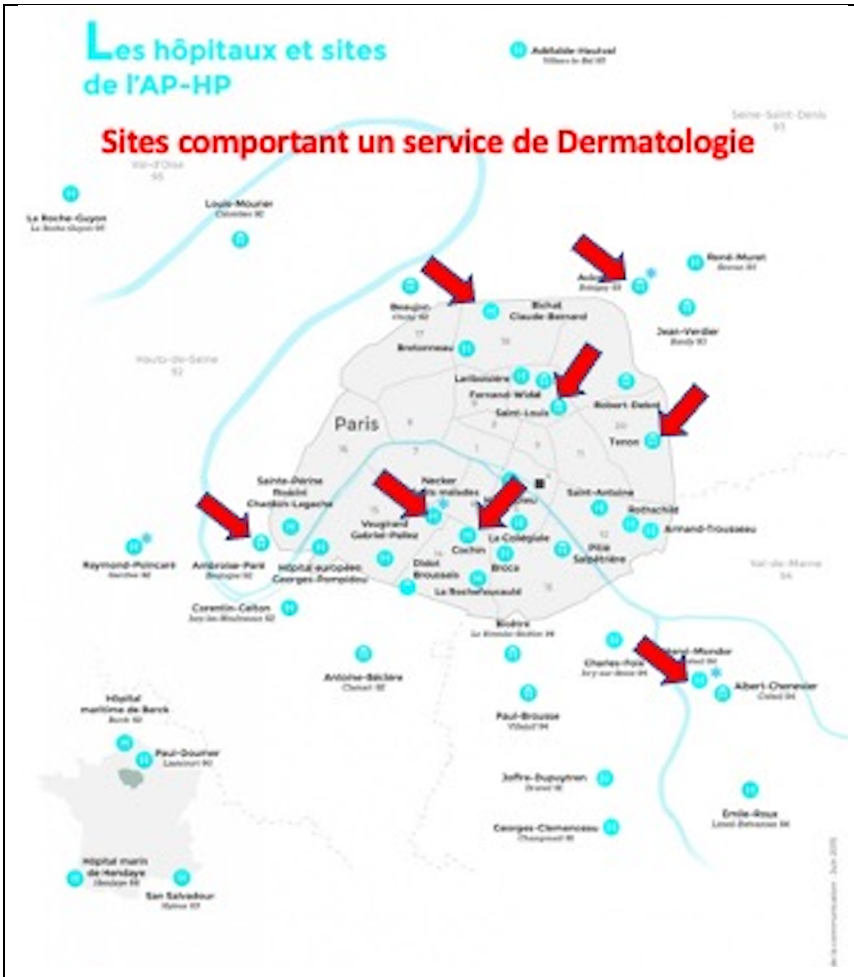
Contribution des collégiales au projet médical 2021-2025 de l'AP-HP

Nom de la spécialité :Dermatologie-Vénéréologie
Remarque générale : La situation sanitaire n'est pas le moment le plus propice pour rédiger le plan stratégique des disciplines. La méthodologie mériterait d'être définie et supportée par des données générées par l'APHP : fiches de structure des services, données d'activité et de personnels. Le travail fourni par la collégiale de dermatologie n'est pas un travail d'audit approfondi de la discipline et ne doit en rien être un document support de décisions d'évolution. Dans l'urgence nous nous sommes tenus à dégager les grandes tendances de la discipline.

Rédacteurs et relecteurs:
Membres APHP de la collégiale de Dermatologie : Hervé Bachelez (SLS) Martine Bagot (SLS) Annick Barbaud (TNN), Nicole Basset-Seguin, Christine Bodemer (NCK), Jean-David Bouaziz (SLS), F Caux (AVC), Isabelle Bourgault (APR) , Olivier Chosidow (HMN), Adèle De Masson (SLS), Vincent Descamps (BCH), Sarah Guegan (CCH), Smail Hadj-Rabia (NCK), Laurence Lecleach (HMN), Eve Maubec (AVC),Philippe Saiag (APR), Emilie Sbidian (HMN), Angèle Soria (TNN), Pierre Wolkenstein (HMN), Président, secretaire et past president de la collégiale : Céleste Lebbé (SLS) Nicolas Dupin (CCH) et Selim Aractingi (CCH)

Q1. Contexte général de la spécialité
– Composantes de l'offre de soins de l'AP-HP – Modalités de prise en charge – Évolutions épidémiologiques La dermatologie à l'AP-HP est une dermatologie hospitalo-universitaire. Elle regroupe des activités de consultation, d'hospitalisation conventionnelle, d'hôpital de jour, les avis dermatologiques spécialisés dans les services hors dermatologie y compris en télémédecine. Cette activité ne peut être dissociée des activités universitaires de recherche et d'enseignement. La répartition géographique des services sur le territoire IDF est inégale.



L'offre de soins de la dermatologie à l'APHP est constituée de 9 services universitaires dont 6 (SLS, BCH, CCH, HMN, APR, NCK) disposent en propre d'un secteur de d'hospitalisation complète. L'offre des 5 services intra-muros destinée à une population de 2,2 M d'habitants et celle de Paris extra muros à une population de 10 M d'habitants . Ce déséquilibre est pondére par le fait que les centres de Paris intra muros sont des centres de réference qui prennent largement en charge la petite et la grande couronne.

Tous disposent de lits d'hôpital de jour et de consultations. Une garde est assurée pour l'ensemble de l'Ile de France à l'hôpital Henri Mondor

Une activité de dermatologie pédiatrique est assurée sur deux sites (NCK et SLS-RDB) le premier dédié à la population pédiatrique et assurant les urgences en dermatologie pédiatrique avec des astreintes 7/7 jours fériés inclus). Si la majorité de cette activité de dermatologie pédiatrique peut être exercée en ambulatoire avec soignants formés à la pédiatrie et à la dermatologie, une activité d'hospitalisation dans un service spécifique est cependant nécessaire pour les formes aiguës et/ou chroniques sévères des maladies.

Six services de dermatologie sont associés sur site à des services de chirurgie plastique (Saint Louis, Henri Mondor, Avicenne, Cochin et les deux services d'Ambroise Paré).

Les grandes thématiques des maladies de la dermatologie sont la cancérologie, les maladies immuno-inflammatoires, les maladies infectieuses, incluant les maladies sexuellement transmissibles, les toxidermies, les plaies et cicatrisation et les maladies génétiques.

Par ailleurs la dermatologie coordonne des centres Maladies rares (centres de référence, centres de compétence) dans le domaine des maladies bulleuses auto-immunes et toxiques et des génodermatoses. Dans le domaine de la cancérologie, 4 services sont labellisés centre expert APHP en oncodermatologie ; 3 services sont engagés dans une procédure d'accréditation européenne (OECI) ; 3 services sont centres experts ou de recours INCA pour les cancers rares (sarcomes, lymphomes cutanés, carcinomes rares (CARADERM)). Plusieurs services sont membres, voire coordonnateurs (NCK), de réseaux européens ERN.

Les prises en charge de nos patients nécessitent i/des plateaux médico-chirurgicaux : chirurgie dermatologique, plastique et ORL et plateforme chimiothérapie et immunothérapie ii/ des plateaux techniques : la dermatologie académique ne peut s'exercer que de façon multidisciplinaire avec un plateau technique performant ; parmi nos partenaires essentiels, citons de façon non exhaustive les chirurgiens plasticiens, les dermatopathologistes, radiologues, médecins nucléaires, généticiens, biologistes moléculaires …iii/ un personnel médical et paramédical hautement spécialisé.

La dermatologie est au centre de multiples problématiques de santé publique. Ceci est dû d'une part à l'augmentation d'incidence des cancers cutanés (carcinomes et mélanomes en particulier), liée au vieillissement de la population et aux comportements à risque (exposition aux ultraviolets). Les carcinomes cutanés sont ainsi les cancers les plus fréquents chez l'adulte. Les dermatoses inflammatoires sont également un motif de consultation extrêmement fréquent en médecine de ville, certaines de ces pathologies connaissant une augmentation de leur incidence au cours des dernières années, comme par exemple la dermatite atopique dont on estime qu'elle concerne actuellement environ un enfant sur dix. Le rôle de facteurs environnementaux est suspecté dans cette augmentation d'incidence. La thématique plaies et cicatrisation reste également un problème de santé publique du fait du vieillissement de la population et des soins qu'elle nécessite (HAD). Des dermatoses plus rares sont également l'objet d'une réflexion de santé publique soit par les décisions qu'elles peuvent susciter en termes de politique du médicament (toxidermies graves), d'impact en collectivité (gale dans les ehpad) ou de morbi-mortalité importante liée à une méconnaissance diagnostique et des retards de prise en charge (fasciites nécrosantes).
La dermatologie hospitalière propose à la fois une offre de soins de proximité (populations en situation de précarité), une activité de recours dans la gestion des pathologies dermatologiques sévères ou complexes et l'accès à des traitements innovants. Un travail en réseau avec les médecins généralistes et les dermatologues de ville est indispensable, qu'il s'agisse des dermatoses inflammatoires ou des cancers cutanés. Ces évolutions épidémiologiques sont cependant à mettre en perspective avec une diminution de praticiens dermatologues et la raréfaction de l'offre libérale. Parmi les solutions potentielles citons : le déploiement de la télé-dermatologie sur le territoire (Ile de France) qui ne saurait cependant se substituer à la nécessité de consultations présentielles, le recours à l'intelligence artificielle (diagnostic, évaluations pronostiques et décisions thérapeutiques), la structuration des zones géographiques/GH et/ou expertises, la création de postes partagés avec des centres hospitaliers généraux et avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) des réseaux, la délégation des tâches, le recours à l'HAD….

Q2. Contexte en matière de démographie médicale

On note une diminution drastique (moins 3% entre 2017 et 2019) du nombre de dermatologues libéraux liée aux départs à la retraite, ce qui entraîne un recours plus fréquent des médecins généralistes à un avis dermatologique hospitalier.
Ainsi on comptait en France seulement 3341 dermatologues conventionnés en 2019 (3417 en 2017) et moins de 700 dermatologues libéraux exerçant en Ile-de-France. Ce nombre devrait diminuer encore de 25% dans les 5 prochaines années, en raison de l'âge des praticiens en exercice (62 % des dermatologues libéraux franciliens ont plus de 60 ans) et du faible nombre de nouvelles installations de dermatologues libéraux dans la région. On compte ainsi un dermatologue pour 17 000 habitants franciliens, contre un pour 23000 dans le reste de la France métropolitaine. A noter que la grande majorité des dermatologies libéraux exercent en secteur II.
En 2020, 14 nouveaux internes intégraient le cursus de dermatologie en Ile de France ce qui ne permettra pas un renouvellement adéquat des départs à la retraite.
Cette offre de plus en plus réduite est à confronter à l'augmentation d'incidence des maladies cutanées et à la fréquence des consultations pour motif dermatologique en médecine générale.

Q6. Innovations diagnostiques et thérapeutiques et en quoi elles modifient les prises en charge

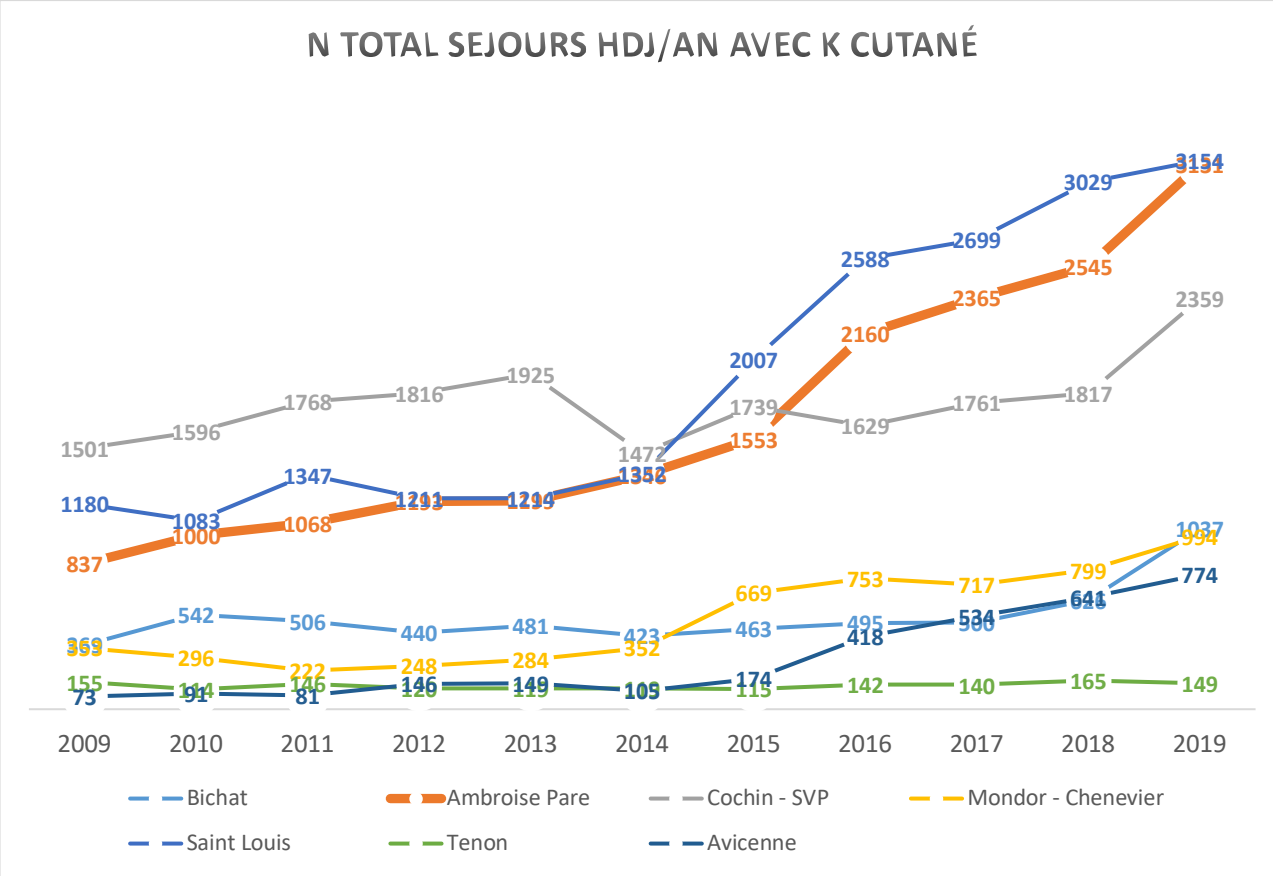
Innovations diagnostiques.
Si en termes de dermatoses inflammatoires chroniques le diagnostic ne nécessite pas de modifications profondes des plateaux techniques actuels, le plateau technique spécifique nécessaire au diagnostic et au traitement de nombreux cancers cutanés doit devoir s'enrichir d'outils spécialisés comme la microscopie confocale in vivo et la microscopie confocale ex-vivo. Les services de Dermatologie impliqués en oncodermatologie ont un accès à des consultations d'oncogénétiques et à des plateformes de biologie moléculaire à la fois théranostiques et de génétiques constitutionnelles . Le traitement d'autres dermatoses a besoin de plateaux techniques spécialisés, comme divers lasers. L'APHP est particulièrement en retard par rapport à la province, à l'étranger dans ces domaines. Il importe de maintenir un niveau adéquat d'équipements.

Innovations thérapeutiques
Dermatoses inflammatoires :
Il convient de signaler des innovations très significatives dans le dépistage, la stratification, le traitement et la prise en charge des patients ayant des dermatoses inflammatoires chroniques et des génodermatoses chez l'adulte et l'enfant (psoriasis, dermatite atopique, prurigo, acné, vitiligo, pelade, lichen plan, lupus cutané, sclérodermie cutanée, maladie de Verneuil, urticaire chronique, sarcoïdose cutanée, dermatoses bulleuses auto-immunes, épidermolyses bulleuses héréditaires, ichtyoses). On rappelle que ces dermatoses chroniques entrainent une altération profonde de la qualité de vie, une morbi-mortalité importante, la sortie du patient des circuits médicaux, un nomadisme médical, un fardeau de la maladie, un impact économique au travail (arrêts maladies et facteurs d'épuisement professionnel), un absentéisme scolaire et une perte de chance professionnelle. Ceci a été démontré dans des enquêtes internationales de grande ampleur publiées dans des revues internationales. Nous ne sommes qu'au début d'une période où émergent de nouvelles biothérapies, thérapies ciblées et potentiellement des thérapies géniques dans un milieu approprié (CRMR, environnement sécurisé pour la thérapie génique) qui remettent en cause les modes de prise en charge.)

Dans les maladies inflammatoires chroniques fréquentes (psoriasis, dermatite atopique), surtout dans leurs formes sévères, les développements de thérapeutiques ciblées auto-administrées le plus souvent par voie sous-cutanée mais aussi par voie orale ont permis d'améliorer considérablement la prise en charge de ces malades. Un certain nombre d'évènements indésirables survenant sous ces traitements nécessitent plus que jamais le maintien et même le développement d'une expertise très spécifique, transdisciplinaire, à même d'assurer une prise en charge de ces complications pour laquelle le recours à l'hospitalisation complète est régulier. De ce point de vue, des équipes médicales et paramédicales formées à ces nouvelles prises en charge sont indispensables. Il faut y ajouter la prise en charge des maladies rares cutanées. Dans le domaine de l'inflammation, des évolutions thérapeutiques considérables sont à anticiper, ce qui suppose un soutien aux centres actuellement très insuffisant, le déploiement des dotations financières des centres se heurtant à des rigidités administratives qui freinent à la fois le développement d'une prise en charge optimale et l'articulation avec la recherche et l'innovation. Selon le témoignage de certains membres de notre communauté, certains de ces crédits obtenus dans le cadre de la dotation des Centres de Référence Maladies Rares ne sont tout simplement pas mis à disposition par certaines directions hospitalières aux coordinateurs des centres pour leur but initial. Notre Collégiale souhaite que cet aspect particulièrement néfaste puisse être entendu par la CME et être corrigé.
La réorientation vers une prise en charge coordonnée ville-hôpital de ces maladies pose le problème de mise en place de structures adaptées avec l'apport de compétence dans différents domaines (éducation thérapeutique, psychologues, diététiciens, assistantes sociales), et pose la question de structures de prise en charge transdisciplinaire dans les maladies inflammatoires (dermatologie, rhumatologie, gastroentérologie, médecine interne).
Enfin, si les diagnostics cliniques de ces maladies posent peu de problème, le développement de diagnostics moléculaires et de redéfinition des classifications des différents groupes de malades, permettant le

développement d'une médecine de précision (P4 Medicine qui fait l'objet de soutiens financiers incomparables au Royaume Uni et aux USA), doit être anticipé. De ce point de vue, les structures qui s'occupent de dermatoses inflammatoires doivent intégrer structurellement la recherche dans leurs activités quotidiennes (infirmières dédiées et formées). De ce point de vue, la France y compris l'APHP sont notoirement en retard sur d'autres pays comparables en termes de PIB (R-U).

Oncodermatologie :
Dans le domaine de l'onco-dermatologie, l'augmentation d'incidence de la plupart des cancers cutanés est particulièrement importante et justifie un recours croissant à nos services comme le montre le graphique issu des données PMSI de l'APHP.



En matière de traitements, l'avènement des thérapies ciblées et des immunothérapies depuis moins de dix ans, a bouleversé le pronostic des patients, qu'il s'agisse des mélanomes, des carcinomes les plus fréquents ou de maladies rares comme le carcinome de Merkel. Dans le domaine des lymphomes cutanés, le développement de nombreux anticorps ciblés va également induire une augmentation des séances de traitements ambulatoires « *chemofree* ». Le développement des CAR-T cells pour le traitement des lymphomes et des cancers cutanés va nécessiter le développement d'organisations dédiées pour ces modalités lourdes de traitement. Ces progrès, et d'autres à venir, impactent profondément l'activité de nos services : augmentation des demandes de consultations spécialisées, du recours aux RCP hospitalières, de l'activité thérapeutique ambulatoire justifiant un redimensionnement de certains services incluant un réajustement de leurs besoins médicaux. La gestion des effets secondaires de ces traitements en particulier des immunothérapies nécessite une courbe d'apprentissage, l'aide d'infirmières de coordination, le support de RCP multidisciplinaires dédiées à la gestion des toxicités et la discussion des rechallenges (4 RCP d'immunotoxicités à l'APHP). La pluridisciplinarité exigée par ces RCP d'immunotoxicité bénéficie tout particulièrement des expertises déjà existantes dans les différents CHU de l'APHP (dermatologie, gastroentérologie, endocrinologie, rhumatologie, neurologie, cardiologie etc..) .
Les décisions thérapeutiques et le suivi s'appuient sur des examens de biologie moléculaire complexes réalisés par des plateformes spécialisées dans la génomique des tumeurs solides. Le conseil génétique en oncodermatologie prend ici toute sa place en matière de prévention.

Les décisions thérapeutiques nécessitent également régulièrement le recours à la radiologie interventionnelle (a visée diagnostique et bientôt thérapeutique). La prise en charge s'appuie sur des plateformes de soins de supports présentes dans les 9 centres intégrés de l'APHP.
Enfin les patients adressés à l'APHP peuvent accéder à des essais thérapeutiques y compris de phases précoces (un des services rattachés à un centre CLIIP labellisé INCa)
Dans l'avenir, le maniement des traitements restera probablement hospitalier, du fait de leur caractère très spécialisé, de la nécessité d'un environnement multidisciplinaire pour la gestion des toxicités, le recours éventuel à des plateaux techniques spécialisés pour l'évaluation et l'identification des résistances thérapeutiques et de ses mécanismes. Le recours à des réseaux de soins spécialisés (à mettre en place) devrait fluidifier le retour des patients en rémission au médecin de ville ou dans des centres hospitaliers généraux.

En conclusion l'arrivée de ces traitements innovants et d'autres à venir rendent plus que jamais indispensables :

- Une bonne visibilité des expertises offertes dans les différents centres. La collégiale attend de la CME un soutien à ce niveau
- La simplification de l'accès au soin avec communication d'une cartographie sur les expertises offertes par chaque centre en identifiant les centres de premier recours et ceux plus spécialisés
- La mise en place de filières de soins permettant le suivi des effets secondaires des nouvelles thérapeutiques (IDE/IPA/ réseau ville-hôpital…).
- La fluidification du parcours patient dans les deux sens : ville hôpital et hôpital ville.
- La mise en place d'une formation continue des dermatologues de ville, rendue nécessaire par la rapidité de l'évolution des modes de prise en charge , et ce afin d' éviter toute perte de chance pour les patients
- Une facilitation des organisations des essais thérapeutiques académiques (PHRC) et industrielles dans lesquels la dermatologie de l'AP-HP est très fortement impliquée

Q4. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence & modalités d'amélioration de l'attractivité

La dermatologie à l'AP-HP porte des missions essentielles, réalisées par des dermatologues très spécialisés, dans des centres de référence, au service de patients dont certains ne peuvent être pris en charge en CHG ou en ville.
Parmi ces missions citons :

- Une mission publique d'égalité d'accès aux soins, avec la prise en charge de patients en situation de précarité
- Une activité de recours et d'accès à l'innovation dans la prise en charge des pathologies dermatologiques sévères et/ou complexes (c.f. annexe)
- Une mission de médecine de pointe en termes de diagnostic, de traitement et de recherche (c.f. annexe)
- Une mission d'éducation thérapeutique
- Une mission d'enseignement de la spécialité, avec un accroissement massif du nombre d'étudiants en médecine au cours des dix dernières années, ceci à effectif hospitalo-universitaire relativement constant dans la spécialité. La réforme des études médicales, qui met l'accent sur la formation pratique des étudiants en stage et son évaluation, contribue dès à présent à mettre sous tension le personnel médical hospitalier et hospitalo-universitaire présent.

Annexe
Les services de Dermatologie de l'APHP prennent en charge des patients ayant des pathologies complexes de niveau III. Cette organisation est propre aux services de l'AP-HP. Les équipes sont composés de dermatologues ayant des hyper-

spécialisations complémentaires, et ces profils hyper-spécialisés réunis au service d'un patient n'existent pas dans des équipes des hôpitaux non universitaires. Ses particularités sont
1) La complexité des cas pris en charge,

2) le recours à des investigations ne se faisant pas en dehors des services hospitaliers de l'AP-HP comme les investigations génétiques dans les génodermatoses, bilans allergologiques dans les eczémas ou les hypersensibilités médicamenteuses cutanées, bilans immunologiques dans les maladies bulleuses auto-immunes, soins dermatologiques et bilans vasculaires dans les ulcères de cause rare, recherche génétique prédisposant aux maladies infectieuses, diagnostic microbiologique complexe (biologie moléculaire, métagénomique). Ces bilans et l'expertise clinique en rapport ne sont pas réalisés dans les services de dermatologie non AP-HP.
-manifestations cutanées des maladies systémique (lupus, sclérodermie, vascularites, maladie de Rendu-Osler …)

3) les prises de décisions se font grâce à des réunions de discussion de dossiers souvent multi-disciplinaires pour l'onco-dermatologie mais aussi pour les dermatoses inflammatoires ou auto-immunes (anatomo-pathologistes, médecins vasculaires, rhumatologues, gastro-entérologues, allergologues…), infectiologues, bactériologistes et régulièrement pour certaines génodermatoses (RCP).Citons pour les maladies rares les RCP mises en places au niveau local et national par la Filière et également RCP spécifiques de préindication d'accès aux 2 plateformes de séquençage nationnales

4) la mise en route, le suivi de traitements innovants : onco-dermatologie pour les mélanomes, carcinomes avancés, les lymphomes cutanés, cancers rares
Dans les dermatoses inflammatoires ou auto-immunes , mise en route et suivi de traitements par biothérapies du psoriasis, dermatite atopique, urticaire chronique, vascularites, lupus cutanés, maladies auto-immunes.

5) Une expertise dans les anomalies de la microvascularisation cutanée
-ulcères graves et ou de cause rare en particulier drépanocytaires,
-syndrome de Raynaud sévère,
-anomalies de microvascularisation en particulier dans le cadre de sclérodermies.

6) La prise en charge des urgences dermatologiques : infectieuses, allergiques, toxidermies, aggravation de maladies chroniques à expression dermatologique, effets secondaires des immunothérapies
Un suivi et une éducation des patients par une équipe multi-disciplinaire médicale et para-médicale pour la dermatite atopique, l'urticaire et les angio-oedèmes chroniques, le psoriasis et les génodermatoses.

7) La prise en charge des infections sexuellement transmissibles représente une part importante de la spécialité Dermatologie-vénéréologie, et est assurée notamment par le biais des CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles). Deux des CeGIDD de l'APHP (Saint-Louis et Cochin) sont ainsi coordonnés par des dermatologues. Ces centres assurent la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles, ainsi que la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle notamment par la prescription de contraception. Ils assurent également une mission d'enseignement et de recherche dans le domaine des infections sexuellement transmissibles.

8/ l'intégration dans la prise en charge des patients d'une médécine instrumentale comportant notamment des actes de chirurgie carcinologique s'est considérablement développée et devient un des axes majeurs de la spécialité. Ainsi ces stratégies associent des compétences chirurgicales acquises par les dermatologues au sein de DIU à l'utilisation de diverses techniques pour mieux préciser les limites des tumeurs (dermoscopie, microscopie confocale). En particulier le développement de techniques d'analyse 3D (chirurgie micrographique) a révolutionné le traitement des certains cancers cutanées agressifs (dermatofibrosarcomes, carcinomes annexiels, carcinomes basocellulaires récidivés). Dans le même axe, les techniques d'imagerie non interventionnelle pour le suivi de patients à risques de cancer cutanés constituent un progrès majeur.

9) une implication quotidienne pédagogique avec formation du personnel soignant médical et paramédical et programmes d'ETP labellisés pour les maladies chroniques dont le nombre et la mise en place sont en augmentation régulière

10) une implication permanente en recherche clinique et translationnelle comme en témoigne les nombreux essais initiés ou auxquels participent les services de dermatologie de l'APHP.

Les éléments contribuant au maintien de l'attractivité sont :

- Le travail en équipe avec plusieurs médecins d'une même discipline et également pluridisciplinaire avec l'émulation que cela engendre tant au plan médical que paramédical. Cette convergence de compétences et d'expertises est extrêmement importante.

- La diversité des pathologies rencontrées
- La réalisation d'une médecine de pointe, de qualité
- L'accès aux traitement et technologies innovantes
- La mission d'enseignement délivré par les seniors au chevet du malades et lors des staffs
- Les passerelles recherche fondamentale / recherche clinique

Les écueils à corriger ou éviter car contribuant à diminuer l'attractivité :

- L'inadéquation croissante entre l'activité de plus en plus lourde et spécialisée et les effectifs PM et PNM à la fois en secteur ambulatoire et en hospitalisation complète
- L'insuffisance de certains plateaux techniques (lasers, microcopie confocale, etc)
- Le départ de personnel médical et non-médical vers la concurrence en raison de l'attractivité des salaires ou des conditions de travail, contribue à réduire l'attractivité en augmentant la charge de travail et en favorisant les glissements de tâche. Le médecin à l'APHP est de plus en plus contraint de cumuler, outre ses responsabilités médicales, des missions de secrétaire, d'assistante sociale, de logisticien, d'informaticien, d'administratif. Il y a un risque réel de dégradation de la médecine et des missions d'enseignement.
- Nécessité pour l'APHP de se doter de moyens humains pour accompagner les patients dans leur parcours de soins. Il faut augmenter l'attractivité du PM et du PNM pour la spécialité en facilitant la formation et le recrutement d'IDE de coordination, d'IDE en pratique avancée, et d'IDE en charge de l'éducation thérapeutique ..
- Les problèmes de précarité des patients, non pris en charge dans les établissements privés, retentissent sur l'APHP à la fois en termes économiques mais aussi dans la dimension psychologique et sociale. Nécessité d'adosser des moyens humains : administratifs, psychologues, liens avec les PASS…
- L'inadéquation du nombre d'internes DES et le nombre de postes accroît la tension sur certains services hospitaliers. Une augmentation du nombre de DES de dermatologie et un allongement de la durée du troisième cycle, qui par ailleurs permettrait d'améliorer la formation initiale des dermatologues, pourrait contribuer à augmenter l'attractivité.
- Nécessité de lieux de soins modernes et accueillants, intégrant l'éducation thérapeutique
- La sous ou non-codification de certains actes met en danger leur maintien ou leur développement. C'est le cas de l'imagerie non interventionnelle dans la prise en charge de certains cancers cutanés ou le suivi de patients à haut risque. C'est également le cas des soins dermatologiques longs et complexes (ex dans les maladies chroniques avec décollement cutanés) non reconnus pour leur complexité, spécificité et temps nécessaire (de plusieurs heures parfois). Une réflexion est nécessaire pour permettre de sortir d'une logique comptable, véritable frein au développement de cette médecine de pointe.
- L'hyperspécialisation exclusive d'un service est un écueil que nous devons éviter. Un minimum de diversité des pathologies prises en charge est nécessaire à la mission de formation de nos services universitaires.

- Précarité des métiers de la recherche clinique (ARC/TEC/CEC, etc…) rendant très difficile le maintien d'une recherche clinique de bon niveau et pérenne.

- Mauvaise redistribution des financements liés aux SIGAPS ou aux budgets des CRMR vers les acteurs hospitaliers. Lourdeur de l'identification des moyens générés par nos recherches (IFI etc) et pour leur utilisation

- Mauvaise redistribution des crédits MIG obtenus par les programmes d'ETP développés au sein des établissements

- Pour la recherche à promotion industrielle, les délais de contractualisation sont en progrès, mais la réactivité des CPP est plus qu'aléatoire, malgré les engagements gouvernementaux et

alors que la crise du Covid19 a montré qu'il était possible de les réduire considérablement. De manière générale, la pandémie a montré l'espace d'amélioration en termes de réactivité et d'agilité (délais de réponse des CPP, délais de signature), autant de facteurs clé dans la conduite d'essais académiques comme industriels. Ces délais devraient être la règle et non l'exception.

- Pour les essais académiques, la lourdeur de la mise en route des essais reste un frein majeur et une source de découragement importante pour les investigateurs. Une réflexion des collégiales sur les améliorations à apporter au pilotage (plus de régularité et de continuité dans les liens avec les investigateurs) des projets de recherche par les URC et les DRCI avec clarification des rôles de ces entités auprès des porteurs de projets semble indispensable.

Q5. Restructurations prévues ou en cours

Hôpital Nord : fusion Bichat et Beaujon à St Ouen avec migration du service de dermatologie au sein de cette structure adossée au campus universitaire Grand Paris-Nord.

Hôpital Saint Louis : Extension des locaux et des capacités d'accueil de l'HDJ du centre d'oncodermatologie

CH Paris-Saclay : renforcement en phase de discussion avancée du service sur A Paré avec création d'un bloc opératoire supplémentaire, d'une extension de l'HDJ et d'un renforcement du plateau de consultations.

Création toute récente d'une « équipe de soins spécialisés en dermatologie et vénéréologie » (ESSDV) avec URPS et ARS avec dans ses missions un « partenariat » avec les structures hospitalières. Les contours de ce projet méritent d'être plus clairement définis en interaction avec notre collégiale, et ce afin d'optimiser les moyens donnés par l'ARS.

Créations de réseaux avec les hôpitaux généraux de la région IDF s'appuyant sur les collaborations et les territoires existants avec de nombreux postes d'assistants spécialistes partagés qui sont souvent des succès, avec à la clef des titularisations comme PH. Il importe de poursuivre cet effort et d'inventer des structures permettant de pérenniser ces collaborations CHU/CHG afin que des collaborations qui profitent aux deux structures perdurent.

Q10. Recherche clinique et translationnelle

La recherche clinique (promotion industrielle et académique) et translationnelle de pointe est l'une des missions phares de la dermatologie à l'AP-HP. Elle est présente dans tous les domaines de l'oncodermatologie, de la dermatologie inflammatoire, génétique et infectiologique, dont IST. Les services de Dermatologie de l'APHP participent à et/ou coordonnent des PHRC, PRTK, CRC, CLIIP et des études de cohortes très lisibles sur le plan national et international. Ils s'appuient déjà et plus encore dans le futur sur les données de l'EDS.

La recherche translationnelle et fondamentale en dermatologie est effectuée au sein de 11 équipes de recherche labellisées dont 4 dirigées par des dermatologues °.

-Equipe Biologie cutanée dirigée par le Pr Selim Aractingi°, Unité INSERM U1016, Institut Cochin dont le travail est centré sur 3 thématiques : cicatrisation cutanée, mélanocytes et tumeurs mélanocytaires, interaction hôte-pathogène

- Deux équipes de recherche dédiées à la dermatologie au sein de l'institut de recherche Saint Louis (IRSL) , INSERM Unité 976 HIPI « Immunologie Humaine, Pathophysiologie, Immunothérapie :

- Equipe Oncodermatologie dirigée par le Dr Anne Marie Cardine, Unité INSERMU976, Hôpital Saint-Louis sur la thématique mélanome, carcinomes et lymphomes
- Equipe dirigée par le Pr Jean-David Bouaziz,° Unité INSERMU976, Hôpital Saint-Louis sur la thématique immunité cutanée et inflammation

-Equipe dirigée par le Pr Emilie Sbidian°, sur la thématique de la pharmaco épidémiologie dans les pathologies chroniques inflammatoires cutanées et les effets indésirables cutanés des thérapeutiques utilisées en population générale

-Equipe Biomarqueurs et essais cliniques en cancérologie et onco-hématologie dirigée par le Pr Jean-François Emile, EA 4340, Faculté de médecine St Quentin en Yvelines sur la thématique des biomarqueurs en oncologie dermatologique.

- Au sein de l'unité T3S, UMR S-1124 équipe dirigée par le Dr F Demenais, Université de Paris (Campus Saint Germain des Prés) sur la thématique prédisposition au mélanome

-Equipe Oncogenèse des lymphomes et tumeurs de la neurofibromatose INSERM IRMB dirigée par le Pr Philippe Gaulard, Hôpital Henri Mondor sur la thématique de la neurofibromatose de type 1

- Equipe Maladies génétiques cutanées : des bases physiopathologiques aux approches thérapeutiques dirigée par le Pr Alain Hovnanian° UMR_S1163 , Institut Imagine

-Equipe Barrière Inflammation et Douleur intégrée dans le laboratoire dirigé par le Pr Lucienne Chatenoud, INSERM UMR_S 1151, Hôpital Necker-Enfants Malades, sur la thématique génodermatoses

-Equipe Mastocytose dirigée par le Pr Olivier Hermine, INSERM 1163, Hôpital Necker-Enfants Malades sur la thématique mastocytose de l'enfant

-Equipe Maladies bulleuses auto-immunes, INSERM UMR1125 dirigé par le Pr Marie-Christophe Boissier, Université Paris 13, Hôpital Avicenne

-Équipe Dynamic, EA 7380, USC ANSES, dirigée par le Pr Françoise Botterel et installée à l'école nationale vétérinaire d'Alfort et à la Faculté de Santé de Créteil sur la thématique des interactions entre agents microbiens au sein de l'épithélium cutané.

Dans les perspectives et les points d'amélioration on note :

1- La simplification des démarches réglementaires pour améliorer la compétitivité de l'AP-HP. On observe encore des délais de plusieurs années entre la conception des essais cliniques et leur mise en place.
2- Le recrutement de personnel dédié à l'administration de la recherche directement dans les services de dermatologie de l'AP-HP, la pérennisation de leur poste et la mise en place de conditions de travail et salariales attractives, et une fluidification des échanges entre l'AP-HP et structures de recherche comme l'INSERM permettraient d'accroître la compétitivité de la recherche dermatologique.
3- La valorisation de la recherche transversale mobilisant des chercheurs d'univers et de disciplines différents
4- Une plus grande valorisation de la recherche clinique dans les cursus hospitalo-universitaires : Masters spécifiques, services cliniques comme terrain de stages de masters ?
5- Favoriser le développement de recherche en sciences humaines et sociales compte tenu de l'impact socioéconomique des maladies de la peau
6- S'approprier et valoriser la recherche et la formation sur les nouvelles technologies d'exploration de la peau : échographie, microscopie confocale….

7- Développer la recherche paramédicale dans toutes ses dimensions

Q11. Enjeux universitaires

Le niveau scientifique de la discipline a considérablement augmenté au cours des dernières années, avec la labellisation de centres coordinateurs de maladies rares et de cancers rares, le développement d'essais cliniques multicentriques coordonnés par l'AP-HP dans des maladies dermatologiques rares, la participation croissante à des essais cliniques internationaux et à des bases de données internationales. La production scientifique en dermatologie à l'APHP est en augmentation constante et de plus en plus d'internes intègrent une formation à la recherche de type master 2 +/- thèse de science à leur cursus. Maintenir l'excellence de la recherche dans notre spécialité nécessite de dégager du temps pour former les futurs dermatologues à la recherche et encourager les vocations.
L'augmentation prévisible de la charge de travail pédagogique (augmentation du nombre d'étudiants en médecine à effectif hospitalo-universitaire quasi-constant, réforme des études mettant l'accent sur la formation pratique en stage) implique de recruter des hospitalo-universitaires dans la discipline. Ceci est absolument critique dans une spécialité qui, comme décrit précédemment, est un motif de consultation extrêmement fréquent en médecine de ville, et dont l'effectif de médecins spécialistes sera en tension dans les prochaines années. Se donner les moyens de former nos étudiants à la dermatologie est donc une priorité.

Nous souhaitons dans nos perspectives apporter une réflexion sur les points suivants :

1- Sensibiliser les étudiants à l'importance de l'organe peau dans ses dimensions de médecine interne et de compréhension de l'homéostasie globale de l'individu

2- Poursuivre la réflexion sur la digitalisation de l'enseignement et apprentissage de la dermatologie :
- Comment la dermatologie va -telle s'inscrire dans la virtualisation de l'enseignement ?
- Place de l'enseignement par simulation (actes techniques notamment)
- Comment harmoniser l'enseignement de la dermatologie sans l'homogénéiser
- Réfléchir à la diversification des formes et des formats d'enseignement et leur valorisation
- Place de l'hôpital et des services cliniques dans l'enseignement après les récentes réformes du cursus médical

3- Revaloriser l'enseignement à l'échelle de l'hôpital : Quelle place pour les médecins qui choisissent de consacrer du temps à la formation des plus jeunes ? Revalorisation du compagnonnage (l'hôpital a complétement sa place dans cette dimension).

4- Place de l'enseignement de la discipline à l'échelle européenne
Place des experts de l'APHP dans l'enseignement et la recherche de la discipline à l'échelle européenne
Aide à l'accueil d'étudiants étrangers, évaluation et valorisation de leur apprentissage

5- Favoriser la formation pour une transition hôpital-ville sans vider les services cliniques

6 – Formaliser et améliorer la visibilité de la formation continue des médecins hospitaliers

7- Formation et expertise des équipes soignantes : infirmière experte des soins dermatologiques, assistantes sociales, kinésithérapeutes, ergothérapeutes….

Synthèse
En conclusion, les services de dermatologie de l'APHP remplissent leurs missions de soins spécialisés, de recherche et d'enseignement. Les difficultés actuelles et à venir ont été évoquées ainsi que des propositions pour tenter d'y remédier.