

*La Dermatologie
Hospitalo-Universitaire
en France en 2005*

LIVRE BLANC



Collège des Enseignants en Dermatologie de France
(CEDEF)

SOMMAIRE

	Page
PREAMBULE	3
INTRODUCTION	
La dermatologie hospitalo-universitaire en France	5
Les champs d'activité de la dermatologie hospitalo-universitaire	6
- Les maladies concernées	6
- Les moyens spécifiques	14
LES SOINS	
L'éventail des activités	18
Place des différents acteurs médicaux dans l'équipe de soins	20
Opportunités et menaces	23
L'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATOLOGIE	
L'enseignement en deuxième cycle des études médicales (DCEM)	29
L'enseignement en troisième cycle des études médicales (DES)	30
Diplômes d'études spécialisés complémentaires (DESC)	32
Enseignement de la dermatologie aux paramédicaux	32
Formation médicale continue	33
Conclusions et perspectives	35
LA RECHERCHE EN DERMATOLOGIE	
Etat des lieux	39
- Organisation de la recherche dermatologique française	39
- Spécificités de la recherche dermatologique française	40
- Axes de développement en France	41
Les grands enjeux de la recherche dermatologique française	42
Conclusions et perspectives	43
PROPOSITIONS POUR L'AVENIR DE LA DERMATOLOGIE	
Les soins	49
L'enseignement	50
La recherche	51

PREAMBULE

La réforme du Deuxième Cycle des Etudes Médicales de 2001, les mutations annoncées dans le domaine de l'organisation des soins dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), la toute récente Loi sur l'assurance-maladie (2004) et l'évolution future de la démographie médicale ont suscité de nombreuses réflexions parmi la communauté des dermatologues hospitalo-universitaires rassemblés dans le Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF).

Dans ce contexte, une démarche d'analyse et de concertation au sein du CEDEF a été initiée en 2003 par Philippe BERBIS, alors président en exercice, et s'est développée tout au long des années 2003 et 2004, notamment lors des séminaires et des assemblée plénières du CEDEF. Le Livre Blanc « *La Dermatologie Hospitalo-Universitaire en France en 2005* » est l'aboutissement actuel de ces réflexions. Ceci a pu être mené à bien grâce à l'action d'un comité éditorial, constitué en majeure partie de membres du Bureau du CEDEF, dont le travail a consisté à synthétiser les éléments d'analyse et les propositions issus de cette démarche collective.

Les propositions formulées dans ce Livre Blanc sont précises et concrètes. Elles concernent les trois champs d'activité de la Dermatologie Hospitalo-Universitaire : les soins, l'enseignement et la recherche. Elles engagent l'avenir de la Dermatologie dans son ensemble, qui dépend directement du nombre et de la qualité de la formation initiale des futurs dermatologues.

Philippe BERNARD

président du CEDEF

Groupe Editorial du Livre Blanc :

Philippe BERBIS, Philippe BERNARD, Yves de PROST, Louis DUBERTRET,
Brigitte DRENO, Pascal JOLY, Jean REVUZ, Jean-Luc SCHMUTZ, Loïc VAILLANT

MEMBRES DU CEDEF (Mai 2005)

Pierre AMBLARD (Grenoble), Selim ARACTINGI (Paris), François AUBIN (Besançon), Hervé BACHELEZ (Paris), Martine BAGOT (Créteil), Annick BARBAUD (Nancy), Nicole BASSET-SEGUIN (Paris), Jacques BAZEX (Toulouse), Jean-Claude BEANI (Grenoble), Christophe BEDANE (Limoges), Philippe BERBIS (Marseille), Philippe BERNARD (Reims), Claire BEYLOT (Pessac), Marie BEYLOT-BARRY (Pessac), Christine BODEMER (Paris), Jean-Louis BONAFE (Toulouse), Jean-Jacques BONERANDI (Marseille), Jean-Marie BONNETBLANC (Limoges), Isabelle BOURGAULT (Boulogne), Frédéric CAMBAZARD (Saint-Etienne), Francis CARSUZAA (Toulon Naval), Jacqueline CHEVRANT-BRETON (Rennes), Olivier CHOSIDOW (Paris), Alain CLAUDY (Lyon), Bernard CRIBIER (Strasbourg), Béatrice CRICKX (Paris), Michel D'INCAN (Clermont-Ferrand), Yves DE PROST (Paris), Emmanuel DELAPORTE (Lille), Jean-Paul DENOEU (Amiens), Vincent DESCAMPS (Paris), Marie-Sylvie DOUTRE (Pessac), Brigitte DRENO (Nantes), Louis DUBERTRET (Paris), Nicolas DUPIN (Paris), Jean-Paul ESCANDE (Paris), Michel FAURE (Lyon), Camille FRANCES (Paris), Jean-Jacques GROB (Marseille), Jean-Jacques GUILHOU (Montpellier), Gérard GUILLET (Poitiers), Bernard GUILLOT (Montpellier), Philippe HUMBERT (Besançon), Pascal JOLY (Rouen), Jean-Philippe LACOUR (Nice), Daniel LAMBERT (Dijon), Liliane LAROCHE (Bobigny), René LAURENT (Besançon), Philippe LAURET (Rouen), Céleste LEBBE (Paris), Marie-Thérèse LECCIA (Grenoble), Dominique LEROY (Caen), Dan LIPSKER (Strasbourg), Gérard LORETTE (Tours), Laurent MEUNIER (Nîmes), Laurent MISERY (Brest), Philippe MODIANO (Lomme), Patrice MOREL (Paris), Philippe MUSETTE (Rouen), Jean-François NICOLAS (Lyon), Jean-Paul ORTONNE (Nice), Frédéric PIETTE (Lille), Catherine PROST (Paris), Jean REVUZ (Créteil), Marie-Aleth RICHARD (Marseille), Jean-Claude ROUJEAU (Créteil), Philippe SAIAG (Boulogne), Jean-Luc SCHMUTZ (Nancy), Pierre SOUTEYRAND (Clermont-Ferrand), Jean-François STALDER (Nantes), Pierre-Emmanuel STOEBNER (Nîmes), Alain TAIEB (Bordeaux), Luc THOMAS (Lyon), Pierre THOMAS (Lille), Loïc VAILLANT (Tours), Jean-Luc VERRET (Angers), Daniel WALLACH (Paris), Pierre WOLKENSTEIN (Créteil).

INTRODUCTION

LA DERMATOLOGIE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE EN FRANCE

Structures hospitalo-universitaires

Au 31 Décembre 2004, il existait 46 Services hospitalo-universitaires (HU) de dermatologie sur le territoire national (CHU de Pointe-à-Pitre et de Fort-de-France, Université Catholique de Lille inclus). Le personnel hospitalo-universitaire statutaire est composé de 70 Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers (PU-PH) et d'un Maître de Conférence des Universités - Praticien hospitalier (MCU-PH). Les Services HU de dermatologie français possèdent 75 postes de PH temps plein et mi-temps confondus, exclusion faite des Praticiens-attachés de consultation (*source* : Annuaire du syndicat des Dermato-vénérologues 2004). A titre de comparaison, on peut signaler l'existence de 100 postes de PH de dermatologie pour 68 structures hospitalières non universitaires (*source* : Annuaire du syndicat des Dermato-vénérologues 2004).

Le Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF)

L'ensemble des dermatologues HU est regroupé au sein du Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF), qui est une Association loi 1901. Cette structure permet à tous ses membres de faire évoluer et d'harmoniser leurs activités d'enseignement, de recherche et de soins, tout en préservant les spécificités propres à leur université ou à leur centre hospitalier. Son organisation, ses statuts et la liste de ses membres sont disponibles sur le site internet du CEDEF (www.cedef.org).

Les membres de la sous-section de dermatologie du CNU (50.03) sont directement issus du CEDEF, par élection ou par nomination. Le président de la sous-section 50.03 est membre de droit du bureau du CEDEF. Les modalités de fonctionnement de la sous-section 50.03 sont également consultables sur le site internet du CEDEF (www.cedef.org).

Sociétés savantes

Le CEDEF entretient des relations institutionnelles étroites avec les autres instances de la dermatologie française, en premier lieu avec la Société Française de Dermatologie (SFD), à laquelle appartiennent tous les membres du CEDEF. Les missions et l'organisation de la SFD sont accessibles sur son site internet (www.sfdermato.org)

Les dermatologues HU sont, pour beaucoup d'entre eux, également membres de diverses sociétés savantes nationales (Société de Recherche Dermatologique, Société Française de Dermatologie Pédiatrique, Société Française de Photodermatologie) ou internationales (European Academy of DermatoVenereology, American Academy of Dermatology, European Dermatology Forum, European Society for Dermatological Research, International League of Dermatological Societies, EORTC,...).

LES CHAMPS D'ACTIVITE DE LA DERMATOLOGIE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

LES MALADIES CONCERNEES

Cancers cutanés

Les cancers cutanés comprennent le mélanome, les carcinomes (basocellulaires et spinocellulaires), et d'autres tumeurs plus rares (dont les lymphomes). Ce sont les plus fréquents de tous les cancers en France si l'on inclut les carcinomes basocellulaires : ils représentent entre 150.000 et 200.000 nouveaux cas par an .

En France, **le mélanome** est le cancer dont la fréquence augmente le plus vite ; son incidence s'élève de 10 % par an, avec environ 8.000 nouveaux cas annuellement, tous stades confondus. La très grande majorité des mélanomes de mauvais pronostic est prise en charge dans les services de Dermatologie de CHU, où ils représentent la pathologie la plus fréquente en terme d'hospitalisation. Le mélanome est également une priorité du Plan cancer, et les dermatologues HU assurent une prise en charge globale du patient de la prévention au traitement en passant par l'étape diagnostique.

Ainsi :

- Ils sont présents au sein de groupes INSERM participant aux travaux fondamentaux sur le mélanocyte, la pigmentation et le mélanome.
- Ils sont à l'initiative de la mise en place dans certaines régions de registres du mélanome.
- Ils participent à la prévention primaire auprès du grand public à travers des campagnes d'information.
- Ils sont le plus souvent l'élément fédérateur des consultations de prise en charge pluridisciplinaire au sein des hôpitaux.

Les carcinomes sont extrêmement fréquents (plus de 140.000 cas de carcinomes basocellulaires par an en France). Si les formes habituelles sont le plus souvent prises en charge en ambulatoire, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique (voir plus loin : chirurgie dermatologique), les formes les plus avancées ou compliquées relèvent d'une structure de Dermatologie de CHU.

Les lymphomes cutanés primitifs sont rares mais en augmentation constante de fréquence ; leur diagnostic précis est difficile. Ils représentent la deuxième localisation la plus fréquente de lymphomes extra-ganglionnaires, juste derrière les lymphomes digestifs. Plusieurs équipes dermatologiques HU sont très impliquées dans leur prise en charge complète à tous les stades, en conformité avec les directives du Plan Cancer. Le Groupe Français d'Etude des Lymphomes Cutanés, animé par plusieurs dermatologues HU, joue un rôle de coordination nationale dans celle-ci, avec l'organisation de réunions d'experts, de journées de formation, de suivi de cohortes de malades répertoriées dans un fichier national, de travaux de recherche clinique en réseau (projets CIC-Inserm, ARC, Ligue contre le Cancer). Il est reconnu comme l'un des plus actifs sur le plan international et travaille en étroite collaboration avec le groupe européen EORTC d'étude des lymphomes cutanés et l'ISCL, Société Internationale d'Etude des Lymphomes Cutanés.

Le dermatologue est également en première ligne pour le dépistage de **tumeurs malignes du tissu conjonctif** (fibrosarcome , maladie de Kaposi, ...) dont le diagnostic repose sur une confrontation anatomo-clinique dans laquelle le couple dermatologue-anatomo-pathologiste joue un rôle fondamental. De nombreux travaux de recherche clinique et fondamentale, à l'initiative d'équipes dermatologiques HU françaises, ont porté sur la maladie (sarcome) de Kaposi qui est un modèle de cancérogénèse viro-induite (associé à l'infection par le virus herpes humain 8). Ces travaux bénéficient du soutien de l'INSERM, de l'ANRS et de PHRC.

Dermatoses allergiques

Les maladies allergiques sont classées par l'OMS au quatrième rang des maladies nécessitant une priorité de développement de prise en charge et de moyens. Le dermatologue est en première ligne pour la prise en charge des maladies allergiques : dermatite atopique (eczéma constitutionnel), eczéma de contact, dermatoses professionnelles, urticaires et accidents cutanés dus à l'administration par voie générale d'un médicament (toxidermies).

La dermato-allergologie évolue très rapidement à l'heure actuelle. Elle devient une part très importante de l'activité des services de dermatologie de CHU qui ont tous développé des secteurs de dermato-allergologie. Elle englobe la prise en charge :

- des allergies de contact, principalement l'eczéma
- de la dermatite atopique, appelé anciennement eczéma constitutionnel
- des photoallergies
- des dermatoses professionnelles
- des accidents médicamenteux de contact et surtout des accidents médicamenteux systémiques appelés toxidermies.

L'urticaire aiguë généralisée est une urgence médicale qui conduit souvent à une hospitalisation en dermatologie *via* les services d'urgences. Elle doit être différenciée des éruptions maculo-papuleuses, virales ou toxidermiques, ce qui nécessite une expertise spécifique. L'urticaire chronique nécessite plutôt une prise en charge ambulatoire, souvent longue et complexe .

Les toxidermies sont les accidents iatrogènes les plus fréquents, représentant un véritable problème de Santé Publique. Les formes graves peuvent engager le pronostic vital du fait de la défaillance cutanée aiguë qu'elles entraînent et des manifestations viscérales associées. Les dermatologues HU français ont beaucoup contribué aux progrès récents dans ce domaine des toxidermies, en particulier par des travaux coopératifs à l'échelle nationale en collaboration avec le réseau des centres de Pharmacovigilance, ce qui a valu aux équipes françaises une reconnaissance internationale. Les progrès récents réalisés incluent :

- de meilleures définitions cliniques, et donc meilleure prise en charge des formes graves (syndrome de Lyell, pustulose exanthématique aiguë généralisée, DRESS

ou Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) qui relèvent exclusivement des services de dermatologie de CHU,

- de nombreuses alertes sur des nouveaux médicaments à « haut risque »,
- des études épidémiologiques de l'incidence des réactions graves et des facteurs favorisants,
- une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques,
- une évaluation de la place des tests *in vivo* dans l'imputabilité médicamenteuse.

Plaies chroniques

Les plaies chroniques sont représentées par les ulcères de jambe, les escarres et les maux perforants. Les **ulcères de jambe** sont principalement de cause vasculaire et touchent surtout le sujet âgé (prévalence globale d'environ 1% après 60 ans et de 4,5% après 80 ans). Leur poids médico-économique est insuffisamment évalué, mais à l'évidence très élevé en raison de leur chronicité, des hospitalisations répétées, de soins infirmiers longs, du retentissement sur la qualité de vie ou sur l'activité professionnelle, des co-morbidités et du risque d'infections nosocomiales induites par une prise en charge mal adaptée.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une fréquence accrue des plaies chroniques d'origine vasculaire des membres inférieurs. La place du dermatologue HU est centrale dans le dispositif pluridisciplinaire de soins face à ces plaies chroniques. La complexité de la prise en charge, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire, est souvent liée à la co-morbidité. Elle est consommatrice de temps médical et paramédical. Elle doit être multiprofessionnelle et multidisciplinaire, idéalement dans le cadre de réseaux de soins dont l'organisation et l'animation relèvent de dermatologues HU spécialisés dans le domaine de la cicatrisation. Leur compétence permet une prise en charge diagnostique et thérapeutique optimale et les désigne naturellement comme experts pour l'évaluation des nouveaux dispositifs médicaux.

Dermatoses inflammatoires chroniques

Les dermatoses inflammatoires chroniques (psoriasis, dermatite atopique, pelade,...) représentent le troisième motif d'hospitalisation en service de dermatologie de CHU (voir chapitre : soins). Leur prise en charge globale est longue et souvent difficile dans les formes

les plus sévères. Elles relèvent également d'un suivi ambulatoire prolongé et d'une éducation thérapeutique adaptée (exemple : école de l'atopie).

Le psoriasis est une maladie fréquente touchant un million et demi à trois millions de personnes en France. Il est la conséquence d'un renouvellement trop rapide de l'épiderme entretenu par une réaction inflammatoire chronique. Un rhumatisme inflammatoire spécifique est associé aux lésions cutanées chez 30 % des patients. Bien que certaines formes rares mettent la vie en danger, la gravité du psoriasis est surtout liée à une altération importante de la qualité de vie et entraîne souvent un handicap social grave.. Le retentissement du psoriasis sur la qualité de la vie des patients a été mesuré et est aussi important que celui provoqué par l'asthme, par le diabète ou les maladies ischémiques cardiaques chroniques. Le coût social du psoriasis est considérable : il a été estimé à trois milliards de dollars par an aux Etats-Unis.

La dermatite atopique est l'une des manifestations du terrain d'allergie constitutionnelle. Elle touche un enfant sur 5 dans la première année de vie et persiste dans 20% des cas au-delà de 5 ans. Les formes de l'adulte sont moins fréquentes, mais souvent rebelles voire graves, nécessitant une hospitalisation lors des poussées sévères.

Les dermatologues HU ont un rôle primordial dans la prise en charge des formes graves de psoriasis ou de dermatite atopique (étendues et/ou résistantes aux traitements systémiques classiques) aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation. Ils doivent également coordonner les (ou participer aux) essais évaluant les thérapeutiques innovantes, en plein essor actuellement (biothérapies, photothérapies). Ils doivent enfin travailler en réseau avec les associations de malades dont ils sont les interlocuteurs privilégiés.

Infections cutanées

Les infections cutanées sont extrêmement fréquentes et souvent traitées en première intention par le médecin généraliste. En revanche, les dermatoses infectieuses relevant d'une prise en charge en service de dermatologie HU sont principalement les **dermohypodermites bactériennes** étendues et sévères (érysipèle, fasciites nécrosantes). Le diagnostic précoce des formes nécrosantes de dermohypodermite bactérienne est déterminant pour améliorer le pronostic de ces infections potentiellement mortelles. Les dermatologues des services de CHU ont une expertise reconnue dans ce domaine, comme l'a montré la conférence de consensus sur l'érysipèle et la fasciite nécrosante en 2002.

D'autres infections cutanées relèvent du champ d'action des services de dermatologie HU:

- les infections à germes rares (mycobactérioses cutanées, parasitoses et mycoses tropicales...)
- les infections cutanéomuqueuses chez l'immunodéprimé (greffés, sidéens, héματο-oncologie...) souvent sévères et trompeuses cliniquement
- les épidémies d'ectoparasitoses en collectivité

L'expertise des services de dermatologie de CHU est indispensable dans le cadre d'actions de prévention et de traitement des infections nosocomiales, en collaboration avec les CLIN.

Depuis 2000, on assiste à une recrudescence relative de certaines **infections sexuellement transmissibles (IST)**, en particulier la syphilis et les infections uro-génitales à gonocoque. Les services de dermatologie HU ont un rôle majeur dans la prise en charge des IST, notamment ceux qui disposent d'un dispensaire anti-vénérien ou d'un CIDAG (Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit), rattaché à leur structure hospitalière.

La section MST/Sida de la Société Française de Dermatologie rassemble des dermatologues ayant acquis depuis de nombreuses années, au sein de structures HU, une expertise reconnue dans le domaine des IST. Elle a participé de façon active à la mise en place d'actions, en relation avec les organismes de tutelle (Direction Générale de la Santé, Institut de Veille Sanitaire, conseils généraux, DRASS) concernant la lutte contre les IST, par exemple :

- réseau de déclaration volontaire de la syphilis, des infections gonococciques et de la maladie de Nicolas-Favre avec l'Institut national de veille sanitaire,
- participation et encadrement de séminaires de formation sur les IST,
- préparation d'un guide de bonnes pratiques pour la prise en charge des IST (finalisation en 2005).

Dermatoses bulleuses

Les maladies bulleuses sont un groupe de maladies qui atteignent la peau et parfois les muqueuses, d'origine immunologique (dermatoses bulleuses auto-immunes) ou génétique (épidermolyses bulleuses congénitales). Il s'agit de maladies relativement rares mais souvent graves à l'origine d'une mortalité conséquente pour certaines d'entre-elles (pemphigoïde

bulleuse) ou entraînant un handicap fonctionnel important (séquelles cutanées, buccales, oculaires ou oesophagiennes).

Ces maladies requièrent une prise en charge multidisciplinaire où le dermatologue est au centre d'un réseau en collaboration avec les ophtalmologistes, stomatologistes, ORL, généticiens et immunologistes. Le diagnostic et le traitement de ces maladies nécessitent une expertise et un plateau technique spécialisé (explorations immunopathologiques ou génétiques), disponibles exclusivement au sein de structures de dermatologie HU ambulatoires (hôpital de jour) ou d'hospitalisation continue en cas de formes étendues, nécessitant des soins locaux adaptés.

Maladies systémiques

Une grande partie des collagénoses (lupus érythémateux, dermatomyosite, sclérodermie systémique,...) comporte des manifestations dermatologiques, lesquelles sont souvent inaugurales ou au premier plan du tableau clinique, expliquant leur forte prévalence au sein des services de dermatologie HU, tant en hospitalisation qu'en suivi ambulatoire. La diversité de ces manifestations et la complexité de leur diagnostic différentiel confèrent aux dermatologues HU une place de choix dans la prise en charge de ces maladies.

Il en est de même des manifestations dermatologiques révélant une maladie interne, en particulier de nature cancéreuse (dermatoses paranéoplasiques), faisant des dermatologues de CHU des acteurs à part entière de la médecine d'investigation.

Dermatoses de l'enfant

La dermatologie pédiatrique est une spécialité dermatologique à part entière. Sa spécificité tient à :

- l'existence de dermatoses spécifiques à l'enfance, parfois limitées à certaines tranches d'âge (nouveau-né, prématuré), qui nécessitent une expertise dermatologique et pédiatrique spécifiques (exemples : dysraphisme, malformations vasculaires...);
- l'existence de nombreuses maladies rares, génétiques en particulier, dont les manifestations cutanées, même minimales, permettent une prise en charge précoce et le dépistage de comorbidités ;

- l'existence de tumeurs cutanées propres à l'enfant, de diagnostic clinique ou histopathologique parfois difficile, dont la stratégie médico-chirurgicale requiert une réflexion spécifique (exemple : histiocytoses langerhansiennes).

Les domaines couverts par la dermatologie pédiatrique sont très vastes. Parmi les nombreuses pathologies et champs d'activités on peut citer à titre d'exemple :

- le diagnostic précoce des affections génétiques affectant la peau (génodermatoses) qui se révèlent généralement dans la période néonatale et la petite enfance. Leurs manifestations cutanées peuvent être sévères et nécessiter des soins intensifs et spécifiques, (exemple : épidermolyses bulleuses héréditaires) ; leur fréquence impose la participation active du dermatologue aux différentes étapes du diagnostic prénatal et à la recherche génétique ; l'importance des génodermatoses vient d'être reconnue officiellement avec la labellisation des premiers Centres de Référence (Neurofibromatoses, Génodermatoses) coordonnés par des équipes dermatologiques, dans le cadre du plan ministériel sur les maladies rares.
- la prise en charge de la dermatite atopique, dont la prévalence augmente régulièrement dans les pays Européens ; cette affection peut affecter sérieusement la qualité de vie de l'enfant et de sa famille et nécessite une gestion spécialisée ; cette préoccupation a d'ailleurs conduit la Société Française de Dermatologie à organiser une Conférence de Consensus sur ce thème en 2004, en collaboration avec plusieurs sociétés savantes pédiatriques ;
- la prévention des cancers cutanés survenant à l'âge adulte : la photoprotection du nourrisson et du jeune enfant est une priorité de notre spécialité pour limiter la survenue ultérieure de mélanomes ou de carcinomes cutanés ;
- la prise en charge des malformations vasculaires de l'enfant, très fréquentes, regroupées sous le terme générique d'«angiomes » qui nécessite des consultations pluridisciplinaires où le dermato-pédiatre a un rôle fondamental.

Seuls quelques rares CHU disposent d'hôpitaux d'enfants, ou d'unités spécialisées où est exercée cette activité de dermatologie pédiatrique. Ailleurs, les dermatologues ont souvent tissé des liens étroits avec les services de pédiatrie et mis en place des consultations spécialisées, ou accueillent les enfants dans leurs consultations de dermatologie générale.

Sur le plan institutionnel, la dermatologie pédiatrique s'est structurée par :

- la création de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique (1991) dont le rôle est de fédérer et informer les dermatologues et pédiatres qui la pratiquent (300 membres en 2004) ; elle œuvre en particulier pour l'organisation de réunions thématiques lors de FMC régionales ou nationales ou de congrès scientifiques nationaux et internationaux ;

- la création d'un Groupe de Recherche Clinique en Dermatologie Pédiatrique ayant pour but notamment la mise en place d'études prospectives multicentriques ;

- le développement récent d'une activité d'éducation thérapeutique en dermatologie (groupe thématique de la Société Française de Dermatologie), tout particulièrement dans le domaine de la dermatite atopique.

LES MOYENS SPECIFIQUES

A visée diagnostique

Dermatopathologie

La dermatopathologie ou histopathologie cutanée est l'une des sur-spécialités de la dermatologie et de l'anatomie pathologique. Il s'agit de l'analyse microscopique des tissus, qui se pratique dans le domaine plus large de l'anatomie pathologique. Une formation de base en dermatopathologie est indispensable à tout dermatologue. La création récente du DESC de dermatopathologie permet désormais à des dermatologues d'acquérir une compétence essentielle qu'ils pourront ensuite exercer uniquement à l'hôpital, de préférence en CHU, permettant d'optimiser la pratique actuelle de confrontations anatomo-cliniques régulières.

Explorations allergologiques et photobiologiques

Les explorations allergologiques en dermatologie comprennent principalement :

- les tests épicutanés : ils permettent d'identifier le (ou les) allergène(s) responsable(s) d'une allergie de contact (eczéma le plus souvent) ; ils s'intègrent dans le cadre d'enquêtes longues et minutieuses, nécessitant souvent le recours à des batteries d'allergènes spécifiques, difficilement réalisables en dehors des unités de dermatologie allergologie des CHU.
- Les phototests et les photopatchtests cutanés : ils explorent les photodermatoses idiopathiques ou secondaires et requièrent un appareillage spécifique (simulateur solaire) et une équipe médicale et paramédicale hyperspécialisée dans le domaine.

La longueur, la complexité et le manque de valorisation financière de ces explorations font qu'elles relèvent d'unités d'explorations en dermato-allergologie hyperspécialisées et coordonnées par des dermatologues ayant acquis une expertise spécifique, désormais difficile à développer en dehors du contexte des CHU.

Explorations fonctionnelles cutanées

Elles représentent une activité dermatologique hautement spécialisée, développée seulement dans quelques services HU de dermatologie. Elles comprennent des techniques d'imagerie non invasives permettant de visualiser les structures de la peau telles que l'échographie cutanée (échographie ultrasonore à 20 MHz) ou l'imagerie par résonance magnétique. De très nombreuses techniques ont été développées pour l'étude de la surface cutanée, de la microcirculation cutanée, de la sécrétion sébacée ou sudorale, ou des propriétés biomécaniques de la peau. Ces techniques s'appliquent idéalement à des études de physiologie ou de pharmacologie cutanées dans le cadre de protocoles de recherche clinique.

Dermoscopie – videomicroscopie

La microscopie de surface par épiluminescence avec agrandissement (x10), ou dermatoscopie, est une aide au diagnostic positif ou différentiel des tumeurs pigmentées. Elle nécessite une formation médicale spécifique. Dans les cas de naevus pigmentaires multiples, elle permet souvent d'épargner des exérèses inutiles de naevus cliniquement atypiques et facilite le dépistage précoce du mélanome. Dans les services de dermatologie des CHU, le vidéomicroscope numérique, plus performant, tend à remplacer le dermatoscope à main pour le diagnostic et le suivi des lésions pigmentées multiples et atypiques, dans le cadre de consultations hyperspécialisées.

A visée thérapeutique

Chirurgie dermatologique

L'augmentation de la fréquence des cancers cutanés du fait du vieillissement de la population française pose dès à présent le problème de la prise en charge thérapeutique de ces tumeurs, qui est chirurgicale en première intention. La chirurgie dermatologique, réalisée sous anesthésie locale et en ambulatoire, est parfaitement adaptée à cette véritable action de santé publique. Elle permet de limiter considérablement le nombre d'exérèses sous anesthésie générale, plus coûteuses et à risque chez des patients souvent âgés (carcinomes cutanés). Les services HU de dermatologie concourent au développement de cette activité en la diversifiant

(cryochirurgie, greffes d'ulcères de jambe, chirurgie de Mohs) et en constituant des terrains d'apprentissage pour les internes. Ce développement se fait également avec la participation de dermatologues attachés et sous l'égide d'une section spécialisée de la Société Française de Dermatologie qui organise chaque année un DIU de dermatologie chirurgicale.

Lasers

Le développement de cette technologie en dermatologie est en constante progression et diversification. Les indications potentielles apparaissent de plus en plus nombreuses, tant dans le domaine de la médecine esthétique que de la thérapeutique dermatologique proprement dite (malformations vasculaires, condylomes). Le rôle des dermatologues HU est important dans l'évaluation objective des nouveaux lasers ou de nouvelles indications, et dans la formation des futurs praticiens. La plupart des services HU de dermatologie disposent de (ou ont accès à des) plate-formes laser. Cette activité occupe une place croissante dans l'activité thérapeutique et nécessite la présence de praticiens experts.

Photothérapie

La photothérapie ultraviolette occupe une place importante en thérapeutique dermatologique, notamment dans la prise en charge du psoriasis et de certains lymphomes cutanés. Il s'agit d'une thérapeutique à hautes spécificité et technicité que seuls les dermatologues maîtrisent. Les services HU de dermatologie assurent de plus en plus fréquemment un rôle de centre de référence pour la prise en charge des patients nécessitant ce type de traitement. De nouvelles formes de photothérapie, comme par exemple la photothérapie dynamique, sont en cours de développement dans certains services HU de dermatologie.

Education thérapeutique

La place des pathologies chroniques est importante en dermatologie. Il est indispensable d'éduquer les patients, ou les parents d'enfants présentant des dermatoses inflammatoires chroniques telles que le psoriasis ou la dermatite atopique, à une bonne compréhension des enjeux des traitements proposés. En effet, cette compréhension est source d'une meilleure observance, et donc permet d'optimiser efficacité et tolérance. Pour cela, il est nécessaire de développer des structures du type « école de l'atopie », déjà opérationnelles dans certains services HU de dermatologie. Ce type de prise en charge est utile en terme de santé publique car il permet de réduire la fréquence des hospitalisations. Il nécessite cependant un investissement significatif en personnel médical et paramédical dédiés.

Prise en charge de pathologies lourdes

Contrairement à une opinion trop largement répandue, y compris au sein du corps médical, les services HU de dermatologie prennent régulièrement en charge des pathologies lourdes (voir ci-dessus) nécessitant l'utilisation de thérapeutiques complexes (exemples : immunosuppresseurs, chimiothérapies, immunomodulateurs). Certains de ces traitements apparaissent spécifiques à la dermatologie et exigent des expertises développées (exemple : photochimiothérapie extra-corporelle dans la prise en charge de certaines formes de lymphomes cutanés). Les services HU de dermatologie assument également des soins palliatifs, notamment en dermato-cancérologie.

Une structure de soins intensifs dermatologiques, spécifiquement dédiée à la prise en charge des toxidermies sévères (syndrome de Lyell), existe dans un centre (hôpital Henri Mondor) et a acquis une notoriété internationale.

Dermatologie esthétique et réparatrice - Cosmétologie

Leur place est aujourd'hui importante parmi les demandes de soins, à une époque où l'apparence prend une place croissante dans la vie professionnelle et la qualité de vie personnelle. Certains dermatologues HU se sont impliqués dans la réalisation d'actes esthétiques et cosmétologiques complexes. Ils sont devenus, avec la collaboration de dermatologues libéraux impliqués dans le domaine, des référents et des formateurs pour les futurs praticiens en imposant la rigueur indispensable à la pratique de cette activité, qu'il serait hasardeux, sur un plan médical, de laisser exercer par des non-dermatologues.

LES SOINS

L'EVENTAIL DES ACTIVITES

Les services hospitalo-universitaires (HU) de dermatologie doivent actuellement faire face aux demandes de soins suivantes :

- Assurer une fonction d'expertise en répondant aux questions diagnostiques et thérapeutiques non résolues en pratique libérale (dermatologues, généralistes, pédiatres,...) ou hospitalière (consultations inter-services),
- Prendre en charge les urgences dermatologiques (toxidermies, infections cutanées sévères, Infections Sexuellement Transmissibles,...) et les dermatoses graves (dermatoses bulleuses,...),
- Réaliser des soins hautement spécialisés et coûteux pour des dermatoses graves au sein d'équipes médicales et paramédicales dédiées (exemples : photothérapies, photochimiothérapie extra-corporelle, prise en charge des soins cutanés spécialisés et des répercussions systémiques des dermatoses étendues, biothérapies immunomodulatrices ou immunosuppressives, chimiothérapie anticancéreuse,...)
- Mettre en place et animer des réseaux de soins, d'éducation thérapeutique ou de prévention, à l'intérieur des institutions médicales ou en partenariat avec la médecine libérale (réseaux ville-hôpital) dans différents domaines (cicatrisation, dermato-cancérologie , IST,..) .
- Mettre en place et coordonner des comités de concertation pluridisciplinaires en dermato-cancérologie, également ouverts aux médecins libéraux, et assurer un dépistage précoce des cancers cutanés (mélanome).
- Développer une dermatologie interventionnelle de haut niveau (chirurgie dermatologique, cryochirurgie, lasers), en partenariat avec les dermatologues libéraux impliqués dans le domaine.
- Remplir leur mission de service public de médecine de proximité, laquelle constitue un terrain privilégié de formation pour les étudiants en médecine.
- Assurer leur mission d'amélioration des connaissances dans la spécialité par la mise en place ou la participation à des programmes de recherche clinique (voir : chapitre recherche).

Les champs d'activité auxquels s'applique cette demande de soin ont été développés dans l'introduction (voir ci-dessus). De manière plus spécifique, l'activité de soins en service HU de dermatologie se décline différemment en fonction du secteur de prise en charge :

- En hospitalisation : cancers cutanés (du diagnostic jusqu'aux soins palliatifs), toxidermies sévères, dermatoses bulleuses, plaies chroniques, collagénoses, infections cutanées sévères, dermatoses inflammatoires étendues.
- En ambulatoire : maladies inflammatoires chroniques, photothérapie, dermatologie allergologie, dermatologie pédiatrique, consultations multidisciplinaires spécialisées (cancers cutanés, muqueuses buccales ou génitales, cuir chevelu, cicatrisation), dermatoses fréquentes (acné, verrues...).

Le nombre de malades hospitalisés pris en charge dans les services HU de dermatologie français a été évalué à plus de 65.000 par an dans une étude menée en 2000 [1]. Parmi ces patients, 54% étaient pris en charge en hôpital de jour, 16% en hôpital de semaine et 30% en hospitalisation traditionnelle. Les principaux motifs d'hospitalisation recensés étaient : mélanome (14.284 par an), dermatoses étendues (7.664 par an), maladies de système (5.500 par an), et ulcères de jambe (5.500 par an). Les malades atteints de mélanome, de maladies de système ou de dermatoses bulleuses étaient pris en charge dans plus de 70% des cas en hôpital de jour ou de semaine. Les affections générant le plus grand nombre d'hospitalisations étaient les ulcères de jambe, les mélanomes et les érysipèles.

Ces données illustrent le fait que l'activité des services HU de dermatologie est clairement centrée sur des pathologies spécialisées (seules 3% des entrées relèvent de pathologies non dermatologiques). Le fort pourcentage de patients hospitalisés en hôpital de jour et de semaine témoigne de l'effort de restructuration déjà consenti par la spécialité en faveur d'une prise en charge ambulatoire. Cet effort s'est manifesté en particulier pour la prise en charge des plaies chroniques et des cancers cutanés. De même, les progrès thérapeutiques dans les dermatoses inflammatoires chroniques (eczémas, psoriasis) ont permis une forte diminution de la durée moyenne de séjour hospitalier. Plus de 80% des hospitalisations dans les services de dermatologie des CHU se font par entrée directe, ce qui démontre que les dermatologues hospitaliers ont su développer des filières de soins en collaboration avec les médecins libéraux, spécialistes et généralistes. Cette étude démontre aussi l'existence de différences qualitatives significatives, en terme de pathologies prises en charge, entre services de dermatologie de CHU et de centre hospitalier régional non universitaire (CHR) ou général (CHG).

L'activité de consultations des services HU de dermatologie est importante quantitativement et qualitativement. Une étude prospective récente menée en France dans les services de dermatologie de trois CHU de dimensions différentes mais appartenant à la même inter-région française, permet d'en tracer assez précisément les contours [2]. Sur une période de 2 mois, le nombre de consultations recensé était de 7.296, ce qui permet d'estimer à environ 15.000 par service et, par extrapolation, à près de 700.000 pour toute la France, le nombre moyen de consultations annuelles en service HU de dermatologie. Cette activité de consultation est l'une des plus importantes quantitativement parmi les services de médecine ou de chirurgie des CHU, mais elle est très mal valorisée par les instances hospitalières. Surtout, l'activité de consultation des services HU de dermatologie se caractérise par l'importance des pathologies prises en charge en terme de santé publique avec, par ordre de fréquence décroissante : l'allergologie (17% du total des consultations), la dermato-cancérologie (16%), l'angio-dermatologie (15%), les dermatoses infectieuses (12%), le psoriasis (8%), l'immuno-dermatologie et les maladies systémiques (6%) (Tableau I). Au sein de cette activité, les PU-PH ont une activité orientée vers l'immuno-dermatologie, les maladies de système et la dermato-cancérologie [2]. La proportion des consultants qui se voient proposer une hospitalisation est en moyenne de 5% (10% pour les patients vus par les PU-PH), en majorité dans le cadre de consultations thématiques. Ces chiffres illustrent le fait que la majeure partie de l'activité de consultation des services HU de dermatologie correspond à des soins secondaires, voire tertiaires, et qu'elle est complémentaire de celle des dermatologues libéraux. Mais les consultations hospitalières de dermatologie répondent aussi à une demande d'urgence sans rendez-vous comme cela a été bien montré également par deux études récentes [3,4]. Ces consultations d'urgence correspondent à des pathologies différentes de celles vues par les dermatologues libéraux : infections cutanées, eczémas aigus, exanthèmes cutanéomuqueux (Tableau II). Elles constituent ainsi des terrains de stage particulièrement formateurs pour les étudiants en DCEM et les internes en DES de dermatologie. Au total, les consultations des services HU de dermatologie répondent actuellement à une double demande de recours et d'hyperspécialisation d'une part, d'urgence d'autre part, en conformité avec les missions de santé publique des CHU.

PLACE DES DIFFERENTS ACTEURS MEDICAUX DANS L'EQUIPE DE SOINS

L'activité de soins dans les services HU de dermatologie est assurée, au plan médical, par des médecins seniors qui comprennent les PU-PH, les PH, les chefs de clinique-assistants (CCA),

et les médecins attachés, et par des médecins juniors en cours de formation (internes en DES de dermatologie, voire parfois d'autres disciplines). L'organisation des soins est faite sous la responsabilité du chef de service qui est toujours un PU-PH. Elle peut être assez différente d'un service à l'autre en fonction du nombre et du statut des différents médecins constituant l'équipe, de leur degré de superspécialisation et de leur expérience clinique, ainsi que des orientations cliniques développées en priorité dans chaque service.

A de rares exceptions près, tous les dermatologues exerçant en tant que statutaires dans les CHU (PU-PH, MCU-PH, PH) assurent plusieurs types d'activités cliniques :

- d'une part : une activité de dermatologie générale en consultation ou en hospitalisation,
- d'autre part : une ou plus rarement plusieurs activités hyper-spécialisées

Les activités hyperspécialisées peuvent être thématiques autour d'un groupe de maladies cutanées (exemple : dermatoses bulleuses auto-immunes), voire d'une seule maladie (exemple : neurofibromatose). Elles impliquent de plus en plus fréquemment l'organisation et l'animation de colloques hospitaliers thématiques se tenant à un rythme variable (souvent mensuel), et parfois de réseaux de soins et/ou de recherche clinique, régionaux ou nationaux. Compte-tenu du nombre actuel de PU-PH (en moyenne : 1,5 par service) et de PH (en moyenne : 1,6 par service) en dermatologie, il est impossible aux dermatologues seniors de se consacrer entièrement à une activité de soins hyper-spécialisée. Ceci est particulièrement vrai pour les PU-PH qui ont à faire face à de nombreuses autres missions (« expertise » diagnostique de senior, enseignement, recherche, voire activités d'intérêt général). Or, il serait hautement souhaitable que les PU-PH de dermatologie puissent exercer une activité clinique spécifique favorisant le développement de pôles d'excellence associant activité de soins, d'enseignement et de recherche. Le développement d'activités cliniques hyperspécialisées, indispensable dans les services de dermatologie des CHU, doit aussi reposer sur les PH. Mais ceux-ci sont encore en nombre insuffisant si l'on prend en compte le nombre et la diversité de ces activités en ce qui concerne la dermatologie (voir plus haut), ainsi que le temps nécessaire à acquérir une expertise dans un domaine spécifique, à l'exercer et à la structurer et à en assurer le développement investigatif. Néanmoins, malgré cette carence en terme d'effectifs, l'activité des PH en service de dermatologie de CHU est qualitativement très différente de celle de leurs collègues exerçant dans une structure hospitalière non universitaire [1], ce qui est bien le reflet de recrutements et d'objectifs de soins différents, mais aussi complémentaires en terme de santé publique. Cette spécificité des PH des services de

dermatologie de CHU doit être impérativement être renforcée dans les prochaines années, de même que leur participation aux travaux de recherche clinique.

Au contraire des PU-PH et des PH, les CCA n'assurent généralement qu'une activité clinique de dermatologie générale, en hospitalisation comme en ambulatoire, tout en développant souvent une formation complémentaire dans un domaine spécifique de la dermatologie. En général, cette super-spécialisation n'est achevée qu'après la fin de leur clinicat : elle s'exerce et se développe ensuite dans le cadre de vacations hospitalières, en tant que médecin attaché. Les médecins attachés jouent un rôle essentiel d'interface ville-hôpital. Ils peuvent développer dans les services HU de dermatologie des activités ambulatoires très spécialisées, au même titre que les PU-PH ou les PH (voir plus haut), en particulier dans le domaine de la dermatologie interventionnelle, de la dermato-allergologie ou de l'angio-dermatologie. Un nombre assez élevé de vacations hebdomadaires est cependant nécessaire pour développer au mieux ce type d'activités, ce qui tend à les apparenter à des PH à temps partiel. Mais la diminution attendue du nombre de dermatologues libéraux dans les prochaines années en France risque de rendre beaucoup plus difficile leur participation à l'activité des services HU de dermatologie.

Les internes en DES de dermatologie, dermatologues en formation, complètent l'équipe médicale. Au cours des dernières années, leur place a sensiblement diminué du fait de modifications apportées à leur statut, qui les assimile de plus en plus à des étudiants en stage plutôt qu'à des médecins hospitaliers à part entière comme auparavant. Les nombreuses sessions de formation théorique qui leur sont proposées régulièrement (voir chapitre enseignement) et les journées de récupération après les gardes ne peuvent plus faire d'eux aujourd'hui les pivots sur lesquels se fonde l'activité médicale hospitalière, notamment en hospitalisation où la continuité des soins est essentielle. De plus, leur implication dans les activités ambulatoires hyperspécialisées est évidemment limitée à ce stade de leur formation et dans un contexte général de seniorisation de l'hôpital. Néanmoins, les internes et les étudiants hospitaliers ont une influence directe sur le mode de fonctionnement des équipes médicales des services HU de dermatologie par les objectifs pédagogiques que leur présence impose.

Enfin, les équipes médicales des services HU de dermatologie ne travaillent pas de manière isolée. Au contraire, ces dernières années, elles ont cherché à développer deux types d'activités transversales :

- des réseaux multiprofessionnels et multidisciplinaires, développés le plus souvent à l'intérieur de l'institution hospitalière et impliquant d'autres professionnels de santé, notamment les personnels infirmiers ; c'est le cas par exemple pour des réseaux visant à améliorer la prévention et le traitement des plaies chroniques (ulcères de jambe, escarre, voire pied diabétique), des maladies allergiques cutanées (école de l'atopie) ou encore à dépister et prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST).
- Des réseaux ville-hôpital avec les médecins libéraux (dermatologues, généralistes,...), notamment dans le domaine de la dermato-cancérologie ou de la prise en charge des plaies chroniques.

OPPORTUNITES ET MENACES

La demande de soins en dermatologie va augmenter au cours des prochaines années en raison :

- du vieillissement de la population française (augmentation de fréquence des cancers cutanés, des maladies chroniques, des toxidermies,...)
- de l'importance de l'image de soi dans les sociétés occidentales et des comportements sociaux à risques (IST)

Cette augmentation de la demande de soins sera aggravée par l'évolution de la démographie médicale, caractérisée par une baisse brutale du nombre des médecins, notamment des dermatologues libéraux [5]. Cette évolution démographique est inéluctable au cours des 15 prochaines années et ses effets seront majorés par le changement de comportement perceptible des nouvelles générations de médecins, plus enclins à mieux contrôler et à limiter leur temps d'activité professionnelle. Dans ce contexte, les services HU de dermatologie risquent d'avoir à faire face à une demande accrue de médecine de proximité, tout en continuant à assurer la prise en charge des dermatoses urgentes et/ou graves.

Dans le système d'évaluation actuel des coûts de santé, la dermatologie HU est actuellement handicapée par deux éléments très péjoratifs sur un plan médico-économique. D'une part, l'activité de consultation des services HU de dermatologie n'est pas valorisée financièrement, en dépit d'un haut niveau d'expertise, ce qui pénalise le budget des hôpitaux. D'autre part, l'arrivée en dermatologie des biothérapies va être problématique en raison de leur coût très élevé. L'accessibilité à ces traitements, assez bonne pour les maladies malignes, est beaucoup plus difficile lorsqu'il s'agit de maladies inflammatoires chroniques (psoriasis) ou auto-

immunes (pemphigus). Or, ce sont les formes les plus graves et les plus résistantes de ces maladies qui nécessitent une hospitalisation dans les services HU de dermatologie et la cotation de ces actes rares est inadaptée. Aussi, il serait important que les dermatologues des CHU participent dans chaque région aux instances réunissant administration et spécialités médicales qui régissent l'utilisation de ces nouveaux outils thérapeutiques.

La mise en place des pôles d'activité dans le cadre du plan Hôpital 2007 constitue une difficulté supplémentaire et un véritable défi pour les services HU de dermatologie. Leur place dans ces pôles d'activités doit prendre en compte impérativement plusieurs facteurs :

- le champ d'action très large et multiple d'une spécialité qui doit se décliner en super-spécialités dans le cadre des CHU (voir ci-dessus) et qui nécessite une expérience clinique longue à acquérir,
- son fonctionnement médico-chirurgical avec une forte activité ambulatoire,
- une technicité spécifique, tant au plan médical que paramédical, dont dépend la qualité des soins des services HU de dermatologie ; il est en particulier notable que la qualité des soins cutanés dispensés par une équipe médico-infirmière spécialisée ne peut pas avoir d'équivalent dans une structure « banalisée » et justifie pleinement le maintien d'unités dermatologiques autonomes.

L'intégration des services de dermatologie dans un système de pôle au sein des CHU ne peut s'envisager qu'en conservant une parfaite lisibilité et spécificité de la discipline et en lui permettant d'exprimer son hyper-spécialisation qui fait la richesse du système de soins hospitalo-universitaire et justifie son existence.

Par leur appartenance même à cette structure de soins, les services de dermatologie des CHU doivent pouvoir assurer pleinement leurs obligations de super-spécialisation, afin de développer les indispensables pôles d'excellence de la discipline, références régionales, interrégionales, nationales ou internationales dans le paysage hospitalier français. Ceci nécessite la création de postes médicaux, en particulier de PH temps plein, mais aussi de PU-PH, qui devront développer les superspécialités cliniques, en consultation ou en hospitalisation, et organiser des réseaux de soins, en particulier de type ville-hôpital. Ceci est d'autant plus important que la place de l'interne va probablement continuer à décroître dans les équipes de soins des services HU de dermatologie. L'augmentation du nombre et l'hyperspécialisation des PH permettra également aux PU-PH d'assurer normalement leurs indispensables activités universitaires (enseignement, recherche) ou d'intérêt général, ce qui n'est pas suffisamment le cas actuellement. En matière d'enseignement, le doublement du

nombre d'étudiants en DCEM et l'augmentation souhaitable du nombre de DES dans les toutes prochaines années, rendront encore plus cruciale une disponibilité et une efficacité accrues des PU-PH de dermatologie. La création de pôles d'excellence de dermatologie (voir : chapitre recherche) de taille suffisamment importante par intégration de plusieurs PU-PH et MCU-PH, et de nombreux PH et CCA peut seule permettre, par une répartition simultanée ou séquentielle des charges de travail, de coordonner une offre de soins de haut niveau en dermatologie (soins tertiaires de niveau national), de dispenser l'enseignement spécialisé qui s'y rattache et d'animer les réseaux de recherche clinique et fondamentale, avec des objectifs planifiés (et évalués) par période de 4 ou 5 ans.

L'existence de maladies chroniques de prévalence élevée (en particulier : psoriasis et eczéma) représente une opportunité pour la dermatologie au travers du développement d'actions d'éducation thérapeutique et de prévention. Celles-ci trouvent parfaitement leur place dans les services HU de dermatologie, du fait des expertises acquises par les équipes de soins, tant au niveau médical que paramédical, mais aussi dans des actions « hors des murs » ciblées sur les populations à risque (exemple : IST). La valorisation économique de ces activités est un enjeu important pour les CHU auquel la dermatologie doit apporter sa contribution et son expérience.

Bibliographie :

- 1) Modeste AB et coll. Enquête sur l'activité des services de dermatologie hospitaliers français. Ann Dermatol Vénéréol 2002;129:1266-70.
- 2) Lambert A, Delaporte E, Lok C, Froment L, Bailly L, Denoeux JP, Piette F, Thomas P, Joly P. Activité de consultation de trois services hospitalo-universitaires de dermatologie. Ann Dermatol Vénéréol 2005 (sous presse).
- 3) Murr D et coll. Intérêt d'une consultation hospitalière d'urgences dermatologiques. Ann Dermatol Vénéréol 2003 ;130 :167-70.
- 4) Blaise S et coll. Consultations d'urgence en dermatologie au CHU de Limoges. Ann Dermatol Vénéréol 2004;131:1098-100.
- 5) Berland Y. Mission « Démographie des professions de santé » Novembre 2002, 113 pp. URL: http://www.sante.gouv.fr/html/actu/demo_prof_sante.pdf

Tableau I : Pathologies prises en charge au cours des consultations hospitalières de dermatologie (d'après Lambert A et coll., *Ann Dermatol Vénéréol* 2005 – sous presse)

Groupes de pathologies prises en charge	n	%
Onco-dermatologie	1196	16 %
Nævus	375	5 %
Tumeurs bénignes	189	2 %
Carcinomes basocellulaires	186	2 %
Carcinomes épidermoïdes	69	1 %
Lymphomes	96	1 %
Mélanomes	29	0,5 %
Autres tumeurs	252	4 %
Allergo-dermatologie	1236	17 %
Eczéma de contact, dermatite atopique	1035	14 %
Urticaires	148	2 %
Toxidermies	53	1 %
Autres	7	0,1 %
Angéo-dermatologie	1061	15 %
Infectiologie cutanée	875	12 %
Dermatoses virales	297	6 %
Dermatoses bactériennes	212	3 %
Mycoses	162	2 %
Parasitoses	73	1 %
Troubles de la différenciation épidermique	614	9 %
Psoriasis	549	8 %
Autres	65	1 %
Immunodermatologie et médecine interne	418	6 %
Pathologie des annexes	401	6 %
Gestes dermatologiques spécialisés	230	3 %
Prurit et prurigo	180	3 %
Dermatoses par agents physiques	113	2 %
Pathologies des muqueuses	95	1 %
Dermatologie topographique	90	1 %
Eruptions non spécifiques	89	1 %
Troubles de la pigmentation	68	1 %
Génodermatoses	52	1 %
Pathomimies	13	0,2%
Pathologies non définies	13	0,2 %

Tableau II : Motifs de consultation aux urgences dermatologiques du CHU de Créteil.
(adapté d'après Murr et coll. *Ann Dermatol Venereol.* 2003 ;130:167-70)

Diagnostic	% des consultations
Infections	29,0%
Eczémas	23,8%
Exanthèmes dont érythème polymorphe	15,0%
Urticaire	7,6%
Prurit	5,6%
Causes physiques	5,0%
Psoriasis	2,8%
Divers	11,2%

L'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATOLOGIE

Jusqu'à la fin des années 1980, l'enseignement de la dermatologie était généralement dispensé dans les facultés de médecine françaises sous forme de cours magistraux aux étudiants en deuxième cycle des études médicales (DCEM) ou en cours de certificat d'études spécialisées (CES) en dermatologie-vénérologie. Les documents pédagogiques utilisés par les étudiants étaient rédigés par les enseignants de dermatologie de chaque faculté, sans concertation à l'échelon national sur le contenu ou la forme de ces enseignements. A l'initiative du CEDEF, un cours de dermatologie destiné aux étudiants de DCEM a été rédigé par l'ensemble des enseignants de dermatologie et publié sous la forme d'un livre [1] et d'un numéro spécial des Annales de Dermatologie et de Vénérologie en 2000 [2]. A la suite de la réforme du DCEM de 2001 instituant la création de l'examen national classant, ce cours a été enrichi et réédité en 2002 [3], puis en 2003 [4,5]. L'élaboration de ce cours collégial a constitué un élément déterminant pour unifier et améliorer l'enseignement de la dermatologie dans les facultés de médecine en France. Un cours de sémiologie dermatologique comprenant également des chapitres d'histologie et de physiologie cutanée est en cours de rédaction finale sous la responsabilité du CEDEF. Il sera édité sous la forme d'un numéro spécial des Annales de Dermatologie et de Vénérologie courant 2005. Tous ces documents pédagogiques rédigés par le CEDEF seront également mis en ligne sur son propre site web (www.cedef.org).

Par ailleurs, la formation des internes en dermatologie des centres hospitaliers universitaires (CHU) était un enseignement de « compagnonnage » et de délégation de responsabilité et donnait lieu à une équivalence du CES de dermatologie-vénérologie en fin d'internat ou de clinicat. La disparition progressive des CES et la mise en place de l'internat qualifiant dans les années 1980 ont créé une situation nouvelle qui a été mise à profit pour homogénéiser la formation des internes en diplôme d'études spécialisées (DES) de dermatologie-vénérologie. A la suite de travaux menés en séminaire, le CEDEF a élaboré un livret et un guide de l'interne en dermatologie qui ont été édités en 1998 [6,7]. Ces documents avaient pour buts d'aider les internes en DES dans leur formation et d'homogénéiser celle-ci dans les différents services hospitalo-universitaires (HU) en France .

Une enquête par questionnaire a été réalisée au printemps 2003 auprès des praticiens hospitaliers-professeurs des universités (PU-PH) de dermatologie, regroupés au sein du CEDEF. Elle a été faite après la mise en place de la réforme de l'enseignement du DCEM (Bulletin Officiel du ministère de l'Education Nationale et du ministère de la Recherche du 30.08.2001) qui substituait à l'enseignement par disciplines calqué sur les spécialités médicales un enseignement organisé en modules transversaux et multidisciplinaires. Le questionnaire comprenait deux types de questions :

- des questions sur l'organisation de l'enseignement de la dermatologie au sein de chaque faculté (taux de réponse : 89%),
- des questions visant à évaluer l'implication personnelle de chaque PU-PH de dermatologie dans le domaine pédagogique (taux de réponse 69%).

Les résultats de cette enquête ont permis de réaliser une photographie instantanée de l'activité pédagogique des membres du CEDEF en 2003, qui est détaillée ci-dessous.

ENSEIGNEMENT EN DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES (DCEM)

L'enseignement de la dermatologie dans le cadre du DCEM est fait à la Faculté, mais également dans les services de dermatologie des CHU. On notera que près de la moitié (42%) des PU-PH de dermatologie, généralement les plus jeunes, ont reçu une formation pédagogique spécifique (séminaire, DU). Plus d'un tiers (38%) des PU-PH de dermatologie font partie du bureau pédagogique de leur faculté.

L'enseignement de la dermatologie en DCEM se fait dans le cadre des modules transdisciplinaires dans les deux tiers (65%) des facultés de médecine en France. Dans ce cas, 30% des PU-PH sont seuls responsables d'un module transversal, en général le module 8 intitulé « Réaction inflammatoire – maladies auto-immunes ». Dans les autres facultés (35%), l'enseignement de la dermatologie reste dispensé sous la forme d'un certificat de dermatologie individualisé. Fait remarquable, une très grande majorité des enseignants du CEDEF (79%) considère que l'enseignement sous la forme de modules transversaux constitue une régression pédagogique pour la formation en dermatologie des étudiants du DCEM. Que ce soit dans le cadre de modules transversaux ou non, l'enseignement de la dermatologie se fait sous la forme de cours magistraux (24%), d'enseignements dirigés (47%) ou d'un mélange des deux (29%). Il est obligatoire dans la moitié des cas (48%) et comprend un contrôle continu dans un quart des facultés. Il fait le plus souvent l'objet d'une évaluation

de fin d'année (61%). Le temps d'enseignement de la dermatologie assuré chaque année est en moyenne de 0,6 heures en physiologie (PCEM2), 7 heures en séméiologie (DCEM1) et 32 heures en pathologie (DCEM2, DCEM3 ou DCEM4). En dehors des PU-PH, les chefs de clinique, dans 64% des facultés, et les praticiens hospitaliers, dans 45% d'entre elles, participent à l'enseignement théorique de la dermatologie.

L'enseignement de la dermatologie se fait également à l'hôpital, dans le cadre des stages dans les services de dermatologie des CHU. Il est dispensé aux étudiants en DCEM sous différentes formes : staffs cliniques (75%), cours théoriques (52%), enseignements dirigés (13%) et, bien sûr, lors des visites en hospitalisation et des consultations. Les connaissances des étudiants en stage hospitalier sont évaluées de manières variées : épreuve de reconnaissance de diapositives (39%), présentation de dossiers en staff clinique ou à la visite, examen sur dossiers cliniques, etc. La majorité des PU-PH de dermatologie (85%) estime qu'une visite ou une consultation en présence d'étudiants prolonge sa durée d'au moins 20%. Au total, le temps pédagogique mensuel moyen consacré par les PU-PH de dermatologie à l'enseignement des étudiants en DCEM est :

- pour les staffs cliniques : 6,4 heures
- pour les cours et enseignements dirigés : 4,7 heures
- pour les visites ou les consultations en présence d'étudiants : 39 heures

En conclusion il apparaît que, comme pour toutes les grandes spécialités médicales pour lesquelles l'approche clinique demeure essentielle (neurologie, rhumatologie,...), l'enseignement de la dermatologie au cours des stages hospitaliers représente une activité pédagogique importante quantitativement, assez diversifiée et adaptée pour assurer une bonne formation initiale en dermatologie des étudiants en DCEM.

ENSEIGNEMENT EN TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES (DES)

La formation des internes (DES) de dermatologie-vénérologie est actuellement faite dans les services de dermatologie validants de chaque inter-région, en très grande majorité dans les CHU, sous la responsabilité de coordonnateurs locaux (un dans chaque service de dermatologie de CHU) et d'un coordonnateur inter-régional. La répartition quantitative des internes en DES de dermatologie formés dans les différentes inter-régions de France au cours des 3 années récentes (2001-2003) est donnée à titre indicatif dans le tableau I. On soulignera

que le nombre total de postes d'internes en DES de dermatologie est passé de 159 à 126 entre 1998 et 2003, ce qui représente une baisse de 20% au cours des 5 dernières années.

Le coordonnateur inter-régional et les coordonnateurs locaux (régionaux) sont toujours des PU-PH de dermatologie. Ils constituent les interlocuteurs privilégiés des internes en DES de dermatologie-vénérologie dans l'accomplissement de leur cursus. Les coordonnateurs locaux sont responsables de l'application pratique de la maquette de chaque interne, en accord avec les règles validées au plan national, qui comprennent notamment l'accomplissement d'au moins 4 semestres (et au maximum 5) dans des services agréés pour le DES de dermatologie-vénérologie, dont 3 au moins doivent être effectués en CHU [6]. Le nombre d'internes effectuant un semestre de stage de dermatologie dans le cadre des échanges inter-CHU demeure assez faible : en moyenne un tous les 3 ans par service HU de dermatologie.

Un enseignement théorique destiné spécifiquement aux internes (DES) de dermatologie-vénérologie est organisé dans la grande majorité (78%) des services HU de dermatologie et comprend des séances de bibliographie (64%), des cours (58%), des enseignements dirigés (29%). Il comprend également les séances de confrontations anatomo-cliniques du service. Un enseignement théorique est également organisé dans la plupart des inter-régions à l'occasion des séances semestrielles de validation du DES de dermatologie-vénérologie, ou lors de séminaires indépendants. De plus, certains cours spécialisés organisés à un rythme annuel et à l'échelle nationale, sont largement ouverts, souvent à des conditions d'inscription préférentielle, aux internes en DES de dermatologie-vénérologie : cours de photothérapie, cours d'angio-dermatologie, cours de dermatologie pédiatrique d'Arcachon, cours de chirurgie dermatologique de Nantes, etc. Enfin, pour la première fois, un cours européen de dermatologie destinée à des internes en formation a été organisé fin 2004 à l'initiative de l'EDF (European Dermatology Forum). Quinze internes français, sélectionnés par le CEDEF et la Société Française de Dermatologie, ont participé à ce cours qui se déroulait à Rome, avec l'aide d'une bourse allouée par cette dernière.

Un enseignement pratique destiné spécifiquement aux internes (DES) de dermatologie-vénérologie est organisé dans la moitié des services HU de dermatologie. Cet enseignement pratique est très variable d'un service à l'autre dans ses modalités, mais comprend fréquemment une formation de chirurgie dermatologique de base, non standardisée à l'échelon national.

La validation terminale se fait sur exposé de titres et travaux et présentation d'un mémoire. Le mémoire est généralement un article soumis pour publication dans une revue à comité de lecture. Dans tous les cas, la validation n'est acceptée que si l'interne a produit au moins un travail original écrit et signé en premier dans une revue à comité de lecture.

Parallèlement, le nombre d'internes étrangers formés dans les services HU de dermatologie français demeure faible. Par exemple, le nombre moyen d'internes en diplôme international de spécialité (DIS) de dermatologie ayant été formé au cours des 10 dernières années (soutenance de mémoire incluse) était de 2,4 par service hospitalo-universitaire. Le nombre moyen d'internes actuellement en cours de stage d'attestation de formation spécialisée (AFS) en dermatologie était en 2003 de 0,7 par service hospitalo-universitaire (un tous les trois ans par service en moyenne sur les 10 dernières années).

DIPLOMES D'ETUDES SPECIALISEES COMPLEMENTAIRES (DESC)

Les trois principaux DESC pouvant intéresser les internes en cours de DES de dermatologie sont le DESC d'allergologie et d'immunologie clinique, le DESC de dermatopathologie et le DESC de cancérologie. Environ un tiers (61%) des services hospitalo-universitaires de dermatologie est validant pour le DESC d'allergologie et d'immunologie clinique, alors que le nombre d'internes en DES de dermatologie-vénéréologie inscrits à ce DESC n'était en moyenne que de 0,4 par ville de CHU en 2003. Seul un quart (23%) des services hospitalo-universitaires de dermatologie est validant pour le DESC de cancérologie et le nombre d'internes en DES de dermatologie-vénéréologie inscrits à ce DESC n'était en moyenne que de 0,2 par ville de CHU en 2003. Tous les services hospitalo-universitaires de dermatologie sont validants pour le DESC de dermatopathologie créé à partir de l'année universitaire 2003-2004. De façon ponctuelle, certains services de dermatologie de CHU sont aussi validants pour d'autres DESC (médecine vasculaire, pharmacologie clinique, maladies infectieuses).

ENSEIGNEMENT DE LA DERMATOLOGIE AUX PARAMEDICAUX

L'enseignement de la dermatologie dans les différentes écoles de formation aux métiers paramédicaux (infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes,...) est défini pour l'essentiel par ces mêmes écoles, parfois à l'aide d'un programme national. Cet enseignement est assuré par une majorité des chefs de cliniques-assistants de hôpitaux (90%) ou des internes en DES de

dermatologie-vénérologie (50% d'entre eux), et par une proportion moindre des PU-PH (30%), des PH (30%) ou des attachés (20%) des services de dermatologie des CHU.

FORMATION MEDICALE CONTINUE

La mise en œuvre d'une formation médicale continue (FMC) efficace et enrichissante pour tous, quelque soit le mode d'exercice libéral ou hospitalier, constitue un objectif prioritaire du CEDEF. La FMC s'impose parce qu'en médecine le progrès est continu. Son objectif premier est le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. Cette formation est obligatoire pour tout médecin comme le stipule le décret N° 2003.1077 du 14 novembre 2003 concernant l'installation du comité de coordination et des trois conseils nationaux de FMC pour les médecins libéraux, hospitaliers et salariés non hospitaliers. La tâche de ces trois conseils est d'élaborer deux cahiers des charges : l'un destiné à agréer les organismes de formation sur la base du programme qu'il propose, l'autre ayant vocation à agréer des organismes d'évaluation des actions de FMC en collaboration avec l'ANAES et maintenant la haute autorité de santé. Ils devront également fixer les grandes orientations et les thèmes prioritaires de la FMC et faire une évaluation du dispositif mis en œuvre.

Les hospitalo-universitaires du CEDEF jouent déjà un rôle majeur dans cette FMC par les DU, DIU, sessions de formation,... D'autres actions peuvent être menées sous réserve d'être agréées en répondant à un cahier des charges comprenant des intérêts de qualité scientifique et pédagogique, la transparence des financements, un renoncement à toute promotion en faveur d'un produit de santé, le respect des orientations nationales définies par le Conseil National de FMC et l'acceptation d'une évaluation externe.

Les dermatologues français disposent aujourd'hui de nombreuses sessions de formation organisées lors des congrès nationaux ou internationaux, par les formations de FMC, par les associations régionales des dermatologues réunies au sein d'une Fédération, par les diplômes d'université (DU) ou des diplômes inter-universitaires (DIU).

Les enseignants du CEDEF coordonnent ou participent à de très nombreux DU ou DIU :

- DIU (diplôme inter-universitaire) de dermatologie chirurgicale
- DIU manifestations dermatologiques des maladies de système
- DIU de dermatologie psychosomatique

- DIU de pathologie de la muqueuse buccale
- DIU de photobiologie cutanée
- DIU de dermatologie esthétique - laser dermatologique – cosmétologique
- DIU des pratiques allergologiques
- DU (diplôme universitaire) de cancérologie cutanée
- DU médicaments et peau
- DU maladies sexuellement transmissibles
- DU de psycho-dermatologie
- DIU de dermatologie tropicale et infectieuse
- DU de psychologie et dermato-vénéréologie – pathologie des surfaces
- DU de formation des investigateurs en recherche clinique
- DU de dermato-vénéréologie de la muqueuse buccale
- DU plaies et cicatrisation
- DU de dermato-gériatrie

Ils organisent et participent également à des cours ou à des séminaires :

- Cours annuel de chirurgie dermatologique
- Cours annuel de dermatologie pédiatrique
- Cours de photothérapie (tous les deux ans)
- Cours annuel de dermato-allergologie
- Cours annuel d'angiodermatologie
- Cours annuel de Biologie de la Peau (COBIP)

Les enseignants du CEDEF sont partie prenante dans le conseil de FMC pour l'organisation des Journées Dermatologiques de Paris, ainsi que pour les Journées Nationales Provinciales de Dermatologie en partenariat avec les représentants de la Fédération Française de formation continue en dermatologie-vénéréologie, de la Société Française de Dermatologie et du Syndicat des Dermato-vénéréologues.

La communication des actions de FMC se fait principalement par la presse spécialisée (en particulier les Annales de Dermato-vénéréologie et les Nouvelles Dermatologiques), mais aussi les supports multimédia (CD rom, DVD, cassettes audio-dermato, ...). Le tout nouveau site web du CEDEF (www.cedef.org) pourra également servir de relais pour la diffusion de documents de FMC ainsi que celui de L'UMVF (Université Médicale Virtuelle Francophone ;

www.umvf.org) dans lequel le CEDEF est partie prenante sous forme d'un campus numérique.

Enfin, les membres du CEDEF sont partie prenante d'actions de très large diffusion telles que:

- les conférences de consensus ; au cours de la dernière décennie ont été réalisées des conférences de consensus sur les thèmes suivants : mélanome, érysipèle et fasciite nécrosante, herpès, urticaire, dermatite atopique.
- l'élaboration, avec les autres composantes de la dermatologie française, de guides de bonne pratique et des recommandations AFSSAPS (antibiothérapie locale en dermatologie 2004) ou ANAES (prise en charge des carcinomes basocellulaires 2004) ainsi que des notices d'information destinées aux patients.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Sous l'impulsion du CEDEF, l'enseignement de la dermatologie aux étudiants en DCEM ou en DES s'est structuré de manière notable, sinon remarquable, au cours des douze dernières années. Le progrès le plus visible est l'élaboration de documents pédagogiques collégiaux répondant le mieux possible aux besoins des étudiants de DCEM, actualisés régulièrement et désormais accessibles en ligne sur internet. Il faut malheureusement constater que l'effet de cette démarche, pourtant exemplaire, est contrariée par la mise en place de la réforme du deuxième cycle des études médicales. En effet, l'enseignement de la médecine en modules transdisciplinaires nuit considérablement à la lisibilité et à l'apprentissage de nombreuses disciplines médicales, dont la dermatologie. Aujourd'hui, le consensus est total au sein du CEDEF en faveur de l'enseignement disciplinaire de la dermatologie dans le cadre du DCEM, tous en respectant le contenu du programme de l'examen national classant et le caractère multidisciplinaire de certaines questions (lupus érythémateux, sarcoïdose,...). Les cours à l'usage des étudiants en DCEM produits par le CEDEF sont le reflet cette attitude alliant qualité et accessibilité des documents et respect strict du contenu du programme.

Bien qu'elle puisse être considérée comme de bonne qualité, la formation des internes en DES de dermatologie doit impérativement évoluer au cours des prochaines années. La dermatologie étant caractérisée par une clinique, riche et complexe, son apprentissage est long et difficile, ce qui particulièrement vrai pour les futurs spécialistes. De plus, le nombre de dermatologues, comme celui de tous les spécialistes, va décroître en France au cours des 20 prochaines années, ce qui rend obligatoire l'optimisation de leur formation de médecins spécialistes et de soins secondaires. La durée de la maquette actuelle est insuffisante pour

préparer correctement les futurs dermatologues à leurs missions d'experts de la peau, fait aggravé par les contraintes hospitalières récentes telles que le repos compensateur après garde qui supprime en pratique au moins 3 mois de journées de stage (donc de formation) sur la durée totale de l'internat. Une maquette de 5 ans pour les DES de dermatologie, dont 3 ans dans la spécialité, apparaît d'ores et déjà indispensable pour une formation de qualité. Elle est déjà en place dans plusieurs pays européens comme par exemple l'Allemagne. Un passage à 5 ans du DES de dermatologie a évidemment pour corollaire une augmentation substantielle du nombre de postes formateurs. On aboutirai sinon à une diminution drastique du nombre d'internes en formation alors que celui-ci est déjà largement insuffisant. En effet, actuellement, on forme au plus 45 nouveaux dermatologues par an. Ce chiffre conduirait mécaniquement en moins de 20 ans à un nombre de dermatologues en France compris entre 1.200 et 1.500, chiffre à comparer à celui des 3.400 dermatologues en activité actuellement. Le nombre de dermatologues nécessaire pour la prise en charge des malades relevant de leur compétence, dépend de la place qu'il tiendront dans le système de soins : compte-tenu du filtre institué par le « médecin référent », l'évolution prévisible de la demande situe le nombre nécessaire à 3.000 dermatologues [8]. Afin d'assurer ce nombre de dermatologues vers 2020, il faudrait vers 2010 former au moins 90 à 100 nouveaux dermatologues par an. Ceci revient à doubler le nombre de postes d'internes en DES de dermatologie au cours des toutes prochaines années.

Indépendamment de l'aspect quantitatif, la formation des internes en DES de dermatologie doit être améliorée en ce qui concerne la dermatologie interventionnelle (chirurgie dermatologique, lasers). Une standardisation de cette formation, tant sur le plan théorique que pratique, est indispensable pour préparer les futurs dermatologues à la prise en charge notamment des cancers cutanés (plus de 150.000 nouveaux cas par an en France) et des tumeurs cutanées bénignes. La mise en place d'un enseignement théorique et pratique adapté à leur future activité (libérale ou hospitalière) est un objectif essentiel, qui sera atteint avec la collaboration des dermatologues experts en ces domaines (le plus souvent des libéraux) au travers de partenariats avec la Fédération des Associations de Formation Continue en Dermatologie et/ou les groupes thématiques de la Société Française de Dermatologie.

Enfin, si les enseignants du CEDEF sont responsables de la formation initiale en dermatologie des étudiants, ils participent bien évidemment à la formation médicale continue de la spécialité. Ils souhaitent continuer cette mission avec leurs collaborateurs hospitaliers non universitaires (PH, attachés) et en partenariat avec la Fédération des Associations de Formation Continue en Dermatologie et la Société Française de Dermatologie. La création toute récente d'une Maison de la Dermatologie à l'initiative de la Société Française de

Dermatologie devrait favoriser ce partenariat pour une formation médicale continue adaptée et de qualité.

Bibliographie :

- 1) Collège de enseignants de dermato-vénérologie de France. Dermatologie. Editions Masson (collection connaissances et pratique) 2000, 295 pp.
- 2) Cours du Collège de Enseignants de Dermato-vénérologie de France. Ann Dermatol Vénérolog 2000 ;127, hors série n° I.
- 3) Collège de enseignants de dermato-vénérologie de France. Examen national classant. Ann Dermatol Vénérolog 2002 ;129, hors série suppl. au n° 10.
- 4) CEDEF. Dermatologie. Editions Masson (collection connaissances et pratique) 2003, 373 pp.
- 5) Collège de enseignants de dermato-vénérologie de France. Examen national classant. Ann Dermatol Vénérolog 2003 ;130, hors série suppl. au n° 10.
- 6) Lambert D, Crickx B. Guide de l'interne en dermatologie. Edité par les laboratoires Roche-Posay. 1998 102 pp.
- 7) Lambert D, Crickx B. Guide de l'interne en dermatologie. Edité par les laboratoires Roche-Posay 1998 32 pp.
- 8) Roujeau JC et coll. Combien de dermatologues faut-il en France ? Ann Dermatol Vénérolog 2005 (en cours de publication).

Inter-région	Coordonnateur	Nombre DES validés par an (moyenne de 2001 à 2004)
Ile-de-France	Pr M. Bagot	10
Nord-Est	Pr D. Lambert	5
Rhône-Alpes	Pr A. Claudy	5
Sud-Est	Pr J.-J. Bonerandi	8,3
Sud-Ouest	Pr A. Taieb	5
Bretagne-Centre	Pr J.-L. Verret	4,3
Nord-Ouest	Pr P. Thomas	5,7
Total		43,2

Tableau I : DES de dermatologie : aspects démographiques (2001-2004)

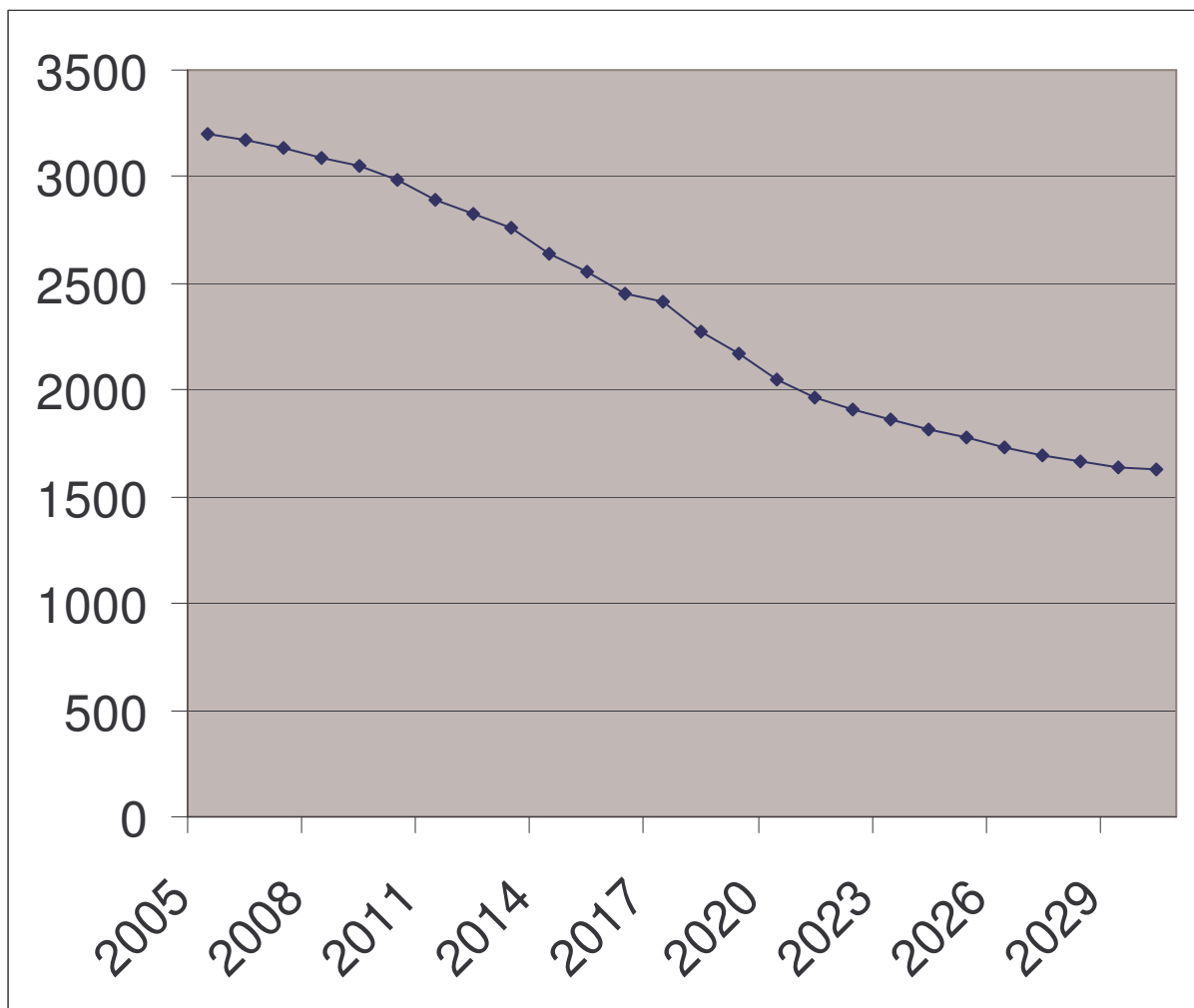


Tableau II : Courbe de l'évolution des dermatologues en France attendue en fonction du nombre d'internes en DES de dermatologie formés actuellement (45 par an) (d'après : Roujeau JC et Crickx B. *Ann Dermatol Vénéréol* 2005- sous presse)

LA RECHERCHE EN DERMATOLOGIE

ETAT DES LIEUX

Organisation de la recherche dermatologique française

La recherche dermatologique comporte à la fois une recherche fondamentale sur l'anatomie, la biologie et la physiologie cutanée, et une recherche finalisée vers les maladies cutanées à fort impact sur la santé de l'individu. Du fait du caractère transversal de la discipline, elle se développe souvent dans des structures de recherche interdisciplinaires. Grâce à son accessibilité, la peau représente un modèle d'étude largement utilisé permettant des avancées dans le domaine fondamental (exemples : le mélanome a été le premier modèle utilisé pour développer une vaccination anti-tumorale ; le kératinocyte est un modèle idéal pour la thérapie génique).

Plusieurs équipes INSERM ou CNRS développent une recherche centrée sur la peau en collaboration avec des dermatologues. Plusieurs d'entre elles se consacrent exclusivement à la recherche dermatologique et plus d'une dizaine développent en partie une thématique dermatologique sous la direction d'un dermatologue hospitalo-universitaire (HU). Mais les liens entre recherche clinique et fondamentale demeurent encore trop ténus. En effet, seulement 40% des services de dermatologie développent leur recherche clinique dans le cadre d'une équipe labellisée et en conformité avec la thématique du laboratoire. Une des explications est l'absence de reconnaissance par les évaluateurs des EPST de la plus-value de la recherche clinique, aggravé ici par le faible facteur d'impact des revues dermatologiques (autour de 2) ; d'où la difficulté des cliniciens à faire accepter une thématique de recherche bio-clinique sur des maladies cutanées dans le cadre d'équipes multidisciplinaires et/ou biologiques.

D'importants laboratoires de recherche et développement de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie cosmétique ont développé un partenariat avec la recherche dermatologique publique (INSERM, CNRS, UNIVERSITES, CEA). Ce partenariat permet la valorisation de la recherche publique et le transfert de technologies et de connaissances vers l'industrie dans un secteur où la France est leader mondial. Ces coopérations se sont concrétisées par la création de centres d'évaluation de produits cosmétiques au sein de CHU (Toulouse,

Besançon), par l'ouverture d'un centre européen de recherche sur la peau et les épithéliums de revêtement (Toulouse) et par la création d'un Institut de la Peau (Paris St-Louis). Ces centres relèvent de conventions spécifiques établies entre les CHU, les équipes de recherche et les industriels. Ainsi la recherche dermatologique s'effectue dans une grande diversité de lieux, de financements et d'organisation. Les sociétés savantes, principalement la Société de Recherche Dermatologique (SRD) et la Société Française de Dermatologie (SFD), sont les relais de cette recherche et participent à un comité d'interface sous l'égide de l'INSERM.

La recherche dermatologique française s'inscrit dans le contexte international, en particulier en Europe. Des coopérations avec les laboratoires européens et internationaux existent et plusieurs directeurs d'équipes françaises ont participé à la fondation des structures européennes comme l'ESDR (European Society for Dermatological Research). L'ESDR regroupe l'ensemble des chercheurs et des universitaires européens en dermatologie ; les chercheurs français y sont représentés au bureau par 2 membres (un chercheur d'une équipe EPST et un clinicien HU). En recherche clinique, de nombreux essais thérapeutiques multicentriques sont de taille européenne. Les équipes françaises sont un des leaders européens dans la réalisation d'études épidémiologiques multicentriques en réseau (exemples : le groupe EUROSCAR sur les toxidermies, Task force dans la dermatite atopique,...).

Spécificités de la recherche dermatologique française

La recherche clinique française en dermatologie est considérée comme une des meilleures au niveau international. Ceci est dû à la qualité des équipes bénéficiant de services de soins spécifiquement dermatologiques dans les CHU Français. Un bilan des publications des dermatologues français a été publié récemment [1]. Le nombre de publications est élevé (452 articles en 1998), pour l'essentiel en recherche clinique et en majorité dans des revues de langue anglaise. Il est supérieur à celui des rhumatologues (sur 8 couples de services de CHU tirés au sort), mais le facteur d'impact est plus élevé dans les revues rhumatologiques.

La dermatologie a de nombreuses maladies ou médicaments « orphelins ». Cette spécificité est encore insuffisamment prise en compte par les dermatologues eux-mêmes, les organismes de santé et les financeurs. Enfin, les dermatologues HU ont su inciter l'engagement des internes de médecine dans la recherche grâce à « l'année recherche » de l'internat.

Axes de développement en France

Biologie cellulaire cutanée

Des laboratoires se sont distingués dans le développement de modèles de culture cellulaire et de peau reconstruite, outils de recherche fondamentale mais aussi modèles pour la connaissance de la cicatrisation, de la cancérogenèse et les applications thérapeutiques.

Génétique

Des équipes françaises sont impliquées directement ou en collaboration avec des partenaires européens dans l'identification de gènes impliqués dans diverses génodermatoses, (épidermolyses bulleuses héréditaires notamment), contribuant à la mise en place d'un diagnostic moléculaire et à la compréhension des mécanismes physiopathologiques.

Cancers cutanés

Pour les carcinomes, le développement d'outils de biologie moléculaire et de modèles de peau reconstruite a permis des avancées dans la connaissance des facteurs de régulation de la différenciation épidermique, de gènes du développement. L'implication de gènes codant des protéines contrôlant le cycle cellulaire a été démontrée dans la pathogénie des carcinomes cutanés et leurs voies de signalisation sont en cours d'analyse.

Pour le mélanome, à côté d'une approche génétique dans le mélanome familial et sporadique, plusieurs équipes ont joué un rôle prédominant dans le domaine de l'immunothérapie – Interféron, vaccinothérapie et cellules dendritiques. Des réseaux multicentriques ayant entre autres une approche épidémiologique se sont également développés.

Dans les lymphomes cutanés, l'obtention de lignées cellulaires, la mise en évidence de marqueurs de surface lymphocytaires particuliers ont permis des avancées dans la compréhension de la genèse des lymphomes et dans l'interaction entre cellules tumorales et cellules réactionnelles.

Recherche clinique

Des équipes françaises, souvent associées dans des groupes thématiques de la SFD sont reconnues comme des leaders internationaux dans le domaine des toxidermies ou des maladies bulleuses auto-immunes. Dans une enquête faite en 2003 à laquelle 25 services HU

de dermatologie ont participé, tous déclarent participer à au moins un réseau de recherche clinique. Deux réseaux pilotés par des équipes dermatologiques ont eu une reconnaissance nationale dans le cadre de l'appel d'offres 2004 « Maladies rares » (maladies bulleuses de l'AP-HP, réseau français NF1 coordonné par Créteil).

En thérapeutique, des équipes françaises sont impliquées dans des approches novatrices telles que l'immunothérapie dans le mélanome, les traitements locaux dans la pemphigoïde, les essais cliniques internationaux d'immunothérapie et/ou immunomodulation dans le psoriasis et la dermatite atopique, les nouvelles approches thérapeutiques dans les lymphomes ou encore l'utilisation des techniques de cultures de kératinocytes et peau équivalentes pour le traitements des plaies par thérapie cellulaire et tissulaire, biopolymères... Enfin, on peut souligner le rôle d'équipes françaises dans l'évaluation de la qualité de vie dans plusieurs types de maladies cutanées chroniques (neurofibromatose, acné, dermatite atopique...).

LES GRAND ENJEUX DE LA RECHERCHE DERMATOLOGIQUE

La recherche fondamentale

Une spécialité n'existe que par ce qui fait sa spécificité. Aujourd'hui, le dermatologue est pour le grand public comme pour les industriels « l'expert de la peau ». Il se doit d'avoir les moyens de pouvoir répondre aux exigences de ce statut.

Il est donc essentiel de privilégier la biologie cellulaire cutanée qui est actuellement trop peu étudiée : cellules souches, études des différents composants cellulaires du tissu cutané (kératinocyte, mélanocyte, mastocyte...), annexes épidermiques, physiologie cutanée. Cette biologie cutanée fondamentale est indispensable pour l'étude de nombreux domaines de la pathologie, par exemple de la cicatrisation ou du vieillissement cutané. Du fait du leadership mondial de l'industrie cosmétique française, la recherche dermatologique contribue à une meilleure connaissance de la physiologie cutanée.

Cette recherche dermatologique fondamentale est transversale et le plus souvent développée dans des groupes localisés au sein de grandes équipes de recherche (immunologie, virologie, génétique, sciences pour l'ingénieur). La difficulté est alors de pouvoir s'exprimer et garder son identité au sein de ces grandes structures. Il conviendrait donc que certains moyens existants déjà pour dynamiser la recherche puissent être plus accessibles à ces groupes, tels que les appels Avenir Inserm, les passerelles de recherche clinique. Cela pourrait se faire

sous la forme d'un « quota ». La lisibilité et la force de la recherche biologique cutanée française se trouveraient ainsi nettement améliorées.

Enfin, la compétitivité dans le monde scientifique actuel impose, pour attirer des scientifiques, de leur offrir des espaces de travail et des moyens qui ne les défavorisent pas au plan international et leur permettent d'envisager le développement de projets scientifiques de grande envergure.

La recherche clinique

La recherche clinique dermatologique, bien intégrée dans des équipes de recherche multidisciplinaires, s'appuie sur des centres de soins de référence (notamment les services de dermatologie des CHU qui n'ont pas d'équivalent dans les pays anglo-saxons) et s'est déjà structurée en réseau de cliniciens avec un maillage à l'échelon national. Pour progresser encore dans un contexte de compétition internationale, il faut permettre à la recherche clinique dermatologique française de mieux s'intégrer aux plates-formes techniques nationales (canceropoles, centres d'investigation cliniques, instituts fédératifs de recherche).

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La recherche dermatologique française a montré ces dernières années qu'elle possédait une recherche clinique de niveau international et qu'elle pouvait s'appuyer sur une recherche fondamentale bien intégrée à la recherche biologique et biomédicale. Elle a bénéficié de la dimension transversale de la discipline, qui lui a permis de s'intégrer dans de grandes unités plurithématiques. Cette politique, soutenue par le CEDEF, la SFD et la SRD, a été profitable à la recherche fondamentale et clinique, mais aussi à la recherche biologique appliquée car la dermatologie a développé des modèles expérimentaux transposables à d'autres domaines de recherche. La conséquence de cette intégration réussie a été une perte de lisibilité du caractère dermatologique de certains travaux.

Un des atouts de la recherche dermatologique est son attractivité pour les jeunes chercheurs et les internes (DES) de dermatologie. Ainsi, en moyenne 6 à 7 internes (DES) en dermatologie par an (soit 15%) sont inscrits au DEA (devenu aujourd'hui Master) National de Biologie et de Pharmacologie Cutanées (Université de Paris VII). La SFD, la SRD et les industriels de la pharmacie et de la cosmétique ont un effet moteur par leurs subventions,

leurs prix et leur partenariat de recherche. Pourtant, la recherche dermatologique souffre des handicaps communs à beaucoup de secteurs de la recherche médicale française : manque de moyens matériels et de chercheurs à temps plein, manque d'articulation entre la recherche clinique et la recherche fondamentale.

Des propositions pour améliorer et renforcer la recherche dermatologique peuvent être faites, afin de favoriser des pôles d'excellence intégrés à des réseaux européens, en développant les caractéristiques de la recherche dermatologique française qui sont :

- une recherche clinique structurée et de bon niveau
- une recherche transversale intégrée à la recherche biomédicale dans des pôles d'excellence de site
- un partenariat de recherche de site avec les industriels, les CHU et l'Université.

Certaines propositions ne sont pas entièrement spécifiques de la dermatologie HU:

- Meilleure reconnaissance de la valence universitaire des dermatologues HU, permettant de libérer du temps pour une recherche clinique et fondamentale. L'organisation de cette recherche doit pouvoir se gérer au sein d'une équipe (certains se consacrant plus aux soins, d'autres à la recherche) et de façon diachronique (en début de carrière les plus jeunes consacrant un temps plus important à la recherche et en fin de carrière à l'enseignement et à l'administration).
- Incitation, promotion et facilitation de la mobilité des dermatologues HU et futurs HU de façon à assurer un « brassage » des compétences et un enrichissement des équipes et des individus. Dans ce esprit, la pratique des stages inter-CHU pour les internes doit être favorisée et renforcée.
- Augmentation du nombre de MCU-PH en dermatologie, dont la vocation serait plus spécifiquement de permettre une meilleure articulation entre recherche clinique et recherche fondamentale (dont ils sont encore très proches s'ils préparent leur Habilitation à Diriger des Recherches).
- Maintien de l'année recherche pour les DES de dermatologie, qui doit permettre la formation à et par la recherche et entretenir un vivier de candidats MCU-PH.

D'autres propositions sont spécifiques de la dermatologie HU française :

- Création de pôles d'excellence de dermatologie, intégrant, comme par exemple en Allemagne et dans l'esprit de la création initiale des CHU, des équipes élargies composées de plusieurs PU-PH et MCU-PH, et de nombreux PH et CCA permettant

une répartition des charges de travail au profit de la recherche clinique et fondamentale, avec des objectifs planifiés (et évalués) par période de 4 ou 5 ans. En effet, les dermatologues HU sont encore en nombre insuffisant et surtout écrasés par leurs multiples charges de soins, d'administration et d'enseignement et les équipes HU actuelles sont de petite taille, insuffisante généralement pour développer à temps plein les expertises indispensables en super-spécialités cliniques et la recherche clinique ou appliquée qui s'y rattachent. Le pôle devrait être fortement thématiqué et intégrer une équipe de recherche labellisée. Ces pôles auraient aussi la responsabilité de coordonner une offre de soins de haut niveau en dermatologie (soins tertiaires de niveau national), de dispenser l'enseignement spécialisé qui s'y rattache et d'animer les réseaux de recherche clinique sur leur thématique (en général de niveau national ou au moins interrégional).

- Reconnaissance par le ministère et/ou l'INSERM de l'activité de recherche clinique des réseaux, soit dans le cadre de structures spécifiques en cours de création telles les canceropôles ou les réseaux « Maladies rares », soit par une reconnaissance spécifique et contractualisée à mettre en place avec les instituts de recherche, en premier lieu l'INSERM,
- Mise en place d'un partenariat entre les équipes de recherche en dermatologie, l'INSERM et l'industrie pour des thématiques biologiques ciblées : cette démarche est d'ores et déjà engagée et la présentation des thématiques biologiques en émergence sera faite et discutée en Juin 2005 au ministère de la Recherche.
- Politique volontariste d'intégration européenne par la réalisation de recherches en commun avec des équipes européennes et par l'investissement dans les organismes européens – particulièrement l'ESDR – en incitant fortement les jeunes (internes, CCA, MCU) à y participer par leurs travaux.

Bibliographie :

1) Longvert C et coll. Rayonnement de la dermatologie Française : analyse à travers ses publications. Ann Dermatol Vénéréol 2002 ;129 :1257-60.

Tableau I : Thématiques et équipes de recherche en dermatologie en France

THEMATIQUES	EQUIPES
Biologie Cellulaire : - Kératinocyte - Fibroblaste - Mélanocyte	Ballotti R, Ortonne JP (INSERM U385, Nice) Bernard BA (L'Oréal, Clichy) Bernard P (UMR 6198 CNRS, Reims) Descamps V (INSERM U478, Bichat , Paris) Dhouailly D (UMR CNRS 5538, Grenoble) Hafttek M (INSERM U 346/CNRS, Lyon) Mauviel A, Coulomb B, Dubertret L (INSERM U532 St Louis, Paris) Polakowska R (INSERM U459, Lille) Serre G (CNRS UMR 5165, Toulouse) Taieb A (INSERM EMI-U 02-17, Bordeaux) Verrando P, Grob JJ (LIMP, Marseille) Laboratoires PIERRE FABRE (Toulouse) Laboratoires GALDERMA (Paris)
Génétique	Bodemer C (CHU Necker, Paris) Bressac de Paillerets B (IGR, Villejuif) Hovnanian A (INSERM Toulouse) Meneguzzi G (INSERM U385, Nice) Soufir N (CHU Bichat, Paris) Wolkenstein P (CHU Henri Mondor, Créteil)
Cancérologie : - Mélanome - Carcinomes - Lymphomes	Aubin F (IETG-EA 3181, Besancon) Bachelez H, Basset-Seguin N (INSERM U532 St Louis, Paris) Bagot M (INSERM U659, Créteil) Bernard P (UMR 6198 CNRS, Reims) Beylot-Barry M (EA 2406 Bordeaux) D'Incan M (UMR 484 INSERM, Clermont-Ferrand) Dreno B (INSERM U463, Nantes) Grob JJ (EA Marseille) Musette P, Joly P (INSERM U519 Rouen)
Immunologie	Aractingi S (SRHI,CEA,DSV-DRM) Bachelez H (INSERM U532 St Louis, Paris) Bagot M (INSERM U659, Créteil) Bourgault-Villada I (INSERM U445, Cochin, Paris) Dereure O, Guilhou JJ (Montpellier) Dreno N (INSERM U463, Nantes) Musette P, Joly P (INSERM U519 Rouen) Nicolas JF (INSERM U 503, Lyon) Schmitt D (EA 37-32, Lyon)
Infectiologie	Bourgault-Villada I (INSERM U445, Cochin, Paris) Dupin N (CNRS EP57, Pitié, Paris) Dereure O, Guilhou JJ (Montpellier) Favre M (Institut Pasteur, Paris) Lebbe C (INSERM EPI 9932 St Louis, Paris) Leccia MT (Grenoble)
Neurodermatologie	Meunier JR (L'Oreal, Clichy) Misery L (CHU Brest)
Photobiologie	Asselineau D, Meunier JR (L'Oréal, Clichy) Beani JC, Leccia MT (ORSOX UMR UJF/CEA - LCR CEA 8M) Favier B (LEDAC, CNRS 5538, Grenoble) Morliere P, Santus S (Paris)
Explorations cutanées	Humbert P (EA 3183 Besançon) Vaillant L (FRE CNRS 2448 Tours)

Tableau II : Principaux groupes et réseaux de recherche clinique en dermatologie

Nom du Groupe	Thématique	Principaux centres Coordonnateurs
GAD*	Angiodermatologie	Amiens, Grenoble , (...)
GCC*	Dermato-cancérologie	Boulogne, Clermont-Ferrand, (...)
GFELC	lymphomes cutanés	Créteil, Rouen, Tours, (...)
GRCDP*	dermatologie pédiatrique	Paris-Necker, Bordeaux
Groupe Bulle*	dermatoses bulleuses auto-immunes	Rouen, Créteil, Reims Paris St Louis, Limoges, (...)
Qualité de Vie*	Qualité de vie et dermatologie	Créteil, Marseille, Paris, (...)
Peau et Greffes*	dermatoses et greffes d'organes	Lyon, Paris-Pitié, (...)
RED	épidémiologie en dermatologie	Créteil, Colmar, Marseille , (...)
SFPD	Photobiologie cutanée	Grenoble, Lille, Besançon, (...)
Toxidermie*	toxidermies	Nancy, Rouen, Créteil, (...)

Les groupes suivis d'un * sont des groupes thématiques de la Société Française de Dermatologie

GAD : groupe d'angiodermatologie

GFELC : Groupe français d'études des lymphomes cutanés

GCC : groupe de cancérologie cutanée

GRCDP : Groupe de recherche clinique en dermatologie pédiatrique

RED : réseau épidémiologie-dermatologie

SFPD : société française de photodermatologie

PROPOSITIONS POUR L'AVENIR DE LA DERMATOLOGIE

La dermatologie est une spécialité dont l'individualité est incontestable. Cette individualité tient à son territoire : « l'organe peau » qui conditionne une activité de soins (qui n'est que très partiellement transférable à des non-spécialistes), d'enseignement et de recherche très spécifiques. La prise en charge de la pathologie de « l'organe peau » implique cependant une démarche transversale par les multiples contacts avec d'autres spécialités d'organes ainsi qu'avec les spécialités de type transversal (immunologie etc...). C'est également une spécialité extrêmement variée : cancérologie, infectiologie, maladies sexuellement transmissibles, immunologie clinique, allergologie, toxidermies, maladies inflammatoires chroniques spécifiques de la peau comme le psoriasis ou la dermatite atopique, angéiologie, angiomes, cicatrisation, chirurgie dermatologique, photobiologie, pathologie des muqueuses externes, génétique, dermatologie pédiatrique définissent des champs d'exercice, parfois individualisés, mais tous intégrés dans la spécialité. C'est une spécialité d'exercice hospitalier et libéral prenant en charge une très importante proportion de maladies graves (cancers, dermatoses bulleuses, toxidermies,...), répondant à un **besoin important et spécifique de santé publique.**

La tâche des dermatologues hospitalo-universitaires dans leurs trois missions de soins, d'enseignement et de recherche, doit tenir compte des caractéristiques de la spécialité, ainsi que de l'évolution de la demande de soins en dermatologie et de celle de la démographie des dermatologues :

- La demande de soins en dermatologie va augmenter du fait du vieillissement de la population (cancers, dermatoses bulleuses, toxidermies) et de l'importance de l'image de soi dans les sociétés occidentales.
- Sur le plan démographique, on forme actuellement 45 nouveaux dermatologues par an, ce qui conduirait, si ce chiffre était maintenu, à un nombre de dermatologues de 1.200 à 1.500 en 2020, chiffres à comparer à celui de 3.400 dermatologues en activité actuellement. Le nombre de dermatologues nécessaire pour la prise en charge des malades relevant de leur compétence dépend de la place qu'il tiendront dans le système de soins : compte-tenu du filtre institué par le médecin traitant, **l'évolution prévisible de la demande situe le nombre nécessaire à 3.000 dermatologues.**

LES SOINS

L'évolution conjointe de la demande de soins et de la démographie va confronter les dermatologues hospitalo-universitaires à une sollicitation accrue en médecine de proximité alors qu'ils devront continuer à assurer la prise en charge des dermatoses urgentes et/ou graves.

L'activité de consultation des services de dermatologie n'est pas valorisée financièrement en dépit d'un haut niveau d'expertise ce qui pénalise le budget des hôpitaux et de ses services. Elle doit impérativement être revalorisée.

L'arrivée de thérapeutiques innovantes et coûteuses, notamment pour des dermatoses inflammatoires chroniques invalidantes, souligne l'importance de leur évaluation par les dermatologues hospitalo-universitaires.

L'avenir de l'organisation des soins pour la dermatologie hospitalo-universitaire doit prendre en compte :

- Le maintien de l'autonomie de structures de soins dermatologiques rendue nécessaire par leur spécificité tout en permettant leur fonctionnement dans le cadre d'ensembles plus vastes.
- La prise en compte de l'importante activité chirurgicale et ambulatoire.
- La réalisation et le développement des activités dites de super-spécialisation, indispensables à la création de pôles d'excellence et de réseaux de soins dédiés à une maladie ou un ensemble de maladies, à l'échelon régional, national ou international.
- Un renforcement des équipes hospitalo-universitaires par la création de postes de praticiens hospitaliers en CHU et de postes de MCU-PH (voir volet recherche), indispensable à court terme dans la mesure où les responsabilités de l'interne continuent à décroître régulièrement.
- La création de pôles d'excellence de dermatologie (voir volet recherche), de taille suffisante, comportant plusieurs PU-PH, MCU-PH, PH et CCA, peut seule permettre une répartition des charges de travail (simultanée ou séquentielle), de coordonner une offre de soins de haut niveau en dermatologie (en particulier soins tertiaires sur-spécialisés au niveau national), de dispenser l'enseignement spécialisé qui s'y rattache et d'animer les réseaux de recherche clinique et fondamentale. Le recrutement d'un nombre suffisant de PH est nécessaire pour permettre aux hospitalo-universitaires de faire face à leurs missions d'enseignement et de recherche. La création de tels pôles d'excellence suppose d'optimiser le maillage national des services hospitalo-

universitaires de dermatologie et d'encourager, sur la base du volontariat et en fonction des réalités géographiques, la création d'équipes de taille suffisante pour répondre aux objectifs sus-cités et assurer un haut niveau de soins, d'enseignement et de recherche.

L'ENSEIGNEMENT

L'évolution de la demande et de la démographie conduit à situer le nombre nécessaire de dermatologues à 3.000, ce qui conduit mécaniquement à la **nécessité de former au moins 90 à 100 nouveaux dermatologues par an**, donc à doubler le nombre de postes d'internes en DES de dermatologie au cours des toutes prochaines années.

La formation des internes doit tenir compte de la spécificité de la dermatologie caractérisée par une clinique riche et complexe, un apprentissage long et difficile. Une maquette de 5 ans pour le DES de dermatologie, dont 3 ans dans la spécialité, apparaît d'ores et déjà indispensable pour une formation de qualité. Elle est déjà en place dans plusieurs pays européens. Un passage à 5 ans implique une augmentation substantielle du nombre d'internes en dermatologie alors que celui-ci est déjà largement insuffisant (voir ci-dessus).

La formation des internes en DES de dermatologie doit prendre en compte l'aspect médico-chirurgical de la spécialité et améliorer la formation en dermatologie interventionnelle. Ceci est particulièrement important pour la prise en charge des cancers cutanés (plus de 150.000 nouveaux cas par an en France). La mise en place d'un enseignement théorique et pratique adapté à cette activité médico-chirurgicale est un objectif essentiel qui sera atteint par la collaboration des enseignants hospitalo-universitaires statutaires avec des dermatologues experts en ce domaine (d'exercice libéral ou hospitalier) et par des partenariats avec la Fédération des Associations de Formation Continue en Dermatologie ou les groupes thématiques de la Société Française de Dermatologie.

La formation des DCEM a bénéficié ces dernières années de l'élaboration de documents pédagogiques collégiaux, rédigés par les membres du CEDEF, actualisés régulièrement et désormais accessibles en lignes sur Internet. L'expérience de l'enseignement de la médecine en module transdisciplinaire montre que celui-ci nuit considérablement à la lisibilité et à la qualité de l'enseignement de nombreuses disciplines médicales dont la dermatologie.

Aujourd'hui, le consensus est total au sein du CEDEF pour un **enseignement disciplinaire de la dermatologie dans le cadre du DCEM** tout en respectant le contenu du programme de l'examen national classant et le caractère multidisciplinaire de certaines questions. Le cours rédigé par le CEDEF à l'usage des étudiants en DCEM est le reflet de cette attitude.

La formation médicale continue est un point fondamental dans un monde où 10% du savoir devient obsolète chaque année. Les membres du CEDEF participent déjà largement à cette activité en partenariat avec la Fédération des Associations de Formation Continue en Dermatologie et la Société Française de Dermatologie.

LA RECHERCHE

Les caractéristiques de la recherche dermatologique française sont :

- une recherche clinique structurée de niveau international,
- une recherche biomédicale encore insuffisamment intégrée dans des pôles d'excellence de site.
- un partenariat de recherche avec les industriels, les CHU et l'Université à développer.

Les propositions suivantes sont nécessaires au développement de cette activité de recherche :

- une meilleure reconnaissance de la **valence universitaire des dermatologues hospitalo-universitaires**. Il est nécessaire que la recherche clinique, la recherche appliquée, la recherche au sein des groupes de recherche universitaire ou des EPST soient valorisées. Ceci passe par la reconnaissance par le ministère et l'INSERM de l'activité de recherche clinique des réseaux, soit dans le cadre de structures spécifiques (canceropôles, réseaux maladies rares, ...) soit dans le cadre de partenariats contractualisés. Cette recherche doit pouvoir s'organiser au sein d'équipes dans lesquelles la responsabilité des soins, de l'enseignement et de la recherche est répartie entre plusieurs dermatologues hospitalo-universitaires.
- Une telle répartition des tâches trouve sa meilleure expression dans la création **de pôles d'excellence de dermatologie** intégrant, comme en Allemagne, dans l'esprit de la création initiale des CHU, des équipes élargies (voir ci-dessus). La taille insuffisante de nombreuses équipes ne permet pas de développer les expertises cliniques spécifiques et la recherche biomédicale qui s'y rattache. De tels pôles devraient être fortement thématiques et intégrer des équipes de recherche labellisées.

- L'incitation à la mobilité des dermatologues hospitalo-universitaires (actuels et futurs), assortie des moyens nécessaires, est indispensable pour assurer un brassage des compétences et un enrichissement des équipes et des individus. Dans cet esprit, la pratique des stages inter-CHU pour les internes doit être favorisée et renforcée. Il est nécessaire que l'accès à l'année-recherche soit facilité pour les DES de dermatologie, afin de permettre la formation à la recherche et susciter l'émergence de candidats MCU-PH et PU-PH.
- L'augmentation du nombre de MCU-PH en dermatologie doit permettre une meilleure articulation entre recherche clinique et recherche fondamentale.
- Une politique volontariste d'intégration européenne est indispensable au développement de l'activité de recherche dermatologique française. La collaboration avec des équipes européennes doit être amplifiée, ce qui est une justification supplémentaire à l'accroissement de la taille des équipes. L'investissement dans les organismes européens de recherche, particulièrement l'ESDR, est indispensable. Il faut y inciter fortement les jeunes dermatologues (internes, chefs de clinique, MCU-PH) à y participer par leurs travaux.

POUR CONCLURE...

La dermatologie hospitalo-universitaire assure aujourd'hui des missions de santé publique très spécifiques. La mutation de la spécialité, l'évolution préoccupante de la démographie des dermatologues et l'augmentation de la demande de soins sont à l'origine des propositions exprimées dans ce livre blanc. Les évolutions indispensables ne pourront se faire qu'avec le soutien des autorités sanitaires, universitaires et de recherche.