montre tout d'abord une forte mobilisation des dermatologues hospitaliers pour évaluer l'activité de leurs services. Le système d'évaluation qui a été choisi (décompte du nombre de malades sortants pendant une semaine de l'année) est vraisemblablement un reflet

plus fidèle de l'activité des services hospitaliers que le PMSI. En effet, ce dernier dépend d'une part assez largement du " zèle" des médecins en charge du codage, et surtout incite pour des raisons économiques à surcôter les pathologies annexes en terme de comorbidité, risquant ainsi de donner une image faussée de l'activité réelle des services de dermatologie. La présente étude montre que l'activité des services hospitaliers de dermatologie est centrée sur des pathologies spécialisées (seules 2 à 8 % des entrées relèvent de pathologies non dermatologiques) dont l'importance apparaît clairement aussi bien en terme de santé publique qu'en terme d'économie de la santé : cancérologie cutanée (mélanomes), angiologie (ulcères de jambe) et infectiologie (infection à VIH, érysipèles). Ces trois principaux groupes de pathologies, associées à la prise en charge d'un grand nombre de patients atteints de dermatoses très spécialisées, témoignent de la spécificité des services de dermatologie. La prise en charge d'un nombre important de patients infectés par le VIH par les services non universitaires s'explique probablement par l'absence habituelle de services de maladies infectieuses dans ces centres hospitaliers. Le nombre important de patients atteints de maladie de système, qui égale dans les CHU le nombre de patients suivis pour des ulcères de jambe témoigne de l'intérêt des dermatologues pour la médecine interne. Ces grands groupes de pathologies se répartissent de façon légèrement différente lorsqu'on les classe en fonction du nombre de journées d'hospitalisation, du fait des DMS plus ou moins élevées. Cependant, les trois mêmes pathologies (ulcères, érysipèles et mélanomes) sont retrouvées à l'origine de plus de 50% des journées d'hospitalisation.

En deuxième lieu, le fort pourcentage de patients hospitalisés en hospitalisation de jour et ou de semaine (50 à 70% des hospitalisations) témoigne d'un effort de prise en charge ambulatoire. Cet effort qui vise à réaliser des économies de santé est manifeste en particulier pour les ulcères de jambe et pour la cancérologie cutanée qui étaient autrefois pris en charge essentiellement en hospitalisation traditionnelle. De même, les eczémas et les psoriasis qui remplissaient autrefois les services de dermatologie, ne représentent plus qu'une infime minorité des malades hospitalisés. Cette étude montre enfin que les dermatologues hospitaliers ont su créer des filières de soins avec les médecins de villes spécialistes et généralistes, puisque plus de 80 % des hospitalisations se font par entrée directe sans passage par les services des urgences.

Au total, cette étude montre que l'activité des services de dermatologie hospitaliers est très éloignée de l'image de spécialité de "confort " voire de spécialité "futile" qui est parfois véhiculée par les médias et qui risque d'être reprise par les autorités de tutelle : 1) activité medico-chirurgicale centrée sur des pathologies spécialisées ou importantes en terme de santé publique (cancérologie, angiologie, infectiologie, maladies de système) ; 2) effort de prise en charge ambulatoire d'une majorité de patients dans un souci d'économie de la santé ; 3) création de filières de soins qui permettent de décharger l'activité des services des urgences.

Cette étude souligne d'autre part l'importance de disposer d'un outil fiable d'évaluation de l'activité des services hospitaliers dans l'optique d'une contractualisation de l'activité de ces services.

Résumé

Sur l'initiative du collège des enseignants de dermatologie de France, une étude sur l'activité des services de dermatologie hospitaliers français a été réalisée. Nous rapportons les résultats de cette étude.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude réalisée sur une semaine de l'année 2000 préalablement tirée au sort. Un questionnaire anonyme était envoyé à l'ensemble des services de dermatologie hospitaliers français et rempli pour chaque malade sortant durant cette période. Les données recueillies étaient le type d'établissement, le mode d'entrée, le mode d'hospitalisation, le type de pathologie, le motif d'hospitalisation, la durée d'hospitalisation et le type de traitement réalisé. Une analyse statistique descriptive était réalisée à l'aide du logiciel épiinfo.

Résultats :

Discussion : Cette étude montre une forte mobilisation des dermatologues hospitaliers pour évaluer leur activité. Elle montre également un effort de prise en charge ambulatoire des patients de la part des dermatologues et la création de filières de soins avec les médecins libéraux. Les principales pathologies prises en charge (mélanomes, dermatoses très spécialisées, ulcères de jambe, maladies de système et infections à VIH) témoignent de la spécificité des services de dermatologie.

COLLEGE DES ENSEIGNANTS

ACTIVITE PEDAGOGIQUE

L'enseignement de la Dermatologie au sein de l'Université s'adresse à plusieurs niveaux des études. Outre l'enseignement dédié aux étudiants de DCEM 2 et DCEM 3 et qui comporte l'apprentissage propre de la discipline, dont l'organisation et la durée sont variables d'une Faculté à l'autre, divers enseignements sont assurés.

Le tutorat a lieu en **PCEM 2**. C'est une initiation à la clinique et aux soins. Un étudiant est reçu par un enseignant et le suit dans ses tâches quotidiennes hospitalières. C'est un premier abord du milieu soignant et du malade. Cela contribue aussi à créer des liens entre l'étudiant et l'enseignant. Le stage de tutorat est aussi utilisé pour une approche du milieu infirmier et aide-soignant, avec les premiers gestes infirmiers, l'apprentissage des injections intramusculaires et intraveineuses, et pour le tutorat en dermatologie, des pansements.

La sémiologie dermatologique s'apprend surtout en **DCEM 1**. Il existe une disparité selon les Facultés en terme de nombres d'heures utilisées pour cette activité. La moyenne doit être aux alentours de 2-3 heures.

La pathologie dermatologique s'apprend en **DCEM 2** (ou 3). Auparavant la dermatologie était une discipline indépendante et là encore le nombre d'heures variait selon les Facultés. Depuis la dernière réforme, la situation est très disparate. Certaines facultés avaient anticipé une formation par modules et ont pu continuer cet enseignement qui correspond moins à l'enseignement intégré mais a le mérite dans l'organisation finale de l'examen d'intégrer progressivement les modules. A l'inverse, des facultés ont appliqué à la lettre la nouvelle réforme, ce qui s'est traduit par une impression de cafouillage, de lutte de pouvoir pour arracher des bribes de disciplines au profit (?) d'une autre discipline, bref au détriment des étudiants.

L'enseignement de l'étudiant en médecine au "lit du malade" est classiquement cité. Il est réel mais effectué par tous les intervenants, de l'interne au PUPH, voire l'infirmière. Dans une perspective d'évaluation, il va être nécessaire de mieux définir cet enseignement, d'en donner des objectifs et des critères d'évaluation.

Un enseignement plus pratique et centré sur des questions de pathologie plus larges se fait au cours du **CSCT**.

L'enseignement au cours du **TCEM** devrait se faire en collaboration avec le Collège des Généralistes Enseignants. La création de Professeur de Médecine Générale a entraîné un mouvement volontariste d'enseignants parmi les médecins généralistes. Dans certaines facultés, il s'agit bien d'une collaboration où les cours sont préparés en commun, l'enseignant facultaire titulaire d'une discipline intervenant comme expert. A l'inverse le schisme est complet dans d'autres facultés, les médecins généralistes enseignant à part, sans l'apport des connaissances ou des avis de l'universitaire. Il serait bon que la nouvelle réforme puisse faire disparaître de telles pratiques, néfastes pour l'étudiant.

L'enseignement aux étudiants du **DES** est variable selon les facultés. Un enseignement structuré est organisé à Paris-Ile de France. Ailleurs il s'établit le plus souvent sous forme d'un compagnonage. Les activités de soins, les réunions mono- ou multidisciplinaires dans un service assurent une base de la formation. La réduction du nombre de DES retentit beaucoup sur la quantité de la formation plus que sur la qualité ; beaucoup trop d'internes n'ont cependant pas la possibilité d'avoir de temps de stage en consultation ou dans des secteurs de surspécialité (allergologie, chirurgie dermatologique, ...).

Le nouveau texte (arrêté du 10-09-2001) demande aux étudiants du DES de faire leur cursus dans au moins deux départements ou services différents. Cela pose le problème de la mobilité d'une Faculté à l'autre en province, mais sur le fond cette recommandation est un plus pour la formation.

Une partie de l'enseignement se rapporte aux **DESC, DU, et DIU**. Cet enseignement a lieu à la Faculté ou dans une autre Faculté.

Des activités d'enseignement s'adressent en quantités très diverses aux **pharmaciens, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, délégués médicaux, sage-femmes, esthéticiennes**.

L'universitaire participe aussi à des actions de **FMC** s'adressant à des spécialistes, des généralistes, ou d'autres catégories professionnelles de soignants.

La réforme des études médicales

Principe (Editorial de B Crickx Ann Dermatol Venereol 2001 ;128 ✍)

La réforme s'inscrit dans une démarche de santé publique, traitant des maladies les plus fréquentes (traitement et prévention), conduisant à une maîtrise des outils, insistant sur la nécessité d'une communication entre professionnels. Elle doit s'articuler sur une cohérence de l'enseignement et des stages hospitaliers, en s'appuyant en particulier sur des articulations inter-spécialités.

Elle repose sur une modification de l'acquisition des connaissances qui doit aboutir à un auto-apprentissage (processus de recherche d'information, utilisation de l'information) de la part de l'étudiant.

De nouveaux champs de la dermatologie sont enseignés.

La réforme s'accompagne d'un changement de mentalité : la pédagogie devient une expertise.

En pratique, le but est de former avant tout des médecins généralistes et de les former dans une optique globale, transversale.

Les objectifs nous avaient été indiqués par P Lauret : faire de la dermatologie une discipline de socle ce qui impliquait sa répartition dans des modules.

La perception de la réforme a été variée : pessimiste (dilution, disparition de la discipline), optimiste (la dermatologie est transdisciplinaire, à défendre dans chaque module, elle est une discipline de base dans un concours classant), réaliste (c'est un changement de mentalité pour l'enseignant et l'enseigné qui va nécessiter une formation adaptée). Il faut former au mieux dans chaque Faculté les étudiants qui passent un concours national classant. Aucun doyen ne peut se permettre de ne pas former les étudiants correctement dans chaque discipline concernée.

Il serait intéressant de s'interroger sur la réelle motivation de l'organisation dans certaines facultés qui ont "oublié" le but final de la réforme. Il faut dire qu'aucune directive ou indication n'a été proposée pour mettre en place cette réforme. Que le psoriasis soit enseigné par des immunologistes puisque cette maladie a été rattaché au module Immunologie est une question intéressante mais n'est pas forcément un bon choix pédagogique. De même que l'urticaire soit enseignée par des immunologistes ou des internistes n'est pas non plus un bon choix. Que leur participation soit demandée dans le cours de l'enseignement est une bonne question à poser au sein du Comité Pédagogique facultaire, mais que les étudiants dont les 2/3 seront des médecins généralistes passent une heure sur l'immunologie du psoriasis et quelques minutes sur la clinique relève du dysfonctionnement majeur de cette réforme. Il en est de même pour la cancérologie cutanée, dont on sait la fréquence des cancers, la variabilité des lésions cliniques et la majorité de la prise en charge dermatologique, et donc l'importance d'un enseignement par des

dermatologues. Ce dernier exemple pourrait en particulier avoir un impact médico-économique s'il sortait du champ de l'enseignement de la dermatologie.

Le programme de dermatologie est en fait plus vaste que le précédent, mais il doit être fait dans le même nombre, voire moins, d'heures de cours.

Un état des lieux a été fait qui a conduit à une alerte du Président de la Conférence des Doyens. Il faut rééquilibrer la place de la charge pédagogique sur la charge hospitalière. L'enseignement facultaire peut n'être pas suffisant, et l'enseignement dans les stages doit être adapté et renforcé. Rappelons que le but est de former à l'auto-apprentissage.

RECHERCHE

Ce point avait été discuté lors du Forum des dermatologues en 2000. La recherche en Dermatologie pâtit de la structure des équipes hospitalo-universitaires trop peu fournies en personnel. La diminution du nombre de DES réduit le potentiel pour les DEA. Si un jeune dermatologue n'a pas de carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire, la motivation est absente. D'autre part la présence et la participation d'enseignants lors des congrès de recherche (CARD, ESDR) reste faible.

Le CEDEF s'est engagé à fournir des représentants dermatologues dans les instances de l'INSERM, à favoriser la création de MCU-PH, à diffuser largement les appels d'offre et de bourses.

Le niveau de publications de recherche est cependant bon, mais reste inférieur à celui de disciplines comparables et de pays comme l'Allemagne. Ceci indique la nécessité d'une réflexion sur les méthodes à mettre en œuvre pour valoriser cette activité.

AVENIR UNIVERSITAIRE

Le statut hospitalo-universitaire

-Une réforme de notre statut est latente. Notre statut hybride gêne et celui-ci n'est pas clair dans la répartition des tâches. La part hospitalière est devenue prépondérante au détriment de la part pédagogique et investigative. Les difficultés de fonctionnement de l'hôpital public peuvent aggraver ce déséquilibre.

-Nous n'avons pas de réel pouvoir hospitalier mais des devoirs vis à vis d'une clientèle ; les responsabilités doivent être partagées avec l'administration hospitalière.

Les impacts de la réforme

-La réforme des études médicales recentre une activité universitaire. Un changement de mentalité s'avère nécessaire, des critères d'évaluation de notre activité pédagogique sont à établir.

-La formation des DES de médecine générale fait partie de notre activité. Une part de cette formation est aussi demandée par les Généralistes Enseignants. Il y a un risque de conflit entre synergie pédagogique et antagonisme catégoriel.

-Un projet de campus numérique est discuté. Il s'intègre dans l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF) et est purement un travail d'universitaires. Il est un complément de l'enseignement et doit pouvoir s'adresser au plus large public possible, de l'étudiant de PCEM au grand public.

Rôle dans l'Europe

L'European Dermatology Forum est une association d'enseignants de dermatologie européens qui se réunissent et établissent le programme de base de dermatologie qui devrait être commun. Le CEDEF a désigné des représentants.

JM Bonnetblanc

Ancien président du CEDEF

Service de Dermatologie, CHRU Dupuytren, 2 avenue Martin Luther King ; 87042 Limoges cedex

ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES DE LA FMC

JDP décembre 2000

1 - Petit lexique

FMC obligatoire : obligation de moyen. Le médecin doit régulièrement mettre à jour ses connaissances

Accréditation : attestation donnée à une structure après vérification de la qualité et de la sécurité des soins (Hôpitaux/ANAES). Peut s'appliquer aussi à un professionnel

Habilitation : agrément accordé pour exécuter certains actes.

Evaluation individuelle des pratiques médicales : démarche qui permet au médecin de tester ses stratégies décisionnelles, et d'améliorer ainsi la qualité de son exercice (comparaison avec une stratégie de référence)

Recertification : remise en cause périodique d'un diplôme

2 - Rappel historique :

En 1996, la Loi Juppé était votée et mettait en place les Conseils Régionaux de FMC et le Conseil National de FMC. Ces organismes reposaient sur le quadripartisme : Syndicat, Association, Université, Ordre des Médecins. Le Conseil National de FMC avait eu pour charge de mettre en place la FMC obligatoire sous la forme d'un projet qu'il devait soumettre au Ministère : barèmes de points (EQH), de l'accréditation des structures et financement par un fond d'action pour la formation pour la médecine libérale. Le projet fut abandonné après refus du Ministère de la Santé.

Depuis cette date, les Conseils Régionaux de FMC ont siégé une seule fois sauf en Ile de France où ils ont continué à travailler. Le Conseil National a arrêté ses travaux après le refus du Ministère. Il n'empêche que tous les médecins et en particulier les dermatologues ont continué à se former. L'activité importante de la Fédération Française de Dermatologie dans ces 4 dernières années témoigne de la réalité de la FMC, même si elle n'est pas obligatoire. Depuis cette date, les acteurs de la santé ont élaboré un certain nombre de projets et de propositions. L'Ordre a été à l'initiative de nombreuses discussions informelles sur la Formation Continue. Les syndicats ont élaboré et publié leur conception. Les unions professionnelles ont travaillé au sein de commissions centrées sur la FMC. L'ANAES* a participé à la mise en place de guides de bonnes pratiques qui serviront de base à de futurs référentiels. L'UNAFORMEC, l'AFORSPE, la FSNSM, ont publié et expliqué leurs projets. L'université a donné sa position et enfin la CNAM a publié en juillet 99 un plan qui a été rejeté par tous y compris par le Ministère de la Santé. Ce plan était basé sur une procédure de recertification tous les 7 ans, l'échec se traduisant par une obligation de remise à niveau rapide et en cas de nouvel échec, un déconventionnement. Le plan ne prévoyait pas moins de 15000 recertifications par an. La recertification disparut alors du vocabulaire des concepteurs de la FMC obligatoire.

3 - Où en sommes-nous aujourd'hui ?

3-1-la formation professionnelle continue (FPC). C'est la seule décision faisant l'objet d'un décret d'application en août 2000 et elle ne nous concerne pas directement. Cette formation professionnelle est réservée pour l'instant aux généralistes car elle s'exerce dans le cadre de la convention spécifique des généralistes. Il s'agit d'une formation indemnisée.

3-2-l'évaluation des pratiques professionnelles mise en place par le décret du 28 décembre 1999 nous concerne plus directement. Il ne s'agit pas de formation continue, mais le futur projet qui mettra en place la formation continue obligatoire y fera référence et il est important d'en faire ici un court commentaire.

L'évaluation des pratiques professionnelles a été confiée à l'ANAES*, en partenariat avec les URML*
(*cf fin de texte)

Leur mission est d'évaluer les pratiques médicales en médecine de ville.

Le but est d'améliorer la qualité des soins. Chaque praticien pourra disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs sur la qualité de ses pratiques au plan de la prévention, du diagnostic et de la thérapeutique. Cette évaluation est volontaire, c'est-à-dire qu'elle est réalisée à la demande du médecin.

Par qui est-elle réalisée ? Par des médecins habilités. Cette habilitation est prononcée par le directeur de l'ANAES selon des modalités propres à celle-ci. La liste des médecins habilités est transmise par l'ANAES aux sections des URML. Les médecins habilités sont indemnisés pour leur travail (12 C par demi-journée). L'évaluation des pratiques professionnelles est menée à partir de guides d'évaluation professionnelle qui seront élaborés ou validés par l'ANAES. Ces guides permettront aussi aux médecins de pratiquer une auto-évaluation. L'évaluation sera organisée par les sections des URML qui reçoivent les demandes des médecins. Lorsque le médecin a satisfait à l'évaluation, il reçoit une attestation dont il peut faire mention. Si des manquements se font jour, mettant en jeu la sécurité des patients, les évaluateurs proposeront des mesures correctrices. En cas de refus, un rapport sera fait à l'Ordre des Médecins.

Un aspect particulier est l'évaluation collective des pratiques médicales. Chaque praticien pourra confronter sa pratique avec celle de ses confrères et la confronter à des référentiels de pratiques élaborés ou validés par l'ANAES. Cette évaluation collective sera organisée à l'initiative des sections des URML sous forme de réunions qui associeront des médecins ayant la même activité. Seront analysés des cas cliniques et étudiés les écarts entre l'activité et les référentiels de pratique. Cette évaluation collective est finalement assez proche de la démarche utilisée dans la FMC en créant des liens et des lieux d'échanges collectifs au sein d'un même groupe professionnel.

3-3-Le nouveau projet de Loi sur la modernisation de la santé.

Les articles L367-2 et L367-9 du code de la santé publique, dit Loi Juppé, ont été abrogés et devrait être remplacés par les articles du nouveau projet. Elle devra faire l'objet d'un décret en Conseil d'Etat.

Ce projet prévoit donc une formation obligatoire pour tous les médecins, les salariés, les hospitaliers et les libéraux. Il existera plusieurs façons de satisfaire à cette obligation : soit en participant à des actions de formations agréées, soit en se soumettant à une procédure d'évaluation adaptée à chaque spécialité réalisée par un organisme accrédité (cf. chapitre précédent), soit en présentant un dossier attestant de ses efforts en matière de formation.

Note : on ne sait pas si l'on retrouvera les fameux points ou des heures de formation obligatoire.

Il sera créé trois conseils de formation continue pour chaque mode d'exercice. Un conseil pour les libéraux, un conseil pour les salariés et un conseil pour les hospitaliers. Un comité de coordination sera formé pour ces trois conseils.

Le quadripartisme est à nouveau à l'ordre du jour. En particulier pour le Conseil National de la FMC des libéraux, nous retrouverons l'Ordre, les Syndicats, l'Université et les organismes de formation.

Note : il n'est pas mentionné directement les associations de formation continue dans le projet de Loi mais bien les organismes de formation ce qui demandera certainement à être précisé.

Siègeront en plus des personnes qualifiées notamment des représentants du Ministère.

Quelle est la mission du Conseil National ? Fixer les orientations nationales de la FMC, agréer les organismes formateurs sur la base des programmes proposés, agréer les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation après avis de l'ANAES, évaluer la FMC et donner avis au Ministre sur les questions de FMC.

Pour chaque mode d'exercice, il sera aussi créé des Conseils Régionaux de FMC qui auront la même composition que les Conseils Nationaux c'est-à-dire le quadripartisme. Ces Conseils Régionaux seront nommés par le représentant de l'état dans la région sur proposition des organismes qui le constitue. Il aura une durée de 5 ans et le projet de Loi envisage la possibilité de regroupement inter région. La mission de ces Conseils Régionaux sera de déterminer les orientations régionales de la FMC en cohérence avec celles fixées au plan national, de valider tous les 5 ans le respect de l'obligation de la formation et enfin de procéder à une conciliation en cas de manquement à cette obligation. L'échec de cette conciliation entraînera la saisie de l'Ordre des Médecins.

Le financement. Il est créé un FAF.

Ce FAF sera alimenté par des donations publiques et nouveauté, il financera le Conseil National et les Conseils Régionaux qui étaient dans le projet précédent financé par les URML. Ce FAF sera composé de délégués des 3 Conseils Nationaux de FMC et de représentants de l'Etat en nombre égal. Le Président sera un représentant du Ministre de la Santé.

Note : dans ce financement, tout ne semble pas résolu et en particulier que sont devenues nos cotisations obligatoires et quel sera le rôle de l'industrie pharmaceutique ?

4-Commentaires

Ce projet ressemble beaucoup au précédent et fait mesurer le temps perdu depuis 4 ans. Le financement est encore tout à fait dans le flou et l'on sait bien que la mise en œuvre de la FMC coûte cher, que nos cotisations n'y suffiraient pas et que l'industrie pharmaceutique devra d'une façon ou d'une autre, être associée à sa réalisation.

La Fédération milite depuis toujours pour une formation associative, responsable, dynamique et inventive. Les grandes lignes de ce projet ne sont pas une révolution par rapport au précédent. Nous resterons vigilants pour que tout le travail que nous avons effectué depuis 17 ans pour bâtir une FMC dermatologique efficace et correspondant aux besoins des dermatologues ne soit pas remis en question.

Rappelons que de toute façon, il reste deux étapes : le vote de la Loi et ses décrets d'application qui eux seuls pourront lever le flou qui sévit actuellement. Il semble qu'on ait encore un peu le temps.

***L'ANAES** est l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Elle a été mise en place par l'ordonnance du 24 avril 1996. Elle a des missions multiples et pour ce qui nous intéresse aujourd'hui, elle doit procéder à l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles à la ville et à l'hôpital, élaborer les méthodes nécessaires à cette évaluation et élaborer et valider les recommandations de bonne pratique. Elle a bien d'autres attributions comme l'accréditation des établissements de santé qui ne concerne pas le sujet traité ici

***URML**

Les URML. Elles ont été mises en place en janvier 1993 et des récentes élections ont mis en place des nouvelles URML en mai 2000. Les URML donc représentent les médecins libéraux qui sont élus sur des listes constituées par les syndicats professionnels. Entre autres missions, elles participent aussi à l'évaluation du comportement et des pratiques professionnelles.

Que s'est-il passé depuis décembre 2000 ?

Depuis ce forum des JDP, les décrets d'application de la Loi concernant la Formation Médicale Continue Obligatoire n'ont pas été publiés. Nous ne connaissons donc pas à ce jour les modalités de mise en place de cette FMC.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a par contre beaucoup évolué depuis décembre 2000. Quatre régions sont expérimentales pour l'EPP : la Basse-Normandie, l'Ile de France, la Lorraine et le Nord-Pas-de-Calais. 99 médecins habilités ont été formés à ce jour et il existe en ce moment une 2^{ème} vague de recrutement et de formation par l'ANAES. Les premières évaluations démarreront sans doute au mois de Novembre 2002 dans les régions expérimentales. Outre les 15 référentiels qui étaient déjà existants et élaborés par l'ANAES, une douzaine de référentiels supplémentaires ont été élaborés par 5 spécialités dont la dermatologie, selon la méthodologie de l'ANAES. Les dermatologues ont réalisé le référentiel sur la tenue du dossier médical en dermatologie (le dossier médical était un référentiel obligatoire pour toutes les disciplines) et un deuxième référentiel sur le traitement oral de l'acné. Après une phase expérimentale qui pourra durer plusieurs mois, une évaluation du système sera effectuée et l'EPP doit être étendue à toutes les régions.

Docteur Michel Le Maître

Past-Président de la Fédération de Formation Continue en Dermatologie-Vénérologie

PUBLICATIONS/RAYONNEMENT

C. Longvert, A.Blom, JC Roujeau METHODES

1) Publications des dermatologues Français

Appel sur PubMed de tous les noms des hospitaliers et hospitalo-universitaires figurant dans l'annuaire 1999 du Syndicat. Copie sur Exel des publications indexées pour l'année 1998 (au début du travail en Mars 2000 toutes les publications 1999 n'étaient pas encore indexées). Rangement par ordre alphabétique du premier auteur pour éliminer les doublons. Classement des publications par thème selon le titre. Classement en Etude, Cas-clinique, Série ou FMC en fonction du résumé et/ou du titre. Attribution de l'impact factor 1998 à chaque revue.

2) Comparaison avec une autre spécialité

Tirage au sort de 8 services de Dermatologie HU. Comparaison des publications issues de ces services avec celles issues des 8 services de Rhumatologie des mêmes CHU. Choix de la Rhumatologie comme la spécialité la plus comparable par une activité à la fois libérale et hospitalière.

3) Evolution dans les 10 dernières années en comparaisons avec dermatologues d'autres pays

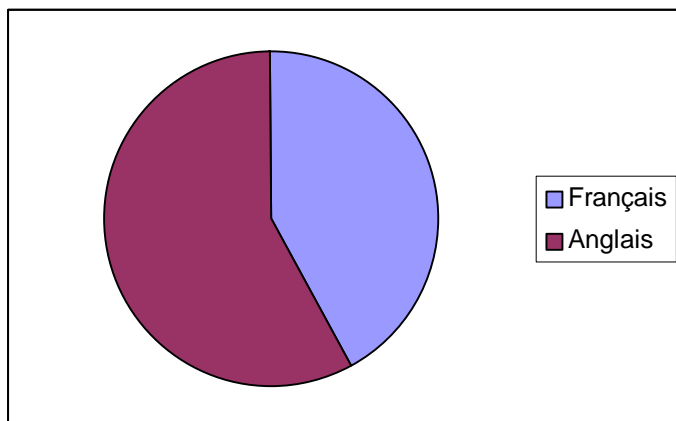
- a) Choix comme comparateurs de Allemagne et Italie en tant que pays de taille comparable et non anglophones.
- b) Analyse systématique de toutes les publications (incluant les lettres) des 4 principaux journaux dermatologiques internationaux (J Invest Dermatol, Arch Dermatol, J Am Acad Dermatol, Br J dermatol) pour les années 1999, 1994 et 1989. Attribution à un Pays si tous les auteurs ou si = 3 auteurs pour les publications multinationales travaillent dans ce pays.
- c) Pour les articles de recherche publiés dans d'autres journaux, appel sur PubMed des noms figurant dans l'annuaire de la SID aux rubriques France, Allemagne et Italie.

RESULTATS

1) Publications des dermatologues Français

Les Dermatologues hospitaliers et hospitalo-universitaires Français ont publié 452 articles indexés dans PubMed en 1998.

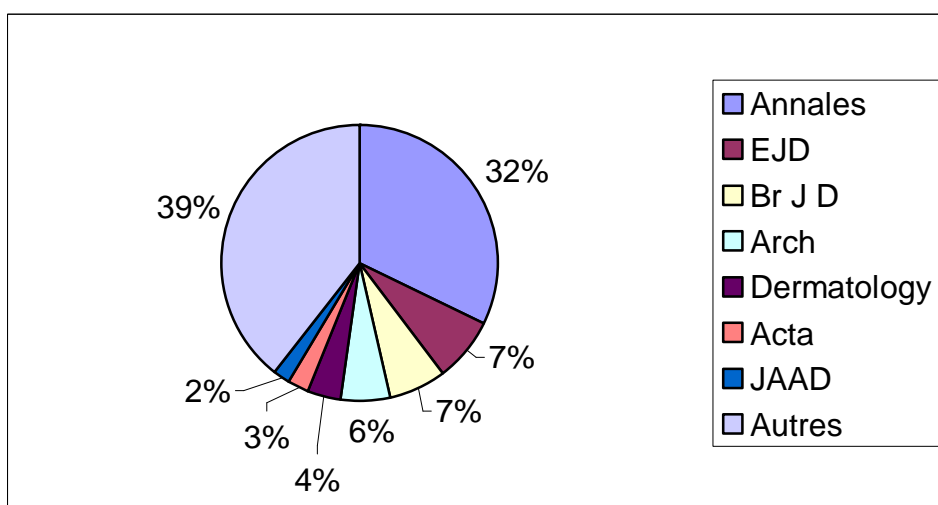
Anglais 263 58%



Principales Revues (56% des articles)

1) Ann Dermatol Venereol	146	(32%)
2) Eur J Dermatol	33	
3) Br J Dermatol	31	
4) Arch Dermatol	26	
5) Dermatology	17	

Journaux de recherche 39 (9%)



JID 6

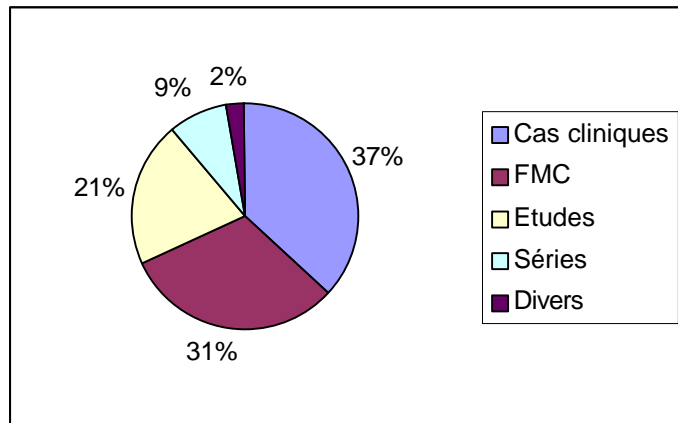
Journaux d'autres spécialités 30
 AIDS 5
 Blood 4

Journaux de Médecine Interne 31
 Rev Med Intern 13
 Lancet 8
 Presse Med 6

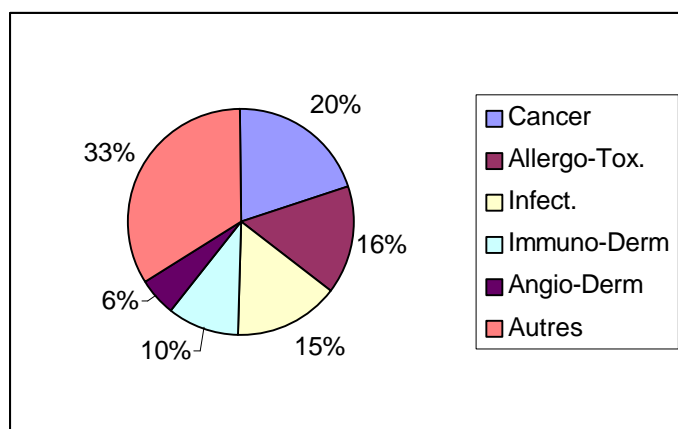
Impact Factor = 4.8 (JID) 40
 Impact factor moyen: 1,9 ± 3,2

Type de publications

Etudes	95	21%
Séries	39	9%
Cas cliniques	167	37%
FMC	140	31%
Divers	11	



Types de publications/Thèmes



FMC

- 1) cancers
- 2) infections
- 3) toxidermies
- 4) acné
- 5) collagénoses

Cas cliniques/séries

- 1) cancers
- 2) infections
- 3) toxidermies
- 4) DBAI
- 5) Angiomes

Etudes

- 1) cancer
- 2) DBAI
- 3) Infections
- 4) Eczéma/DA
- 5) toxidermies

Corrélations avec les principaux motifs d'hospitalisation et de consultation

Hospitalisation (7 premiers diagnostics, 53% des hospitalisations, 20,3% des publications)

	% des hospitalisations		% des publications
	CHU	CHG	
Ulcères	11%	20%	0,9
Erysipèle	9	13	0,3
Eczéma/DA	9	5,5	4,9
Mélanome	8	4	5,3
Collagénoses	6	4,5	3,8
Psoriasis	5	4,5	1,5
DBAI	5	1,5	6,6

Consultations en Dermatologie libérale (5 premiers diagnostics, 52% des consultations, 8% des publications)

Verrues	15	0
Acné	14	3,5
Nevus	12	0,9
Mycologie	6	0,6
Psoriasis	5	1,5

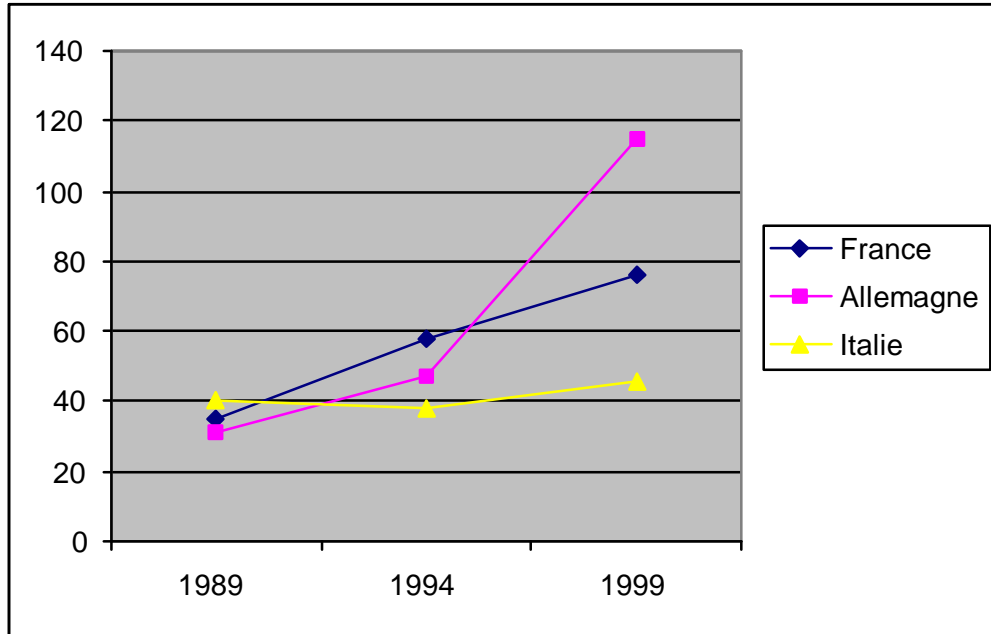
2) Comparaison avec une autre spécialité

	DERMATOLOGIE 8 services de CHU	RHUMATOLOGIE 8 services des mêmes CHU	
Total des Publications	133	82	
% en Anglais	62%	82%	p=0,004
% dans Jx de Recherche	8%	23%	p=0,004
Impact Factor moyen	1,4 ± 2,2	2,6 ± 2,5	p=0,0004

3) Evolution des 10 dernières années en comparaisons avec dermatologues d'autres pays

Journaux Cliniques

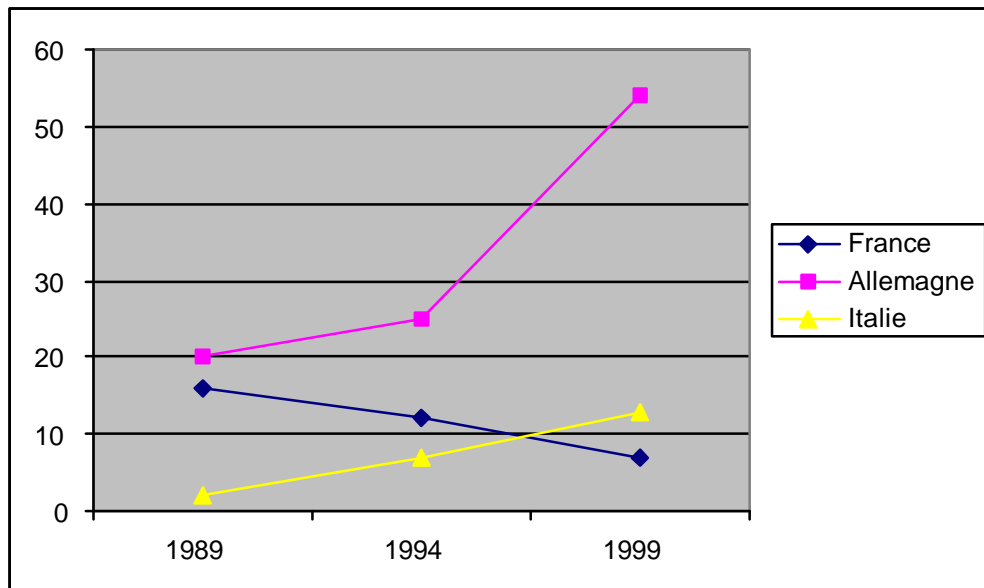
	1989	1994	1999
Arch Dermatol	8	15	23
J Am Acad Dermatol	20	17	16
Br J Dermatol	7	26	37
TOTAL	35	58	76
Allemagne	31	47	115
Italie	40	38	46



Journaux de recherche

J Invest Dermatol (tous français)

	1989	1994	1999
France	16	12	7
Allemagne	20	25	54
Italie	2	7	13



Autres Journaux de recherche (annuaire SID)

	1994	1999
France	54	35
Allemagne	62	84
Italie	28	39

Commentaires

Les Dermatologues hospitaliers publient beaucoup.

Il y a globalement une certaine adéquation entre les thèmes des publications et les principaux motifs d'hospitalisation en Dermatologie (à l'exception notable des Ulcères et de l'Erysipèle).

Les thèmes des publications sont par contre inadaptés aux préoccupations quotidiennes des Dermatologues libéraux, y compris dans les rubriques de FMC.

Les publications des Dermatologues Français sont moins souvent anglophones que celles des Rhumatologues ce qui s'accompagne d'un Impact Factor plus faible.

Dans les publications internationales la Dermatologie Française est bien placée en clinique.

La situation est par contre très inquiétante pour les publications de recherche.

La Dermatologie Française est derrière la Rhumatologie pour ces publications de recherche. Elle est dépassée par la Dermatologie Allemande et Italienne. Ce dépassement est lié aux progrès de nos voisins tandis que les publications des équipes françaises regressaient tant dans le J Invest Dermatol que dans l'ensemble des journaux de recherche (alors même que le total des publications de recherche augmente).

ETAT DE LA RECHERCHE DERMATOLOGIQUE EN FRANCE

P. Joly

Clinique Dermatologie - Unité INSERM U 519 - Hôpital Charles Nicolle – ROUEN

Président de la Société de Recherche Dermatologique.

La Recherche dermatologique est traditionnellement divisée en recherche clinique et épidémiologique d'une part et en recherche fondamentale d'autre part. Cette distinction probablement un peu rigide, correspond cependant à la réalité. En effet, ces deux types de recherche sont généralement pratiqués par des équipes différentes, dans des structures différentes ; elles ont accès à des moyens de financement différents et ont des sources de publication très différentes.

La recherche clinique est globalement assez bien organisée. Son point fort est incontestablement l'émergence de nombreux groupes thématiques, fonctionnant généralement assez bien et permettant la réalisation d'études multicentriques. Un soutien logistique sur le plan méthodologique notamment, permettrait cependant d'améliorer le niveau de publications d'un certain nombre de groupes de recherche clinique. On peut également regretter que les groupes thématiques les plus performants en terme de publications, soient centrés sur des pathologies dont l'intérêt en santé publique est modeste (maladies bulleuses auto-immunes, lymphomes cutanés...), alors qu'il y a relativement peu de publications sur des dermatoses fréquentes (acné, psoriasis, eczéma) ou ayant une importance particulière en santé publique (ulcère de jambe, escarre, érysipèle).

La recherche fondamentale est organisée en équipes institutionnalisées (INSERM, CNRS), en équipes universitaires et au sein de plusieurs laboratoires privés financés et dépendant directement de l'industrie pharmaceutique. Les publications émanant des équipes institutionnalisées, sont d'excellent niveau mais parfois difficilement identifiables, car souvent publiées dans des journaux non dermatologiques. Ceci est dû au faible impact factor des journaux dermatologiques et à la nécessité de publier dans des journaux d'impact factor élevé pour le recrutement de jeunes chercheurs et l'évaluation des unités labellisées. L'étude des principales publications de dix équipes de recherche labellisées, montre que les publications dans les journaux dermatologiques ne représentent que 10 à 15% des publications de ces équipes. Le manque de lisibilité de la recherche dermatologique française, vient également du fait que celle-ci repose souvent sur des individus isolés ou hébergés dans des structures de recherche non dermatologiques (immunologie, biochimie, génétique), ce qui explique d'ailleurs le type de publications de ces équipes. Les autres difficultés auxquelles doit faire face la recherche dermatologique sont le peu d'unités labellisées INSERM ou CNRS, le faible nombre de chercheurs recrutés (du fait du très haut niveau de recrutement exigé, contrastant avec un faible attrait financier des carrières) et enfin une relative difficulté pour obtenir des crédits de recherche sur les thèmes dermatologiques, par rapport à d'autres thématiques.

La recherche dermatologique clinique française est donc bien structurée, mais souvent centrée sur des pathologies marginales. La recherche fondamentale a globalement un niveau de publications plus élevé que la recherche clinique, mais manque de lisibilité, ce qui est un handicap en terme de labellisation, et d'obtention de crédits de recherche.

LES DERMATOLOGUES SONT-ILS REMPLAÇABLES ?

Jean-Claude Roujeau, Créteil.

Nos gouvernants ont tranché cette question et le remplacement des dermatologues est déjà planifié. La réduction actuelle des postes d'internes va entraîner mécaniquement une diminution rapide du nombre des dermatologues, de 3500 actuellement à 1500 dans 20 à 30 ans. Ce sera encore moins si la diminution du nombre des postes formateurs continue au rythme actuel et/ou si la durée de la formation initiale augmente de 2 à 3 ans.

Les évolutions

Prévues dans un passé récent

(lettre du Syndicat 9/10-1998)

1986	1996	2010	2015	2020
2369	3624	3762	3481	2993

Chiffres récents connus (lettre du syndicat Mai-Juin 99)

2) 99	évolution			
par DRASS	3521	3453	- 68	
par Académie	3656	3586	- 70	
Moyenne	3589	3520	- 69	

La formation de nouveaux dermatologues

1993-95 (Ph Lauret 1996) 74 par an

Les postes de DES en Ile de France

- 4) 47
- 5) 45
- 6) 40
- 7) 34
- 8) 31 soit - 34% par rapport à 1996

Les postes DES en France

1997	171
1998	154
1999	131 (à vérifier, estimation au prorata de l'évolution Ile de France)
2000	120 (à vérifier, estimation au prorata de l'évolution Ile de France)

Formation annuelle 2000: environ 49 par an (estimé au prorata de l'évolution Ile de France)

Un nombre stable de Dermatologues signifie: autant de nouvelles installations que de départs. Dans une telle situation praticiens en exercice = dermatologues formés chaque année x durée moyenne d'exercice.

La durée moyenne d'exercice peut-être estimée à 30 ans (30 à 65 ans moins 15% de départs prématurés de causes diverses).

La formation de 50 dermatologues par an aboutirait en état stable (dans 20 à 30 ans) à 1500 spécialistes

Si les DRASS continuaient à diminuer les postes formateurs et/ou si la durée de formation était allongée sans augmentation parallèle du nombre de postes d'Internes la chute serait encore plus spectaculaire

L'objectif affiché est bien sûr de contrôler les dépenses de l'Assurance Maladie, en transférant les activités des dermatologues d'une part vers un secteur d'esthétique-cosmétique dé-remboursé et d'autre part vers les médecins généralistes.

Cette stratégie repose sur plusieurs postulats dont la validité est en fait contestable.

1^{er} postulat : l'offre de soins emballe la demande

Sans prétendre apporter ainsi une réfutation scientifique à ce postulat notons qu'actuellement un pourcentage notable des acnés graves n'est pas pris en charge (près de la moitié dans certaines études) et que le nombre de consultations par médecin est plus élevée dans les régions à plus faible densité de dermatologues.

2^e postulat : la dermatologie est une médecine du superflu.

Ce n'est pas ce que montrent les résultats des enquêtes présentées dans ce forum, ni pour la dermatologie libérale ni pour la dermatologie hospitalière. En particulier l'activité "cosmétique" qui pourrait être transférée vers des cabinets d'esthéticiennes est très inférieure à ce que certains se plaisent à imaginer.

3^e postulat : les généralistes sont capables de prendre en charge la plupart des dermatoses.

Nous avons à cet égard beaucoup de données qui montrent (sans surprise) la nette supériorité des dermatologues sur les généralistes pour le diagnostic, l'exploration et le traitement efficace des dermatoses, des plus banales aux plus graves. Si la plupart de ces études viennent des USA, il est hautement improbable que la situation soit très différente en France.

4^e postulat : une prise en charge par les généralistes sera moins coûteuse.

À démontrer. Car les erreurs de diagnostic, les explorations inutiles et les traitements inappropriés ont un coût. Une étude, encore américaine, a ainsi montré que la prise en charge des mycoses par les dermatologues était moins coûteuse que leur prise en charge par les généralistes.

Le remplacement des Dermatologues a commencé. Il est fondé en grande partie sur une image fautive de nos pratiques. Il est donc prioritaire d'améliorer notre image, moins auprès des tutelles pour qui c'est surtout un prétexte, qu'auprès des malades qui nous font confiance et qui seraient les victimes de notre disparition... La diminution massive du nombre des Dermatologues conduirait en effet à une moins bonne prise en charge de maladies fréquentes et dont la gravité n'est pas négligeable.