

Trimestriel n° 23
Octobre / Novembre 2003

CPPAP n° 1203 T 81023
ISSN n° 1286-2185

Revue diffusée nominativement
à 10 000 exemplaires

IMPRIMERIE : DUMAS TITOLET 42000 SAINT-ÉTIENNE
MAQUETTE : ATELIER EQUIPAGE - MARSEILLE
DIRECTEUR DE LA RÉDACTION : J.-P. LELLOUCH
SECRETARIAT DE RÉDACTION : M. AFFERGAN
SERVICE PRESSE : LAURENT DE VILLEPIN
ENQUETES MEDICALES : ARICK SON LELLOUCH
ESPACE ET DÉVELOPPEMENT : FRANCK BENJAMIN

LES MAITRES D'OUVRAGE ET LES PARTENAIRES
D'OFFICIEL SANTÉ FIGURENT EN PAGES 6 ET 7

RÉDACTEUR EN CHEF :
DOCTEUR FRANÇOIS AUBART
DOSSIER SCIENTIFIQUE :
PROFESSEUR BEATRICE CRICKX
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
STEPHAN J.P. LELLOUCH
RÉALISATION : NETCOM MEDICAL
COORDINATION ÉDITORIALE :
P.E.C (PRESSE ÉDITION COMMUNICATION)
14, BD DU COMMANDEUR - 13009 MARSEILLE
TEL : 04 96 20 06 06 - FAX : 04 96 20 06 09



**Le mot
du Rédacteur
en chef**

Grâce aux efforts du SNPHPU et de la FNSPBH qui se sont appuyés sur l'implication constante de toutes les instances de la CMH, l'intégration de la pharmacie hospitalière au CHU est acquise sur le principe et se réalisera en pratique à brève échéance. Dans un domaine qui, évidemment, me tient particulièrement à cœur, il s'agit d'une réforme fondamentale qui va entraîner une modification profonde de l'enseignement et de la recherche pharmaceutique dans notre pays. A une échelle plus générale, l'introduction de la Tarification à l'activité (dite « T2A ») et le programme « Hôpital 2007 » représentent des facteurs de bouleversements considérables dans le fonctionnement de nos hôpitaux. Le formatage et les conditions de mise en place de ces réformes est un moment charnière qui appelle vigilance et mobilisation pour faire entendre au mieux la voix de la communauté hospitalière. On peut compter sur Officiel santé pour continuer d'être le support privilégié d'information et d'échange de cette communauté.

Pr Gilles Aulagner
Président du SNPHPU

**Officiel
santé**

Actualités hospitalières

S O M M A I R E

5 Editorial

Gouvernator et Medicinus

8 Actualités Dermo-Cosmétiques

16 Canicule et iatrogénie médicamenteuse

par le Pr G. Aulagner, président du SNPHPU

14 Actualités Pharmaceutiques

17 Victimes de la canicule : choisir entre cynisme et responsabilité

22 Hôpital 2007 : vos réactions

23 Les urgences : « in » ou « out » ?

par le Dr B. Mangola, vice-président de la CMH

26 Pourquoi et comment la tarification à l'activité va remplacer le budget global

par Jean-Pierre Graffin, directeur de finances de l'hôpital Simone Veil

30 Pour une réforme des études de pharmacie aboutissant à une spécialisation pour chacun

par les Prs Aulagner, Arnaud, Sado, Saux

32 Le nouveau statut des praticiens attachés et associés des établissements publics

33 Le statut des praticiens du secteur privé « PSPH »

par le Dr M. Angebault, président du SYMHOSPRIV

35 Découpage des hôpitaux : côté pile, côté pôle

Dossier scientifique

Dermatologie

37 Editorial du Pr B. Crickx

présidente
de la Société Française
de Dermatologie



37 La dermatologie en France, en 2003

par le Pr B. Crickx

38 Les Journées Dermatologiques de Paris

par le Pr Ph. Lacour, comité d'organisation des JDP

39 Réactions cutanées aux médicaments : quoi de neuf ?

par le Pr J.C. Roujeau, hôpital H. Mondor, APHP

43 Le point sur l'acné et les plaies

par le Pr B. Crickx, hôpital Bichat, APHP

44 Recommandations a.n.a.e.s. :

prise en charge de l'urticaire chronique

49 La dermatite atopique : de nouvelles définitions ?

par le Pr G. Lorette, hôpital Trousseau, CHU Tours

52 Diagnostic du mélanome

par le Pr L. Thomas, les Drs S. Dalle, S. Ronger-Savlé

57 Nouvelles approches thérapeutiques dans le mélanome

par le Pr B. Dreno, CHU Nantes

61 La prise en charge du psoriasis

par le Pr L. Dubertret, hôpital Saint Louis, APHP

Gouvernator et Medicinus

Il y a trois ans, **la réduction du temps de travail** était appliquée à l'hôpital. Synonyme de temps libre, elle a concerné toutes celles et ceux qui travaillent à l'hôpital. Mais, exécutée à la hussarde, dans des calendriers irréalistes, elle constitue un **échec organisationnel**. Les temps, les moments auprès du patient ont été encore plus segmentés et raccourcis.

Aujourd'hui, c'est **la tarification à l'activité** qui va être mise en œuvre à l'hôpital. Elle suppose une part légitime de productivité mais peut aboutir à un néfaste productivisme. Elle suppose des prix uniformes pour une production conforme dans le but de restructurer les territoires opérationnels façon grandes surfaces contre petits commerces...

Alors, entre le choc de la RTT et les aléas de la T2 A nous pensons qu'il est urgent de réaliser le changement de nos organisations mais en respectant quatre principes :

- L'hôpital public est au service des malades ; il doit donc **renoncer à une réorganisation de type notariale**. La logique des petits propriétaires de territoires et de lopins de terre est obsolète. Il faut une **organisation par mission** qui engage des équipes autour de projets et de savoir faire.
- **L'hôpital public doit être le lieu de la compétence**. C'est bien sûr

la compétence de tous les acteurs, aides-soignantes, infirmières et médecins. Ce sont les compétences qui doivent fonder les responsabilités C'est dire l'importance d'identifier les différentes spécialités médicales à partir de services médicaux qui constituent les unités de bases de nos hôpitaux.

- **Les urgences et le reste de l'hôpital doivent retrouver cohésion et cohérence**. L'autonomie des services d'urgences doit être confortée mais ne doit pas entraîner la création d'un hôpital bis.
- Enfin, l'hôpital doit être organisé pour prendre en charge des patients. Cela signifie que les filières, les coordinations indispensables à cette prise en charge doivent être rapprochées **dans des structures nouvelles par exemple des pôles définies par une logique médicale**.

L'organisation hospitalière doit changer mais elle ne doit pas être confiée à des cadres anonymes en blouses blanches ni à des « gouvernators » autocrates forcément étrangers à l'intérêt des patients.

*Dr François Aubart,
président de la Coopération
Médicale Hospitalière*

*Pr Gilles Aulagner,
président du SNPHPU*

LES PARTENAIRES D'OFFICIEL SANTE

DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX DE LA CMH

Alsace	Dr LAEDLEINN-GREILSAMMER	CHU Mulhouse	03 89 64 87 25
Alsace	Pr Gabrielle PAULI	CHU Strasbourg	03 88 11 68 56
Antilles	Dr L. MERAULT	CHU P.-à-Pitre	
Aquitaine	Dr Pierre FIALON	CHU Bordeaux	05 56 79 58 37
Aquitaine	Dr P. SIMON	CHU Bordeaux	05 56 56 35 05
Auvergne	Dr J.P. MABRUT	CHU Clermont-Ferrand	04 73 43 55 19
Auvergne	Pr D. CAILLAUD	CHU Clermont-Ferrand	04 73 75 16 53
Basse-Normandie	Pr F. BUREAU	CHU Caen	02 31 06 65 40
Basse-Normandie	Dr A. DANJOU	CH Bayeux	02 31 51 51 28
Bourgogne	Dr A. LAROME	CHU Dijon	03 80 42 48 48
Bourgogne	Dr PATOURAUX	CH Pougues les Eaux	03 86 60 60 05
Bretagne	Dr LENOT	CH Saint Briec	02 96 01 70 55
Bretagne	Pr P. SADO	CH Rennes	02 99 33 39 00
Centre	Dr Th. DUFOUR	CHR Orléans	02 38 51 47 24
Centre	Dr BOULAIN	CHR Orléans	02 38 22 95 57
Champ.-Ardennes	Pr M. GUENOUNOU	CHU Reims	03 56 91 37 24
Champ.-Ardennes	Dr Paul MEEKEL	CH Troyes	03 25 49 49 37
Corse	Dr F. CICHERI	CHI Corte	04 95 47 29 18
Corse	Dr J. AMADEI	CHG Bastia	04 95 55 11 11
Franche-Comté	Dr A. DEPIERRE	CHU Besançon	03 81 66 81 66
Franche-Comté	Dr A. KARA	CH Belfort	03 84 58 15 15
Haute-Normandie	Dr Ch. NAVARRE	CH du Rouvray	02 32 95 11 01
Haute-Normandie	Dr Loïc FAVENNEC	Hôpital Ch. Nicolle	02 32 88 66 39
Ile-de-France	Pr D. VIGNON	CH Foch-Suresnes	01 46 25 28 27
Ile-de-France	Dr J.L. BOURDAIN	CH F. Quesnay	01 34 97 40 68
Langu.-Roussillon	Pr Jean-Pierre BALI	CHU Montpellier	04 67 54 33 44
Langu.-Roussillon	Dr Eric BOGAERT	CHS Thuir	04 68 84 66 00
Limousin	Pr B. MELLONI	CHU Limoges	05 55 05 68 81
Limousin	Dr M. HABRIAS	CH Bourgneuf	05 55 54 51 44
Lorraine	Dr H. LAMBERT	CHU Nancy	03 83 85 20 59
Lorraine	Pr P.E. BOLLAERT	CHU Nancy	03 83 85 14 94
Midi-Pyrénées	Dr A. CAUDRILLIER	CH Lannemezan	05 62 99 55 70
Midi-Pyrénées	Pr Ph. COURRIERE	CAC Toulouse	
Nord	Dr H. BARBIEUX	CH Roubaix	03 20 99 31 76
Nord	Pr F. FOURRIER	CHR Lille	03 20 44 64 35
Pays-de-Loire	Dr A. MERCAT	CHU d'Angers	02 41 35 38 15
Pays-de-Loire	Dr F.X. LEBAS	CH Le Mans	02 43 43 25 43
Picardie	Dr F. MARTIN	CH Compiègne	03 44 23 62 71
Picardie	Dr P.Y. LALLEMENT	CH Soissons	03 23 75 74 34
Poitou-Charentes	Dr L. ROUX	CH Saintes	05 46 92 76 56
Poitou-Charentes	Dr A. RAULT	CH Niort	05 49 32 79 79
PACA	Dr R. JULIEN	CHS Marseille	04 91 87 67 34
PACA	Dr M.H. BERTOCCHIO	CH Aix en Provence	04 42 16 16 38
Rhône-Alpes	Pr Gilles AULAGNER	CHU Lyon	04 72 35 73 07
Rhône-Alpes	Dr Dominique TREPO	CHU Lyon	04 72 11 06 22

COORDINATION MÉDICALE HOSPITALIERE

Président : Dr F. Aubart

CHI Simone Veil (Eaubonne Montmorency)

Tél : 01 34 06 61 21 - Fax : 01 34 06 61 29

e-mail : François.Aubart@wanadoo.fr

Secrétaires :

Dr F. Thuillier : Centre hospitalier de Meaux
6/8, rue St Fiacre, 77100 Meaux

Tél : 01 64 35 38 13 - Fax : 01 64 35 37 06

e-mail : F.thuillier@ch-meaux.fr

Dr JP Garnier - Paris

Délégué général :

Dr N. Skurnik - Neuilly sur Marne

e-mail : nskurnik@yahoo.fr

Trésorière :

Dr P. Suter - CHG d'Argenteuil

Tél : 01 34 23 27 21

Fédération nationale des syndicats de pharmaciens biologistes des hôpitaux FNSPBH

Président : Pr J.-G. Gobert

Tél : 01 42 16 26 52 - Fax : 01 42 16 26 54

e-mail : jean-gerard.gobert@psl.ap-hop-paris.fr

Syndicat des pneumologues hospitaliers SPH

Président : Dr F. Blanchon

Tél : 01 64 35 38 56 - Fax : 01 64 33 91 70

e-mail : f-blanchon@ch-meaux.fr

Syndicat de la médecine hospitalière SMH

Président : Dr J.-L. Bourdain

Tél : 01 34 97 40 68 - Fax : 01 34 97 42 91

j-l.bourdain@ch-mantes-la-jolie.rss.fr

Syndicat national des hémodiagnostes SNH

Président : Dr P. Fialon

Tél : 05 56 79 61 61 - Fax : 01 49 09 58 66

e-mail : pierre.fialon@chu-bordeaux.fr

Syndicat national des médecins des hôpitaux et des établissements de soins à but non lucratif SYMHOSPRIV

Président : Dr M. Angebault

Tél : 01 49 08 20 20

Syndicat national de gérontologie clinique SNGC

Président : Dr J.-M. Vetel

Tél - Fax : 02 43 87 02 88

jmvvetel@ch-lemans.fr

**Syndicat national des
pharmaciens praticiens hospitaliers et
praticiens hospitaliers universitaires SNPHPU**

Président : Pr G. Aulagner
Tél : 04 72 38 57 76 - Fax : 04 72 38 55 15
e-mail : gilles.aulagner@chu-lyon.fr

**Collégiale des médecins légistes hospitaliers
et hospitalo universitaires CMLHHU**

Président : Dr M. Debout
Tél : 04 77 12 05 23
e-mail : patrick.chariot@htd.ap-hop-paris.fr

Syndicat des chirurgiens hospitaliers SCH

Président : Dr T. Dufour
Tél : 02 38 51 47 24 - Fax : 02 38 51 41 41
e-mail : neurochir@chr-orleans.fr

**Syndicat national des chirurgiens
anciens CU et CES SNCACC**

Président : Dr J.F. Dilhas
Tél : 01 64 92 92 92
sncacc@aol.com

Syndicat des psychiatres de secteurs SPS

Président : Dr N. Skurnik
Tél : 01 49 44 40 40 - Fax : 01 40 30 40 61
nskurnik@yahoo.fr

Syndicat des urgences hospitalières SUH

Président : Dr B. Mangola
Tél : 03 85 20 30 45 - Fax : 03 85 20 30 89
e-mail : brmangola@ch-macon.fr

**Syndicat national des médecins
réanimateurs des hôpitaux publics SNMRHP**

Président : Dr L. Roux
Tél : 05 46 92 76 56 - Fax 05 46 92 77 93
e-mail : l.roux-rea@ch.saintes.fr

**Syndicat national des biologistes
des hôpitaux privés SNBHP**

Président : Dr H.-R. Caillet
Tél : 01 48 71 06 74 - Fax : 01 48 71 27 29

**Association des Médecins Urgentistes
Hospitaliers de France AMUHF**

Président : Dr P. Pelloux
Fax : 01 60 10 72 62
e-mail : patrick.pelloux@sat.ap-hop-paris.fr

Membre Associé : Dr J.C. Ducreux

Tél : 04 77 44 31 07 - Fax 04 77 44 31 15

**Président d'Honneur du
Syndicat national des médecins
anesthésistes-réanimateurs
des hôpitaux CH/CHG SNMARHNU**

le sympa



Martine Marchand

Présidente
Adresse internet :
www.syndicat-attachés.fr.fm

35 000 praticiens – soit 20 000 équivalent temps plein – médecins, pharmaciens et odontologistes ont, depuis le 10 août 2003, le statut de praticiens attachés (PA) ou praticiens attachés associés (PAA).

Le SYNPA, syndicat national des praticiens attachés fédère les syndicats locaux de PA et PAA de Paris, Lyon, Grenoble, Saint Etienne, Clermont-ferrand, Strasbourg et Nantes. Sont également adhérents les praticiens de Toulouse, Nîmes et Marseille en sections individualisées ainsi que ceux

de plusieurs villes de France ayant opté pour l'adhésion individuelle.

Ce syndicat, jeune mais actif, siège au Conseil supérieur des hôpitaux et prétend à une participation effective dans les évolutions et réformes nécessaires à la restructuration des établissements publics de Santé. Il est aujourd'hui largement représenté dans les CME et CCM, instances importantes de la vie communautaire hospitalière.

Le SYNPA rejoint la CMH dans l'esprit de défendre, en concertation, les intérêts communs de la profession. ■



CANICULE et iatrogénie médicamenteuse

Professeur Gilles AULAGNER

La canicule que notre pays a subie, avec des températures dépassant 40° sur des périodes relativement prolongées, des températures dépassant 35° sur des périodes de plus de deux mois dans certaines régions, a causé les problèmes sanitaires dont la grande presse s'est fait écho et qui ont ému l'opinion publique.

Il est évident que les problèmes liés à l'évolution de la pharmacocinétique des patients soumis à une température inhabituelle ont été plus ou moins bien traités durant cette période. On sait que le volume de distribution et l'état de la fonction rénale évolue de façon importante dans ces conditions très particulières et que la pharmacocinétique et l'élimination des médicaments en est profondément modifiées en particulier, chez les personnes âgées.

Ces variations nécessitent des adaptations posologiques qui n'ont peut être pas toujours été parfaitement réfléchies mais qui constituent un problème clairement identifié.

Cependant, une question n'a pas été évoquée dans ce cadre, celle de la conservation des médicaments à de telles températures et de l'iatrogénie induite. Or, on sait que l'iatrogénie médicamenteuse tue, en France, plus que l'automobile. Les médicaments que nous conservons dans nos pharmacies hospitalières françaises ainsi que ceux qui peuvent séjourner dans les services de soins, sont très rarement conservés dans des pièces climatisées, alors que, dans le cadre des essais thérapeutiques, les demandes des organismes de tutelle sont de disposer d'une conservation

dans une pièce à température régulée et enregistrée, conditions qu'il n'est pas aisé d'obtenir et de maintenir en milieu hospitalier.

Afin d'établir, pour l'ensemble des hôpitaux français, les recommandations précises en matière de conservation des médicaments, nous avons mis en place une enquête auprès des laboratoires pharmaceutiques afin de déterminer :

- les données de conservation et de stabilité dont ils disposent concernant la conservation de leurs spécialités à des températures supérieures à 25°, 30°, 35° et 40°.
- pour ceux qui commercialisent des préparations injectables grand volume (supérieur à 250 ml), l'impact sur les patients (notamment sur la régulation thermique) de la perfusion de préparations de solutés massifs à des températures supérieures à 37°, supérieures à 40°
- les données de stabilité des spécialités injectables avec les solutions injectables de chlorure de sodium ou de glucose isotonique (lorsque celles-ci sont compatibles) à des températures de 30°, 35° et 40°.

Les premiers résultats obtenus, sur un nombre de spécialités limité (plus de 650), montrent que le problème que nous soulevons doit être examiné avec attention dans la mesure où 46 % de ces spécialités ont des recommandations de conservation soit « à l'abri de la chaleur » ou « à température ambiante » ou « entre 8 et 25° ». Seuls 20 % des spécialités ne présentent pas de conditions particulières de

conservation. A cela, il faut rajouter que pour environ 10 % des spécialités, les laboratoires font état de l'absence de données concernant les conditions de conservation.

En ce qui concerne les deux autres questions, nous n'avons, à l'heure actuelle, reçu aucune réponse pertinente sur ces sujets.

Au vu de ces premiers résultats, l'interrogation sur l'iatrogénie médicamenteuse, aussi bien en morbidité qu'en mortalité, au cours de cette période de canicule, est donc une véritable question de santé publique nécessitant un approfondissement important puisque nombre de questions restent en suspens.

Lorsque les résultats auront été complétés, il sera nécessaire d'envisager les mesures à prendre dans nos pharmacies hospitalières mais également dans les services cliniques pour assurer une conservation optimale des médicaments mis à la disposition des patients.

Dans la mesure où il est clair que si les spécialités qui se conservent entre 4 et 8° ont été particulièrement bien traitées, de même que celles « qui ne présentent pas de conditions particulières de conservation », pour toutes les autres, des interrogations importantes se posent en matière d'efficacité mais également en matière d'effets indésirables.

Des mesures appropriées de stockage des médicaments doivent être prises par les administrations hospitalières, d'autant plus que le législateur a récemment renforcé les missions du service de pharmacie hospitalière en lui confiant la sécurisation du circuit du médicament. ■

le Parisien

Le Parisien - 13 août

« Une catastrophe sanitaire nationale »

Une interview du Dr François Aubart, président du syndicat hospitalier CMH

- Comment jugez-vous la situation actuelle?

- (...) *Nous sommes face à une catastrophe sanitaire nationale. Il est invraisemblable que les morgues et les funérariums soient complets, sans qu'un plan d'urgence soit mis en place (...)*

- Précisément, où se situent les responsabilités?

- *Alors qu'en France nous sommes les champions de la médecine catastrophe, il est désolant de voir que notre système de santé et notre administration ne savent pas faire face à un afflux de patients au coeur de l'été à cause de la canicule. Ce qui me choque, c'est que les représentants de l'Etat n'ont pas réagi après l'annonce des premiers morts (...)* Les pouvoirs publics ont fait des choix en diminuant le nombre de lits, sachant que les hôpitaux sont sur la corde raide (...) A cela, s'ajoutent des défaillances multiples (...)

- Que faut-il faire selon vous?

- *Il faut mobiliser les médecins généralistes pour qu'ils donnent un coup de main, accepter de payer des heures supplémentaires aux personnels hospitaliers qui font en ce moment un travail considérable, dégager des moyens, pas forcément énormes, pour faire preuve de solidarité. Ce qui serait impensable, c'est que les choses restent en l'état, sans prise de conscience de la vraie dimension de cette crise ».*

Libération.fr

Libération - 15 août

Les failles dans la chaîne des soins

Pour le Dr François Aubart, président de la Coordination

retour sur la canicule

C'est Patrick Pelloux, un argentiste de la CMH, qui a tiré la sonnette d'alarme dans les médias. Mais, pendant la période « chaude », le rôle et le point de vue de la médecine hospitalière ont aussi été porté par le président de la confédération. Quel fut le message ainsi délivré « en direct » ? Réponse à travers quelques unes de ces interventions.

médicale hospitalière (CMH, syndicat hospitalier), la catastrophe actuelle résulte de cinq failles qui courent d'un bout à l'autre du système de santé.

- D'abord « nous avons une carence de données épidémiologiques en temps réel, pas tant en milieu hospitalier, qu'à domicile ou dans les maisons de retraite » (...)

- Deuxième problème : le manque de coordination. (...) Le « Plan blanc » qui donne aux hôpitaux toutes les ressources supplémentaires pour faire face à la crise n'a été déclenché que le 13 août en Ile-de-France. Trop tard ? Sur ce point, François Aubart refuse la polémique : « difficile de déterminer le moment optimum. Mais il est vrai que le déclenchement d'un tel plan, outre sa valeur symbolique, donne la possibilité aux hôpitaux de rappeler du personnel, en sortant en quelque sorte du droit commun ».

- Troisième faille : celle du réseau de proximité, des médecins généralistes : « quand on fait entendre qu'en cas d'urgence, il faut appeler le 15 ou SOS médecins, des réflexes sociologiques se créent. Résultat ; on se prive d'une médecine relationnelle irremplaçable ».

- Quatrième défaillance, la situation des urgences (...) « les services d'urgence sont en permanence sur la corde

raide ; la situation est à peu près gérable en routine, mais elle dysfonctionne à la moindre crise ».

- Enfin, la crise plus générale des hôpitaux. Ainsi des fermetures de lits, faute de personnel. « C'est un problème récurrent, mais cette fois-ci ce sont les personnes âgées qui payent les pots cassés ». La canicule a aussi mis en lumière des défauts de conception architecturale, avec des températures records relevées dans les chambres de certains établissements, même les plus récents : « il faudrait penser l'hôpital comme un écosystème mais on veut faire des économies à tout prix. Alors, la réflexion sur l'architecture, c'est souvent le cadet des soucis ».

Les Echos

Les Echos - vendredi 22 août

Canicule : l'intervention du chef de l'Etat ne fait pas taire la polémique

(...) « Pour les hospitaliers, le président de la république a sûrement eu le ton juste de compassion et de reconnaissance, mais le drame national que nous avons vécu exige un message politique de grande ampleur », a estimé le président de la Coordination médicale hospitalière. ■

tribune

victimes de la canicule :
choisir entre cynisme
et responsabilité

par Stephan Lellouch *



On appelle ça l'or gris. Il est coté en bourse et tous les analystes financiers vous diront que c'est le placement « phare » en plein boom et à forte valeur ajoutée.

L'or gris, c'est le business des maisons de retraite où sont mortes la moitié des victimes dans le silence caniculaire de l'été dernier.

Les intérêts financiers qu'ils soient sains ou véreux, ne sont pas les seuls responsables de ce morbide record mondial que tous les pays sous-développés nous renvoient avec mépris, en nous laissant à notre amertume, repus d'égoïsme et d'indifférence.

La démotivation collective et la corrosion des mentalités arriérées, quoiqu'il adienne aux week-ends prolongés, aux congés payés et à la RTT, ne sont pas les seules responsables de cette tache indélébile sur laquelle certains esprits refusent de s'émouvoir : à en croire ces gens là, cette hécatombe, signe évident de modernité, est dans l'ordre naturel des choses puisqu'elle concerne des « vieux coûteux et inutiles qui n'en avaient plus pour longtemps » (sic) !

Mais n'en déplaise aux cyniques, ce drame illustre encore une fois le niveau de nuisance d'une situation bien connue où les uns meurent debout pendant que d'autres confits de suffisance, pensent couchés bien à l'abri dans leurs bureaux.

De ce point de vue, la puissance publique fait preuve d'une légèreté coupable considérablement amplifiée par la multiplicité des instances départementales souveraines, sourcilleuses, indépendantes les unes des autres et sans aucune lecture horizontale possible.

De fait, les DDASS et les Conseils généraux, co-financeurs de ces établissements pour personnes âgées n'assument aucune mission de contrôle car s'ils devaient le faire, on peut imaginer dans quelles conditions de proximité électorale, les choses évolueraient.

Les inspections des DDASS sont inexistantes alors qu'elles devraient être effectuées sans préavis par des organismes indépendants de toutes formes de pression. Exceptionnellement inventoriées, elles ne sont quasiment jamais suivies d'effet, alors que les motifs de scandale ne manquent pas. Tant il est vrai, que trop souvent la négligence le dispute à la mesquinerie dans le quotidien de certains de ces établissements de retraités justement qualifiés de « mouirois ».

Les Conseils généraux ne sont pas plus attentifs, pour la raison qu'ils se préoccupent de ne pas avoir de « vieux sur les bras » en cas de rétorsion contre un établissement répréhensible, parallèlement à la recherche par le « tam tam » de places disponibles pour toutes les personnes âgées à caser.

En définitive, sans faire dans l'amalgame car il y a heureusement des maisons de retraites dignes d'exercer sans qu'elles aient à « surfer » sur les drames pour servir un verre d'eau ou changer une couche, l'absence de lisibilité et l'organisation de la pénurie inévitablement associées à une régulation inexistante des disponibilités en temps réel, sont les piliers sur lesquels s'échafaude un laisser-aller nimbé d'impéritie qui confine à l'incurie, pour ne pas dire à l'abandon et à la non-assistance à personnes en danger.

L'assistantat érigé en institution castratrice, est devenu la règle usuelle de dysfonctionnement d'une société qui part dans tous les sens, alors que le premier cercle de solidarité, où les individus doivent pouvoir donner, recevoir, partager et être protégé, c'est la Famille.

Une civilisation qui néglige ou abandonne ses aînés comme des chiens sur le bord des routes de vacances, est à coup sûr une civilisation décadente qui n'a plus d'histoire et encore moins d'avenir.

Avant qu'il ne soit trop tard ! Affirmons notre humanité contre la lâcheté, la cupidité et la religion du profit à outrance !

* Directeur d'Officiel Santé

BREVES... ACTUALITÉS... BREVES... ACTUALITÉS... BREVES... ACTUALITÉS... BREVES...

Le message
des syndicats
au gouvernement**Déclaration commune des organisations syndicales des personnels (CGT, FO, SUD, CFTC) et des médecins hospitaliers (CHG, CMH, INPH, SNAM/HP)**

C'est parce que l'avenir du service public de santé et de l'hôpital nous préoccupe tous que les organisations syndicales de personnels hospitaliers, médicaux et non médicaux (CGT, FO, SUD, CFTC, CHG, CMH, INPH, SNAM/HP) ont décidé de se rencontrer et d'arrêter en commun, la déclaration suivante, afin de lancer un avertissement au gouvernement.

Ils tiennent à souligner la gravité de la situation actuelle des hôpitaux, conséquence à la fois des restrictions budgétaires et de la pénurie de personnels appliquées par les gouvernements successifs, au nom de la maîtrise de l'offre et de la réduction des déficits publics. Malgré la mobilisation permanente de l'hôpital et de ses personnels, cette logique comptable aboutit à une dégradation de notre système hospitalier.

La méthode actuelle du Gouvernement consiste à faire cautionner par les organisations syndicales des mesures déjà arrêtées, notamment dans le cadre « Hôpital 2007 ».

Notre responsabilité est de dire : que face à cette situation, force est de constater que le cadre qui nous est proposé par le gouvernement, mène à une impasse. C'est pourquoi, nos organisations exigent l'ouverture de véritables négociations sur l'avenir de l'hôpital et sur les revendications de ses professionnels.

Ce dont souffre aujourd'hui l'hôpital, c'est essentiellement du manque de personnels, toutes catégories confondues. C'est la raison pour laquelle, l'urgence est à la mise en œuvre d'un plan ambitieux d'emploi et de formation pour les personnels.

Cela passe par des créations d'emplois immédiates dans les qualifications disponibles, une augmentation des places dans les écoles de formation avec des mesures d'attractivité et de fidélisation, le financement des promotions professionnelles. Les mesures annoncées concernant l'augmentation des quotas, tant pour les médecins que pour les soignants, sont notoirement insuffisantes.

Tout cela pose la question du financement de l'hôpital. Les plans successifs annoncés à grand renfort de publicité (urgences, périnatalité, personnes âgées, cancer...) ne sont à ce jour pas financés. Les conséquences seront une aggravation de la situation financière des établissements qui n'auront comme seule alternative que de faire des choix en terme de maintien ou de suppression d'activité. La seule variable d'ajustement sera le personnel et donc une nouvelle diminution et dégradation de l'offre de soins.

Par ailleurs, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale, voté en première lecture, institue la tarification « dite » à l'activité, ayant comme objectif d'harmoniser les dotations budgétaires entre le public et le privé. Elle va introduire à l'hôpital des critères de rentabilité, constituant une pression à la sélection des malades.

En outre, au moment où s'ouvrirait la « concertation » sur la gestion interne à l'hôpital, le gouvernement publiait le 4 septembre une ordonnance de simplification sanitaire qui vient profondément modifier le Code de la Santé. En effet, il renforce considérablement les pouvoirs des ARH et généralise le Groupement de Coopération Sanitaire ouvrant la porte à une privatisation rampante de l'hôpital public.

Nous nous adressons solennellement au gouvernement. Il appartient au Ministre de la Santé de réunir les conditions d'une véritable négociation sur l'avenir et les moyens

indispensables pour l'hôpital public.

Les organisations signataires ont décidé d'organiser une conférence de presse le jeudi 20 novembre 2003, à 11 heures, qui marque la volonté commune d'obtenir un changement d'attitude du gouvernement sur l'ensemble de ces questions.

A l'issue immédiate de cette initiative, en l'absence de réponse du gouvernement, nous déciderions de prendre ensemble toutes les dispositions pour organiser les actions nécessaires tant au niveau national que local, dans les plus brefs délais.

RTT, directive
européenne :
ça ne va pas !

Le Journal Officiel du 12 octobre 2003 publie les décrets modifiant la mise en œuvre de la réduction du temps de travail et du compte épargne temps pour les médecins hospitaliers. Ces textes, publiés 10 mois après l'accord d'assouplissement qu'ils doivent mettre en œuvre, sont quasiment sans objet. Ils visent à ouvrir la possibilité de rachat volontaire de 10 jours de RTT et ont été accompagnés de la création de 1 000 postes médicaux en 2002 et 1 000 postes en 2003. Or, la quasi-totalité de ces postes et de ces financements ont été utilisés pour mettre en œuvre un tout autre dossier : celui de la Directive Européenne 93-104 qui intègre la « garde » dans le temps de travail et limite le travail hebdomadaire à 48h maximum.

Nous rappelons que l'évaluation des besoins médicaux dans les hôpitaux publics pour tenir compte de la mise en place de la RTT, de la Directive Européenne, du développement des spécialités émergentes (gériatrie, urgences) est d'environ 7 000 équivalents temps plein. Le Ministre avait d'ailleurs admis cette évaluation.

Par ailleurs, les médecins et les hôpitaux sont mis dans

une position ambivalente insupportable. En effet, les financements correspondants se diluent dans la fongibilité des enveloppes et abondent en fait la cavalerie que les établissements hospitaliers publics sont amenés à effectuer pour dissimuler leur déficit parfois abyssal.

Dans le même temps, la réduction du temps de travail des personnels non médicaux se borne le plus souvent à une accélération des tâches qui diminuent le temps passé auprès des patients, augmente le stress et détruit les organisations.

Ce constat ne peut faire remettre en cause le principe général de la légitimité de la réduction du temps de travail. C'est l'absence d'anticipation du choc démographique, les insuffisances de financement et le tour de passe passe visant soit à les diluer soit à les détourner vers l'application de la directive européenne qui aboutit à une situation inacceptable.

Au moment où va s'ouvrir la discussion sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, la CMH appellera les équipes hospitalières à en tirer toutes les conséquences.

Le projet de loi
de financement
de la sécurité sociale
impose la maîtrise
comptable

Au moment où sont présentés les comptes de la Sécurité Sociale, le PLFSS apparaît, en l'état, comme un outil brutal de limitation des budgets hospitaliers. Comme l'indique l'exposé des motifs, le projet prévoit « qu'outre la procédure de révision des tarifs en cours d'année dans le cas où l'évolution observée de l'activité serait incompatible avec le respect de l'objectif en cours, une procédure de récupération du trop perçu l'année précédente par une diminution temporaire des tarifs de l'année en cours ». Le texte crée les tarifs flottants et limitant à l'hôpital.

BREVES... ACTUALITÉS... BREVES... ACTUALITÉS... BREVES... ACTUALITÉS... BREVES...

Cette maîtrise comptable s'exprime au plan national, régional et local. Ainsi il est prévu que « *lorsque l'établissement ne respecte pas ses obligations contractuelles et après qu'il a été mis en demeure de présenter ces observations, le Directeur de l'ARH peut demander de réduire le montant remboursé dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie* ».

L'état se donne ainsi la possibilité de limiter autoritairement, par simple arrêté, les dotations allouées aux établissements hospitaliers. Cette situation de contrainte extrême va exacerber la concurrence entre établissements publics et privés sur la base de missions et d'objectifs différents. Car dans le même temps les conditions de mise en place de la tarification à l'activité créent des conditions déloyales de

concurrence entre secteur public et privé.

Les cliniques privées, attractives pour les compétences médicales vont continuer de sélectionner et augmenter leur activité programmée dans des conditions de contraintes limitées (Directive européenne RTT honoraires...) La fongibilité des enveloppes de la T2A conduira elle à faire payer l'hôpital public.

Au moment où va être annoncé le taux d'évolution de l'ONDAM, il faut rappeler que le rapport commandé par le Ministre concernant la médicalisation de l'ONDAM avait conclu que l'augmentation mécanique des dépenses liées au vieillissement et à l'innovation est de 3 % chaque année.

Dans ces conditions, alors que le drame lié à la canicule et les signes d'alertes quotidiens de dysfonctionnements

hospitaliers auraient dû conduire à l'établissement d'une véritable politique contractuelle disposant d'un financement suffisant, ce projet de loi organise, en l'état, la restriction et l'iniquité. Cela n'est pas acceptable.

Païement du temps de travail additionnel : Un courrier du ministre aux directeurs des ARH

« L'arrêté du 30 avril 2003, pris en application des décrets statutaires du 6 décembre 2002 qui intègre les anciennes gardes dans les obligations de service, fait bénéficier les praticiens du repos quotidien et instaure le temps de travail additionnel sur la base du volontariat mis en oeuvre dans les établissements publics de santé.

Dans ce cadre, et pour faire suite aux courriers du directeur

de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en date du 10 octobre et 3 novembre 2003, je souhaite que vous vous assuriez, auprès de chacun des établissements de votre région, du paiement effectif des indemnités correspondant au temps de travail réalisé par les praticiens au-delà de leurs obligations de service et dûment constaté, au vu des tableaux de service.

Je vous demande de me rendre compte personnellement dans les meilleurs délais des données relatives à ce paiement.

Je compte sur votre implication pour que cette nouvelle organisation du temps médical bénéficie à la fois au service public hospitalier et aux praticiens engagés dans ses missions. »

Lettre de Jean-François Mattéi datée du 10 novembre 2003

Hôpital 2007

vos réactions

Au début de l'été, dans les colonnes d'Officiel santé qui présentait les propositions du ministre, la CMH lançait une enquête nationale auprès des praticiens hospitaliers. En voici le retour. N'hésitez à continuer à vous exprimer sur notre site www.cmh-hopital.org

Un échantillon équilibré et représentatif

- CHU 28%	CH et CHS 72%
- PH Chefs de service	34%
Praticiens hospitaliers	54%
Autres Statuts (PUPH, Assistants, Attachés)	12%
- Spécialités :	
- Médecine	41%
- Chirurgie	21%
- Psychiatrie	18%
- Pharmacie	12%
- Biologie	8%
- Anesthésie, Radio	1%

Que pensez-vous de votre actuel statut ?

Satisfaits	+/- satisfaits	Mécontents	NSPP
39%	25%	23%	13%

Faut-il le compléter par des valences ou des contrats reconnaissant la pénibilité, la responsabilité, le temps de travail ?

	OUI	PEUT ETRE	NON	NSPP
Pénibilité	47%	15%	16%	22%
Responsabilité	72%	6%	10%	12%
Temps de travail	45%	7%	17%	31%

Pensez-vous nécessaire de maintenir la nomination des praticiens par le Ministre ?

OUI	74%
HESITANTS	4%
NON	15%
NSPP	7%

Le découpage en service est-il satisfaisant ?

OUI	45%
PLUS OU MOINS	17%
NON	26%
NSPP	12%

Quel est votre message prioritaire ?... Petit florilège...

Gériatrie, Courbevoie : faites vite on va pas bien.

Chirurgie, Aubenas : Entre le mandarinat médical de jadis et le mandarinat administratif actuel, il existe un juste milieu.

Chirurgie, Montargis : halte à la marchandisation et à la bureaucratisation. C'est un métier de relations humaines. Privilégier le contrat patient/médecin.

Réadaptation, Pau : concevoir et appliquer une politique de santé globale dans l'hôpital est un maillon stratégique ; définir les rôles de la médecine libérale, des cliniques privées, de leurs obligations vis-à-vis des urgences, de la santé publique et de la prévention. Diminuer la charge en travail administratif des médecins, développer les structures médico-sociales, les moyens des services de suite pour drainer les patients des hôpitaux plus vite, plus efficacement. Donner des moyens importants aux réseaux et filières spécialisées.

Biologie, Lyon : Arrêtons de démolir les bonnes volontés !!

Psychiatrie, Bayeux : Urgence à considérer les psychiatres et la pédopsychiatrie comme secteur médical sinistré. La qualité des soins ne peut être assurée qu'avec les moyens.

Neurologie, St Briec : priorité à la création de postes. Compensation totale de la RTT et du repos compensateur.

Biologie, Paris Lariboisière : Respect de la réglementation par l'administration et du tissu social humain.

Néphrologie, Martigues : Il est largement temps de reconnaître que la cheville ouvrière de l'hôpital est constituée par une équipe médicale composée de praticiens hospitaliers plein temps, et que parmi ceux-ci, certains ont choisi de s'impliquer tout particulièrement dans une réflexion touchant autant les conditions de fonctionnements locaux que les problèmes de santé publique. Ils doivent pouvoir imprimer à ces structures tout le dynamisme dont elles ont besoin et avoir les moyens d'atteindre cet objectif.

Anesthésie, Lyon Croix Rousse : Suppression de l'activité libérale à l'hôpital, statut unique, valorisant, motivant pour une pratique médicale éthique et responsable.

Rhumatologie, Brest : Que le ser-

vice public soit maintenu, que la qualité des soins perdure.

Chirurgie, Loudéac : Reconnaissance de pénibilité du métier chirurgical.

Biologie, Lyon Herriot : Améliorer le découpage des structures avec une mobilité accrue du personnel médical et paramédical. Impliquer davantage le corps médical dans la gestion des équipes sans tomber dans le piège de se substituer à l'administration ou a contrario de cautionner les choix de la tutelle.

Réanimation, Pau : redécouvrons un meilleur équilibre entre le pouvoir médical quasi nul en mon sens, et le pouvoir administratif. Les patients ne viennent pas à l'hôpital pour bénéficier des compétences des directeurs.

Pédiatrie, Paris Necker : permettre la reconnaissance des fonctions d'enseignement et de recherche des PH de CHU qui ont une triple fonction.

Médecine interne, Angoulême : Arriver à se faire entendre et comprendre par l'administration (vœux pieux)

Chirurgie, Angers : Donnez-nous les moyens humains et financiers de travailler correctement. Je ne souhaite pas forcément une revalorisation salariale ni des jours de congé supplémentaire, je veux pouvoir exercer sereinement.

Psychiatrie, St Egrève : Stop aux PMSI et aux paperasseries. Reconnaissance de la psychiatrie dans sa spécificité.

Psychiatrie, hôpital C : nécessité du maintien de la politique de secteur. Nécessité de recrutement suffisant de psychiatres pour le bon fonctionnement des services.

Médecine interne, Nantes : création d'un statut unique de médecin hospitalier avec des vacations d'enseignement, de recherche et d'administration. Ceci responsabiliserait le praticien dans ces fonctions.

Urgences réanimation, Bourg-en-Bresse : ne plus accepter que les patients des urgences attendent des heures sur un brancard une place dans un service.

Psychiatrie, secteur 89 G : Les adaptations économiques et à visée politique dans l'urgence, sont en train de tuer l'hôpital public. Une meilleure définition du rôle de PH en termes de responsabilité au sein

Suite page 24



Les urgences : « in » ou « out » ?

par le Dr Bruno Mangola, urgentiste, vice-président de la CMH

Les urgences sont de plus en plus médiatisées et un « plan urgences » a même été lancé par le ministre. Pour autant le risque la mise à l'écart de l'hôpital et de la programmation est un risque réel pour les urgences.

Depuis un certain nombre d'années, en période estivale, les Urgences et les urgentistes sont l'objet des sollicitudes de la presse. L'actualité est souvent pauvre et « il se passe toujours quelque chose aux urgences ». Cet été 2003, plus que les autres, la mobilisation de la presse écrite, parlée et télévisée a été majeure. Il ne pouvait en être autrement devant ce qu'il a été convenu d'appeler une catastrophe sanitaire. Cette médiatisation à outrance a révélé au public une problématique que les professionnels connaissent depuis longtemps : l'hôpital est en crise et le mal est profond. Ce n'est pas un hasard si les urgentistes ont été les premiers à tirer la sonnette d'alarme. Leur situation transversale, en interface avec l'intérieur de l'établissement, le « in » et l'extérieur, le « out » en font des observateurs indépendants et une bonne vigie. Ces urgentistes, s'ils sont connus de nos concitoyens, un français sur 7 en a rencontré cette année; de nos élus, le parlement a voté la création de la spécialité; de nos gouvernants, ils ont été les interlocuteurs du ministre de la santé et du Premier ministre, sont-ils reconnus par leurs collègues? Rien n'est moins sûr, car on ne sait pas toujours qui ils sont. La plupart ont une formation générale complétée par une capacité voire un diplôme spécialisé, un petit nombre aujourd'hui est issu d'une spécialité reconnue, l'anesthésie

en majorité mais aussi la réanimation, la chirurgie, la médecine interne, la cardiologie, la thérapeutique... Demain, ils seront spécialistes, mais qui seront leurs professeurs?

Quelle place leur accordera l'université dans la formation initiale mais aussi continue, sous quelles modalités? N'est ce pas une chance, à travers une spécialité émergente de pouvoir mettre en place un enseignement et une recherche innovants, attractifs et performants.

On pense savoir ce qu'ils font, pourtant trois ans de réunions à la DHOS et les cogitations d'une de leur société savante ont été nécessaires pour qu'ils définissent leurs missions. Sait-on toujours où ils exercent?

Derrière des téléphones, dans les centres 15, évitant, par un exercice à haut risque médico-légal, des hospitalisations, donnant des conseils et permettant une meilleure orientation de la demande. Dans les camions des SMUR pour sauver des vies, image classique, sûrement la plus valorisante, mais n'illustrant qu'une faible part du travail de ces médecins. Les transferts intra ou inter hospitaliers ne sont pas la moindre de leurs activités. Ils sont à l'accueil donnant des soins et évitant dans 70 % des cas une hospitalisation. La gravité du problème de santé des patients ne peut être déterminée qu'après un examen soigneux, ce n'est donc qu'à posteriori que l'on peut juger du caractè-

re approprié ou non de la visite « aux urgences ». Ils orientent de façon optimum les patients qui demandent des soins, non aux médecins des urgences, mais à l'institution entière c'est-à-dire son plateau technique et ses spécialistes. Ils sont dans l'unité d'hospitalisation de courte durée, qui est ou sera dans l'avenir, une véritable plaque tournante, un sas de sécurité et une tête de pont de certains réseaux. Ils sont aussi dans les unités médico-judiciaires, dans les centres d'enseignement de soins d'urgence... Leur rôle est multiple, du docteur à l'assistant social en passant parfois par le brancardier. Toujours en première ligne, ils protègent l'institution par leur activité de triage, résultante de leur exper-

tise dans les soins d'urgences. Ils doivent également faire face à la violence, générée par l'angoisse du devenir, où des situations, mais aussi parce que la violence de la société ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital.

Leur temps de travail est source de difficultés, de polémiques et de conflits. Ils souhaitent pour leur immense majorité compter leurs heures de travail, scandale car on touche à un tabou.

Les urgentistes veulent, en conformité avec la Loi européenne, que le temps de garde soit du temps de travail. On ne comprend pas qu'il puisse en être autrement. Quelle autre profession pourrait accepter que ce temps donné à l'institution ne soit pas intégré dans le

Communiqué de Presse

Les Laboratoires Paul HARTMANN lancent Rhena®, nouvelle orthèse stabilisatrice de cheville Airform®

Janvier 2003, suite à l'acquisition des établissements Max Lorm, les Laboratoires Paul HARTMANN lancent la marque Rhena®, gamme complète d'orthèses, moderne et innovante, alliant la haute technicité du tricotage élastique à la rigueur médicale.

Octobre 2003, dans le cadre de la gamme Rhena®, les Laboratoires Paul HARTMANN lancent la nouvelle orthèse stabilisatrice de cheville Airform®.

Cette nouvelle orthèse permet de maintenir efficacement la cheville lors du traumatisme de la tibio-tarsienne moyenne et grave en phase aiguë.

- L'orthèse stabilisatrice Airform® est composée de trois coquilles d'air qui permettent un maintien personnalisé de la cheville, ainsi qu'un traitement compressif, indispensable à la résorption de l'œdème.
- Ses bords flexibles anatomiques améliorent le confort et permettent de diminuer les points de pression.
- Son revêtement en élastomère anti-glisse, doté d'alvéoles flexibles, assure une protection mécanique et améliore la tenue de l'orthèse.
- Les trous d'aération positionnés au niveau de la malléole assurent la circulation de l'air.
- Ses bandes taboulières pivotantes permettent un réglage rapide et précis après sa mise en place et autorisent une adaptation permanente de l'orthèse lors de la marche.

Les Laboratoires Paul HARTMANN, filiale française du groupe HARTMANN, sont présents en France depuis plus de trente ans sur le marché des dispositifs médicaux avec des gammes complètes de compresses, bandages, subésifs, paracrammes modernes et les sets de soins Mediset dans les domaines de la perfusion, du sondage urinaire et des pansements.

Suite de la page 22

d'une collectivité est à mieux préciser et à inclure dans les données de recrutement, plus particulièrement en ce qui concerne l'aptitude de chef de service ou de département.

Pharmacie, Lyon : réduire l'emprise de l'administration.

Biologie, Firminy : Faire que la responsabilité égale l'autorité. Le corps médical qui était la charpente d'un hôpital est bien mal face à la direction, directeur des soins et cadres de service.

Psychiatrie, Arles : Ras le bol, mais alors vraiment !

Psychiatrie, Bordeaux Charles Perrens : Il faut des postes de PH, des infirmiers, des secrétaires, des psychologues, des assistantes sociales, des lits, des locaux décents. Il faut diminuer le rôle des directeurs et revoir les prérogatives des ARH.

Pharmacie, Avicenne Paris : il est essentiel de préserver le service public et de s'opposer à toute volonté d'éclatement du statut de praticien.

Pneumologie, Pau : associer des médecins à la gestion de l'hôpital en évitant de tomber dans l'écueil d'une double administration jouant au chien et au chat.

DIM, Creil : changer l'hôpital, oui à Hôpital 2007.

Samu, SAU, Mulhouse : l'hôpital ne survivra que si l'on redonne l'envie personnelle d'y travailler et la satisfaction de ce que l'on y a fait. Pour les urgences, c'est donner des conditions de travail acceptables en améliorant les conditions matérielles. Spécialisation.

Chirurgie, Crest : suppression des services trop petits et trop fragiles qui ne sont plus attractifs et ne vivent que d'une clientèle captive comme mon service.

Psychiatrie, Novillars : attention à ne pas donner toute décision à l'administratif et à maintenir une qualité humaine aux soins psychiques.

Orthopédie, Toulon : attirer les médecins les plus qualifiés l'hôpital en revalorisant le statut. Qualité de la formation initiale et continue avec contrôle des sociétés savantes de chaque spécialité.

Réanimation, Toulon : il est urgent de faire des réformes car l'hôpital va très mal mais personne n'ose prescrire un traitement efficace car l'hôpital est aussi un pilier social explosif.

Urgences, Macon : faites confiance aux médecins.

Biologie, Pau : sauvegarde de la CME et de l'indépendance des PH. Caractère indispensable de modifications d'ensemble s'appuyant sur une véritable vision de l'avenir de la politique de santé. ■

temps de travail? Ils veulent que soient pris en compte, non seulement le temps passé auprès du patient, mais aussi le temps qu'ils doivent à la collectivité à travers les différentes réunions, commissions. Le temps dédié à l'enseignement et la formation continue est indispensable pour améliorer les soins et il doit être aussi comptabilisé. Mais s'ils ont souhaité être en temps continu c'est aussi et surtout pour être en phase avec leur activité. Le flux des malades ne s'arrête ni ne diminue à 18 heures 30 mais est devenu continu y compris la nuit, il suffit pour s'en convaincre de lire les études de la DRESS.

Ils veulent donc être « in », c'est à dire reconnus par les collègues comme spécialistes à part entière et non au rabais. Ils ne veulent plus être celui qui dérange, un tableau opératoire, une visite bien réglée, un emploi du temps programmé mais comme le porte-parole des patients qui nécessitent des soins. Ils acceptent d'être les fantassins de la charge pour un hôpital décloisonné où le malade est au centre et où les acteurs mettent leur pouvoir au service de la lutte contre la maladie et non du nombre de lits. Ils ne veulent pas être « out », isolés, non intégrés, assumant des responsabilités qui ne leur incombent pas. Certes, ils veulent un statut adapté aux contraintes d'un exercice professionnel particulier, mais non « out ». Ils veulent être des acteurs et des interlocuteurs dans les prises de décision qui engagent leurs établissements du fait de leur place incontournable dans l'hôpital d'aujourd'hui et celui que nous ferons demain. Ils ne seront « out » que si la communauté médicale veut qu'il en soit ainsi.

La Roche Foucault a dit : « il n'y a qu'une cécité : celle de ne voir que soi-même ». Les urgentistes n'étant pas les Urgences, ils n'en sont pas moins acteurs des Urgences et ont des idées sur l'Urgence. L'Urgence, c'est tout, tout de suite, tout le temps et pour moi du point de vue de celui qui a un problème. L'urgence est devenue une façon de vivre parce que notre société

a du mal à faire des projets. Le projet est devenu un principe d'urgence, une tyrannie comme l'a écrit Zaki Laïdi dans « la tyrannie de l'urgence ». Ne soyons donc pas étonnés si l'hôpital est en crise. Comme d'autres structures, il a du mal à faire un projet ce qui génère l'inquiétude de ses acteurs et des conflits. Nous sommes dans l'immédiat, dans l'urgence mais peu dans la projection.

Les Urgences ont aussi été médiatisées cette année et un plan Urgences a même été lancé par le ministre de la santé. Ce plan, ambitieux, pourra-t-il être appliqué si son financement n'est pas assuré et si tous les acteurs ne souhaitent pas obligatoirement sa réalisation? Les Urgences, beaucoup les revendiquent, source de reconnaissance, de financement et, disons-le, de postes, elles deviennent intéressantes.

Les urgences, c'est les malades non programmés. Ils sont en plus, ne correspondent pas toujours aux normes du service : pathologie, typologie... ils ne se présentent pas toujours quand il faut, en heures ouvrables, en jours ouvrables. Les services tels qu'ils sont actuellement avec leur rigidité, leur absence de flexibilité, ne sont pas toujours à même de les accueillir.

Une circulaire d'avril 2003 est venue clarifier la permanence des soins, les urgences pré-hospitalières et les services des urgences. Un groupe de travail à la DHOS a pour mission de modifier les décrets de 1995 et 1997 sur les urgences. Sans dévoiler son travail, on s'achemine vers un service des urgences dans un réseau et avec un réseau et des filières, ces modifications ne seront pas sans conséquence pour l'organisation future du système de soins, pour les SROS et l'offre de soins en général.

Il a été dit que les Urgences étaient structurantes dans un établissement de santé. Peut-être? Nous serons cependant vigilants à ce que les établissements publics de santé ne deviennent pas un service des urgences et des services pour les personnes âgées.

La tarification à l'activité, dite

T2A, va concerner aussi les urgences. Le financement sera mixte, un forfait annuel et un forfait au passage. Ce dernier élément est critiquable dans la mesure où l'on encourage les patients à moins venir dans les services d'urgences par une meilleure régulation, par la création de maisons médicales, par une collaboration améliorée et accrue avec la médecine de ville. La lourdeur des prises en charge n'est pas discriminante et ce système risque de favoriser une augmentation réelle ou artificielle des passages. La facturation permet donc aux urgences d'être « in » mais attention.

Le vrai risque d'être « out » pour les urgences est de devenir un hôpital dans l'hôpital. Cette éventualité, que les urgentistes ne revendiquent pas, est réelle. Le non programmé, géré par les urgentistes et le programmé dans les services classiques d'hospitalisation. Les missions de l'hôpital doivent, comme celles des urgences, être définies, le « in » et le « out » seront ainsi clairs.

Il faut agir et non réagir, c'est à dire anticiper et être dans le projet. Les urgentistes de la CMH y sont et continueront à être en pointe pour que les Urgences et les urgentistes soient toujours « in », dans le train du progrès. Mais force est de constater que nous n'avons pas tous à la même vitesse. La canicule d'hier a-t-elle préparée le froid de demain? Vu du terrain la réponse est non. Nous n'osons pas changer, nous restons dans des organisations qui ont fait la preuve de leurs faillites. Nous n'avons pas la visibilité de ce que sera l'hôpital et ses acteurs demain. La ligne de 2007 est encore mal visible. Plus l'inconnue sera grande, plus l'inquiétude deviendra angoisse moins les acteurs accepteront de participer. La confiance que nous a demandée notre ministre ne pourra être que si elle n'est pas à sens unique, cela se juge aux actes et tous ne sont pas au rendez-vous. Nos gouvernants ne doivent pas non plus être « out ». ■

Un nouveau site interactif pour la CMH

La CMH vous propose désormais un portail interactif à l'adresse <http://www.c-mh.org>. Vous pouvez également y accéder à l'ancienne adresse <http://www.cmh-hopital.org> en choisissant « le portail interactif de la CMH ».

Le nouveau site vous propose toujours sous une autre forme les rubriques classiques: présentation de la CMH et des syndicats constitutifs, les textes, l'actualité, les négociations, les liens, etc. Toutefois, nous avons souhaité ajouter de nouvelles fonctionnalités plus interactives dans le but de communiquer en direct avec vous, de vous donner la parole, de dialoguer.

SUIVEZ LE GUIDE

En premier lieu, enregistrez-vous en cliquant sur la page d'accueil sur « nouveau compte ». Cela vous permettra de nous proposer de nouveaux articles et de participer à nos forums. Vous pourrez aussi recevoir directement par e-mail notre courrier ou notre lettre d'information en cours de réalisation. Puis, configurer votre compte pour personnaliser l'aspect et le style de présentation. Enfin, prenez quelques minutes pour parcourir le site.

La page d'accueil comporte 3 zones: au centre, vous pourrez consulter les articles d'actualités. Toujours à jour, ils sont présentés du plus récent en haut vers le plus ancien. Nous conservons les 10 derniers articles en permanence. Les articles plus anciens sont consultables dans la zone de droite intitulée « anciens textes ». Vous pouvez aussi les retrouver par mots clés dans la zone « recherche » ou par sujets dans la zone de gauche rubrique « sujets ».

LES MODULES

La zone de gauche vous présente en haut les modules accessibles: certains modules ne sont accessibles qu'aux utilisateurs enregistrés (forums par exemple). Voici quelques éléments concernant ces modules:

- **Forums de discussion**: donnez votre avis en direct sur les sujets chauds.
- **Liens web**: une sélection de liens utiles voire indispensables
- **Contact**: faites nous part de vos suggestions ou demandez nous des informations
- **Liste des membres**: tous les membres enregistrés
- **Officiel Santé**: la revue en ligne à partir du numéro 22
- **Proposez un article**: si vous avez quelque chose à dire, ne vous gênez pas. Nous publierons tous les articles constructifs.
- **Qui sommes nous?**: retrouvez ici toutes les infos sur la CMH. Les membres du bureau, les syndicats affiliés, les délégués, la charte, etc.
- **Sondages**: nous poserons ici quelques questions d'actualité. Répondez et consultez en temps réel le résultats.
- **Statistiques**: l'état des consultations en direct. N'hésitez pas à cliquer sur « statistiques détaillées » et faites monter le nombre de « hits ».
- **Téléchargements**: les dossiers, les textes, les négociations en cours, les rapports, etc. Une mine d'informations à télécharger ! Pour suivre les événements au plus près.

Nous comptons sur vous pour nous transmettre vos suggestions afin d'améliorer ce site et surtout à le faire vivre.

Bon surf.

Les « webmasters » : F. Thuillier et M. Vaubourdolle

pourquoi et comment

la tarification à l'activité va remplacer le budget global

par Jean Pierre Graffin, directeur des finances de l'hôpital Simone Veil (95)

L'introduction de la tarification à l'activité (dite « T2A ») va bouleverser la gestion hospitalière. Le processus est lancé, même s'il est « amorti » dans le temps pour diminuer les risques d'explosion. ?

Le sort en est donc jeté. A l'approche des pronostics généralement formulés, la mise en place de la tarification à l'activité va être initiée dès le 1^{er} janvier 2004. L'échéancier de mise en œuvre complète repose sur trois étapes successives à l'issue desquelles, en 2006, les hôpitaux factureront directement à l'assurance-maladie. Rarement réforme administrative d'envergure aura été conduite avec pareille célérité et il faut donc saluer l'aube d'une ère nouvelle censée libérer les énergies et les forces vives, remotiver les équipes médicales et soignantes, mettre fin aux rigidités et aux inégalités.

Un mécanisme libérateur

C'est en effet au nom d'un dynamisme et d'une créativité à retrouver qu'est d'abord assurée la promotion de la tarification à l'activité. A cet égard, cette réforme, pièce majeure du plan hôpital 2007, que les initiés évoquent en employant un sigle techno « la T2A », est présentée comme un dispositif émancipateur : les hôpitaux vont être progressivement délivrés de ce carcan qui les opprimait depuis 20 ans, ce budget global unanimement voué aux gémonies qui faisait

obstacle à leurs projets de développement en les condamnant à la pénurie et en figeant les inégalités. Cette réforme a, rappelons-le, été initiée avec l'appui des professionnels de santé et des organisations représentatives qui réclamaient depuis longue date une tarification à la pathologie. Elle peut donc de prime abord susciter un légitime enthousiasme. Finies l'oppression des provinces, les rentes de situation et les inégalités féodales. Place maintenant au fourmillement des projets sur la France entière dans une abondance retrouvée avec la juste rétribution des plus performants. Ce bel enthousiasme est sans doute roboratif, mais ne nous méprenons pas : avec la tarification à l'activité, la tutelle nous met d'abord au défi de démontrer que nous sommes effectivement aussi dynamiques et créatifs que nous l'affirmons.

Une nouvelle approche de la gestion

Avec la réforme de la tarification, l'hôpital va d'abord faire la découverte, certainement enivrante dans un premier temps, de la maîtrise et de la responsabilité de son budget puisque ses moyens de fonctionnement ne dépendront plus des décisions arbi-

traires de l'ARH mais seront directement conditionnées par son activité et sa production médicale.

Il s'agit là, soulignons-le, d'une démarche entièrement nouvelle pour une structure publique. La T2A se distingue ainsi radicalement du financement par le prix de journée que les hôpitaux ont connu jusqu'au début des années 80. Les prix de journée étaient en effet déterminés par rapport à une enveloppe autorisée de dépenses et chaque hôpital bénéficiait ainsi de ses prix de journée propres, les hôpitaux riches affichant des prix de journée élevés et les hôpitaux pauvres se contentant de prix de journée bas.

C'est en fait à un renversement copernicien de nos perspectives de gestion que conduit la réforme de la T2A. Nous avons ainsi été habitués à raisonner dans un cadre public où les recettes d'un établissement ne constituaient qu'une préoccupation seconde. Pour leur plus grande part (la dotation globale et les produits hospitaliers), elles ne sont pas en effet pas générées par l'activité propre de l'hôpital et la facturation à prix coûtant de ses prestations mais elles sont déterminées, a posteriori, par calcul arithmétique, une simple opération de soustraction effectuée à partir de l'enveloppe globale des dépenses autorisées. Par l'adoption d'une démarche déconcertante, exactement inverse de celle d'une entreprise du secteur privé ou d'un particulier, le montant des recettes dépend donc, en gestion publique, du montant

préalablement négocié des dépenses de l'établissement. L'introduction de la tarification à l'activité remet donc en quelque sorte « sur ses pieds » la gestion hospitalière en positionnant celle-ci au plus près de la source de sa richesse, sa production médicale, et en instaurant des conditions de gestion comparables à celles d'une entreprise privée dont le chiffre d'affaires et la production vendue financent les consommations externes et rémunèrent un certain volume d'emplois. En outre, il ne suffira pas de faire du chiffre d'affaires, il faudra être rentable et éviter de vendre à perte pour dégager un résultat de gestion positif.

Un nouveau document budgétaire – la comptabilité analytique support de la gestion

On comprend ainsi que la T2A doit à terme modifier sensiblement la logique et les modalités pratiques d'allocation budgétaire. L'ancien document « budget primitif » qui fixait le cadre de la gestion budgétaire d'un exercice va ainsi disparaître dès l'an prochain, remplacé par l'E.P.R.D. (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses). Du reste, les négociations budgétaires avec l'autorité de tutelle portant sur une évolution prévisionnelle des dépenses vont perdre toute pertinence. Finis donc ces dialogues de sourds où l'ARH opposait avec entêtement son « taux réducteur »

et sa dotation régionale aux revendications des hôpitaux opprimés, implorant un rebasage budgétaire (pour cause de G.V.T., de mesures salariales, de molécules onéreuses etc..) ou le financement d'une liste à la Prévert de mesures nouvelles (la qualité d'un projet de budget se mesurant à son poids). Cette introduction à une véritable logique d'entreprise est à porter au crédit de la T2A. Les hôpitaux vont dans ce contexte pouvoir choisir, en toute liberté, de développer les pôles d'activité qui leur semblent, d'un point de vue financier, les plus porteurs. Pour ne pas gérer à l'aveugle et subir passivement la tarification à l'activité, les établissements hospitaliers devront pouvoir rapporter leurs coûts aux pathologies qu'ils traitent et se doter à cette fin d'une comptabilité analytique performante. Les hôpitaux cesseront donc d'être des boîtes noires et de ce point de vue, l'introduction de la T2A apportera une réelle transparence de gestion.

Une machine à corriger les inégalités

Cependant, il ne faut pas dissimuler l'ambiguïté des objectifs de cette réforme : plus que l'aliment et le moteur d'un nouveau dynamisme des hôpitaux, la T2A sera avant tout une formidable machine à corriger les inégalités, une machine beaucoup plus efficace que les mécanismes de péréquation interrégionale mis en place ces dernières années. La correction des inégalités de dotation régionale avait été initiée en 1997, dans le prolongement du Plan Juppé, avec une modulation des taux d'évolution au profit des régions défavorisées. L'objectif d'une répartition équitable des ressources entre les régions s'est toutefois révélé un mirage et a été régulièrement repoussé, passant de 17 années en 1997 à trente années aujourd'hui, autant dire jamais. En outre, il fallait

que soient réduites en même temps les inégalités internes à chaque région, supérieures aux inégalités interrégionales.

Des ressources liées à l'activité

Dans son architecture, le mécanisme économique de la tarification à l'activité reposera pour l'essentiel sur un financement à l'activité mesurée sur la base du PMSI. Le Groupe Homogène de Malades (le GHM) ne sera toutefois pas la référence exacte de cette tarification. Un nouveau concept est en l'occurrence introduit, celui de groupe homogène de séjour (GHS) qui, sommairement, constitue une extension de la notion de GHM. Par ailleurs, un **financement spécifique de certaines activités** sera mis en place.

* Il s'agit d'abord d'activités non ou mal couvertes par les GHM :

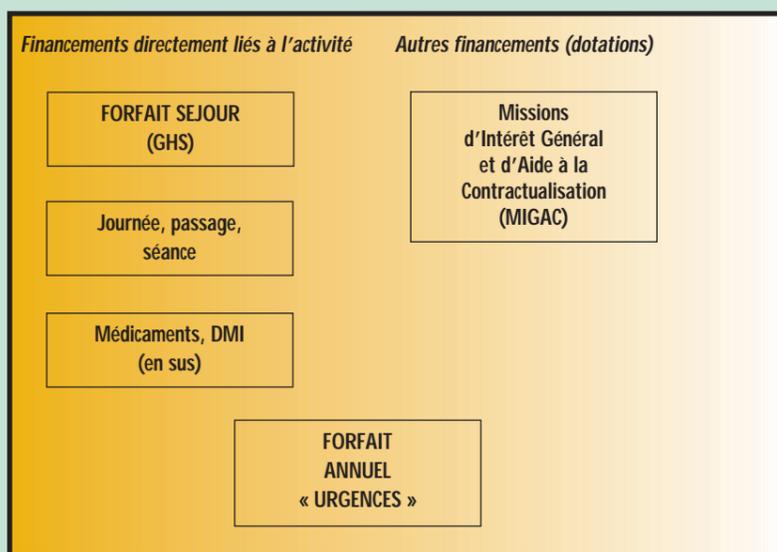
- Urgences : forfait de base + tarif au passage
- Réanimation : journées supplémentaires + GHS
- Soins palliatifs : 1 GHM et 2 GHS
- Prélèvements d'organes : principe d'un tarif par donneur facturé à l'AM.

* Il s'agit ensuite de l'activité externe (sur la base de la NGAP puis de la CCAM)

* il s'agit enfin de quelques médicaments coûteux ou innovants et de dispositifs médicaux implantables qui feront l'objet d'un paiement en sus.

Le maintien d'un financement par dotation globale

Ces différentes sources de financement, dont la principale est constituée par les GHS, sont directement liées à l'activité réalisée. Cependant, il est prévu de maintenir (par précaution ?) une enveloppe globale de financement en dehors du principe général d'un tarification à l'activité.



Un financement mixte est donc appelé à subsister, avec la survivance d'une dotation globale portant le nom ridicule de MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation). Le contenu de cette mystérieuse MIGAC est sans cesse élargi au fur et à mesure de l'avancement des travaux de la direction de l'hospitalisation mais elle est d'ores et déjà devenue un véritable fourre-tout regroupant l'enseignement, la recherche, l'innovation, le rôle de recours, l'aide à la contractualisation, la section 2 des retraitements comptables etc... On aura compris que cette enveloppe gérée par l'ARH qui la répartira contractuellement servira également d'éventuelle soupape budgétaire, même si elle est appelée à se réduire tendanciellement au fur et à mesure de la mise en place de la réforme.

En outre, pour rendre moins douloureux le passage du système de dotation globale à la T2A, sera maintenue, durant une période transitoire (10 ans), un financement par dotation globale, décroissant dans le temps.

Des tarifs égaux pour tous

La complexité apparente de ces dispositifs multiples de financement, dont certains constituent des avancées positives (notamment le finance-

ment spécifique des urgences), ne doivent pas masquer l'essentiel : à l'issue de la réforme, les établissements hospitaliers publics et PSPH factureront les GHS et les autres prestations sur la base de tarifs nationaux. Cela signifie simplement que l'hôpital de Saint-Affrique facturera ses prestations aux mêmes tarifs que l'Assistance Publique de Paris. Il est cependant vraisemblable que ce dispositif sera accueilli avec un enthousiasme inégal par les deux établissements.

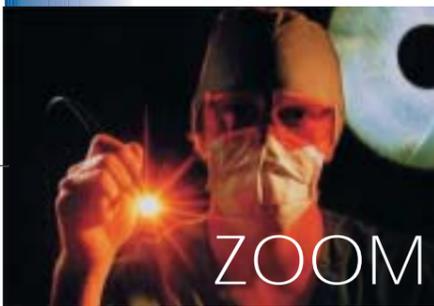
On saisit tout de suite en l'occurrence le principe égalitariste sur lequel repose la T2A. Il est cependant évident que l'application brutale de ce principe égalitariste risque d'avoir des conséquences explosives pour les établissements riches. Les établissements riches sont aujourd'hui identifiés par la valeur de leur point ISA et ils correspondent pour l'essentiel à la plupart des hôpitaux de la région parisienne et de nombreux établissements des régions Rhône-Alpes, PACA, Lorraine, Normandie. La région parisienne affiche ainsi une surdotation d'environ 11 % par rapport à la valeur moyenne nationale du point ISA (2,02 €) et voisine de 25 % par rapport à la région la plus pauvre, Poitou-Charentes.

Si les péréquations régionales se sont révélées impuissantes à corriger les inégalités en

Suite page 65

pour une réforme des études de pharmacie aboutissant à une spécialisation pour chacun

La Directive Européenne 85-432 relative à la libre circulation des diplômes stipule que les études en pharmacie débouchent sur des spécialisations, notamment pour la pharmacie hospitalière est-il précisé. Cette capacité ouverte par la Directive n'a malheureusement pas été suivie d'effets. Plus près de nous, les évolutions de toutes les professions de santé démontrent un **besoin croissant de spécialisation**. Son application aujourd'hui évitera à cette profession d'échouer dans une impasse et cela pour au moins deux raisons.



D'une part, l'évolution des sciences du vivant est devenue telle qu'elle contraint les professionnels même les plus spécialisés à une réactualisation répétée de leurs connaissances de base au bénéfice du maintien de leurs compétences.

D'autre part, la validation des acquis professionnels, récemment votée par le Parlement, va désormais aider à l'adaptation, voire l'amélioration, des compétences, hors sanction de nouveau diplôme universitaire.

La socialisation du système de rémunération des professionnels de santé a eu l'effet pervers de dévaloriser progressivement les praticiens polyvalents ou généralistes, comme le médecin de famille et le pharmacien d'officine, acteurs de santé publique placés au plus près de la population.

En pharmacie, comme en médecine, apparaît donc la nécessité de définir une spécialisation pour chacun, biologiste, pharmacien hospitalier, pharmacien responsable de l'indus-

trie, pharmacien d'officine, au terme de cursus universitaires spécifiques.

La biologie clinique a su faire admettre comme prérequis pour l'exercice de cette spécialité, la qualification résultant de l'internat en biologie.

Par contre, et malgré la qualité de la formation qu'il apporte, l'internat en pharmacie hospitalière n'est un prérequis que pour la candidature au concours national de praticien hospitalier. Ces internes ne voient reconnues ni compétences ni qualifications dans ce domaine.

Cette lacune va s'aggraver avec la création des GCS, qui selon les cas pourront être de statut privé et recruter de ce fait des pharmaciens sans spécialisation, pour assurer les missions à haut risque sanitaire des pharmacies à usage intérieur.

A l'heure où le C.H.U. médical et odontologique intègre la pharmacie, la spécialisation de pharmacie passe naturellement par une réforme de l'internat en pharmacie.

L'autre intérêt majeur de cette évolution va être d'aider à la rationalisation du numerus clausus pharmaceutique en fonction à la fois des débouchés professionnels branche par branche, et de l'évolution des besoins de la santé publique, c'est-à-dire non plus à l'aveugle 6 à 10 ans avant l'entrée des diplômés sur le marché de l'emploi mais avec une rapidité de réactivité telle que doit l'assurer le service public.

Aujourd'hui, qu'est-ce-que l'internat? Il est défini par

- Une (ou plusieurs) durée,
- Un nombre de semestres de stage définis,
- Un nombre d'Unités de Valeur définies,
- Une grande souplesse peut être donnée par les choix possibles complémentaires de semestres de stage et d'UV optionnelles, couplées ou non avec un DEA, DESS, DU ou autres spécialisations universitaires.

De l'expérience des dix dernières années, **résulte la nécessité de simplifier les filières proposées, pour les rendre plus**

DERNIERE MINUTE

Intégration de la pharmacie hospitalière au CHU : J.F. Mattéi s'engage auprès de la CMH

Le ministre de la santé a adressé au président de la CMH le courrier suivant en date du 19 novembre le ministre de la santé

« Pour faire suite à nos récentes conversations, je vous confirme ma détermination à faire aboutir dans les meilleurs délais le dossier de l'intégration de la pharmacie hospitalière au CHU.

Comme vous le savez, de par sa nature même, cette question doit faire l'objet de décisions conjointes des ministres chargés respectivement de la santé et des universités. Toutes dispositions ont été prises à mon initiative, pour que la concertation nécessaire soit engagée avec tous les partenaires concernés. Plusieurs réunions de travail constructives se sont déjà tenues dans cette perspective.

A ce jour, et au terme de la dernière réunion de travail interministérielle qui s'est déroulée début novembre au ministère de la santé en présence de représentants de la coordination syndicale que vous présidez, tout est mis en œuvre pour que cette réforme devienne effective pour la rentrée universitaire 2004.

Soyez assurés qu'en ce qui me concerne, tout sera fait pour que cet objectif soit respecté ».

lisibles, en les limitant à quatre :

- *Spécialisation Biologie Clinique,*
- *Spécialisation Médicaments et autres produits de santé,*
- *Spécialisation Dispensation Officinale,*
- *Spécialisation Sécurité Sanitaire et Réglementaire industrielle,*

Deux impératifs s'imposent :

d'une part éviter de retarder inutilement l'entrée des jeunes diplômés dans la vie active professionnelle et d'autre part consacrer le temps nécessaire à une formation spécialisée de qualité (stages et UV). En effet les futurs officinaux ou industriels aussi bien que leurs employeurs, souhaitent favoriser une embauche de jeunes et donc une spécialisation courte. L'internat doit donc apporter de facto tout ou partie de l'expérience que ces diplômés ont tendance à acquérir, parfois difficilement, au cours de leurs premières années de vie professionnelle. Cette réflexion conduit à restreindre la durée de l'internat de dispensation officinal et l'internat de sécurité sanitaire et réglementaire industrielle à **deux ans**, alors que pour la biologie clinique et la pharmacie hospitalière, l'internat doit être maintenu à **quatre ans**, compte tenu de l'ampleur des connaissances prérequisées pour la biologie clinique et la pharmacie.

Cette différence s'observe

d'ailleurs pour les nouvelles spécialités médicales de l'internat en médecine.

Il serait suspect que les mêmes lobbies qui ont fait échouer en 1984, pour de médiocres intérêts individuels, la spécialisation en pharmacie hospitalière continuent de sévir 20 ans plus tard en privant nos futurs confrères de la réforme indispensable à la qualité, la spécificité et donc à la reconnaissance de leurs exercices professionnels.

En conclusion, cette réforme présente l'avantage de concilier l'accès à la spécialisation pour chacun, une cursus professionnalisé au sein de la communauté médicale qu'est l'hôpital, un rallongement des études qui n'est que virtuel puisque les deux années supplémentaires pour la Filière Dispensation officinale et la Filière Sécurité sanitaire et réglementaire sont salariées et permettent d'acquérir des compétences qui sont recherchées, souvent avec difficulté, dans les premières années d'exercice, d'offrir un réel parallélisme avec le cursus des études médicales.

Pr Gilles Aulagner,
président du SNPHPU

Pr P. ARNAUD,
vice-président du SNPHPU

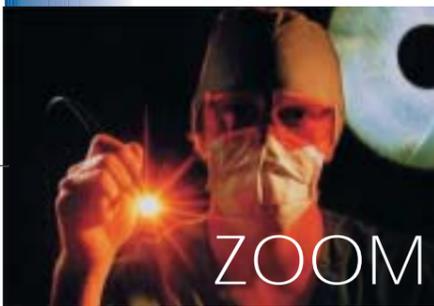
Pr P. SADO,

Pr M.C. SAUX,
présidente de la société française de pharmacie clinique

Le nouveau statut des praticiens attachés et associés des établissements publics

Le décret n° 2003-769 du 1^{er} août 2003 relatif aux praticiens attachés et praticiens attachés associés des établissements publics de santé annule et remplace le décret du 30 mars 1981 portant statut des attachés et attachés associés.

Initié par Bernard Kouchner à la demande de l'AAHF (association des attachés hospitaliers de France), le travail de



révision des conditions statutaires des médecins non titulaires a vu son aboutissement grâce à l'engagement du ministère de Monsieur Mattei et de la Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des soins, sous la direction de Monsieur Couty. L'AAHF et le SYNPA (syndicat national des praticiens attachés) ont participé à l'élaboration du texte et négocié les conditions de mise en place.

Ce nouveau statut a été écrit en regard de la constitution, de la loi de la fonction publique hospitalière, des codes de travail et de la sécurité sociale et des directives européennes. Conçu dans le respect des codes de déontologie et des statuts médicaux coexistants, il représente une action effective de lutte contre la précarité.

Son objectif premier est de protéger, par des dispositions sociales de droit commun, le praticien recruté dans les établissements publics de santé. Il redéfinit les droits et devoirs de chacun en intégrant les nou-

velles dispositions concernant la permanence des soins et la mise en place de l'aménagement du temps de travail. Le praticien attaché ou praticien attaché associé exerce en collaboration pleine avec les praticiens hospitaliers titulaires.

Entre autres, il participe aux missions de service public hospitalier définies par l'article L6112-1 du Code de santé publique

Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L6111-1 et, de plus, concourt :

1° A l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique ;

2° A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

3° A la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;

4° A la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;

5° Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;

6° Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente ;

7° A la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux.

Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.

Le second impact est de proposer aux médecins, pharmaciens et odontologistes ayant terminé leur internat la possibilité d'un

curus hospitalier, voire hospitalo-universitaire, valorisant en vue de se présenter au concours national de praticien hospitalier.

La mission est contractualisée, la rémunération mensualisée, l'ancienneté échelonnée.

Les disparités en terme de rémunération, en particulier CH/CHU, sont nivelées.

Le Praticien est placé sous l'autorité du responsable de la structure dans laquelle il est affecté. Cette structure peut être un service, une fédération, un pôle ou un réseau. Le praticien associé, titulaire d'un diplôme obtenu hors communauté européenne ou ne faisant pas partie des pays ayant une convention, travaille sous la responsabilité d'un confrère habilité.

Recruté par le directeur sur proposition du chef de service, le praticien attaché ou praticien attaché associé bénéficie d'un véritable contrat, ses obligations de service allant de 1 demi-journée à 10 pour un temps plein.

Le contrat initial peut être de très courte durée, renouvelable dans la limite de 2 années. Pendant cette période, toute modification de quotité de travail doit faire l'objet d'un avenant qui préserve le contrat initial. A terme, rappelé par un préavis, le non renouvellement est compensé par une prime de précarité.

Au-delà de deux années d'exercice, le renouvellement se fait de droit par tacite reconduction. Le non renouvellement, motivé et après avis de la CME ou du CCM et préavis de 3 mois, est assimilé à une rupture de contrat, et fait l'objet du versement d'une indemnité de licenciement.

Toute modification de quotité de travail, incluant le licenciement, doit au préalable faire l'objet d'un arrangement amiable par proposition d'un temps de travail équivalent dans une autre structure. Dans ce cas, le praticien est prioritaire sur le poste vacant. On peut en effet difficilement envisager, dans un contexte démographique difficile, de licencier un praticien, alors que d'autres structures chercheraient à recruter.

Conformément à l'arrêté sur la permanence des soins et aux directives européennes, le prati-

cien ne peut dépasser 48 heures de travail hebdomadaire, pratisées au nombre d'obligations de service de son contrat.

Il est possible de dépasser son nombre d'obligations de service, sur la base du volontariat, dans la limite de 40 % de temps de travail additionnel. Pour les contrats à moins de 5 demi-journées, ce dépassement doit rester exceptionnel. Il convient sinon de le contractualiser.

Lorsque le temps de travail additionnel concerne le travail de nuit ou de fin de semaine, il est possible de le convertir en obligations de service à hauteur de 2 demi-journées par garde. Chaque garde sera alors complétée par une indemnité de sujétion. Un temps plein incluant une garde de nuit hebdomadaire s'entend 8 demi-journées de jour, 2 de nuit et repos de sécurité.

Les droits sont étendus et améliorés quelque soit le nombre de demi-journée. Seule la rémunération de certaines dispositions est tributaire du nombre d'obligations de service. Les congés annuels sont sur la base de 25 jours ouvrés fractionnables. La formation obligatoire pour tous.

Seul le titre de consultant a été conservé. Le praticien attaché ou praticien attaché associé peut prétendre à ce titre, sur présentation d'un dossier sur les critères d'ancienneté et de services rendus à la communauté hospitalière. Ce titre permettant l'inscription au CNPH en type I, le praticien ne peut occulter le besoin de publication. Cette estimation n'entre pas dans la mission de la commission des effectifs, mais dans celle du jury de concours.

Le statut de 81 est abrogé et les attachés et attachés associés sont automatiquement reclassés depuis le 1^{er} janvier 2003 dans ce nouveau statut et bénéficient de nouvelles dispositions. L'arrêté sur la rémunération et la circulaire d'application vont permettre de finaliser ce reclassement dans l'échelon correspondant à l'ancienneté acquise, la date butoir étant le 31 décembre 2003. La reprise d'ancienneté est échelonnée sur 3 ans. ■

Le statut des praticiens du secteur privé

«PSPH»

par le Dr Marc Angebault, président du SYMHOSPRIV

L'hospitalisation privée représente une part importante des lits d'hospitalisation dans notre pays (environ 45 %). Elle est constituée d'un secteur privé commercial (les cliniques et hôpitaux privés), et d'un secteur privé à but non lucratif qui représente environ 16 % du total des lits d'hospitalisation. Parmi ces 2 catégories d'établissements certains Participent au Service Public Hospitalier (PS PH), d'autres, n'y participent pas.

Le secteur privé commercial emploie soit des médecins exerçant à titre libéral (et c'est la majorité), soit des médecins salariés. La situation de ces confrères salariés est régie par un texte récemment signé: la convention collective unique (CCU), qui regroupe plusieurs textes plus anciens.

Le secteur privé à but non lucratif ne comporte (sauf exception) que des praticiens salariés, dont les contrats sont régis par plusieurs Conventions Collectives différentes:

la convention collective de la Fédération des Etablissements d'Hospitalisation et d'Assistance Privés à but non lucratif (F.E.H.A.P.), dite convention collective de 1951, récemment rénovée, et qui concerne le plus grand nombre de praticiens. (6 à 7 000)
La convention collective de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) qui régit les personnels des 20 centres de lutte contre le Cancer de France, et concerne environ de 2 100 médecins.

la convention collective de la Croix-Rouge française pour quelques établissements hospitaliers et des centres de Santé, dispensaires etc.

La convention collective UC ANS S, régit les contrats des médecins travaillant dans les établissements gérés par l'assurance maladie au travers des UGECAM

La convention collective de la mutuelle générale de l'éducation nationale (M.G.E. N.), spécifique à ses établissements. (la plupart des autres établissements Mutualistes sont régis par la convention collective de la FEHAP).

Il existe enfin d'autres conventions comme celle du bâtiment et des travaux publics pour quelques établissements très peu nombreux.

On le voit, tout ceci est très complexe, les situations sont très hétérogènes. Tous les centres anticancéreux sont PS P H. La quasi-totalité des établissements hospitaliers de la FEHAP le sont aussi, ainsi que ceux de la Croix Rouge et quelques Ets. UGECAM. Beaucoup de grandes cliniques ou hopitaux privés régis par la CCU sont aussi PS PH.

Que signifie exactement pour un établissement le fait de participer au service public hospitalier (PS PH):

Selon la loi du 31 décembre 1970, le service public hospitalier: assure les examens de diagnostic, le traitement, notamment les soins d'urgence, des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiées ou qui s'adressent à lui.

Concours à l'enseignement universitaire et post-universitaire médicale et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical
Concours aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée

Participe à la recherche médicale et pharmaceutique

Participe à l'éducation sanitaire
Concours conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente.

Le service public hospitalier est assuré par les établissements d'hospitalisation publics y compris les hôpitaux militaires et par les établissements d'hospitalisation privée à but non lucratif et à but lucratif qui le demandent

Quels sont les points communs à la situation de l'ensemble de ces praticiens?

leur situation est déterminée par un contrat de travail, signé par le médecin et par un représentant du Conseil d'Administration (le direc-

teur le plus souvent, lui même nommé par le C.A.) de l'établissement ou de l'organisme gestionnaire, sur ses propres critères, en pleine souveraineté, et sans nomination ministérielle. Les médecins sont embauchés à temps plein ou à temps partiel, le contrat explicite leur temps de travail, leurs obligations de service, et leur participation à la permanence des soins. La C.M.E. peut proposer des candidats, le médecin chef aussi. Ils sont en principe consultés avant nomination.

Les contrats doivent être conformes aux dispositions de la convention collective en vigueur, et au code de déontologie (contrôle par l'ordre des médecins).

Le médecin est soumis à l'autorité du médecin chef d'établissement quand il en existe, ou du chef de service, mais tout le monde reste sous l'autorité du conseil d'administration représentée en fait par le directeur. La sujétion est donc très directe, la mise à pied, le licenciement, ou la simple sanction sont prononcés par le conseil d'administration ou son représentant, là encore le plus souvent le directeur.

Dans ces cas, les modalités du recours relèvent du droit du travail commun, à savoir:

Application des dispositions de la convention collective, et tribunal des prud'hommes.

Une sanction concernant un porteur de mandat syndical ou de délégué du personnel ou de délégué au comité d'entreprise est soumise à l'approbation de l'inspection du travail

Il existe une Commission Médicale d'Etablissement, dont les modalités d'élections, et de fonctionnement, sont régies par un règlement intérieur établi par le conseil d'administration lui-même. Celui-ci peut s'inspirer, s'il le souhaite, des textes réglementaires concernant les hôpitaux publics, mais il n'est pas obligé de le calquer.

Les établissements sont tenus au respect du droit syndical, la convention collective précise les conditions d'exercice des mandats syndicaux qu'il s'agisse de la délégation du personnel, des comités d'entreprise et des délégués syndicaux. En revanche, dans l'état actuel, les syndicats autonomes de son pas reconnus, seules, les cinq grandes centrales syndicales représentatives sont habilitées à présen-

ter des candidats aux différents postes, dans l'hôpital, et à être présentes aux commissions paritaires dans lesquelles se discutent les évolutions des conventions collectives.

A ce propos, il est utile de rappeler qu'une modification de la convention collective peut être votée en commission paritaire avec la signature de l'employeur et d'une seule organisation syndicale, ce qui peut donner lieu, et on l'a déjà vu, à des tractations visant à favoriser une catégorie de personnel au détriment d'une autre.

Par qui sont constitués les conseils d'administration?

- Les conseils d'administration de nos établissements sont très divers.



Il peut s'agir d'association philanthropiques loi 1901 pour un grand nombre d'entre eux. Les C.A. des centres anticancéreux sont tous présidés par un délégué du préfet de façon systématique; il y a des fondations d'origine religieuse, des entreprises, des notables, et finalement la plupart du temps les membres du conseil d'administration se cooptent (à partir de connaissances)

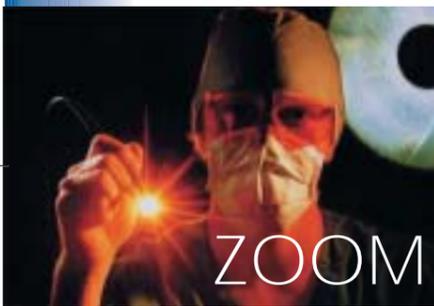
- La présence de médecins dans les conseils n'est pas systématique.
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement y siège avec voix consultative ainsi que le médecin chef lorsqu'il en existe.

- La présence des élus locaux n'est pas systématique, non plus, et la présidence ne leur est jamais systématiquement réservée.

- À noter également, notamment dans la Mutualité, que certains conseils sont constitués majoritairement par des syndicalistes appartenant à l'une des cinq grandes centrales syndicales, ce qui génère parfois des situations délicates lorsqu'une organisation syndicale se trouve en « position d'employeur ». En effet, certaines centrales

« ouvrières » ont parfois des attitudes systématiquement hostiles à l'encadrement, et aux médecins en particulier, ceux-ci étant considérés comme financièrement privilégiés. La concurrence entre confédérations syndicales joue aussi un rôle dans cette attitude.

La tutelle Ministérielle est omniprésente dans le fonctionnement des établissements, soit par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, soit par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Cette tutelle pèse très lourd sur les établissements de taille moyenne, souvent isolés, que leurs fédérations patronales tentent d'épauler chaque fois que nécessaire. Par contre, les établissements gardent une certaine souplesse sur leur gestion interne, sur l'utilisation de leurs fonds propres quand il en existe, mais un contrôle a posteriori sera de toute façon mis en oeuvre. Tous les avenants votés en commission paritaire doivent être agréés par le ministère de la santé sous peine de nullité ce qui renforce encore le pouvoir de la tutelle.



DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX DIFFÉRENTES C.C.

À l'exception des médecins des centres de lutte contre le cancer rémunérés à environ praticiens hospitaliers + 20 %, les salaires des médecins du privé PS PH sont toujours inférieurs aux grilles actuelles des praticiens hospitaliers.

1 - Les centres de lutte contre le cancer recrutent leurs praticiens par concours

Leurs conditions de travail en terme de formation, congrès, recherche, sont très avantageuses, mais la tendance actuelle est à une évaluation des résultats et à un ajustement du salaire sur des critères de productivité médicale, scientifique, etc.

Dans tous les cas, la situation de ces confrères n'est absolument pas représentative de celle de l'immense majorité des praticiens de notre secteur.

2 - La convention collective de la FEHAP est celle qui concerne le plus grand nombre de médecins.

Cet organisme représente environ 160 000 salariés dans 2 500 établissements. Son secteur sanitaire comporte 66 000 lits dont 41 % en court séjour 29 % en soins de suite et réadaptation 21 % en psychiatrie; 6 000 à 7 000 médecins travaillent dans ces établissements, 2/3 d'entre eux environ sont dans le secteur P S P H (450 Ets)

La convention collective de la F.E.H.A.P. A fait l'objet d'un avenant de rénovation récemment agréé, destiné à augmenter les salaires de début de carrière en lissant sur l'ensemble de la carrière les rémunérations avec un différentiel d'environ 50 % entre le début et la fin de carrière. Il s'y ajoute une prime dite « de modularité » de 5 % (2,5 % en 2003 et 2,5 % en juillet 2004) qui sera négocié avec les directions des établissements sur des critères qui sont actuellement incomplètement déterminés et dont on souhaite qu'ils ne soient pas de type productiviste.

Même après intégration de cette prime, les salaires de base restent inférieurs, à ancienneté équivalente, à ceux des praticiens hospitaliers

Les conseils d'administration des établissements, sur proposition des directions, ont la possibilité juridique de proposer des points de rémunération supplémentaires pour attirer certains spécialistes ou certains praticiens de renom, qui, dans ces conditions, peuvent obtenir des rémunérations supérieures à celles de leurs équivalents hospitaliers publics. Il s'agit de cas d'exception (moins de 5 % de l'ensemble des praticiens) Il s'agit d'ailleurs parfois de PUPH détachés qui cumulent ainsi les avantages du « statut » P H avec des compléments. (cette pratique fait souvent l'objet de contestations de la part des tutelles).

En principe, pour les temps plein, dans la convention collective F.E.H.A.P. l'activité privée à l'hôpital n'est pas autorisée.

Deux demi-journées par semaine sont acceptées pour des fonctions dans un service public (vacation à l'hôpital public) social (dispensaires), la rémunération y afférente pouvant parfois être récupérée par l'établissement d'origine puisque cette activité est exercée au détriment du temps plein.

Une tendance pour certains établissements est de multiplier les contrats à temps partiel (6/10e ou 8/10e), laissant ainsi à leur praticiens la possibilité d'avoir une activité libérale par ailleurs dans un autre établissement.

Actuellement, depuis les lois Aubry, le temps de travail théorique est de trente-huit heures trente par semaine, gardes et astreintes non comprises et payées en sus avec dix-huit jours de R. T T. Parallèlement, le nombre de demi-journées heb-

domadaires reste à 11. Pour faire face aux difficultés d'application de ces textes, il est aussi proposé une forfaitisation annuel de 207 jours de travail, la durée de la journée de travail n'étant évidemment pas précisée. Nous sommes a priori hostiles à ce mode de calcul qui ouvre la porte à tous les excès.

Pour les jours de RTT non pris, il n'est pas prévu de possibilité de rémunération, et le compte épargne temps n'est actuellement pas opérationnel, car non financé. Le repos compensateurs est une obligation légale, mais il n'y a pas, actuellement, de plages horaires supplémentaires prévus pour y faire face.

Tous ces problèmes sont encore actuellement en discussion sachant que les négociations sur la réduction du temps de travail ont été menées en 1999 et ont très largement sous-estimé le nombre de créations de postes de médecins nécessaires à l'application de l'accord, d'où l'absence de budget disponible pour financer les jours non pris et le compte épargne temps.

Par ailleurs, la mise en place d'un dispositif de pointage est laissé au libre choix de l'établissement.

Quand il existe, l'obligation de pointer pour les médecins est très variable selon les établissements. Certains confrères refusent de s'y astreindre d'autres préfèrent s'y soumettre pour couper court aux critiques des autres personnels, et, surtout, de pouvoir ainsi démontrer objectivement qu'ils travaillent beaucoup plus que leur temps contractuel.

3 - Convention de la Croix-Rouge française

Cet organisme gère onze cliniques ou hôpitaux participant au service public, des centres de rééducation fonctionnelle, de long séjour, des centres de moyen séjour, des maisons de retraite et d'autres établissements médico-sociaux.

La même convention collective s'applique à l'ensemble des médecins salariés. Il n'y a pas de pointage pour les médecins. Le temps de travail est à 39 heures hors garde ou astreintes avec vingt-trois jours ouvrés de RT T par an et douze jours de formation continue par an. Les médecins à temps partiel récupèrent les heures supplémentaires sous forme de repos compensateur.

L'embauche des médecins passe par l'avis de la C.M.E. et est validée par le directeur d'établissement ou la délégation départementale. L'ancienneté est reprise à 100 % pour un emploi antérieur à la croix rouge ou à 75 % pour un emploi dans un autre organisme.

Jusqu'en avril 2002, la rémunération des praticiens était calquée sur celle des praticiens publics.

Une nouvelle Convention Collective est en préparation et doit être présentée pour accord en juillet 2003. Elle institue trois paliers: six ans au premier palier, quinze ans au deuxième palier, puis passage au troisième palier en distinguant trois catégories: médecins généralistes (et pharmaciens), médecin spécialiste, médecin chef de service.

La garantie d'évolution de rémunération constitue un élément de la rémunération de base. Une bonification pour technicités individuelles est créée. Les détails exacts et les conséquences sur les rémunérations individuelles seront connues lorsque le texte sera publié.

Les temps plein ne peuvent exercer d'activité salariée libérale en dehors de la Croix Rouge. Les gardes sont rémunérées selon le tarif en vigueur dans le service public, les astreintes, selon les établissements, ne sont pas toujours rémunérées. Enfin les praticiens des établissements participant au service public Hospitalier bénéficient actuellement d'une majoration de leur rémunération de 10 %.

4 - Les établissements de la sécurité sociale sont gérés par les UGECAM. Ils représentent 186 établissements sanitaires et médico-sociaux avec plus de 20 000 lits dont 3 400 en rééducation, 600 lits de médecine chirurgie obstétrique, 3 900 lits de soins de suite. Et les emploient 15 000 salariés dont environ 400 médecins.

La convention collective U-CANSS leur est applicable. Les avenants sur la réduction du temps travail les augmentations de salaires ont été approuvés, mais les établissements des UGECAM ne bénéficient pas des dotations financières leur permettant d'appliquer automatiquement ces mesures salariales.

Ceci a pour conséquence une diminution de la qualité, une baisse des moyens techniques et humains un blocage des promotions, le gel des avancements (hors ancienneté) et des remplacements de personnels absents. Les réunions de concertation réclamée en juin 2002 ont eu lieu en janvier 2003, et depuis lors nos confrères attendent toujours le document de travail dressant le bilan de la situation des personnels et les perspectives.

La négociation sur la convention collective nationale a débuté le 15 avril 2003. On constate un simulacre de concertation sous la forme d'une proposition de « rénovation du système de rémunération » aboutissant en fait à une réduction de l'expérience professionnelle de 40 % du salaire de base qu'on prétend remplacer

par « un développement professionnel » mettant en avant la notion de « compétence professionnelle » validée à l'occasion d'un entretien entre le salarié et son supérieur hiérarchique!

On parle également d'évaluer les médecins sur les résultats obtenus. Toutes les perspectives d'évolution de cette convention collective semblent converger vers une généralisation de l'évaluation de laquelle dépendrait la progression de la rémunération à l'intérieur d'une plage d'évolution salariale prédéterminée.

Ces propositions sont jugées inacceptables par nos collègues du syndicat.

5 - voici enfin quelques éléments concernant les médecins des établissements de la M.G.E.N. : Mutuelle générale de l'éducation nationale qui gère 700 médecins dont la moitié environ dans des établissements PS PH. La situation de ces confrères est actuellement très défavorable sur le plan salarial par rapport à ceux de la FEHAP avec des rémunérations à titre, ancienneté et, responsabilités équivalentes inférieures de 3000 à 4000 francs mensuels.

Un très vif mécontentement se fait jour, avec préavis de grève, désir de quitter cet organisme, d'autant plus que pour les médecins qui bénéficient d'un logement de fonction pour assurer les gardes, il a été décidé de revoir à la hausse leur valeur locative, augmentant ainsi très notablement la charge fiscale, ce qui réduit les revenus réels, sans compensation.

EN CONCLUSION

En constate donc la grande hétérogénéité de situation des praticiens du secteur privé à but non lucratif PS PH. Il faut savoir que bien souvent la situation des praticiens salariés du secteur privé commercial est encore moins bonne alors même que leurs employeurs sont très souvent des médecins ! Là comme ailleurs, les situations sont très disparates.

Toutes les négociations se font alors que pèse sur les fédérations patronales l'ombre de la tutelle du Ministère de la Santé et du Ministère des finances. La marge de manoeuvre des employeurs est souvent minime ne leur permettant même pas de transposer automatiquement dans notre secteur les augmentations de salaires de la fonction publique ! Enfin, la réponse des Cabinets Ministeriels lorsqu'ils acceptent après beaucoup de difficultés de nous rencontrer, est la plupart du temps de nous renvoyer sur nos employeurs en alléguant notre statut de droit privé ! ■

découpage des hôpitaux : côté pile, côté pôle

Chacun le sait maintenant, il est dans le sens du vent de remettre en cause le découpage actuel des hôpitaux en services médicaux. Il faut bien dire que les intéressés eux-mêmes qu'ils soient chef de service ou praticien hospitalier sont nombreux à convenir que l'actuel découpage n'est pas toujours satisfaisant (cf. *l'enquête CMH publiée dans ce numéro*). Pour autant, ils ne remettent pas en cause le principe du découpage en service. Celui-ci a en effet le grand intérêt de définir toutes les activités médicales d'un hôpital en permettant l'expression des projets de toutes les spécialités. Par contre, outre une parcellisation fréquente, ce découpage en service oublie les coordinations du parcours du patient et a l'inconvénient de cloisonner des activités médicales souvent complémentaires. Mais les propositions de découpage en pôle vont bien au-delà.

Si l'on se réfère aux hôpitaux qui ont plus ou moins mis en œuvre cette organisation nouvelle (en particulier l'hôpital Georges Pompidou à Paris, CHU de Lille, CHU de Nantes), il s'agit de l'application d'un modèle néo corporatiste redéfinissant les organisations dans un but de délocalisation des responsabilités et de subsidiarité.

Ainsi, à Nantes, depuis trois ans, ont été créés 19 pôles. Leur logique est variable (logique organe : ostéo-articulaire, digestif ; logique pathologie : cancérologie ; logique population spécifique : mère enfant, soins gériatriques, Le Directeur de pôle est un praticien hospitalier temps plein qui est donc à la fois le coordinateur d'une fédération

(avec une procédure d'élection) et responsable d'un centre de responsabilité et à ce titre, désigné par le Directeur Général du CHU qu'il l'a investi d'un pouvoir de gestion déléguée.

Il existe une politique contractuelle interne. Chaque année, le Directeur conclut avec le Directeur de pôle un contrat établissant les objectifs et les moyens dévolus. Le Directeur de pôle est assisté d'un cadre soignant et d'un cadre administratif. Les cadres sont moins présents sur le terrain. Ils participent à des fonctions dites transversales et limitent leur fonction de terrain à « l'animation » et à la coordination. Le plus souvent, il existe un conseil médical de pôle (élu ou non) et un conseil non médical. Finalement, le système conforte la fœdité d'instance (conseil médical, non médical, conseil de cadre, conseil des chefs de service, commission diverse...).

La subsidiarité s'établit donc du Directeur Général vers le Directeur de pôle ; celui-ci, par contrat, se voit charger, dans une démarche entrepreneuriale, de faire évoluer un budget, c'est-à-dire avant tout des postes médicaux et des postes soignants. Dans ce contexte, un certain nombre de conflits sont nés, agrémentés de certaines démissions de Directeur de pôle.

Il faut le reconnaître ces expériences ponctuelles et quasiment uniquement hospitalo-universitaires ne sont guère encourageantes. Alors, entre le statu quo qui est impossible et le découpage en pôle new look qui risque de créer une nouvelle nomenclature de gestionnaires médicaux. Que choisir ?

Il nous semble que le découpage doit d'abord faire appel à la reconnaissance des spécialités médicales hospitalières mais aussi organiser les coordinations et filières entre ces spécialités pour la prise en charge du malade.

Dans ces conditions, on voit mal comment échapper à un double niveau d'organisation. La structuration de base doit rester le service, lieu de reconnaissance des spécialités médicales. La fédération ou le pôle doivent permettre de retrouver une logique de coopération et de transversalité entre les spécialités au profit du malade.

Mais quel que soit le découpage, le risque est grand de voir apparaître une nouvelle race de chef. Ces docteurs spécialistes en gestion ou en économie médicale, se verraient dotés, par une nomination locale, d'un pouvoir décisionnaire sans la légitimité de la compétence médicale. Nous pensons que ce choix ne peut être bon pour les malades. L'autorité des responsables médicaux qu'ils soient chefs de service, coordinateurs de fédération ou de pôle, doit être bâtie sur la reconnaissance médicale et scientifique. C'est sur le fondement de cette autorité médicale que peut être ensuite légitimée l'autorité de gestion.

Finalement, entre immobilisme et logique de pôle, le guide doit être le projet médical. Celui-ci doit permettre de définir la taille et le périmètre des structures médicales nécessaires. Le conseil d'administration a toutes les prérogatives pour entre service et fédération, permettre un fonctionnement renouvelé, démocratique et utile au patient. ■



la dermatologie en France, en 2003

L'état des lieux

Il a été dressé par plusieurs études prospectives des dermatologues libéraux et hospitaliers, et publié dans les Annales de Dermatologie 2002, 129: 1253-1275.

Il peut être synthétisé en indiquant qu'il s'agit d'une activité médicale considérable : les 3500 dermatologues qui exerçaient en France en 2000 examinaient chaque année environ 14 millions de consultants dans le secteur de la Dermatologie libérale ; il s'y ajoutait environ 100 000 hospitalisations en CHU ou en CHG.

Les motifs de prise en charge, quel que soit le secteur, montrent qu'il s'agit pour l'essentiel de maladies qui ont un retentissement que la qualité de vie des personnes atteintes ; en revanche les soins de confort et la cosmétologie en tant que telle ne représentent qu'une part très minoritaire de l'activité globale de l'ensemble des dermatologues.

En CHU, le nombre de malades pris en charge par an était de 65 628 et de 16 000 pour les CHG. Quatre-vingt dix pour cent des hospitalisations correspondaient à des entrées directes.

Les pathologies à l'origine du plus grand nombre d'hospitalisations annuelles étaient pour les CHU : les mélanomes, les ulcères de jambe, les dermatoses très spécialisées et les maladies de système. En CHG il existait une prise en charge plus importante de malades infectés par le VIH vraisemblablement par l'absence habituelle de maladies infectieuses dans ces centres hospitaliers. Le fort pourcentage de malades pris en charge en hospitalisation de jour et de semaine (50 à 70 % des hospitalisations) témoigne d'un effort de prise en charge ambulatoire.

En ce qui concerne l'activité libérale, il a été estimé à environ 47 000 le nombre de consultations de dermatologie libérale par jour, soit 12 à 14 millions par an. Les diagnostics les plus fréquents étaient les verrues, l'acné, les nævus, l'eczéma de contact ou la dermatite atopique, les cancers et lésions pré-cancéreuses, les mycoses et le psoriasis. La moitié des malades a eu au moins un traitement local, 20,5 % un traitement systémique et un geste a été réalisé au cabinet dans 40 % des cas. Il existe donc un décalage entre les activités libérales et hospitalières incitant à la constitution de

réseaux sur des thèmes ou des pathologies précises.

Le rayonnement de la Dermatologie française a été apprécié à travers l'analyse de ses publications. La discipline a réussi à rester dans un rang convenable en matière de recherche clinique en augmentant son nombre de publications de haut niveau, notamment grâce aux réseaux multicentriques thématiques. La situation est par contre moins satisfaisante dans le domaine de la recherche fondamentale, où les publications françaises ont stagné autour des dix dernières années ; le nombre d'unités INSERM à orientation dermatologique exclusive ou largement prédominante est de moins de 5.

L'organisation des dermatologues en France

Quel que soit leur type d'activité, les dermatologues français sont actifs au sein de 4 composantes :

- Le Collège des Enseignants de Dermatologie (CEDEF), est une association loi 1901 qui regroupe l'ensemble des Professeurs d'Université - Praticiens Hospitaliers de Dermatologie de France. Elle permet à tous les responsables d'enseignement et de recherche de comparer leur activité, de travailler en harmonie, notamment sur toutes les réformes d'enseignement (réformes du 2^e cycle, maquette nationale du DES de Dermatologie).

- La Fédération Française de Formation Continue en Dermatologie Vénérologie a vu le jour en 1985 et regroupe la quasi-totalité des associations de formation continue qui existaient déjà depuis les années 1970. Cette fédération s'est donnée depuis 5 ans une dimension européenne avec un représentant au Bureau de l'Académie Européenne de Dermatologie et une participation active aux congrès euro-

péens. Les réunions d'association sont dynamiques et préparent des travaux de groupe et travaillent aussi en vue du Congrès annuel de la Fédération, temps fort de la vie fédérale, qui se tient chaque année dans une ville différente. L'organisation est assurée par l'association locale et y sont invités des universitaires qui interviennent en qualité d'experts. La Fédération anime 3 organes de communication : le Journal Faxé de Dermatologie qui paraît deux fois par semaine, le Fédégramme bulletin d'information inter association et enfin le serveur Internet de la Fédération accessible via le site de la Société Française de Dermatologie.

- Le syndicat français des Dermatologues et Vénérologistes a été créé en 1928 et correspond à une syndicalisation de près de 60 % des dermatologues. Il s'agit d'un syndicat des dermatologistes, donc catégoriel et dit « vertical », se différenciant du syndicalisme « horizontal » que représentent les grandes centrales syndicales. Le syndicat des dermatologues est chargé de promouvoir la spécialité dans sa globalité, la défense contre les illégaux, les relations avec les centrales au sein de collèges regroupant les différentes spécialités, les relations avec l'ordre ou les organisations européennes de médecins spécialistes ; il donne son avis sur la nomenclature spécialisée. Il fait paraître « *La lettre du syndicat* », bulletin d'information à usage interne.
- La quatrième composante est la Société Française de Dermatologie.

La Société Française de Dermatologie

Société savante par excellence de notre spécialité depuis plus d'un siècle (1889) la Société



Pr Béatrice CRICKX,
présidente de la société française de dermatologie

Française de Dermatologie a modifié en 1995 de façon significative ses statuts pour s'ouvrir largement au monde professionnel et se démocratiser.

Elle compte près de 1 300 membres égaux en droits et en devoirs, français ou étrangers, en règle francophones. Les membres français désignent annuellement 7 administrateurs renouvelant ainsi par tiers un conseil d'administration qui est l'instance délibérative. Le Bureau est chargé de mettre en pratique les choix politiques du Conseil d'Administration dont trois grands axes peuvent être clairement identifiés : la recherche, la formation médicale et l'exercice professionnel.

La Société Française de Dermatologie consacre 75 % de son budget à ses activités scientifiques : organisation d'une séance mensuelle de communications scientifiques, organisation annuelle des Journées Dermatologiques de Paris regroupant 3 700 dermatologues français et étrangers, avec une double orientation : scientifique par une sélection sévère des 700 résumés adressés annuellement et l'autre de formation médicale continue avec 66 sessions proposées et 10 ateliers. En 2002, grâce à ses mandataires (Pr J. Revuz et Pr JP Ortonne et Pr L. Dubertret), la France a accueilli le Congrès Mondial de Dermatologie, regroupant 12 000 dermatologues du monde entier. L'aide à la recherche se fait grâce à un bureau spécifique qui permet d'étudier les dossiers soumis aux deux appels d'offres annuels (360 000 € distribués en 2003). D'autres soutiens se font à travers prix et bourses.

Le dynamisme de la Société Française de Dermatologie est étayé par des groupes thématiques nombreux : histopathologie cutanée, dermatologie chirurgicale, maladies sexuellement transmissibles et SIDA, laser, cancérologie cutanée, peau et greffes, angio dermatologie, toxi-dermie, qualité de vie, psycho dermatologie, maladies bulleuses. Ces groupes animent les séances mensuelles, organisent des journées spécifiques, fédèrent des dermatologues autour de protocoles multicentriques, proposent des fiches d'information patient.

La communication de la Société Française de Dermatologie est assurée à travers son site Internet (www.sfdm.org) qui propose, outre ses liens avec les différentes composantes de la discipline, un riche atlas photos.

Les publications scientifiques en langue française se font au tra-

vers des Annales de Dermatologie Vénérologie, organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des Dermatologistes Francophones. Il s'agit d'une revue en bonne santé (plus de 3 000 abonnés) tout en restant confrontée au défi représenté par les publications scientifiques des dermatologues qui tendent à privilégier la langue anglaise.

De façon de plus en plus fréquente ces dernières années, la Société Française de Dermatologie est devenue le pivot de communication avec les tutelles (DGS, ANAES, APSAS, CNAM notamment pour la révision de la nomenclature, actes techniques et cliniques...) Elle s'est dotée d'une association fille « consensus en Dermatologie » pour organiser 4 conférences de consensus et travailler de façon active aux recommandations pour la pratique clinique.

Elle travaille en bonne harmonie avec les Sociétés Dermatologiques sœurs comme la Société Française de Photobiologie ou la Société de Recherche en Dermatologie, enfin la Société de Dermatologie Pédiatrique.

Les défis et les priorités en 2003

Comme toutes les spécialités médicales en France, la dermatologie subi une évolution démographique inquiétante, avec comme le souligne le rapport Berland une chute amorcée de 30 % des dermatologues, plus forte baisse démographique qu'elle accuse avec l'ophtalmologie, anesthésie, médecine interne, O.R.L., psychiatrie, radiologie. Une telle diminution du nombre de spécialistes ne permettra pas de maintenir l'offre de soins de qualité à un niveau correspondant à celui de la demande. Sur la base d'une évaluation rigoureuse des besoins de santé en Dermatologie, il est nécessaire de définir et de préparer les évolutions souhaitables de la spécialité. Les autres défis sont d'améliorer notre image et de cesser toute complaisance avec la conception dite esthétique de la dermatologie alors que la cosmétique n'occupe qu'une part très faible d'une activité qui est médicale et interventionnelle. Le dermatologue français prend en charge (dépistage, traitement et suivi) la quasi-totalité des carcinomes cutanés et des mélanomes. Il reste encore à développer une recherche dermatologique, surtout de laboratoire disposant de la masse critique des moyens matériels et de chercheurs. ■

Les Journées Dermatologiques de Paris se tiendront au Palais des Congrès de Paris du mardi 2 au samedi 6 décembre 2003. Comme tous les ans, plus de 3 500 dermatologues libéraux et hospitaliers, mais aussi des chercheurs, des infirmières et des laboratoires impliqués dans notre spécialité vont travailler, échanger et progresser au cours de cette réunion organisée par la Société Française de Dermatologie.

Des thèmes d'actualité variés seront abordés au cours de conférences plénières, de séances de communications scientifiques orales et affichées, et de sessions de formation médicale continue. Certains points sont particulièrement d'actualité dans le domaine de la thérapeutique, de la dermatologie infectieuse et de la cancérologie cutanée.

De nouveaux médicaments en cours de développement seront présentés : c'est le cas des biothérapies (cytokines, anticorps monoclonaux, inhibiteurs de facteurs de transcription. Leurs applications concernent le psoriasis (inhibiteurs du TNF-alpha) et certains cancers (anticorps monoclonaux dans les lymphomes). Les recommandations de la dernière conférence de consensus en dermatologie sur la prise en charge de l'urticaire chronique, organisée par la Société Française de Dermatologie et l'ANAES seront également présentées.

Dans le domaine de cancérologie cutanée, le mélanome est une préoccupation majeure. Des séances de formation seront consacrées à l'utilisation de la dermatoscopie, technique qui représente une aide appréciable au diagnostic clinique des tumeurs noires et à la surveillance des naevus atypiques. L'épidémiologie du mélanome, l'apport réel de la procédure du ganglion sentinelle, les modifications à



Pr Jean Philippe Lacour
Comité d'organisation
des Journées
Dermatologiques de Paris
service de dermatologie
Hopital Archet-2,
CHU Nice

apporter aux recommandations de la conférence de consensus de 1995, les progrès en matière de traitement (interféron, vaccins, cellules dendritiques, biochimiothérapies...) seront d'autres thèmes abordés. Enfin, la place de la photothérapie dynamique, nouvelle thérapeutique reposant sur l'interaction d'une source lumineuse avec un produit photosensibilisant appliqué sur la peau, sera discutée dans le traitement des carcinomes cutanés, face au traitement de référence qu'est la chirurgie.

Dans le domaine de la dermatologie infectieuse, des séances seront consacrées aux infections bactériennes virales et parasitaires. La stratégie d'utilisation des antibiotiques pour certaines dermatoses bactériennes (pyodermites profondes et superficielles, borrelioses, etc.) ou non infectieuses a évolué ces dernières années grâce aux données de la médecine factuelle. L'utilisation des antibiotiques locaux à usage cutané a fait l'objet de Recommandations de Bonne Pratique par l'AFSSAPS. Les infections sexuellement transmissibles ne seront pas oubliées car on assiste depuis 2 à 3 ans à leur recrudescence, notamment de la syphilis et de la gonococcie. Signalons une innovation cette année, une séance commune avec nos collègues infectiologues qui se réunissent aussi au Palais des Congrès de Paris à la même époque pour la RICAI, congrès de chimiothérapie anti-infectieuse. Ce forum abordera les infections cutanées virales au cours de la transplantation d'organes solides, les fondements biologiques et les applications actuelles de l'immunité contre la vaccine et la variole et le Parvovirus B19.

D'autres thèmes de dermatologie, classiques ou innovants seront aussi passés en revue : traitement de l'acné et de ses cicatrices, allergie aux cosmétiques... La dermatologie de l'enfant sera également à l'honneur avec des thèmes tels que les dermatoses en milieu scolaire, les hypopigmentations, les mastocytoses, et les affections de la muqueuse buccale.

Enfin, les Journées Dermatologiques de Paris sont aussi un lieu de rencontre et d'échange avec les équipes de recherche et les équipes infirmières en dermatologie :

- la réunion du Comité d'Interface avec l'INSERM sera consacrée aux applications des technologies de microdissection par laser et de la protéomique en dermatologie

- le forum infirmier sera consacré cette année au mélanome. ■



réactions cutanées aux médicaments : quoi de neuf ?

Pr Jean-Claude Roujeau, service de dermatologie, hôpital Henri Mondor - APHP

Résumé

Quelques-unes des principales nouveautés sur les réactions cutanées aux médicaments (toxidermies) sont brièvement revues. Les définitions cliniques ont été améliorées, les risques mieux quantifiés. Le dogme attribuant un rôle central aux métabolites réactifs est remis en question tandis que les mécanismes de réponse immunitaire au médicament sont progressivement élucidés. Plusieurs essais contrôlés confirment l'effet protecteur d'une augmentation progressive des doses dans les situations à fort risque de réaction.

Les réactions cutanées aux médicaments ou toxidermies, sont au premier rang des accidents iatrogènes [1]. Dans le domaine de la dermatologie la diversité des effets indésirables possibles est extrême. Les plus fréquents sont précoces (jours ou semaines après le début du traitement) et de mécanisme allergique. De nombreux progrès récents, auxquels ont contribué largement des équipes françaises doivent être connus des médecins prescripteurs comme de ceux qui ont à prendre en charge ces effets secondaires cutanés.

Des suivis prospectifs de larges

cohortes ont montré que 90 % des réactions cutanées aux médicaments sont des éruptions maculo-papuleuses (« drug rashes ») [2]. Survenant en moyenne 7 à 10 jours après la première prise ces éruptions compliquent 1 à 5 % des traitements par des médicaments courants. Elles guérissent en quelques jours sans imposer l'arrêt d'un traitement indispensable (l'expérience des réactions aux sulfamides au cours du SIDA ayant montré que la plupart de ces éruptions disparaissent si le traitement est poursuivi). La biopsie cutanée, normale ou non spécifique, ne peut pas aider à distinguer ces éruptions médicamenteuses banales d'éruptions virales. La diversité sémiologique de l'éruption (macules, érythème en nappe, purpura, papules urticariennes) chez le même malade est un argument important pour une cause médicamenteuse.

I - Nouvelles définitions de certaines toxidermies graves

L'érythème polymorphe (EP) est un syndrome cutanéomuqueux aigu défini par ses seules caractéristiques cliniques. C'est la

lésion élémentaire qui est polymorphe (aspect en cocarde ou cible), toutes les lésions étant remarquablement similaires. L'absence de spécificité histologique et de marqueurs biologiques contribuent à une nosologie confuse. L'EP est rare mais son incidence n'est pas chiffrée. Il frappe plus souvent l'enfant et l'adulte jeune avec un maximum de fréquence entre 20 et 30 ans et une légère prédominance masculine.

L'habitude avait été prise d'assimiler l'EP majeur (avec des érosions muqueuses), le syndrome de Stevens-Johnson et l'ectodermose pluri-orificielle alors même que ces deux dernières entités avaient été clairement distinguées de l'EP par les auteurs qui les décrivaient.

On est revenu à la classification clinique originelle en distinguant d'une part l'EP de cause principalement infectieuse, avec ses cocardes typiques à distribution acrale, et d'autre part le syndrome de Stevens Johnson et le syndrome de Lyell de causes médicamenteuses, caractérisés par des macules érythémateuses ne présentant jamais la sémiologie d'une cocarde typique confluent en nappes plus ou moins vastes et qui ont une distribution à prédominance « centrale » sur le thorax et les

racines des membres [3]. Cette classification ne prend pas en compte les formes ou l'atteinte des muqueuses est isolée ou très prédominante. La dénomination d'ectodermose pluri-orificielle est logique pour ces cas qui partagent le plus souvent les causes de l'érythème polymorphe majeur.

Les récurrences d'EP sont très fréquentes, atteignant ou dépassant 30 % des observations hospitalières.

L'histopathologie est peu spécifique. Un infiltrat modéré de cellules mononuclées gagne l'interface entre le derme et l'épiderme. Des cellules isolées pénètrent dans l'épiderme où l'on voit des nécroses unicellulaires des kératinocytes. L'extension de cette nécrose peut conduire à des lésions bulleuses.

Les infections récurrentes à herpes virus (le plus souvent HSV1) sont la cause la plus fréquente d'EP récidivants. Les poussées d'EP suivent de quelques jours (en moyenne 7) les récurrences herpétiques. L'origine herpétique explique environ 50 % des EP. De nombreuses autres causes infectieuses ont été documentées de façon plus ou moins convaincante : mycoplasma pneumoniae (environ 5 % des formes majeures), mononucléose infectieuse, hépatites B et C, orf, yersiniose, tularémie, légionellose, vaccins... La notification d'« érythèmes polymorphes » d'origine médicamenteuse correspond habituellement (toujours?..) à l'utilisation inadéquate du terme « polymorphe » pour indiquer la diversité sémiologique des lésions des éruptions médicamenteuses « banales ».

Le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) et la nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Lyell ouTEN) sont des variantes d'une même maladie quasi-exclusivement d'origine médicamenteuse et toujours grave. Ces variantes ne se distinguent que par l'étendue des décollements cutanés (< 10% de la surface totale pour le SJS, > 30% pour le TEN et 10 à 30 % pour les syndromes de

Nécrolyse épidermique toxique (T.E.N. - syndrome de Lyell).



transition SJS/TEN). Il s'agit d'accidents exceptionnels, environ 2 cas par million et par an. Lupus érythémateux systémique, radiothérapie et infection par le VIH augmentent le risque [1].

La maladie débute par des symptômes peu spécifiques, fièvre, angine, picotements oculaires, éruption érythémateuse qui précède d'un à trois jours les lésions cutanéomuqueuses caractéristiques : macules très foncées voire purpuriques ou le décollement de l'épiderme produit des vésicules plus ou moins confluentes. Les lésions restent séparées les unes des autres dans les SJS alors que dans les TEN il y a un décollement en nappe, détachant à la moindre pression des lambeaux d'épiderme nécrotique pour laisser à nu un derme rouge vif suintant. Les lésions atteignent habituellement leur maximum en trois ou quatre jours. Il est important d'apprécier le pourcentage de la surface corporelle atteinte qui est un élément pronostique majeur. Des lésions muqueuses sont présentes chez plus de 90 % des patients : érosions douloureuses diffuses touchant habituellement plusieurs sites. Les yeux nécessitent une attention particulière en raison du risque de séquelles invalidantes. La mortalité globale est de 20 à 25 %, augmentant principalement avec l'âge et la surface d'épiderme décollé.

60 à 70 % des observations peuvent être clairement attribuées à 1 médicament précis, 20 à 30 % surviennent chez des patients polymédicamentés sans que l'on puisse isoler un coupable évident, 5 % des cas surviennent chez des patients qui nient toute prise médicamenteuse. Parmi ces derniers des cas exceptionnels ont pu être attribués à des causes infectieuses (mycoplasma pneumoniae, hépatite B en particulier). Les médicaments à haut risque sont : les sulfamides antibactériens, des anticomitiaux (phénobarbital, carbamazépine, hydantoïne, lamotrigine), certains anti-inflammatoires non stéroïdiens (dérivés oxicams), l'allopurinol, la nevirapine. Un risque plus faible a été établi pour de nombreux antibiotiques (aminopénicillines, céphalosporines, quinolones). [4, 5]

Pustulose Exanthématique Aiguë Généralisée (PEAG)

Décrite en France [Beylot] cette éruption médicamenteuse originale est souvent confondue avec une maladie infectieuse. Elle est en effet caractérisée par l'apparition brutale de fièvre et d'un érythème diffus rapidement couvert

de dizaines voire de centaines de pustules millimétriques. Dans les formes les plus typiques érythème et pustules prédominent dans les grand plis (aines, aisselles). Une hyperleucocytose à neutrophiles, parfois massive, renforce la suspicion d'infection. De fait les pustules sont stériles ou ne contiennent que des saprophytes. Les pustules sont fugaces, faisant place à une desquamation superficielle assez évocatrice et l'éruption guérit spontanément en une dizaine de jours sans qu'aucun traitement soit nécessaire. La biopsie cutanée montre des pustules spongiformes dans la partie la plus superficielle de l'épiderme, sous la couche cornée. Clinique et histologie peuvent être difficile à distinguer de ceux d'un psoriasis pustuleux, dont l'évolution est habituellement moins aiguë. Parfois la confluence des pustules aboutit au décollement de vastes lambeaux de couche cornée qui pourraient prêter à confusion avec un TEN, dont l'histologie est très différente avec une nécrose de toute la surface de l'épiderme. Les principaux médicaments inducteurs de PEAG sont les aminopénicillines, la pristinamycine, le diltiazem [ROUJEAU]

Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse- D.R.E.S.S.

La minocycline est l'exemple caractéristique d'un médicament qui donne (heureusement rarement) des hépatites médicamenteuses, des pneumopathies allergiques ou des réactions cutanées. Chaque spécialiste d'organe rapporte ces accidents en notant la coexistence d'autres manifestations cliniques et en général d'une hyperéosinophilie. L'acronyme de D.R.E.S.S. (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) a été proposé [8] pour souligner l'existence d'atteintes multiviscérales, le rôle central de l'hyperéosinophilie et l'inadaptation du mot hypersensibilité qui au sens strict devrait s'appliquer à toutes les réactions médicamenteuses idiosyncratiques. Le syndrome DRESS est une réaction médicamenteuse grave, atteignant au moins deux viscères, souvent accompagnée d'une fièvre et d'une polyadénopathie, et caractérisée biologiquement par une éosinophilie parfois considérable et souvent un syndrome mononucléosique avec des lymphocytes hyperbasophiles.

Il n'est pas clair encore de savoir si ce tableau n'est qu'une forme clinique grave des allergies cutanées bénignes beaucoup plus fréquentes ou si l'on a affaire à une manifestation de mécanisme dis-

tinct. La fréquence avec laquelle ce syndrome DRESS frappe les sujets à peau noire [9] et un délai plus long qu'avec les réactions bénignes usuelles (deux à six semaines au lieu des cinq à douze jours habituels), suggère un mécanisme différent.

Les manifestations viscérales les plus fréquentes sont une hépatite cytolytique avec ou sans composante cholestatique, une pneumopathie interstitielle pouvant aller jusqu'à la détresse respiratoire, une néphropathie tubulo-interstitielle. Comme au cours des syndromes hyperéosinophiliques idiopathiques ou d'autres causes, d'autres manifestations viscérales peuvent s'observer : myocardite, endocardite, thyroïdite...

Les principaux médicaments inducteurs de ce tableau de DRESS sont les anticomitiaux aromatiques, les sulfamides antibactériens, l'allopurinol, certains inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, la minocycline.

II - Nouveaux médicament à risque de toxidermie

La terbinafine (Lamisil®), ne semble pas, contrairement aux craintes initiales, un inducteur de réactions cutanées graves. Par contre on a récemment rapporté des inductions de psoriasis en particulier pustuleux [10] et de lupus cutané de type lupus cutané subaigu.

Les sartans, inhibiteurs de l'angiotensine II, peuvent induire des psoriasis. Ils peuvent aussi être responsables d'angio-oedème chez des patients ayant présenté cette réaction avec un IEC [11].

Le kétoprofène topique est un responsable bien démontré de photoallergie de contact [12]. Les lésions très oedémateuses sont volontiers disséminées à distance du contact. Elles comportent le risque de réactions croisées avec d'autres AINS du groupe des aryl-propioniques (acide tiaprofénique, surprofène), mais aussi avec le fénofibrate et les dérivés de l'oxybenzone et des benzophénones qui sont fréquemment présents dans les filtres solaires.

AINS anti-COX 2. De nombreux cas de réactions cutanées leurs ont été attribués. On ne sait pas encore si le risque est plus élevé que celui des AINS traditionnels, ou si l'« épidémie » de notification résulte d'un lancement commercial « agressif ».

III - Avancées récentes sur les mécanismes des éruptions médicamenteuses

L'hypothèse des métabolites réactifs

Il avait été proposé il y a une quinzaine d'années [13] que les patients souffrant d'éruption médicamenteuse avaient été exposés à un excès de métabolites réactifs oxydés en raison d'anomalies (génétiques) dans les enzymes de détoxification des médicaments. Plusieurs études ont montré qu'un phénotype et/ou un génotype d'acétylation lente étaient associés à un risque accru de réaction aux sulfamides. Mais plusieurs autres études de plus grande taille n'ont trouvé aucune association significative [14, 15].

Les mêmes résultats équivoques ont été obtenus pour le phénotype de l'époxyde hydrolase au cours des accidents aux anticomitiaux. Le déficit en glutathion des patients atteints de SIDA qui était proposé comme une explication à leur risque accru de réactions médicamenteuses n'a pas été confirmé par plusieurs études. L'administration d'acétylcystéine, sensée rétablir les stocks de glutathion, s'est avérée incapable de prévenir la survenue de toxidermie.

Si les métabolites réactifs sont incontestablement capables de se conduire en haptènes et donc d'être immunogènes dans des situations expérimentales, chez l'homme ces métabolites sont produits en concentration beaucoup plus faible que celles qui sont utilisées dans ces immunisations chez l'animal. En outre la plupart des clones lymphocytaires humains spécifiques de médicament réagissent avec le produit natif, plutôt qu'avec des métabolites réactifs [16].

Au vu de toutes ces données il semble donc temps de remettre en cause ce dogme des métabolites réactifs.

Immunologie des réactions cutanées aux médicaments

Au cours des dernières années, l'équipe de W. Pichler à Berne en Suisse a développé *in vitro* de très nombreux clones de lymphocytes T humains réagissant avec une large variété de médicaments [16, 17]. Ces clones ont été obtenus chez des patients ayant eu une éruption médicamenteuse, après stimulations répétées *in vitro* de leurs lymphocytes par le médicament inducteur. Cela n'apporte évidemment pas la preuve directe du rôle de ces lymphocytes *in vivo*, mais

DERMATOLOGIE

démontre l'immunogénicité possible des médicaments chez l'homme et permet d'en disséquer les mécanismes. Les études de ces clones ont montré qu'ils réagissaient plus souvent avec le médicament lui-même qu'avec ses métabolites réactifs et que souvent la reconnaissance du médicament passait par sa liaison non covalente avec les molécules HLA. Elles ont aussi trouvé une bonne cohérence entre les cytokines produites par ces clones et l'aspect clinique des réactions d'intolérance. La production d'IL5 et d'éotaxine est ainsi importante au cours des réactions ou l'hyperéosinophilie est au premier plan [17, 18]. La production d'IL8, facteur de stimulation des neutrophiles, est un marqueur des éruptions pustuleuses.

Notre équipe a apporté une confirmation importante à ces travaux in vitro en démontrant la présence au site des lésions de SJS/TEN de lymphocytes CD8, spécifiques de médicament et capables de lyser sans aucune manipulation ex vivo des cellules autologues et en particulier des kératinocytes. [19]

Se dessine ainsi une approche globale des réactions cutanées aux médicaments qui suggère une stimulation spécifique de

lymphocytes T aboutissant à la mise en jeu de mécanismes effecteurs variés dont chacun pourrait conduire à un aspect clinique particulier. Le rôle des molécules du système HLA dans la reconnaissance du médicament comme antigène, pourrait contribuer à définir des groupes à risque [20]. Cela a été bien démontré récemment pour les réactions à l'abacavir [21,22].

Ces progrès dans la compréhension des mécanismes immunologiques de la plupart des toxidermies justifient l'intérêt porté à la réalisation de tests épicutanés aux médicaments [23]

Toxidermie médicamenteuse et infection virale.

On connaît, sans toujours le comprendre, le rôle favorisant de l'infection VIH qui augmente le risque de toxidermie médicamenteuse et en particulier les plus graves (syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell). Une étude prospective a écarté l'hypothèse que des réactivations virales puissent expliquer ce taux élevé de réaction médicamenteuse au cours du SIDA [24].

Il y a par contre une littérature qui commence à se développer concernant des rapports entre syndrome DRESS et infection par HHV6, HHV7 ou d'autres virus

[25]. La réplication de virus HHV6 semble significativement plus fréquente au cours des syndromes d'hypersensibilité DRESS. L'hypothèse la plus probable est qu'il s'agit de l'induction de la réplication virale par l'amplification lymphocytaire qui est elle-même déclenchée par la réaction médicamenteuse. Le rôle favorisant de la corticothérapie générale dans cette réplication virale et les conséquences de cette réactivation d'HHV6 ou d'HHV7 restent à déterminer.

IV - Traitement des toxidermies

Pour la première fois une étude a démontré dans les toxidermies graves que l'arrêt précoce du médicament inducteur était un facteur d'amélioration du pronostic vital [26]. Même si elle n'est pas extrapolable aux toxidermies médicamenteuses bénignes, cette étude doit rendre prudent vis-à-vis de l'attitude qui consiste à maintenir le traitement malgré une éruption médicamenteuse. A mon avis cette attitude n'est justifiée que si le traitement est réellement irremplaçable.

Il n'y a guère de nouveautés sur les traitements curatifs des érup-

tions médicamenteuses. Dans les formes les plus graves, l'espoir suscité par l'administration de fortes doses d'immunoglobulines intraveineuses [27] n'a pas été confirmé dans notre expérience et dans celle d'autres équipes [28,29].

Les principales nouveautés dans ce domaine concernent à mon avis la prévention dans des situations où le risque de réaction est élevé.

Deux études randomisées sont dignes d'intérêt : l'une a montré que l'utilisation de doses très lentement progressives de sulfaméthoxazole dans la prévention de la pneumocystose chez des patients HIV+ diminuait le risque de réaction cutanée [30]. L'autre a montré que l'augmentation très progressive des doses ou l'adjonction d'une corticothérapie générale diminuait le risque de survenue de réaction cutanée à la névirapine toujours dans le cadre de l'affection VIH [31].

En conclusion les avancées récentes dans la compréhension physiopathologique des toxidermies médicamenteuses font espérer de nouveau progrès dans la prévention de traitement de ces accidents encore trop fréquents. ■

Scientifique

Bibliographie

- 1) Roujeau J-C, Stern RS. Severe cutaneous adverse reactions to drugs. *N Engl J Med*. 1994; 331: 1272-85.
- 2) Hunziker T, Kunzi UP, Braunschweig S, Zehnder D, Hoigne R. Comprehensive hospital drug monitoring (CHDM): adverse skin reactions, a 20-year survey. *Allergy* 1997; 52: 388-93.
- 3) Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, Correia O, Schroder W, Roujeau JC. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiforme majus, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis: results of an international prospective study. *Arch Dermatol*. 2002; 138: 1019-24.
- 4) Roujeau J-C, Kelly JP, Naldi L et al. Medication use and the risk of Stevens-Johnson syndrome or toxic epidermal necrolysis. *N Engl J Med* 1995; 333: 1600-7.
- 5) Fagot JP, Mockenhaupt M, Bouwes-Bavinck JN, Naldi L, Viboud C, Roujeau JC; EuroSCAR Study Group. Nevirapine and the risk of Stevens-Johnson syndrome or toxic epidermal necrolysis. *AIDS*. 2001; 15: 1843-8.
- 6) Beylot C, Bioulac P, Doutre MS. Pustulose exanthématique aiguë généralisée, à propos de 4 cas. *Ann Dermatol Venereol*. 1980; 107: 37-48.
- 7) Roujeau JC, Bioulac-Sage P, Bourseau C et al. Acute generalized exanthematous pustulosis. Analysis of 63 cases. *Arch Dermatol*. 1991; 127: 1333-8.
- 8) Bocquet H, Bagot M, Roujeau JC. Drug-induced pseudolymphoma and drug hypersensitivity syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic

- 9) Beneton N, Bocquet H, Cosnes A, Revuz J, Roujeau JC. Benefit-risk assessment of acne therapies. *Lancet*. 1997; 349: 1252.
- 10) Gupta AK, Sibbald RG, Knowles SR, Lynde CW, Shear NH. Terbinafine therapy may be associated with the development of psoriasis de novo or its exacerbation: four case reports and a review of drug-induced psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1997; 36: 858-62.
- 11) van Rijnsoever EW, Kwee-Zuiderwijk WJ, Feenstra J. Angioneurotic edema attributed to the use of losartan. *Arch Intern Med*. 1998; 158: 2063-5.
- 12) Albes B, Marguery MC, Schwarze HP, Journe F, Loche F, Bazex J. Prolonged photosensitivity following contact photoallergy to ketoprofen. *Dermatology*. 2000; 201: 171-4.
- 13) Shear NH, Spielberg SP, Grant DM, Tang BK, Kalow W. Differences in metabolism of sulfonamides predisposing to idiosyncratic toxicity. *Ann Intern Med* 1986; 105: 179-184.
- 14) Wolkenstein P, Lorient MA, Aractingi S et al. Prospective evaluation of detoxification pathways as markers of cutaneous adverse reactions to sulfonamides in AIDS. *Pharmacogenetics* 2000; 10: 821-8.
- 15) Pirmohamed M, Alfirevic A, Vilar J, Stalford A, Wilkins EG, Sim E, Park BK. Association analysis of drug metabolizing enzyme gene polymorphisms in HIV-positive patients with cotrimoxazole hypersensitivity. *Pharmacogenetics* 2000; 10: 705-13.
- 16) Schnyder B, Burkhardt C, Schnyder-

Frutig K et al. Recognition of Sulfamethoxazole and Its Reactive Metabolites by Drug-Specific CD4+ T cells from allergic individuals. *J Immunol*. 2000; 164: 6647-54.

17) Yawalkar N, Shrikhande M, Hari Y et al. Evidence for a role for IL-5 and eotaxin in activating and recruiting eosinophils in drug-induced cutaneous eruptions. *Allergy Clin Immunol* 2000; 106: 1171-6.

18) Choquet-Kastylevsky G, Intrator L, Chenal C, Bocquet H, Revuz J, Roujeau J-C. Increased levels of interleukin 5 are associated with the generation of eosinophilia in drug-induced hypersensitivity syndrome. *Br J Dermatol*. 1998; 139: 1026-32.

19) Nassif A, Bensussan A, Dorothee G et al. Drug specific cytotoxic T-cells in the skin lesions of a patient with toxic epidermal necrolysis. *J Invest Dermatol*. 2002; 118: 728-33.

20) Pirmohamed M, Lin K, Chadwick D, Park BK. TNF alpha promoter region gene polymorphisms in carbamazepine-hypersensitive patients. *Neurology* 2001; 56: 890-6.

21) Mallal S, Nolan D, Witt C, et al. Association between presence of HLA-B*5701, HLA-DR7, and HLA-DQ3 and hypersensitivity to HIV1 reverse-transcriptase inhibitor abacavir. *Lancet* 2002; 359: 727-32.

22) Hetherington S, Hughes AR, Mosteller M et al. Genetic variation in HLA-B region and hypersensitivity reactions to abacavir. *Lancet* 2002; 359: 112111-2.

23) Barbaud A, Reichert-Penetrat S, Trechot P, Jacquinet MA, Ehlinger A, Noirez V, Faure GC, Schmutz JL, Bene MC. The use of skin testing in the investigation of cutaneous adverse drug reactions. *Br J Dermatol*. 1998; 139: 49-58.

24) Eliasiewicz M, Flahault A, Caumes E et al. Prospective evaluation of risk factors of cutaneous drug reactions to sulfonamides in AIDS patients *J Am Acad Dermatol*. 2002; 47: 40-6.

25) Descamps V, Valance A, Edlinger C et al. Association of human herpesvirus 6 infection with drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms. *Arch Dermatol*. 2001; 137: 301-4.

26) Garcia-Doval I, LeCleave L, Bocquet H, Otero XL, Roujeau JC. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome: does early withdrawal of causative drugs decrease the risk of death? *Arch Dermatol*. 2000; 136: 323-7.

27) Viard I, Wehrli P, Bullani R et al. Inhibition of toxic epidermal necrolysis by blockade of CD95 with human intravenous immunoglobulin. *Science* 1998; 282:490-3.

28) Bachot N, Revuz J, Roujeau JC. Intravenous immunoglobulin treatment for Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a prospective noncomparative study showing no benefit on mortality or progression. *Arch Dermatol*. 2003; 139: 33-6.

29) Bachot N, Roujeau JC. Intravenous immunoglobulins in the treatment of severe drug eruptions. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2003; 3: 269-74.

30) Para MF, Finkelstein D, Becker S, Dohn M, Walawander A, Black JR. Reduced toxicity with gradual initiation of trimethoprim-sulfamethoxazole as primary prophylaxis for *Pneumocystis carinii* pneumonia. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000; 24: 337-43.

31) Barreiro P, Soriano V, Casas E et al. Prevention of nevirapine-associated exanthema using slow dose escalation and/or corticosteroids. *AIDS* 2000; 14: 2153-7.

LE POINT SUR L'ACNE ET LES PLAIES

ACNE

L'acné est la plus fréquente des affections dermatologiques, touchant, dans une étude épidémiologique en France, 72 % de sujets d'âge scolaire compris entre 11 et 18 ans. L'immense majorité des acnés guérit toute seule, sans qu'on en comprenne très bien pourquoi. D'autres se prolongent à l'âge adulte, notamment chez la femme.

Cette fréquence entraîne un coût médico-économique important en terme de consultations et de prescriptions. Elle ne doit pas être négligée par l'entourage ou le praticien, en raison de son retentissement psychologique possible et de la mise à disposition de traitements efficaces. Ces thérapeutiques efficaces n'ont toutefois qu'un effet suspensif jusqu'à l'extinction naturelle. La prise en charge régulière est donc essentielle pour un traitement continu, variant en fonction du type et de l'importance de l'acné.

La relation malade/médecin est essentielle car le traitement est prolongé. La première consultation permet de faire comprendre la physiopathologie de l'acné qui doit être contrôlée avant de traiter les cicatrices. Deux étapes successives caractérisent l'affection : comédol genèse qui peut se développer dès la période pubertaire et qui est due à l'action conjointe de deux facteurs : élévation de la sécrétion sébacée sous l'influence des hormones mâles, et hyperkératose de l'infundibulum pilo-sébacé qui va empêcher l'évacuation du sébum vers la surface. La seconde étape est l'élévation importante de la colonisation bactérienne par *Propioni bacterium acnes* mais aussi par d'autres germes habituellement saprophytes comme *Staphylococcus epidermidis*. *P. acnes* a un rôle pro inflammatoire péri comédogène et aggrave aussi la formation des comédons par hydrolyse des triglycérides du sébum en glycérol et acides gras comédogènes. La première consultation permet également d'expliquer l'inutilité des antiseptiques ou des topiques abrasifs, d'éliminer les facteurs favorisant cosmétiques ou les médicaments comédogènes et de proposer une stratégie thérapeutique de longue durée qui fera appel soit à des traitements locaux de première intention, efficaces dans l'immense majorité des acnés banales, ou à des traitements généraux de seconde intention en cas d'échec des traitements locaux/ou prescrits d'emblée si l'acné est grave et étendue.

Le traitement local de première intention est essentiellement à base d'antibiotiques (érythromycine), de peroxyde de benzoyle ou de rétinoïdes topiques. Si l'acné est plus sévère ou lors de rechutes itératives, les dermatologues utilisent les mêmes traitements locaux que précédemment mais y associent un traitement par voie générale : antibiotiques en règle de la classe des cyclines ou chez les jeunes femmes des pilules spécifiques aux effets anti androgéniques. L'association antibiotiques topiques systémiques est à proscrire du fait de l'augmentation de souches bactériennes résistantes aux cyclines ou à l'érythromycine. Pour les acnés sévères ou qui réapparaissent après un traitement par voie générale, des dermatologues prescrivent de l'isotrétinoïne (prescription très encadrée en raison de la térato-genèse).

Le traitement des séquelles cicatricielles ne se fait qu'après contrôle total de l'acné (dermabrasion, laser).

Les dermatologues espèrent l'arrivée de nouveaux traitements : inhibiteurs enzymatiques de la transformation du cholestérol par les kératinocytes, nouvelle place de rétinoïdes agissant plus spécifiquement sur le follicule pilo sébacé, nouveaux traitements androgéniques d'application locale.

PLAIES

S'il existe un partenariat entre différentes disciplines, les dermatologues sont fréquemment sollicités pour la prise en charge des ulcères de jambe et les problèmes du pied diabétique, les ulcérations diverses post traumatiques ou infectieuses, les brûlures superficielles peu étendues, plus rarement les escarres. Il faut y ajouter les érosions des grandes maladies bulleuses auto immunes ou par nécrose épidermique toxique. Il existe donc une spécificité dermatologique des plaies tout en soulignant que la prévention et le traitement de ces pertes de substance reposent sur une étroite synergie entre le médecin et l'infirmière.

Le dermatologue ne peut se cantonner à prescrire les soins locaux adaptés et exerce donc une prise en charge plus globale : enquête étiologique, enquête d'environnement (soins d'hygiène, contexte socio-économique, facteurs nutritionnels ...). L'examen clinique attentif permet d'orienter rapidement vers l'étiologie veineuse ou artérielle voire mixte d'un ulcère de jambe, ce que vient confirmer un examen non invasif comme l'écho doppler. Parmi les messages à délivrer, parallèlement à une ordonnance adaptée, il faut combattre un certain nombre d'idées reçues :

- L'ulcère ne peut se résoudre à un problème bactériologique. Les ulcères sont effectivement des plaies souillées où il existe constamment une colonisation bactérienne (différent d'une sur infection) gram + et à gram -. L'évolution de la plaie n'est pas liée, en dehors de la surinfection, à la virulence des germes trouvés. Les prélèvements bactériologiques sont inutiles en dehors de signe d'infection générale ou loco régionale. Les antibiotiques locaux n'ont que des inconvénients en sélectionnant des germes multi résistants et en provoquant une irritation chimique ou une allergie.
- Le traitement des ulcères artériels et veineux ne fait pas toujours suffisamment de place à la chirurgie, et, en ce qui concerne l'ulcère veineux, il faut insister sur la contention qui est un axe principal du traitement local de l'ulcère veineux.
- Le traitement de la douleur doit être pris en compte pour favoriser la détersion manuelle des plaies fibrineuses ou surinfectées.
- Les malades porteurs d'ulcère sont souvent polysensibilisés à de très nombreux topiques appliqués dont les plus allergisants doivent être maintenant bannis.

L'évolution majeure survenue dans la prise en charge locale des plaies est la notion du rôle favorable d'une cicatrisation en milieu humide et donc le développement de nouveaux pansements (hydrocolloïdes, hydrogels, hydrocellulaires en cas de lésions suintantes). L'arbre décisionnel du choix de tel ou tel pansement est dicté par l'aspect de la plaie (fond noir nécrotique, fond jaune fibrineux, fond rouge bourgeonnant ...) et en fonction de l'importance ou non de l'exsudat associé.

Il n'en reste pas moins qu'il n'existe aucun traitement topique miraculeux et que l'essentiel est, en sus de la prise en charge du traitement étiologique, la qualité de réalisation des soins locaux, soit au cabinet du dermatologue soit en ville avec l'aide d'une infirmière motivée.

Pr Béatrice CRICK,
service de dermatologie,
CHU Bichat - APHP



prise en charge de l'urticaire chronique

INTRODUCTION

L'urticaire est l'une des affections dermatologiques les plus fréquentes : 15 à 20 % de la population fait au moins une poussée aiguë au cours de sa vie, motivant 1 à 2 % des consultations de dermatologie et d'allergologie. L'urticaire chronique est définie par la persistance des lésions au-delà de 6 semaines, celles-ci pouvant durer pendant des années, en moyenne 3 à 5 ans. Quarante pour cent des urticaires persistant plus de 6 mois sont toujours présentes 10 ans plus tard et 20 % le sont toujours après 20 ans d'évolution.

L'urticaire chronique est parfois grave lorsqu'elle s'associe à un angio-œdème avec atteinte laryngo-pharyngée ou digestive. Le retentissement psychologique et en particulier socioprofessionnel est souvent important, pouvant altérer la qualité de vie et générer une angoisse chez de nombreux patients. Les étiologies classiquement répertoriées dans les traités sont multiples, incitant parfois à la réalisation de bilans exhaustifs et coûteux, ce d'autant que la demande des patients pour « trouver la cause » de leur maladie est souvent pressante. Pour autant, la « rentabilité diagnostique » de ces bilans étiologiques est décevante, laissant parfois le médecin frustré et le patient souvent désemparé.

Les classiques traitements antihistaminiques ne sont pas toujours efficaces, incitant alors les malades à réclamer la répétition ou l'élargissement du bilan étiologique, et posant au médecin le problème du choix de la meilleure stratégie diagnostique et thérapeutique à adopter.

Les buts de cette conférence de consensus sur la prise en charge de l'urticaire chronique ont été : de rappeler les données essentielles fournies par l'interrogatoire et l'examen clinique dans le diagnostic étiologique des urticaires chroniques, de proposer une stratégie d'examen complémentaires adaptés et une prise en charge thérapeutique cohérente prenant en compte, lorsque cela est nécessaire, d'éventuels facteurs psychologiques.

Les recommandations proposées par le jury ont été classées en grades A, B, ou C en fonction du niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (tableau 1).

Celles pour lesquelles le grade n'est pas mentionné explicitement dans le texte doivent être considérées comme des recommandations reposant sur un consensus au sein du jury. Le niveau de preuve scientifique fournie par l'analyse de la littérature était malheureusement souvent faible. Dans ces cas, le jury a également tenu compte des pratiques professionnelles en tentant de faire des propositions empreintes de bon sens.

QUESTION 1

Quelles sont les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique permettant d'orienter le diagnostic étiologique d'un urticaire chronique ?

L'urticaire se caractérise par l'apparition de papules mobiles, fugaces (d'une durée habituellement inférieure à 24 heures) et prurigineuses. Lorsque l'œdème atteint la partie profonde du derme ou l'hypoderme, les lésions prennent l'aspect de tuméfactions fermes, pâles, plus douloureuses que prurigineuses, pouvant persister 48 heures à 72 heures. Il s'agit alors d'une urticaire profonde, encore appelée angio-œdème. Près de 50 % des malades présentent l'association de ces deux formes d'urticaire.

L'urticaire est chronique lorsque l'éruption persiste plus de 6

semaines (sur un mode permanent ou récidivant).

Le diagnostic étiologique des urticaires chroniques repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique.

Interrogatoire

L'anamnèse précise :

- la chronologie ;
 - les antécédents familiaux et personnels (atopie, urticaire, maladie générale) ;
 - les prises médicamenteuses chroniques (inhibiteurs de l'enzyme de conversion - IEC), sartans, aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens - AINS), et occasionnelles (codéine et morphiniques) ;
 - les habitudes alimentaires (surconsommation d'aliments histaminolibérateurs) ;
 - la notion d'urticaire de contact (latex notamment) et les professions exposées ;
 - les circonstances déclenchantes d'une urticaire physique (effort, frottement, pression, chaleur, froid, eau, exposition solaire, vibrations) ;
 - le rôle du « stress » en tant que facteur aggravant ;
 - les signes d'accompagnement évoquant une maladie générale.
- L'urticaire chronique chez l'enfant est exceptionnelle et présente peu de particularités.

Examen clinique

- Examen dermatologique : certaines localisations sont d'emblée évocatrices d'une étiologie :

- dermatographisme (lésions linéaires reproduites par le grattage) ;
 - urticaire retardée à la pression (urticaire profonde des zones d'appui provoquée par la pression) ;
 - urticaire cholinergique (exposition à la chaleur, à l'effort ou une émotion, de durée brève) ;
 - angio-œdème du visage (cause alimentaire chez l'enfant, et médicamenteuse chez l'adulte).
- Chez le petit enfant l'aspect est volontiers ecchymotique.

Il existe des formes atypiques chez l'adulte : annulaire, micropapuleuse ou purpurique.

Une éruption fixe, de durée supérieure à 24 heures, peu prurigineuse évoque une urticaire par vasculite.

Il faut différencier l'urticaire chronique de l'érythème polymorphe (enfant), de la mastocytose et de la pemphigoïde au stade prébulleux.

• Examen général : il doit être complet, plus particulièrement orienté vers une maladie auto-immune chez l'adulte.

• Tests à réaliser en cas de suspicion d'urticaire physique : chaque forme d'urticaire physique est authentifiée par des tests adaptés :

- le dermatographisme. Le test diagnostique est effectué avec une simple pointe mousse sur un trajet d'environ 10 cm ;
- l'urticaire cholinergique ou urticaire réflexe à la chaleur. Les tests de provocation consistent

Tableau 1. Grade des recommandations dans le cas des études thérapeutiques

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTÉRATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance - études comparatives non randomisées bien menées - études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 - études cas -témoins	
Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants - études rétrospectives - séries de cas - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	C Faible niveau de preuve scientifique

DERMATOLOGIE

en un exercice physique avec sudation ;

- les urticaires au froid. Le test de provocation repose sur le test au glaçon appliqué sur l'avant-bras dans un sac plastique pendant 20 minutes. En cas de négativité, il faut réaliser un test à l'immersion de l'avant-bras à 5-10 °C pendant 10 à 15 minutes ;
- l'urticaire retardée à la pression. Le diagnostic est confirmé par l'application de poids de 2,5 à 7 kg pendant 20 minutes (sur au moins 2 zones différentes, épaules et cuisses par exemple avec lectures échelonnées de 30 minutes à 24 heures) ;
- l'urticaire de contact au chaud. Elle est reproduite par l'application sur l'avant-bras d'un tube en verre contenant de l'eau chaude (38 °C et 50 °C pendant 1 à 5 minutes). La réaction est immédiate sauf dans les formes familiales ;
- l'urticaire solaire. Les lésions sont reproduites par la lumière solaire ou un simulateur solaire ;
- l'urticaire aquagénique. Le test de provocation consiste en l'application dans le dos d'une compresse humide à 37 °C pendant 20 à 30 minutes ;
- l'angio-œdème vibratoire. Les lésions sont reproduites par un appareil vibratoire.

Certains de ces tests ne sont pas dénués de risque et doivent être réalisés dans des conditions de sécurité optimale pour le patient.

QUESTION 2

Devant une urticaire chronique, quel bilan paraclinique minimal faut-il effectuer ? chez quels malades faut-il faire un bilan plus complet et lequel ?

L'abord étiologique des urticaires chroniques peut être envisagé sous trois angles :

- la fréquence des pathologies réputées associées à l'urticaire chronique, en étudiant le niveau de preuve méthodologique des séries publiées ;
- les maladies associées dont le diagnostic a éventuellement un impact sur le traitement de l'urticaire (cf. question 4) ;
- les affections sous-jacentes dépistées à l'occasion du bilan de l'urticaire chronique.

L'analyse de la littérature concernant les infections bactériennes ne montre pas d'association entre « foyer infectieux local » et urticaire chronique. Il n'y a pas lieu de rechercher systématiquement une infection dentaire ou sinusienne.

Les explorations à la recherche d'une infection par *Helicobacter pylori* ne paraissent pas justifiées en l'absence de symptomatologie digestive évocatrice (grade B).

Parmi les parasitoses, seule l'infection à *Toxocara canis* semble, d'après une seule étude

de la littérature, associée à l'existence d'une urticaire chronique.

Aucune association significative entre une infection virale et la survenue d'une urticaire chronique n'a été démontrée.

L'imputabilité d'une allergie alimentaire vraie paraît exceptionnelle dans l'urticaire chronique, au contraire de l'urticaire aiguë, et n'indique donc pas d'examen complémentaire spécifique (grade B). Parmi les pathologies auto-immunes, la seule association significative concerne la présence des auto-anticorps (AC) de la thyroïdite auto-immune (AC antithyroperoxydase et/ou antithyroglobuline).

Le résultat de la biopsie d'une urticaire chronique « banale » isolée sans autre lésion cutanée associée ni symptôme extracutané n'a pas de valeur d'orientation étiologique en faveur ou en défaveur d'une maladie systémique.

D'une manière générale, la rentabilité des différents panels d'exams complémentaires proposés dans la littérature pour le diagnostic étiologique des urticaires chroniques est faible.

Devant un patient atteint d'urticaire chronique, le jury propose d'orienter le bilan paraclinique en fonction des données fournies par l'interrogatoire et l'examen clinique en distinguant deux situations différentes (figure 1).

Patient présentant une urticaire chronique banale isolée sans signes cliniques d'orientation étiologique

Le jury propose de n'effectuer aucun examen complémentaire systématique d'emblée (grade B).

En première intention, il semble licite de proposer un traitement antihistaminique anti-H1 pendant 4 à 8 semaines.

Après cette période de traitement initial et seulement chez les patients considérés comme résistants à ce traitement, un bilan minimal d'orientation comprenant : numération-formule sanguine (NFS), vitesse de sédimentation (VS), dosage de la C reactive protéine, recherche d'AC antithyroperoxydase (et en cas de positivité, dosage de la TSH) est proposé (grade B).

Le jury n'a pas proposé d'inclure la sérologie de la toxocarose, ni le dosage du complément ou la recherche de facteurs antinucléaires dans ce bilan paraclinique minimal, et propose de ne les réaliser qu'en cas de syndrome inflammatoire, d'anomalie de la NFS, ou s'il apparaissait secondairement des signes cliniques d'orientation étiologique.

Patient présentant des signes cliniques suggérant une orientation étiologique

Certains examens seront demandés d'emblée en fonction des orientations diagnostiques suggérées par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique :

- urticaire au froid : cryoglobulinémie, cryofibrinogénémie, immunoglobuline monoclonale, agglutinines froides ;
- urticaire solaire : phototests standardisés ;
- angio-œdèmes chroniques ou récidivants isolés, sans lésion superficielle : recherche d'un déficit en inhibiteur de la C1 estérase. Angio-œdème chronique localisé de la face inexplicé (absence de prise d'IEC, sartans, aspirine ou AINS) : panoramique dentaire, scanner des sinus ;
- urticaire « atypique » (urticaire fixe, peu prurigineuse) ou association à d'autres signes cutanés (livedo, nodules, purpura, etc.) : biopsie cutanée ;
- dysthyroïdie clinique : dosage de la TSH, AC antithyroglobuline, antithyroperoxydase voire antirécepteurs de la TSH ;
- en cas de signes extracutanés orientant vers une maladie systémique, les examens paracliniques demandés seront fonction des signes d'appel trouvés par l'interrogatoire ou l'examen physique.

QUESTION 3

Quand faut-il faire des examens allergologiques et lesquels ?

En matière d'urticaire chronique, les étiologies allergiques sont largement surestimées. Le jury considère que la place des investigations allergologiques est réduite. Leur réalisation repose sur une démarche rigoureuse.

Il est essentiel de différencier « l'allergie alimentaire » de mécanisme immunologique, qui est très rare, et « l'intolérance alimentaire », qui est plus fréquente et le plus souvent liée à une surconsommation en amines biogènes (cf. question 1). Cette intolérance alimentaire est encore dénommée « fausse allergie alimentaire ».

Quand ?

L'interrogatoire minutieux oriente les investigations allergologiques. Certaines manifestations sont évocatrices comme des troubles dyspeptiques postprandiaux suggérant une fausse allergie alimentaire, une urticaire localisée de contact ou des épisodes d'angio-œdèmes récidivants du visage chez l'enfant suggérant une allergie alimentaire vraie.

Les investigations allergologiques sont limitées à la recherche d'une allergie ou d'une intolérance alimentaire et d'une urticaire de contact.

Quel bilan ?

- Investigations inutiles :
 - pneumallergènes : il n'y a pas lieu de rechercher une sensibilisation aux pneumallergènes au cours de l'urticaire chronique isolée (grade B) ;
 - additifs, conservateurs, conta-

minants : le rôle des conservateurs, des additifs et des contaminants (nickel en particulier) dans la genèse des urticaires chroniques est actuellement limité à des situations particulières (consommation excessive d'un seul agent, additif ou conservateur, ce qui est un cas très rare en pratique) ;

- arômes : les arômes (naturels et artificiels) sont de plus en plus présents dans l'alimentation mais l'ignorance de la formule chimique de la majorité d'entre eux rend les explorations impossibles ;
- médicaments : le mécanisme pharmacologique des urticaires chroniques ou récidivantes et de l'angio-œdème médicamenteux n'est pas immunologique. Les explorations allergologiques ne sont donc pas indiquées (grade B).

• Investigations orientées utiles :

- fausse allergie alimentaire et allergie alimentaire vraie : la fausse allergie alimentaire constitue la cause la plus fréquente d'urticaire chronique liée à l'ingestion d'aliments. Elle est souvent considérée comme un facteur aggravant non spécifique de l'urticaire chronique.

Les amines biogènes (histamine, tyramine) ou l'hyperconsommation d'un aliment (lait, blé) entraînant une colopathie de fermentation sont en cause (cf. question 1). Certains médicaments (aspirine et AINS) et l'alcool majorent la perméabilité intestinale, favorisant indirectement une histaminolibération source d'urticaire chronique.

Le prélabo indispensable à toute exploration allergologique alimentaire est l'analyse du carnet alimentaire sur 7 jours comportant le recueil de toutes les étiquettes et des données simples évaluables comme l'extension des lésions, l'importance du prurit, et les prises d'antihistaminiques anti-H1.

Leur consommation excessive conduit à une éviction de ces aliments sur une période d'au moins 3 semaines. Le diagnostic de fausse allergie alimentaire est retenu sur la nette amélioration de l'urticaire, voire sa guérison, après mise en œuvre d'un régime d'éviction.

Les autres explorations allergologiques n'ont aucune utilité dans le cadre d'une fausse allergie alimentaire (grade B).

La suspicion d'une allergie alimentaire vraie (par exemple allergènes masqués comme l'arachide et le sésame) repose sur une recherche de sensibilisation IgE-dépendante aux aliments par des tests cutanés plus fiables que les tests biologiques. Cette étape requiert une compétence médicale spécialisée. Une suspicion de sensibilisation à un aliment nécessite une éviction de 3 semaines. Cependant, l'amélioration éventuellement observée après un régime d'éviction n'autorise pas un diagnostic de certitude. Seul le



test de provocation par voie orale permet d'affirmer l'allergie alimentaire vraie. Il est impérativement réalisé dans des structures hautement spécialisées capables de prendre en charge un choc anaphylactique.

- urticaire de contact : l'exploration d'une urticaire de contact, orientée par l'interrogatoire, repose sur la pratique de tests épicutanés, de tests ouverts (application directe sur la peau sans utilisation de cupule) avec une lecture immédiate, et surtout, de prick-tests. En cas de négativité, un test d'application répétée peut éventuellement être tenté.

QUESTION 4

Dans quelles circonstances la mise en évidence d'une étiologie a-t-elle un retentissement sur la prise en charge thérapeutique et l'évolution de l'urticaire chronique ?

L'un des principaux intérêts du bilan étiologique est de mettre en évidence certaines causes dont le traitement influera sur la prise en charge de l'urticaire chronique.

Urticaire chronique physique

Le diagnostic d'une urticaire chronique physique a un impact sur la prise en charge thérapeutique car certaines situations déclenchantes peuvent parfois être évitées (cf. question 1). Les traitements antihistaminiques anti-H1 de seconde génération font cependant l'objet d'un accord professionnel fort dans cette indication.

Urticaire chronique de contact

L'éviction des allergènes en cause se justifie chez les patients atteints d'urticaire allergique de contact.

Urticaire chronique et médicaments

Les médicaments interviennent le plus souvent comme facteurs d'aggravation des urticaires chroniques.

Certaines substances histaminolibératrices (opiacés, codéine, curares, bêta-lactamines, vancomycine, produits de contraste iodés, atropine, pentamidine, polymyxine B, macromolécules de type Dextran) sont susceptibles d'aggraver une urticaire chronique, le plus souvent en entraînant des poussées d'urticaire aiguë ou d'angio-œdème. Certains de ces produits (bêta-lactamines, curares) sont par ailleurs responsables d'urticaire aiguë par le biais d'une allergie vraie médiée par les IgE.

D'après les données de la littérature, 25 à 55 % des urticaires chroniques seraient aggravées voire déclenchées par l'aspirine ou les AINS, par un mécanisme non allergique.

Les IEC entraînent des angio-œdèmes de topographie essentiellement faciale, survenant généralement dans les 3 premières semaines de leur utilisation, mais parfois aussi après plusieurs mois ou années de traitement. Chez ces malades, le recours aux sartans (inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine II) fait courir un risque de récurrence d'angio-œdème dans 30 % des cas. L'aspirine et les AINS peuvent également être responsables d'angio-œdèmes récidivants.

En pratique, l'identification et l'éviction des médicaments aggravant l'urticaire chronique se justifient dans tous les cas. Un antécédent d'angio-œdème est une contre-indication aux IEC. La survenue d'un angio-œdème sous IEC impose l'arrêt du médicament, et le recours à une autre classe médicamenteuse, si possible différente des sartans. Par contre, la présence (ou des antécédents) d'urticaire chronique (en dehors des angio-œdèmes) n'est pas une contre-indication à l'utilisation des IEC.

Urticaire chronique et alimentation

La fausse allergie alimentaire par surconsommation d'aliments riches en histamine ou d'aliments histaminolibérateurs constitue la cause la plus fréquente d'urticaire chronique liée à l'ingestion d'aliments (cf. question 3). Elle est considérée comme un facteur aggravant non spécifique de l'urticaire chronique. Lorsqu'une fausse allergie alimentaire est suspectée, l'éviction des aliments riches en amines biogènes est recommandée (cf. question 3).

La mise en évidence d'une allergie alimentaire aux additifs, conservateurs et arômes est très difficile en pratique. Un régime d'éviction correspondant à ces substances n'est que rarement indiqué.

La mise en évidence d'une allergie alimentaire vraie (par exemple à des antigènes masqués) est exceptionnelle et nécessite un régime d'éviction après avoir affirmé le diagnostic par un test de provocation par voie orale.

Urticaire et infections

Il n'y a pas à ce jour d'infection associée à l'urticaire chronique dont le traitement ait une efficacité solidement démontrée sur l'évolution de l'urticaire chronique.

Urticaire et maladies générales

• Thyroïdites auto-immunes : la fréquence des thyroïdites auto-immunes est significativement plus importante chez les patients présentant une urticaire chronique. L'impact du traitement par L-thyroxine sur l'évolution de l'urticaire chronique associée n'est pas démontré. Lorsque la

TSH est normale, le jury ne recommande pas d'utiliser une opothérapie par L-thyroxine dans l'unique but de traiter l'urticaire chronique associée (grade C).

• Autres maladies générales : la mise en évidence d'une maladie générale (vascularite systémique, maladie auto-immune, cancer, etc.) est rare voire exceptionnelle au cours d'une urticaire chronique, et l'évolution des lésions d'urticaire n'est pas toujours parallèle au traitement de la maladie associée.

Cas particulier de l'enfant

Les urticaires chroniques infantiles syndromiques (syndrome CINCA, syndrome hyper-IgD, syndrome de Mücke-Wells, maladie de Still, etc.) nécessitent une prise en charge spécialisée.

QUESTION 5

Quelles sont les modalités thérapeutiques proposées aux patients présentant une urticaire chronique idiopathique résistant à un traitement antihistaminique en monothérapie ?

Définition de la résistance

Les antihistaminiques anti-H1 de seconde génération constituent le traitement de choix de l'urticaire chronique (grade A) et permettent de contrôler la maladie dans la grande majorité des cas. Il n'existe pas d'éléments dans la littérature permettant de privilégier une molécule donnée.

Le jury considère qu'un traitement bien conduit doit comporter les caractéristiques suivantes :

- une posologie qui doit être celle de l'AMM ;
- un traitement continu ;
- une bonne observance ;
- une réévaluation régulière du traitement (tous les 3 mois par exemple) ;
- un arrêt, éventuellement progressif, après rémission complète et durable des lésions.

La résistance à un traitement antihistaminique anti-H1 ne s'envisage en général qu'après 4 à 8 semaines de traitement bien conduit en tenant compte de l'histoire naturelle de l'urticaire, dont l'évolution vers la rémission spontanée est possible.

Le jury considère qu'en l'absence de rémission complète, les seuls critères de jugement suivants sont à prendre en compte pour envisager un changement de traitement :

- retentissement sur la qualité de vie ;
- importance du prurit ;
- extension des lésions, poussées d'angio-œdème.

À ce stade, le jury propose de reprendre l'interrogatoire et l'examen clinique à la recherche :

- d'une mauvaise observance ;
- de facteurs déclenchants ou aggravants curables : médicamenteux, alimentaires, psychologiques ;

- de signes associés orientant vers une urticaire symptomatique conduisant alors à un bilan orienté (cf. question 3).

Le jury conseille également de réaliser, même si l'urticaire reste cliniquement « isolée », les examens biologiques suivants : NFS, VS, dosage de la CRP et des AC antithyropéroxydase.

Stratégie thérapeutique des urticaires chroniques résistant à un traitement antihistaminique anti-H1 de seconde génération en monothérapie

• Stratégie initiale : le jury considère que les antihistaminiques anti-H1 demeurent le traitement exclusif. Les deux recommandations suivantes proposées par le jury sont le reflet des pratiques professionnelles et des avis d'experts. Aucune donnée dans la littérature ne permet de privilégier une stratégie thérapeutique par rapport à l'autre :

- monothérapie : remplacement de l'antihistaminique anti-H1 de seconde génération par une autre molécule de cette classe ;
- bithérapie : l'association la plus fréquemment réalisée est celle d'un antihistaminique anti-H1 de seconde génération le matin, à un antihistaminique anti-H1 de première génération à action sédative en prise vespérale, principalement en cas de prurit et de troubles du sommeil.

L'évaluation de l'efficacité de la stratégie retenue sera faite après 4 à 8 semaines de traitement.

Les critères de jugement sont ceux déjà cités et nécessitent de tenir particulièrement compte de l'opinion du malade.

En cas d'échec d'une de ces deux stratégies, le jury considère qu'il faut privilégier le recours à d'autres antihistaminiques anti-H1, en essayant successivement différentes molécules, seules ou en association, avant d'envisager l'utilisation de traitements alternatifs.

• Échec des stratégies précédentes : compte tenu de la rareté de ces situations, le jury considère que ces patients devraient nécessiter au cas par cas une discussion multidisciplinaire en milieu spécialisé.

Les différentes études de la littérature manquent de puissance ou sont contradictoires :

- doxépine : son utilisation a été proposée à partir de 2 études anciennes de niveau 2 ;
- antihistaminiques anti-H2 : l'association d'un antihistaminique anti-H1 à un antihistaminique anti-H2 a été proposée à une époque où le choix des antihistaminiques anti-H1 était limité. Le jury considère que le choix d'une telle association ne se justifie plus actuellement ;
- antileucotriènes : il n'y a pas d'argument pour proposer cette classe thérapeutique en pratique clinique courante.

DERMATOLOGIE

D'autre part, la connaissance du risque de certaines autres thérapeutiques n'incite pas à leur utilisation en dehors d'essais cliniques :

- corticothérapie par voie générale : le jury considère qu'elle n'a pas de place dans le traitement de l'urticaire chronique idiopathique ;
 - immunosuppresseurs, notamment ciclosporine ;
 - traitements par les ultraviolets.
- Dans l'état actuel des connaissances, les autres thérapeutiques qui ont pu être proposées n'ont aucune place dans la prise en charge de l'urticaire chronique idiopathique.

QUESTION 6
Quant faut-il envisager la prise en charge des facteurs psychologiques et selon quelles modalités ?

Envisager la prise en charge des facteurs psychologiques dans l'urticaire chronique doit tenir compte des éléments suivants :

- il s'agit d'une pathologie chronique, nécessitant à ce titre une prise en charge prolongée et spécifique ;
- l'urticaire est une maladie dermatologique, affectant un organe visible et privilégié de la vie de relation ;
- il existe des particularités cli-

niques comme le prurit ou le risque potentiel d'angio-œdème ;

- il y a très peu d'études contrôlées publiées concernant les facteurs psychologiques dans l'urticaire chronique et leur prise en charge. Cependant, comme pour d'autres dermatoses chroniques, une association entre stress, symptomatologie anxio-dépressive et urticaire chronique a été rapportée sans qu'aucune étude n'ait pu établir s'il s'agissait de la cause ou de la conséquence. Aucune relation n'a pu être démontrée entre la sévérité de l'urticaire chronique et celle d'un état anxio-dépressif. L'intensité du prurit peut toutefois être majorée par un syndrome dépressif. Parmi les troubles de la personnalité, la prévalence de l'alexithymie (difficultés à verbaliser des émotions) a été seule étudiée et est aussi importante dans l'urticaire chronique que dans le psoriasis (étude de niveau 3). Un retentissement sur la qualité de vie a été mis en évidence. Pour toutes ces raisons, le jury considère qu'il est licite d'envisager la prise en charge des facteurs psychologiques au cours de l'urticaire chronique. Cette attitude paraît d'autant plus raisonnable qu'elle repose essentiellement sur des données cliniques. Le jury souligne que des études seraient nécessaires pour préciser

l'importance réelle des facteurs psychologiques dans l'urticaire chronique.

Quand faut-il envisager la prise en charge des facteurs psychologiques ?

Aucune étude parue dans la littérature ne porte sur le moment le plus opportun pour débuter une prise en charge psychologique dans l'urticaire chronique.

À la première consultation, le jury propose de veiller particulièrement à fournir au malade une explication détaillée de l'affection, de son évolution chronique et du projet de soin, une dédramatisation de ses peurs. Dans certaines situations, une recherche plus approfondie paraît appropriée :

- lors de souffrance psychique évidente ou demande d'aide psychologique exprimée par le malade ;
- devant des urticaires chroniques résistant au traitement antihistaminique anti-H1 ;
- en présence de certaines urticaires physiques, en particulier l'urticaire retardée à la pression.

Quelques questions simples peuvent alors servir de guide :

- Jusqu'à quel niveau les symptômes interfèrent-ils avec la qualité de vie du patient ?
- Quels sont les bénéfices secondaires éventuels ?
- Existe-t-il des facteurs de stress ? Quelle est leur relation éventuelle avec les poussées ?

• Existe-t-il des symptômes physiques et/ou psychiques d'anxiété ?

• Existe-t-il une symptomatologie dépressive isolée ou associée à des idées suicidaires ?

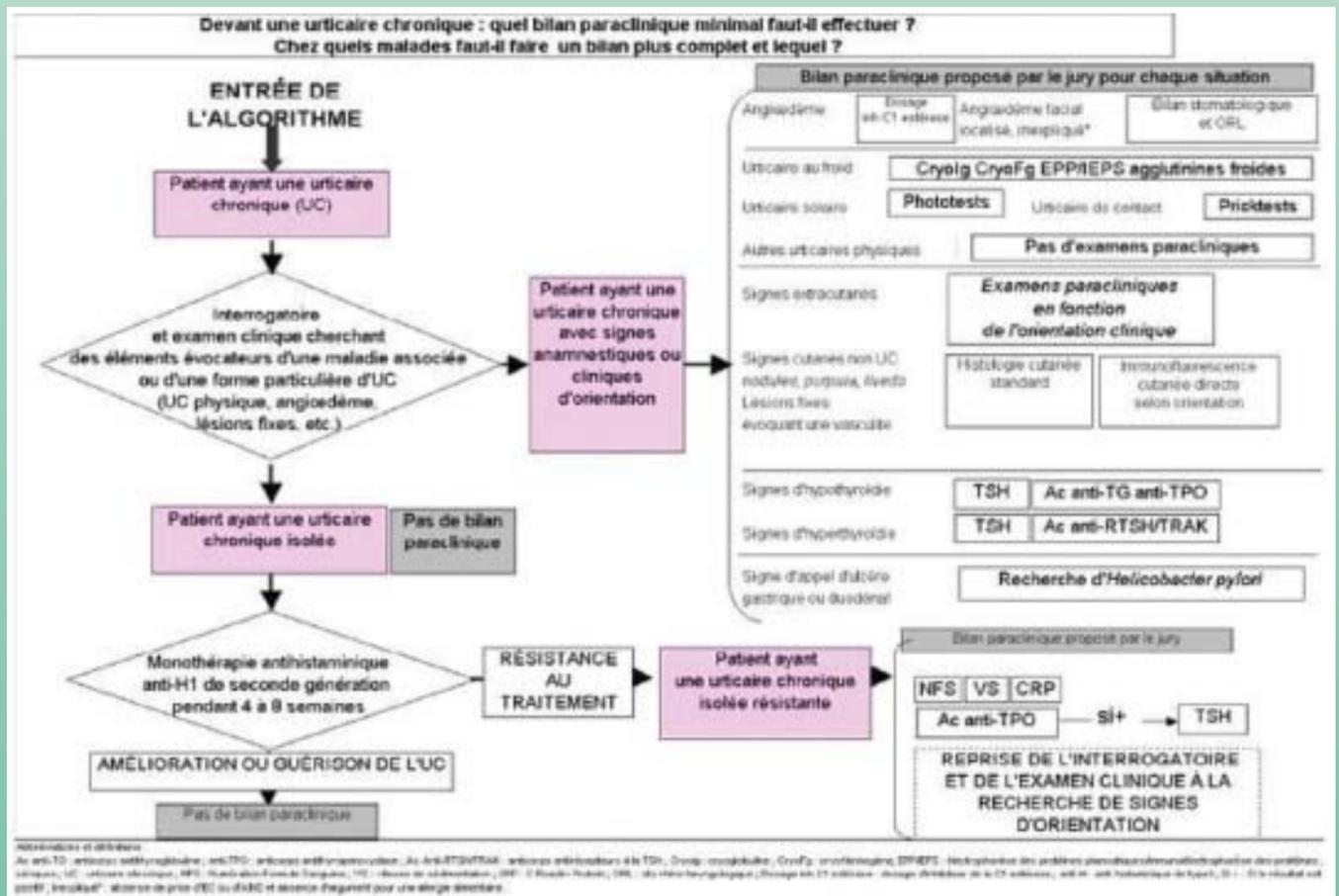
Modalités de la prise en charge des facteurs psychologiques Dans la majorité des cas, la prise en charge initiale des facteurs psychologiques est assumée par le médecin traitant le patient atteint d'urticaire chronique :

- choix préférentiel d'un antihistaminique anti-H1 sédatif en cas de prurit avec troubles du sommeil et/ou anxiété réactionnelle ;
- soutien psychologique, réassurance du patient.

La prise en charge du stress peut être nécessaire (relaxation, thérapies cognitivo-comportementales, etc.).

En cas d'anxiété et/ou de syndrome dépressif caractérisés, le recours à un traitement spécifique est justifié dans le respect des bonnes pratiques. En cas de syndrome dépressif, l'usage fera préférer l'utilisation d'antidépresseurs de nouvelle génération (non tricycliques, non IMAO).

Un avis psychiatrique peut se discuter au cas par cas quand la maladie altère de manière significative la qualité de vie, ou quand le soutien psychique apporté par le médecin traitant et les traitements prescrits à visée psychologique sont peu efficaces.





La dermatite atopique de nouvelles définitions ?

Pr G. Lorette, service de dermatologie, hôpital Trousseau - CHU Tours

Quelle définition pour la dermatite atopique ?

La dermatite atopique est une variété particulière d'eczéma. C'est une dermatose rouge et suintante survenant sur un terrain génétique particulier appelé l'atopie. Actuellement, en pratique courante la définition est essentiellement clinique et surtout intuitive c'est-à-dire que le médecin n'utilise pas de critère particulier mais sait reconnaître, le plus souvent assez facilement, une dermatite atopique.

Dans les cas difficiles ou pour les études une liste de critères essentiellement cliniques a été établie. Ce sont les Critères de Hanifin et Rajka ou plus récemment les critères du UK Working Party. Mais d'autres auteurs s'en réfèrent à un taux d'IgE totales circulantes élevées voire à la positivité d'un ou plusieurs patchs tests réalisés avec les allergènes courants de l'environnement (en particulier les pneumallergènes).

D'autres auteurs utilisent des critères personnels non évalués ce que nous avons montré récemment dans une étude de la littérature dermatologique, allergologique et immunologique.

Il est donc probable que tout le monde actuellement ne parle pas de la même maladie. Ceci a une grande importance conceptuelle, mais peut aussi avoir des conséquences pratiques concernant les explorations à effectuer éventuellement, ou les indications des traitements.

Comment reconnaître la dermatite atopique chez le nourrisson ?

Les lésions sont rouges et suintantes parfois croûteuses sur les convexités en particulier sur les joues (fig 1), le front, le menton, le dessus des mains (fig 2). Ces lésions récidivent régulièrement. Elles s'accompagnent de prurit à partir de l'âge de trois mois.

Chez l'enfant, les lésions se localisent préférentiellement dans les grands plis en particulier les plis des coudes et les plis poplités. Progressivement elles deviennent moins récidivantes. Elles deviennent sèches, la peau est épaissie par le grattage.

Chez l'adulte les lésions sont grisâtres, épaissies (lichénifiées), non suintantes. Elles sont localisées en particulier au visage, au cou (fig3), aux mains (fig4), il y a peu de poussées. Le prurit est toujours présent.

Evolution générale

Les poussées, fréquentes dans la petite enfance, s'espacent progressivement pour disparaître chez le grand enfant. Dans quelques cas il y a persistance des lésions ou bien disparition puis rechute à l'âge adulte. Dans de rares cas la maladie peut débuter à l'âge adulte.

D'autres manifestations d'atopie peuvent s'associer essentiellement asthme et rhume des foins. Chez un

enfant qui a une dermatite atopique il n'y a pas d'argument clinique ou biologique prédictif de la survenue d'asthme ou de rhinite saisonnière.

Terrain familial

On trouve presque toujours en établissant un arbre généalogique que des parents proches ont eu, soit une dermatite atopique, soit de l'asthme, soit une rhinite saisonnière parfois deux de ces manifestations ou les trois.

Le rôle des facteurs d'environnement

Avoir un terrain atopique ne suffit pas à développer des lésions, il faut en plus une stimulation immunitaire. Celle-ci est multifactorielle. Des

pneumallergènes, des aliments, la météorologie, des stress psychologiques... peuvent induire des poussées. Les facteurs en cause sont habituellement multiples et difficiles à mettre en évidence.

Les explorations

Aucun examen complémentaire n'a à être réalisé systématiquement.

Le taux des IgE totales est pris en compte parfois pour la définition de la maladie. Cependant un certain nombre d'atopiques ont des IgE normales voire des IgE très basses.

Il n'y a pas d'utilité à réaliser des patch test ou des prick test systématiques pas plus qu'un dosage des IgE spécifiques, car les sensibilisations étant nombreuses aucune conséquence pratique n'en découlera.



Figure 1 : Atteinte du visage chez un nourrisson



Figure 2 : Atteinte du dessus de la main chez un nourrisson.



Figure 3 : Dermatite atopique de la face latérale du cou chez une adulte



Figure 4 : Localisation sur le dessus de la main d'un adulte

Y-a-t-il un traitement préventif ?

L'attitude analytique, c'est-à-dire rechercher tous les produits de l'environnement pouvant entraîner une réaction chez un atopique a été essayée. Cette attitude qui pourrait sembler logique se révèle très décevante en pratique car elle aboutit à des régimes ou des attitudes

d'exclusion qui sauf dans de rares cas n'ont pas d'influence sur l'évolution générale de la maladie, compliquent notamment la vie des parents et de l'enfant.

Les études concernant l'alimentation en particulier l'allaitement maternel donnent des résultats assez variés (Soit aucun effet des régimes n'est réellement mis en évidence soit des critiques méthodologiques sérieuses peuvent être

mises en avant). Par exemple actuellement il n'y a pas d'argument permettant de dire que l'allaitement au sein prévient la dermatite atopique.

Aucun régime alimentaire (et pourtant de très nombreux ont été essayés depuis très longtemps, y compris dans des conditions très strictes) n'a permis d'empêcher les poussées de dermatite atopique.

Des travaux récents ont montré que la protection des nouveaux-nés et des nourrissons vis-à-vis des constituants de l'environnement en particulier infectieux pouvait favoriser la survenue d'une dermatite atopique (et d'un certain nombre de maladies auto-immunes). Ceci serait un des moyens d'expliquer la faible prévalence de dermatite atopique dans les pays peu développés par rapport aux pays plus industrialisés.

Quels traitements

Le traitement le plus utilisé ces dernières années a été l'usage de dermocorticoïdes à condition d'utiliser ceux-ci sur une peau pas trop inflammatoire, bien désinfectée, sous forme de crème, deux fois par jour, en quantité suffisante pendant une courte période (8 à 10 jours). Il y a une très bonne efficacité, peu d'effets secondaires majeurs, en particulier il n'y a pas de retentissement sur la croissance. Certains auteurs ont essayé de définir une quantité maximum de dermocorticoïdes utilisés chaque jour en définissant une unité phalange, ceci est peu utilisé en pratique. Il est plus simple de réaliser un contrôle *a posteriori* en comptabilisant le nombre de tubes de dermocorticoïdes utilisés chaque mois. Ce traitement anti-inflammatoire est très efficace chez l'enfant, il l'est beaucoup moins chez l'adulte. Un abord différent a été d'agir directement sur le système immunitaire parce qu'il y a un « emballement » ou hyper-réactivité de celui-ci. On peut utiliser la photochimiothérapie (PUVA), des immunosuppresseurs (ciclosporine, azathioprine) par voie générale, surtout chez l'adulte. Depuis peu sont disponibles des immunosuppresseurs par voie locale.

Le tacrolimus topique (Protopic®) est utilisé en médicament d'exception (la prescription ne peut être faite que par des dermatologues ou des pédiatres). On utilise d'abord une pommade à 0,1 % puis à 0,03 %.

Les traitements associés

Les atopiques ont une peau sèche voire très sèche. La sécheresse cutanée est une cause de prurit. Il est nécessaire en particulier pendant la période hivernale d'associer des crèmes émollientes contenant des facteurs capables de fixer l'eau à l'intérieur de la peau (par exemple des crèmes à l'urée à 10 %).

La dermatite atopique est colonisée par des staphylocoques, elle peut se surinfecter : surinfection à *staphylococcus aureus*. Il est nécessaire de traiter dans ces cas par antibiothérapie générale antistaphylococcique. La surinfection peut être aussi être de cause herpétique. Au cours d'une primo-infection herpétique des lésions vésiculeuses de grande taille peuvent sécher sur le visage, sur le dessus des mains, des pieds. Ceci nécessite un traitement général par aciclovir. Il peut également exister des infections bactériennes ou virales à bas bruit qu'il faut suspecter quand les lésions sont diffuses et que le traitement de la dermatite atopique n'est pas efficace.

Et pour demain ?

La dermatite atopique comporte encore bien des mystères. On sait actuellement bien la contrôler. Pourtant elle demeure un sujet de passions et de discussions, peut-être parce qu'on ne parle pas toujours de la même maladie, mais aussi parce que sa connaissance nous fait progresser dans la compréhension des phénomènes immunitaires, enfin parce qu'elle nous pousse à analyser les conséquences de nos habitudes ou de nos part-pris hygiéniques sur la santé de certains d'entre-nous. ■



diagnostic du mélanome

Pr Luc Thomas, Dr Stéphane Dalle, Dr Sandra Ronger-Savlé,
service de dermatologie, Hôtel Dieu - CHU Lyon

Introduction

Le mélanome cutané est une tumeur maligne développée au dépend des mélanocytes. Il s'agit de la plus sévère des tumeurs cutanées malignes fréquentes et la première cause de décès par cancer cutané en France. Son incidence en France est de l'ordre de 10 à 12 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an soit environ 5 000 à 7 000 nouveaux cas par an. L'augmentation de son incidence, estimée de 7 à 10 % par an, est très rapide et le place en tête de tous les cancers en terme d'augmentation de fréquence. La prise en charge thérapeutique précoce du mélanome au stade cutané reste actuellement le meilleur garant de guérison. Celle-ci repose sur un diagnostic le plus précoce possible. Au stade local le meilleur index pronostique est l'épaisseur de la tumeur mesurée en millimètres encore appelé index micrographique de Breslow. La conduite thérapeutique à ce stade est d'ailleurs en grande partie dictée par cet index. La connaissance précoce, en l'absence d'adénomégalie palpable, de l'état du ganglion sentinelle fournit par ailleurs un excellent index pronostique malgré, pour l'instant l'absence de consensus sur la conduite à tenir devant de telles évolutions ganglionnaire occultes. L'évolution métastastique se fait ainsi habituellement vers les ganglions lymphatiques de drainage immédiat ou vers des sites lymphatiques et cutanés intermédiaires entre

la lésion initiale et le premier relai ganglionnaire, on parle de métastases « en transit », elle peut évidemment également se faire à distance. Le pronostic du mélanome au stade des métastases viscérales est très péjoratif avec un taux de survie de 2 à 3 % à 5 ans et une médiane de survie comprise entre 5 et 11 mois. Au stade local la prise en charge du mélanome a fait l'objet d'une conférence nationale de consensus, de recommandations de l'OMS et de diverses « guidelines » nationales ou internationales. Au delà il n'existe aucun consensus sur la prise en charge et celle-ci sera idéale-

ment réalisée par des équipes hyperspécialisées et si possible conduite dans le cadre d'études cliniques contrôlées. L'objet de cette revue est de faire le point sur le diagnostic du mélanome en 2003.

Aspect clinique

Forme clinique typique

Dans sa forme habituelle, le mélanome est une tumeur pigmentée acquise dont le diagnostic doit être suspecté en fonction de cinq critères sémiologiques principaux, dont les termes débutent par les cinq premières lettres de

l'alphabet: « A » pour asymétrie, « B » pour bords irréguliers, « C » pour couleur inhomogène, « D » pour diamètre supérieur ou égal à 6 mm et « E » pour extension en surface (figures 1 et 2). D'autres signes cliniques peuvent évidemment être relevés mais leur présence est habituellement tardive. Il s'agit de l'aspect papuleux (surélevé ou nodulaire) de la lésion (figure 3), le saignement, le prurit, les douleurs, la présence d'un halo érythémateux autour de la lésion, la présence de satellites à quelques millimètres de la lésion principale, voire des signes de dissémination méta-

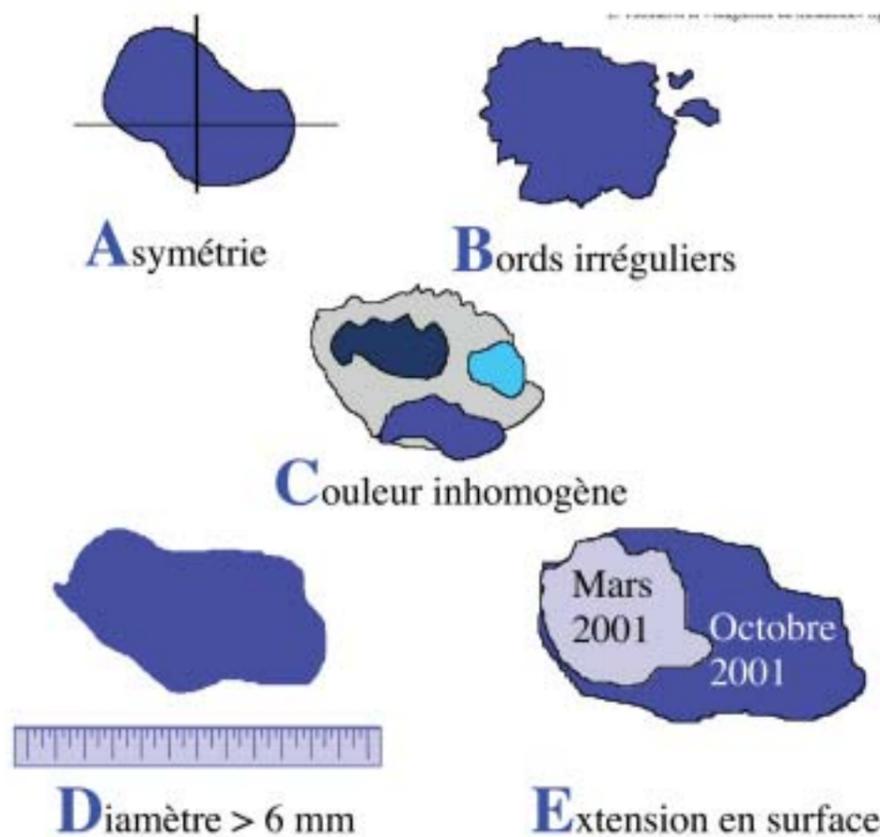


Figure 1 : représentation schématique des critères diagnostiques du mélanome cutané dans sa forme habituelle.



Figure 2 : mélanome cutané typique à un stade précoce (homme de 31 ans, Mélanome SSM niveau II, 0,6 mm)



Figure 3 : mélanome avec signes tardifs : halo inflammatoire, et nodulation (homme de 64 ans SSM, niveau IV, 3,3 mm d'épaisseur, le ganglion sentinelle sera positif, malade décédé 14 mois plus tard de métastases cérébrales)

statique. Ces divers symptômes ajoutent évidemment à la certitude diagnostique, mais ils ne sont d'aucun secours dans le diagnostic précoce.

L'examen en dermoscopie

L'examen en épiluminescence des lésions cutanées pigmentées ou examen dermoscopique (ou dermatoscopique) est devenu au cours des dix dernières années un élément

incontournable du diagnostic positif et du diagnostic différentiel du mélanome. Compte tenu du caractère prédominant du diagnostic précoce dans la stratégie de diminution de la mortalité liée au mélanome, la dermoscopie constitue l'un des progrès les plus marquants dans la prise en charge de cette pathologie au cours des 15 dernières années.

Cette méthode repose sur

l'examen de la lésion dans un système optique grossissant avec un éclairage tangentiel et un fluide de contact supprimant le reflet de la couche cornée de l'épiderme. En dermoscopie on peut donc observer la répartition fine du pigment dans les différentes couches de la peau et ainsi distinguer les lésions mélanocytaires que sont les naevus et les mélanomes des autres lésions cutanées noires ou brunes que sont les kératoses séborrhéiques, les angiomes thrombosés, les dermatofibromes pigmentés ou les carcinomes basocellulaires pigmentés (37). Passée cette première étape du diagnostic différentiel avec les lésions non mélanocytaires, la dermoscopie permet de relever des critères sémiologiques complémentaires (figure 4) (37) augmentant à la fois la sensibilité et la spécificité du diagnostic du mélanome à des stades précoces. Une méta-analyse des résultats de la dermoscopie en termes de qualité diagnostique démontre sa supériorité à l'examen clinique. Une conférence de consensus internationale a enfin permis d'en standardiser l'usage (36). La pratique de la dermoscopie est cependant difficile et demande une formation spécifique. Des appareils de vidéo-dermoscopie avec stockage numérique des images sont désormais disponibles et permettent des grossissements plus importants et surtout la surveillance évolutive des patients (figure 5). L'usage de ces appareils permet en particulier la surveillance de patients porteurs de très nombreux naevus pigmentaires et dont on connaît le risque élevé de développer un jour un mélanome.

Formes cliniques

Le mélanome achromique se présente sous la forme d'une tumeur érythémateuse, bourgeonnante ou ulcéro-bourgeonnante dépourvue de pigmentation (figure 6). Le diagnostic est parfois évoqué à l'interrogatoire lorsqu'il est possible d'établir que la lésion a été initialement pigmentée. Le diagnostic, souvent tardif,

repose sur l'examen anatomopathologique avec l'aide de techniques d'immunomarquage avec notamment les anticorps anti-protéine S-100 ou Melan-A. Lors de la prise en charge initiale ces lésions sont le plus souvent assez évoluées et le pronostic est habituellement plus sévère. Il reste cependant comparable, à épaisseur égale, à celui des mélanomes pigmentés.

Le mélanome unguéal se présente sous la forme d'une bande pigmentée (mélanonychie) longitudinale acquise (figure 7). Le diagnostic est souvent très difficile à un stade précoce. Sont en faveur de la malignité le caractère acquis à l'âge adulte, le caractère unique de la lésion, l'existence d'une hétérochromie, la pigmentation du replis sus-unguéal, l'absence d'une étiologie habituelle de mélanonychie (médicaments, maladie de Laugier, ethnique...). Très récemment nous avons pu démontrer que la dermoscopie apportait des informations cliniques particulièrement intéressantes dans les pigmentation unguéales. La biopsie de la matrice unguéale reste cependant nécessaire en cas de suspicion de mélanome avec alors un risque de dystrophie unguéale définitive cicatricielle.

Le mélanome des muqueuses buccales et génitales est souvent de diagnostic tardif. Sur les muqueuses, les critères ABCDE ne sont pas applicables, aussi, notamment en cas de lésion pigmentée unique il est largement préférable d'avoir systématiquement recours à la biopsie. À épaisseur égale, le mélanome des muqueuses aurait un pronostic comparable à celui de la peau mais son diagnostic est souvent plus tardif (figure 8).

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel clinique du mélanome dans sa forme typique se pose avec les autres tumeurs noires de la peau :

- la kératose séborrhéique pigmentée est parfois difficile à différencier d'un mélanome, surtout en cas de pigmentation

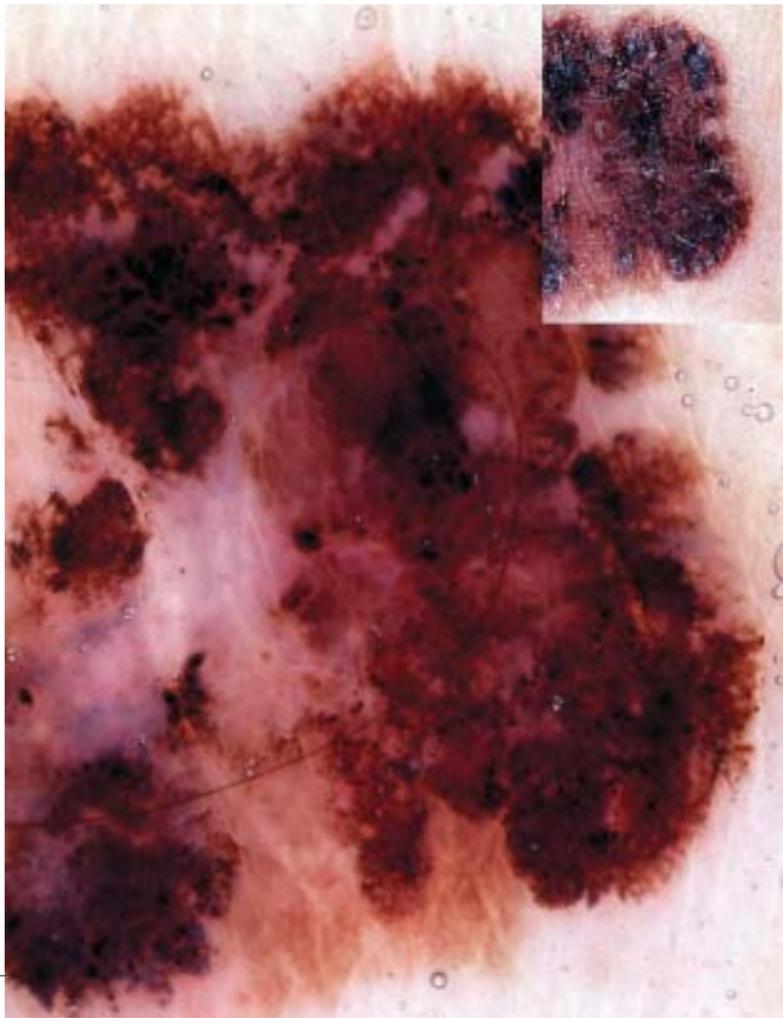


Figure 4 : aspect dermoscopique d'un mélanome type SSM niveau II 0,8 mm d'épaisseur (en cartouche image clinique).



Figure 5 : vidéodermatoscopie numérique, ces appareils permettent le stockage de la cartographie des naevus pigmentaires de patients et les images en gros plan de chaque naevus. Des comparaisons évolutives sont donc possibles permettant des diagnostics de dégénérescence encore plus précoces.

très foncée. L'examen anatomopathologique doit être réservé aux cas douteux

– le carcinome baso-cellulaire pigmenté n'est pas rare, il

comporte cependant une surface souvent perlée qui permet de le distinguer du mélanome. La dermoscopie permet un diagnostic plus précis, cepen-

nant, l'exérèse ou la biopsie avec examen histologique est, de toutes façons, la règle.

– le dermatofibrome ou histiocytofibrome peut être pigmenté, le diagnostic différentiel est cependant généralement assez facile car la palpation permet de percevoir une induration « en pastille » du derme. L'examen histologique permettra ici encore de trancher.

– l'angiome ou hémangiome thrombosé est un diagnostic différentiel souvent difficile du mélanome. La dermoscopie et l'interrogatoire permettent de suspecter le diagnostic. Ici encore, en cas de doute l'examen histologique est amplement préférable en cas de difficulté.

– le naevus pigmentaire est le diagnostic différentiel le plus fréquent (35). Il est habituellement facile en l'absence des critères ABCDE. Cependant les cas difficiles ne sont pas rares malgré l'aide de la dermoscopie et seul l'examen anatomopathologique permet alors de trancher.

Le diagnostic différentiel du mélanome achromique se pose principalement avec le carcinome spinocellulaire. Celui du mélanome unguéal se pose avec les mélanonychies longitudinales ethniques, médicamenteuses, d'origine inflammatoire, de la mélanose de Laugier ou liées à un naevus ou à un lentigo de la matrice.

Diagnostic positif

Le diagnostic positif du mélanome cutané primitif repose sur l'examen anatomopathologique. Celui-ci est souvent difficile et nécessite un opérateur (très) entraîné. L'OMS a édité des règles concernant le rapport anatomo-pathologique d'un mélanome. Celui-ci doit impérativement comprendre les éléments suivants :

- le diagnostic de mélanome
- le caractère complet ou incomplet de l'exérèse
- l'index micrométrique de Breslow
- l'existence de signes de régression tumorale
- l'existence ou l'absence

d'ulcération épidermique. Il peut aussi comprendre les éléments facultatifs suivants :

- la présence ou l'absence d'embols vasculaires
 - l'index mitotique
 - le type histologique de mélanome
 - le niveau de Clark et Mihm
- L'index micrométrique de Breslow est l'épaisseur verticale du mélanome mesurée en millimètres depuis la couche granuleuse de l'épiderme jusqu'à la plus profonde cellule tumorale. Il constitue le meilleur index pronostique du mélanome au stade local, sa valeur va conditionner la largeur de l'exérèse de sécurité et le rythme de la surveillance aux stade local cutané. Sa mesure peut être difficile en cas d'ulcération épidermique ou de régression tumorale (il est alors sous-évalué et le pronostic vraisemblablement surévalué). Les niveaux d'invasion de Clark et Mihm sont traditionnellement reportés mais ils ne constituent pas un index histopronostique suffisamment fiable, sauf au niveau I (*in situ*).

La classification du mélanome en six sous types (*Superficial Spreading Melanoma* (SSM), *Nodular Melanoma* (NM), *Lentigo Maligna Melanoma* (LMM ou mélanome de Dubreuilh), *Acral Lentiginous Melanoma* (ALM ou mélanome des extrémités), *Mucosal Lentiginous Melanoma* (MLM ou mélanome des muqueuses) et enfin mélanome inclassable repose sur des critères anatomopathologiques assez précis dont la description sort des objectifs de cet article, de toutes façons, à épaisseur égale, tous les types anatomo-cliniques ont un pronostic équivalent.

Examen général, bilan d'extension

L'interrogatoire précisera l'existence d'antécédents familiaux de mélanome (10 % environ des mélanomes sont familiaux), d'antécédents personnels de cancer cutané. Il précisera les habitudes solaires du malade et s'il a été exposé à des sources artificielles d'ultra-violettes (UV).

L'examen de l'ensemble du tégument permettra d'établir le diagnostic du phototype du malade, le nombre de nævus pigmentaires et leur aspect, l'existence de signes de dermatohéliose (vieillesse cutané induit par les UV), d'autres cancers cutanés, de nævus congénitaux ou enfin l'existence d'un éventuel vitiligo ou d'une, exceptionnelle, mélanodermie (syndromes paranéoplasiques rares du mélanome).

Le bilan d'extension au stade local est essentiellement clinique et repose sur l'interrogatoire et l'examen somatique général. La conférence nationale de consensus de 1995 sur le suivi des mélanomes au stade local (ANAES 1995 : <http://www.anaes.fr/anaes/frame-def.nsf/>) autorise la réalisation d'une radiographie thoracique et d'une échographie abdomino-pelvienne mais ces examens sont en fait plus utiles à titre de référence pour la surveillance ultérieure en cas de difficulté d'interprétation que pour dépister d'éventuelles métastases.

Il n'existe pas à ce jour de marqueur sérique d'évolutivité et/ou de maladie résiduelle (et encore moins de dépistage) du mélanome.

La biopsie du ganglion sentinelle doit, à ce jour être considérée comme un examen de « staging » du mélanome au stade clinique local. Cette technique repose sur le repérage per-opératoire du premier ganglion marqué par un traceur coloré et/ou radioactif après injection à proximité de la tumeur primitive. Ce ganglion est alors prélevé et son examen histologique est réalisé soit extemporanément soit plutôt désormais en technique standard avec coupes sériées et immunomarquages. Aucune étude clinique contrôlée n'a, à ce jour démontré un effet bénéfique en terme de survie ou de durée de survie sans récurrence de la réalisation d'un évidement ganglionnaire en cas de ganglion sentinelle positif. Elle est cependant largement proposée dans de nombreux centres dans le cas de tumeurs primitives de 1 mm d'épaisseur et plus. Son résultat

étant désormais inclus dans la nouvelle classification TNM-AJCC, sa réalisation est donc de plus en plus souvent requise en vue d'inclusion dans des études thérapeutiques.

Le bilan d'extension au stade régional ou métastatique ne fait l'objet d'aucune conférence de consensus. Il devra être orienté par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique et principalement centré sur les sites métastatiques les plus habituels de ce cancer (ganglions lymphatiques, foie, poumon, peau, cerveau, os...)

Stadification, établissement du pronostic

Différentes classifications ont été établies pour le mélanome, leur multiplicité est source de confusion. La classification classique (Stade I : régional, stade II : loco-régionale (peau et ganglions de l'aire de drainage immédiat) et stade III : métastases à distance) doit être abandonnée au profit de la nouvelle classification AJCC 2001 (tableau I). Cette classification, bien que complexe à première vue, a pour avantage de délimiter des groupes pronostiques extrêmement homogènes. Elle a été établie à partir d'une banque de données de 17 600 patients. Elle fait intervenir, au stade local, la valeur pronostique péjorative de l'ulcération de la tumeur primitive. Au stade ganglionnaire elle prend en compte les résultats de la biopsie du ganglion sentinelle, enfin au stade métastatique elle tient compte du caractère légèrement moins péjoratif des métastases pulmonaires isolées et surtout du caractère défavorable de l'élévation du taux plasmatique des lactico-déshydrogénases (LDH).

Malgré de nombreux travaux établissant d'autres critères notamment histopronostiques, le principal élément pronostique du mélanome au stade local demeure l'index micro-métrique de Breslow. Ainsi le taux de survie à 5 ans d'un mélanome *in situ* est de 100 %



Figure 6 : mélanome achromique plantaire (type ALM, ulcéré niveau IV, 4,2mm d'épaisseur)



Figure 7 : mélanome de l'appareil unguéal (type ALM, niveau II, 0,3 mm d'épaisseur)



Figure 8 : mélanome de la muqueuse buccale (type MLM, niveau V, 19 mm d'épaisseur avec satellites, N+ d'emblée patient décédé 11 mois plus tard de métastases multiviscérales)

; de 96 % si l'épaisseur est inférieure à 0,75 mm; de 87 % entre 0,76 et 1,5 mm; de 75 % entre 1,5 et 2,5 mm; de 66 % entre 2,5 et 4 mm et de 47 % au delà de 4 mm. Le niveau d'invasion de Clark et Mihm sont désormais abandonnés dans la plupart des études cliniques (sauf niveau I = mélanome *in situ*). La valeur histopronostique des sous-types de mélanome est également remise en question, à épaisseur égale, le pronostic est équivalent pour tous les types anatomo-cliniques. La définition de critères histopronostiques supplémentaires comme l'index mitotique, la réaction inflammatoire péri-tumorale, ou l'expression de marqueurs cellulaires n'a pour l'instant pas de réel intérêt pratique.

La présence de micrométastases ganglionnaires identifiées par la biopsie du ganglion sentinelle est également un index histopronostique fiable, statistiquement indépendant de l'index de Breslow en analyse

multivariée. De telles micrométastases sont retrouvées dans 7 % des cas lorsque l'index micrométrique est compris entre 1 et 2 mm, de 13 % entre 2 et 3 mm et de 31 % au delà de 3 mm

d'épaisseur tumorale. Ainsi le taux de survie à 5 ans tous mélanomes stades AJCC I et II confondus est de 79 %, il est estimé à 40 % dans les stades IIIA et IIIB.

Au stade ganglionnaire cli-

nique le taux de survie à 5 ans du mélanome est d'environ 36 % en dehors de tout traitement adjuvant.

Au stade métastatique ce taux est proche de 5 % quelle que soit la prise en charge. ■

Stadification AJCC 2001 du mélanome (modifié d'après) (NO = ganglion non envahis, MO = pas de métastase viscérale, LDH = lacticodehydrogénases, SLNB = biopsie du ganglion sentinelle, <u>et</u> = et inclusif)			
Stade	Tumeur primitive	Ganglion de drainage immédiat	Métastases à distance
0	in situ	N ₀	M ₀
IA	< 1 mm et pas d'ulcération	N ₀	M ₀
IB	< 1 mm et ulcération ou 1,01 à 2,00 mm et pas d'ulcération	N ₀ N ₀	M ₀ M ₀
IIA	1,01 à 2,00 mm et ulcération ou 2,01 à 4,00 mm et pas d'ulcération	N ₀ N ₀	M ₀ M ₀
IIB	2,01 à 4,00 mm et ulcération ou > 4 mm et pas d'ulcération	N ₀ N ₀	M ₀ M ₀
IIC	> 4 mm et ulcération	N ₀	M ₀
IIIA	épaisseur indifférente et pas d'ulcération	micrométastase (SLNB)	M ₀
IIIB	épaisseur indifférente et ulcération ou épaisseur indifférente et pas d'ulcération ou épaisseur et ulcération indifférentes	micrométastase (SLNB) < 3 ganglions palpables pas de ganglion envahi mais métastases cutanées en transit	M ₀ M ₀ M ₀
IIIC	épaisseur indifférente et ulcération Épaisseur et ulcération indifférentes	< 3 ganglions palpables > 3 ganglions palpables ou conglomérat de ganglions ou métastases en transit et ganglion(s) +	M ₀ M ₀
IV	indifférent	indifférent	M1 : peau ou tissus mous ou ganglions distants M2 : poumon M3 : autres ou LDH élevées

Bibliographie

1. Thomas L, Tranchand P, Bérard F, Secchi T, Colin C, Moulin G. Semiological value of ABCDE criteria in the diagnosis of cutaneous pigmented tumors. *Dermatology* 1998;197:11-17.
2. Malvey J, Puig S. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital total-body photography and digital dermoscopy: a two-step method. *Clin Dermatol* 2002;20(3):297-304.
3. Saida T, Oguchi S, Miyazaki A. Dermoscopy for acral pigmented skin lesions. *Clin Dermatol* 2002;20(3):279-85.
4. Stolz W, Schiffner R, Burgdorf WH. Dermoscopy for facial pigmented skin lesions. *Clin Dermatol* 2002;20(3):276-8.
5. Jorh RH. Dermoscopy: alternative melanocytic algorithms-the ABCD rule of dermoscopy, Menzies scoring method, and 7-point checklist. *Clin Dermatol* 2002;20(3):240-7.
6. Carli P, Massi D, de Giorgi V, Giannotti B. Clinically and dermoscopically featureless melanoma: when prevention fails. *J Am Acad Dermatol* 2002;46(6):957-9.
7. Federman DG, Kravetz JD, Kirsner RS. Skin cancer screening by dermatologists: prevalence and barriers. *J Am Acad Dermatol* 2002;46(5):710-4.
8. Kossard S. Atypical lentiginous junctional naevi of the elderly and melanoma. *Australas J Dermatol* 2002;43(2):93-101.
9. MacKie RM, Fleming C, McMahon AD, Jarrett P. The use of the dermatoscope to identify early melanoma using the three-colour test. *Br J Dermatol* 2002;146(3):481-4.
10. Moncrieff M, Cotton S, Claridge E, Hall P. Spectrophotometric intracutaneous analysis: a new technique for imaging pigmented skin lesions. *Br J Dermatol* 2002;146(3):448-57.
11. Braun RP, Rabinovitz H, Oliviero M, Kopf AW, Saurat JH, Thomas L.

- [Dermoscopy of pigmented lesions]. *Ann Dermatol Venerol* 2002; 129(2): 187-202.
12. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol* 2002;3(3):159-65.
13. Uhoda I, Petit L, Pierard-Franchimont C, Pierard GE. [Tanning benches to accusation benches]. *Rev Med Liege* 2002;57(1):29-32.
14. Ronger S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viillard AM, Barrut D, Colin C, Thomas L. Dermoscopic examination of nail pigmentation. *Arch Dermatol* 2002;138(10):1327-33.
15. Argenziano G, Soyer H. Dermoscopy of pigmented skin lesions: a valuable tool for early diagnosis of melanoma. *Lancet Oncol* 2001;2:443-449.
16. Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, Saiag P. Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests. *Arch Dermatol* 2001;137(10):1343-50.
17. Voigt H, Classen R. Computer vision and digital imaging technology in melanoma detection. *Semin Oncol* 2002;29(4):308-27.
18. Thomas L, Secchi T, Barrut D, Moulin G. The management of vulvar hyperpigmentation. *REPROD HUM HORM. Reproduction Humaine et Hormones* 1996;9(1):13-16.
19. Brochez L, Verhaeghe E, Grosshans E, Haneke E, Pierard G, Ruiter D, Naeyaert JM. Inter-observer variation in the histopathological diagnosis of clinically suspicious pigmented skin lesions. *J Pathol* 2002;196(4):459-66.
20. Thomas L. [Epithelial and melanocytic skin tumors]. *Rev Prat* 2002; 52(7): 797-806.

21. Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, Atkins MB, Cascinelli N, Coit DG, Fleming ID, Gershenwald JE, Houghton A, Jr., Kirkwood JM, McMasters KM, Mihm MF, Morton DL, Reintgen DS, Ross MI, Sober A, Thompson JA, Thompson JF. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol* 2001;19(16):3635-48.
22. Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE, Thompson JF, Reintgen DS, Cascinelli N, Urist M, McMasters KM, Ross MI, Kirkwood JM, Atkins MB, Thompson JA, Coit DG, Byrd D, Desmond R, Zhang Y, Liu PY, Lyman GH, Morabito A. Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. *J Clin Oncol* 2001;19(16):3622-34.
23. Eton O, Legha SS, Moon TE, Buzaid AC, Papadopoulos NE, Plager C, Burgess AM, Bedikian AY, Ring S, Dong Q, Glassman AB, Balch CM, Benjamin RS. Prognostic factors for survival of patients treated systemically for disseminated melanoma. *J CLIN ONCOL. Journal of Clinical Oncology* 1998;16(3):1103-1111.
24. Garbe C. Prolonged survival in disseminated melanoma and the impact of therapy. Analysis of the disease course in 22 patients surviving 2 years and more. *HAUTARZT. Hautarzt* 1996;47(1):35-43.
25. Hofmann Wellenhof R, Wonsche Kahr I, Smolle J, Kerl H. Clinical and histological features of poor prognosis in cutaneous metastatic melanomas. *J CUTANEOUS PATHOL. Journal of Cutaneous Pathology* 1996;23(3):199-204.
26. Brown M. Staging and prognosis of melanoma. *SEM CUTANEOUS MED SURG. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery* 1997;16(2):113-121.
27. Garrison M, Nathanson L. Prognosis and staging in melanoma. *SÉMIN ONCOL. Seminars in Oncology* 1996;23(6):725-733.
28. Reintgen D, Albertini J, Millotes G, Berman C, Cruse CW, Fenske N, Glass F,

- Puleo C, Wang X, Wells K, Rapaport D, Deconti R, Messina J, Heller R. The accurate staging and modern day treatment of malignant melanoma. *CANCER RES THER CONTROL. Cancer Research Therapy and Control* 1995;4(3):183-197.
29. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) malignant melanoma cooperative group 25th anniversary. *MELANOMA RES. Melanoma Research* 1995;5(1).
30. Roberts DL, Anstey AV, Barlow RJ, Cox NH, Newton Bishop JA, Corrie PG, Evans J, Gore ME, Hall PN, Kirkham N. U.K. guidelines for the management of cutaneous melanoma. *Br J Dermatol* 2002;146(1):7-17.
31. Gershenwald JE, Colome MI, Lee JE, Mansfield PF, Tseng C, Lee JJ, Balch CM, Ross MI. Patterns of recurrence following a negative sentinel lymph node biopsy in 243 patients with stage I or II melanoma. *J Clin Oncol* 1998;16(6):2253-60.
32. Gershenwald JE, Thompson W, Mansfield PF, Lee JE, Colome MI, Tseng CH, Lee JJ, Balch CM, Reintgen DS, Ross MI. Multi-institutional melanoma lymphatic mapping experience: the prognostic value of sentinel lymph node status in 612 stage I or II melanoma patients. *J Clin Oncol* 1999;17(3):976-83.
33. Koh HK. Cutaneous melanoma. *N. Engl. J. Med.* 1991;325:171-182.
34. Thomas L, Cochran AJ. Managing cutaneous melanoma. *Cancer Radiother* 1998;2(6):732-46.
35. Becuwe C, Dalle S, Ronger, Balme B, Thomas L. Naevus pigmentaires, *Encycl Méd Chir Dermatologie* 2003, 98-590-A-10
36. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol* 2003, 48, 679-93
37. Braun R P, Rabinovitz H, Oliviero M, Kopf A W, Saurat J H, Thomas L. Dermoscopy of pigmented lesions *Ann Dermatol Venerol* 2002, 129, 187-202



nouvelles approches thérapeutiques dans le mélanome

Pr Brigitte Dreno, clinique dermatologique, CHU Nantes

L'incidence du mélanome est en augmentation constante en France, avec un nombre de nouveaux cas par an évalué à environ 8000. La survie globale, de 90 % à 5 ans au stade de tumeur primitive intra-épidermique (indice de Breslow = épaisseur de la tumeur < 0,75 mm), n'est plus que de 75 % lorsque l'épaisseur de la tumeur devient supérieure à 1,5 mm. Elle tombe à 35 % au stade de métastase ganglionnaire locorégionale et à moins de 10 % au stade métastatique. Les chimiothérapies sont peu efficaces au stade de dissémination de la maladie; la dacarbazine, avec un taux de réponse de 15-20 % et un maintien de la réponse thérapeutique moyen de 8 mois, reste depuis plus de 20 ans la molécule de référence.

Les espoirs actuels dans le traitement du mélanome, se tournent en fait vers les nouvelles approches par « thérapie cellulaire » (figure 1 et 2).

Le rationnel de leur utilisation, repose sur deux constatations :

- Des régressions spontanées de mélanomes primitifs ou de métastases cutanées ont été rapportées dans la littérature laissant supposer que le système immunitaire joue un rôle important dans le développement de cette tumeur

- Surtout depuis quelques années, des antigènes spécifiques des cellules tumorales de mélanome ont été isolés permettant d'envisager l'approche par vaccination.

La thérapie cellulaire appliquée au mélanome fait appel à 2 types de traitement :

- L'immunothérapie adoptive par « T.I.L. ou Tumor Infiltrating Lymphocyte ».
- L'immunothérapie active représentée par la vaccination.

L'immunothérapie adoptive par TIL (figure 3)

Elle consiste à injecter au malade une grande quantité (plusieurs milliards) de cellules T « cytotoxiques, spécifiques des antigènes de mélanome » et qui sont isolées à partir de sa tumeur et expansées in vitro dans un laboratoire GMP. On est donc dans un système autologue.

Les premières études cliniques réalisées aux USA avec les TIL au stade métastatique du mélanome ont obtenu un taux de réponse de l'ordre de 35 % mais avec souvent des rechutes rapides, amenant à discuter l'abandon de cette approche par immunothérapie passive. Toutefois, la notion d'efficacité sur une masse tumorale « résiduelle » évoquée avec les traitements par cytokines notamment interféron alpha, a amené à se poser

la question de son application aux TIL. De ce fait une étude randomisée (TIL + IL2 versus IL-2 seul en bras contrôle) a été mise en place visant à étudier l'effet préventif sur les rechutes et sur l'augmentation de la survie globale d'une injection de TIL réalisée en situation adjuvante après un curage ganglionnaire loco régional positif pour prévenir l'évolution vers le stade métastatique. L'injection de TIL autologues (obtenus à partir des ganglions envahis) était réalisée dans les 6 semaines qui suivaient le curage associé à de faibles doses d'IL-2 afin de stimuler la fonction cytotoxique des TIL. Cette étude a démontré une interaction étroite entre le nombre de ganglions envahis par le mélanome et l'efficacité des TIL avec une augmentation significative de la survie globale dans la population TIL + IL2 versus IL-2 seul lorsqu'un seul ganglion était envahi (ref 1).

Parallèlement, à cette approche par TIL, est développée l'approche par injection de clones dirigés contre des antigènes de mélanome essentiellement Melan-A, tyrosinase (figure 4). Des résultats préliminaires au stade métastatique ont été obtenus. Surtout il a été démontré que les clones injectés chez un patient d'une part pouvaient être retrouvés au site métastatique et d'autre part qu'ils étaient amplifiés chez les patients après injection (ref 2)

L'immunothérapie active par vaccination (ref. 3)

Le concept de la vaccination anti-mélanome, vise soit à injecter des lysats de cellules mélaniques irradiées en sous-cutanées (approche multi antigènes) soit à injecter des peptides spécifiques obtenus

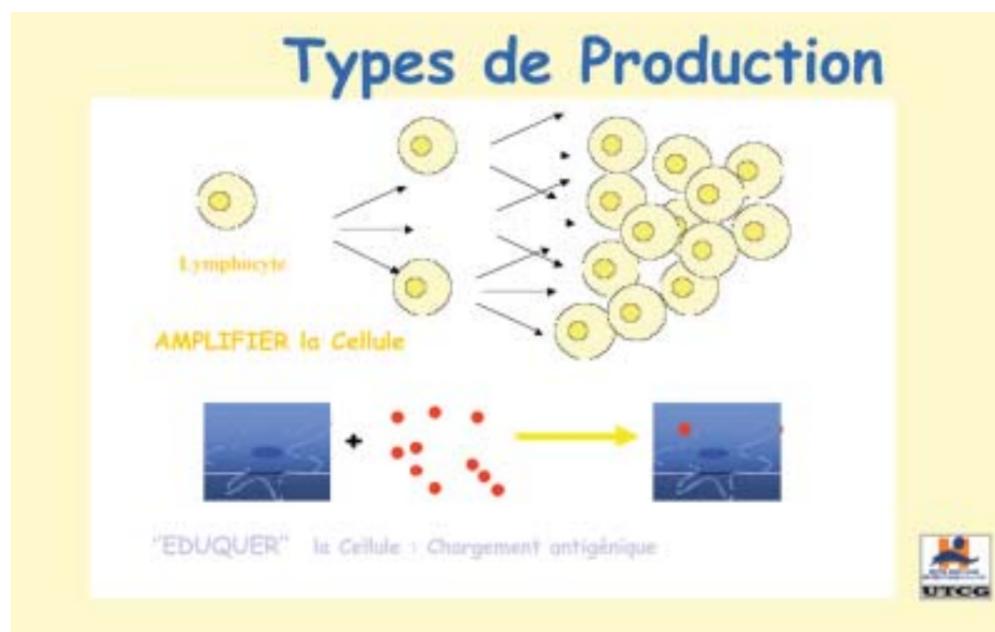


Figure 1

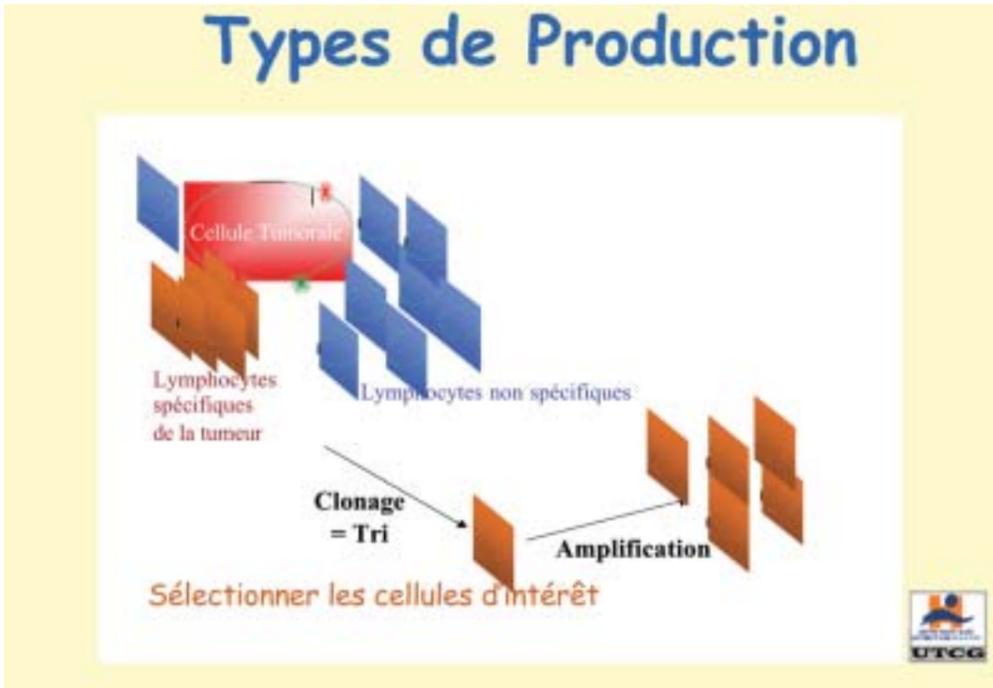


Figure 2

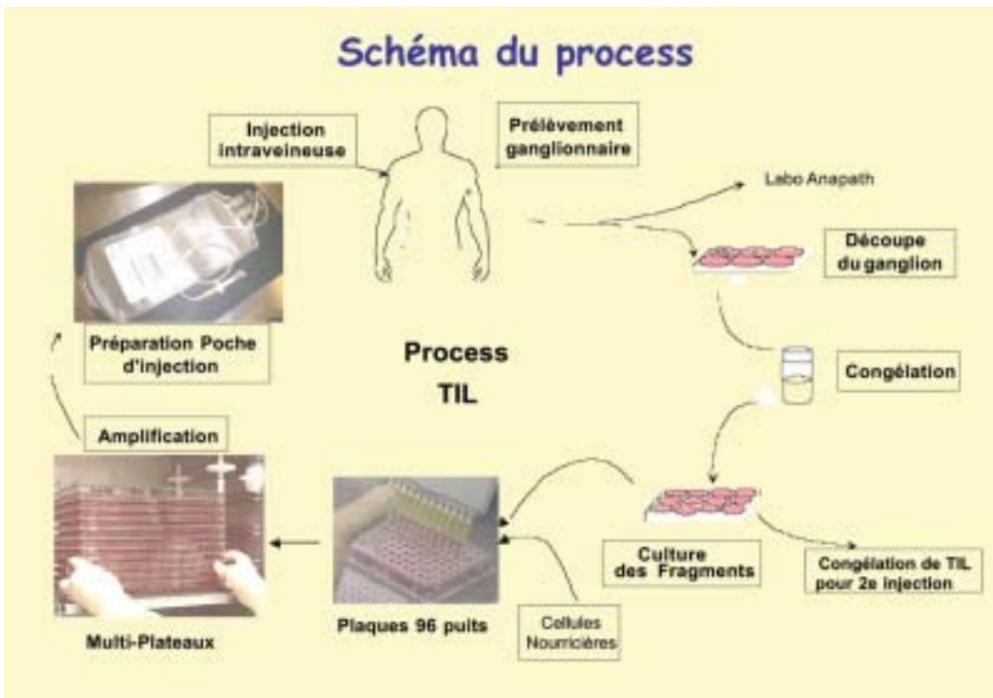


Figure 3

broyats tumoraux injectés au malade en sous-cutanée ou intradermique, proviennent soit du malade lui-même (système autologue) soit d'une lignée tumorale allogénique.

L'action stimulatrice du broyat tumoral sur les cellules lymphocytaires T peut être intensifiée en ajoutant à ce dernier un adjuvant immunitaire. Ainsi, a été proposé le BCG, Detox, QS-21, MF-59.

2^e génération: vaccins antigènes spécifiques (réf 5)

Les vaccins antigènes spécifiques reposent sur le principe de l'injection d'un seul antigène de tumeur au malade. Ils induisent de ce fait une importante activation lymphocytaire T cytotoxique. Par contre, leur utilisation est soumise à 2 conditions:

- Une restriction HLA (HLA A1 pour Mage, HLA A2 pour NA-17, Melan-A)
- L'expression par la tumeur ou la métastase, de l'antigène correspondant au peptide que l'on veut injecter. Il faut donc que la lésion soit accessible à une biopsie qui permet d'identifier par PCR la présence ou non de l'antigène. Ceci bien sûr limite les possibilités de faire bénéficier un malade d'un vaccin. Les protocoles cliniques jusqu'à ce jour ont essentiellement été réalisés avec les peptides Mage-3, Mage1, Melana/Mart-1, NA-17, tyrosinase et NY-SO1.

Le vaccin est constitué par des peptides de synthèse ce qui assure un contrôle parfait de la qualité et de la quantité de produit injecté.

3^e génération de vaccin: Les cellules dendritiques (ref 6)

L'utilisation des cellules dendritiques dans un but de vaccination dans le mélanome, repose sur le fait que ces cellules sont d'excellentes cellules présentatrices d'antigènes. Elles sont capables d'internaliser des antigènes et de les présenter aux lymphocytes T dans un contexte HLA de classe II pour les lymphocytes CD4 et HLA de classe I pour les lymphocytes cytotoxiques. Cette activation du lymphocyte T fait par ailleurs intervenir des molé-

après identification de certains antigènes du mélanome dans un contexte HLA restreint. L'objectif est ainsi d'induire une réponse immunitaire spécifique anti-mélanome.

Les antigènes de tumeur du mélanome

Ils peuvent être distingués en :
- Antigènes de différenciation mélanocytaires: Tyrosinase, gp 100, Melana/MART-1, gp 75

- Antigènes spécifiques de tumeur (antigènes embryonnaires): « Melanoma Associated Antigen » MAA: Mage-1, Mage-2, Mage-3, Bage, Gage-1, Gage-2, Muc-1, Rage-1, NA-17

Les différents types de vaccins

On peut schématiquement distinguer 3 générations de vaccins dans le mélanome.

1^{ère} Génération: Vaccins multi antigènes (réf 4)

Ils sont constitués par le broyat de cellules tumorales irradiées. Ils ont ainsi l'avantage d'être constitués de plusieurs antigènes de tumeurs ce qui augmente les chances de pouvoir à priori correspondre à l'une des populations T cytotoxique présentée par le malade, mais par contre ces antigènes sont en général présents en petites quantités ce qui en limite l'action activatrice. Ces

cules co-stimultrices CD40-CD40L et B7-CD28. Le principe de la mise au point du traitement repose sur la culture in vitro de cellules CD34 ou de monocytes en présence de cytokines comme le GM-CSF et l'IL-13 isolés à partir du sang du malade (cytaphérèse). Les cellules dendritiques différenciées obtenues sont ensuite chargées in vitro avec un ou plusieurs peptides. Ces cellules dendritiques dites chargées deviennent alors d'excellentes cellules activatrices des lymphocytes T cytotoxiques spécifiques du peptide lorsqu'elles sont réinjectées au malade, en intradermique, sous cutanée et intra ganglionnaire.

4^e génération de vaccin: cellules tumorales modifiées (ref 7)

La cellule tumorale mélanique contourne le système immunitaire en produisant des cytokines immunosuppressives, en masquant ses antigènes de tumeur, en n'exprimant pas les molécules de co-activation ou les antigènes de classe I ou II. La réponse cytotoxique T se trouve de ce fait inhibée. Le principe du vaccin par cellule tumorale consiste à injecter au malade en sous-cutanée ou intra-dermique des cellules tumorales autologues irradiées dont le profil phénotypique a été modifié pour la rendre accessible aux lymphocytes T cytotoxiques. C'est ainsi que les cellules tumorales peuvent être transfectées par :

- Des cytokines IL7, IL2 et IL12. En produisant ces cytokines dans leur environnement, elles activent les lymphocytes T.
- Du GM- CSF qui active les macrophages.
- Des antigènes de classe I, II, l'antigène BL7 permettant ainsi la reconnaissance des antigènes de tumeur par la cellule cytotoxique.

Mode d'injection des vaccins

Les vaccins sont injectés par voie intradermique ou sous-cutanée le plus souvent. Toutefois, à ce jour l'intérêt de l'une des 2 voies sur la stimulation antigénique n'est pas démontré. La voie intra-

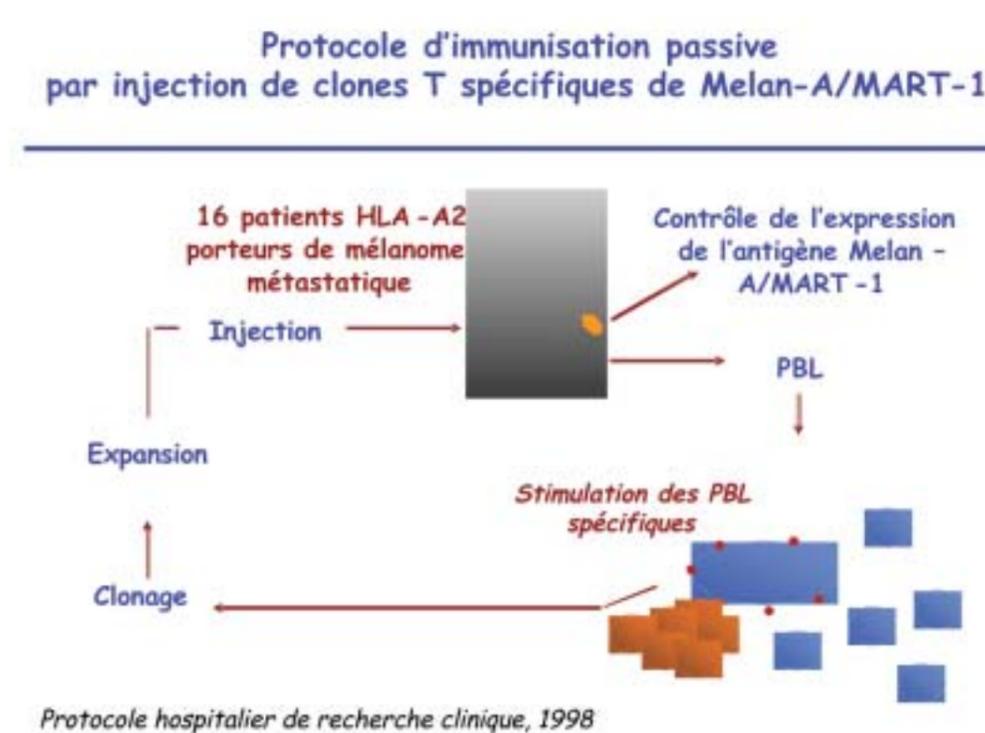


Figure 4

tumorale est parfois proposée, elle concerne essentiellement les métastases cutanées, sous cutanées ou ganglionnaires, l'accès aux métastases viscérales étant souvent difficile.

Le rythme et les doses de vaccins les plus efficaces pour induire une réponse immunitaire cytotoxique restent à déterminer. La tendance est plutôt toutefois à des vaccinations rapprochées tous les 10 ou 15 jours.

Réponses cliniques

Les études cliniques (phase I-II) réalisées avec ces différents vaccins de 1^{ère} et 2^e génération, au stade métastatique portent sur un nombre limité de patients avec actuellement un taux de réponse moyen de l'ordre de 20 %. Ces réponses sont surtout obtenues sur des sites cutanés, ganglionnaires pulmonaires et hépatiques. Fait intéressant et spécifique à la vaccination, des durées de réponse prolongée (supérieures à 2 ans) ont été notées. Un point important est le délai de la réponse clinique. En effet contrairement aux chimiothérapies, la régression clinique n'apparaît le plus souvent qu'après une phase de stabilisation pou-

vant durer 3 à 4 mois voire plus.

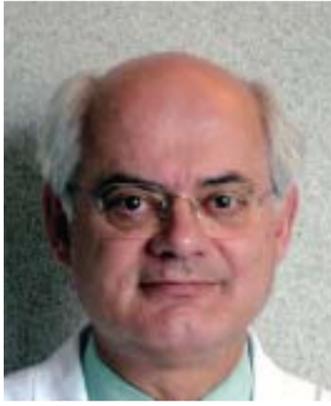
La tolérance est en général bonne. Les effets secondaires notés étant essentiellement un érythème au site d'injection, des réactions auto-immunes type vitiligo.

Ainsi, la thérapie cellulaire représente une approche thérapeutique nouvelle et pro-

metteuse dans le mélanome qui devrait beaucoup évoluer dans un proche avenir. La lenteur relative de la réponse, l'intérêt d'une masse tumorale faible et la très bonne tolérance amène dès aujourd'hui à envisager son utilisation dans le futur après exérèse de la tumeur primitive afin de prévenir toute rechute. ■

Bibliographie

1. B Dréno, J-M. Nguyen, A. Khammari, M-C. Pandolfino, M-H. Tessier, S. Bercegeay, A. Cassidanius, P. Lemarre, S. Billaudel, N. Labarrière, F. Joteureau. Randomized trial of adoptive transfer of melanoma Tumor Infiltrating Lymphocytes (TIL) as adjuvant therapy in melanoma stage III. *Cancer Immunol. Immunother.* 2002; 51: 539-546.
2. Dudley M, Wunderlich P, Robbins P, et al. Cancer regression and autoimmunity following clonal repopulation with anti-tumor lymphocytes and non-myeloablative conditioning *Science* 2002; 25: 850-854
3. Agarwala, S. « Improving survival in patients with high-risk and metastatic melanoma: immunotherapy leads the way. » *Am J Clin Dermatol*; 2003; 333-46.
4. Kadison, A. S. and D. L. Morton. « Immunotherapy of malignant melanoma. » *Surg Clin North Am* 2003; 83: 343-70.
5. Marchand M, Van Baren N, Weynants P, Brichard V, Dreno B, Tessier Mh, Rankin E, Parmiani G, Arienti F, Humblet Y, Bourlond A, Vanwijck R, Lienard D, Beausin M, Dietrich Py, Russo V, Kerger J, Masucci G, Jager E, De Greve J, Atzpoden J, Brasseur F, Coulie Pg, Van Der Bruggen P, Boon T. Tumor regressions observed in patients with metastatic melanoma treated with an antigenic peptide encoded by gene MAGE-3 and presented by HLA-A1. *Int J Cancer.* 1999; 80: 219-30.
6. Engleman, E. G. « Dendritic cell-based cancer immunotherapy. » *Semin Oncol* 2003; 30 (3 Suppl 8): 23-9.
7. Khorana, A. A., J. D. Rosenblatt, et al. « A phase I trial of immunotherapy with intratumoral adenovirus-interferon-gamma (TG1041) in patients with malignant melanoma. » *Cancer Gene Ther* 2003; 10: 251-9.



La prise en charge du psoriasis : pour une médecine centrée sur le patient

Pr Louis Dubertret, service dermatologie, hôpital Saint Louis, APHP

La recherche médicale a pour objet la maladie. Elle porte, par définition, sur de larges populations ayant en commun un certain nombre d'anomalies cliniques et biologiques :

Découvrir une nouvelle maladie c'est identifier un groupe de symptômes cliniques et biologiques originaux communs entre plusieurs patients. Poser un diagnostic c'est rattacher les symptômes d'un patient au groupe de symptômes ayant permis d'individualiser une maladie.

Rechercher la cause d'une maladie c'est rechercher les relations de cause à effet communes aux patients souffrants des mêmes symptômes.

Evaluer un traitement c'est tester son efficacité et identifier ses effets secondaires par comparaison à un placebo ou à un traitement de référence sur de larges populations de malades. On comprend donc que cette médecine 'fondée sur des preuves' fait abstraction par nécessité de l'individualité du malade, de ce qui le rend différent des autres.

Nécessaire au diagnostic, triomphante dans la prise en charge des situations aiguës, cette médecine scientifique ne peut apporter un bénéfice réel aux patients dont la maladie s'exprime dans la durée que si elle est complétée par d'autres techniques médicales permettant l'application de ces connaissances acquises sur des populations à un individu particulier.

Chaque malade, même si il souffre d'une maladie fréquente, est différent dans l'expression de cette maladie, dans sa réponse et sa tolérance aux traitements. Il est

différent également dans la façon dont cette maladie retentit sur sa vie quotidienne, dans la façon dont il perçoit les traitements et dont il est capable ou non de se les approprier.

Ces nouvelles techniques médicales, que je propose de réunir sous le terme « médecine centrée sur le patient », commencent à se développer en Europe. Il s'agit sans doute d'un des plus importants progrès thérapeutiques du début du 21^e siècle.

Ces nouvelles techniques thérapeutiques se sont développées d'abord dans les spécialités médicales prenant en charge des maladies chroniques qui ne retentissent que peu sur la durée de la vie mais dont la gravité est liée à leur retentissement, parfois très grave, sur la qualité de la vie. On ne peut en effet évoquer la qualité de la vie sans déplacer le regard de la maladie vers le malade.

Ces techniques de prise en charge ont tout naturellement débuté en dermatologie autour de maladies comme le psoriasis. Cette maladie ne raccourci en effet pas l'espérance de vie mais retentit parfois très sévèrement sur la vie sociale illustrant ce que l'on appelle le handicap peau. Les experts européens travaillant sur cette maladie se sont mis d'accord pour considérer que la gravité du psoriasis est liée d'abord au degré de retentissement sur la qualité de vie, puis à une résistance éventuelle aux traitements disponibles, enfin, et seulement en troisième position, à l'étendue de la surface cutanée atteinte alors que cet élément objectif, mesurable a été considéré longtemps

comme le critère principal de gravité.

Dans la plupart des maladies aiguës, c'est le médecin qui sait évaluer la gravité de la maladie. Dans les maladies de la qualité de vie seul le patient peut évaluer la gravité de cette atteinte et donc de sa maladie. L'évaluation de cette gravité est capitale puisque c'est elle qui va autoriser ou non l'utilisation de médicaments puissants, efficaces mais pouvant éventuellement comporter des effets secondaires. Comme toujours en thérapeutique c'est le rapport bénéfice/risque qu'il faut évaluer mais seul le patient peut réellement évaluer, avec l'aide de son médecin, la réalité du bénéfice puisqu'il s'agit de la qualité de sa vie. Par ailleurs, et plus particulièrement dans les maladies chroniques, l'utilisation de médicaments par voie locale ou par voie générale, comporte toujours une contrainte et des effets indésirables. Cette contrainte et ces effets secondaires peuvent retentir tout à fait négativement sur la qualité de vie. Il serait absurde, même si cela est trop souvent le cas, de remplacer les contraintes liées à la maladie par des contraintes plus pénibles encore qui seraient liées aux traitements.

On ne peut donc soigner une maladie chronique sans la participation informée et responsable du patient. Cependant le patient venant consulter en 2003 vient chercher une solution, une recette, une ordonnance, il n'est pas du tout prêt à évaluer la façon dont sa vie est perturbée par sa maladie ni vraiment à jeter un regard critique et constructif sur les traitements qu'on peut lui propo-

ser. Il vit sa maladie comme une agression extérieure dont la médecine doit le débarrasser comme on guérit d'une maladie infectieuse ou d'une appendicite.

Il va donc falloir, au fil des consultations, dissiper ce malentendu et développer une technique de prise en charge permettant au patient de s'approprier sa maladie et les traitements disponibles afin de poser les bases d'une véritable négociation thérapeutique aboutissant non pas à une ordonnance mais à un choix fait par le patient aidé par son médecin.

Les quatre étapes de cette prise en charge sont le questionnement, les explications, la négociation et la prescription.

Le questionnement

La phase de questionnement va permettre de commencer à faire la connaissance du malade dans son environnement social, familial et professionnel, de savoir dans quel contexte de santé la stratégie thérapeutique va devoir s'inscrire, d'évaluer avec lui la gravité de son psoriasis, sa capacité à se prendre en charge, les relations objectives et subjectives qu'il y a avec sa maladie et avec les différents traitements qu'il a déjà essayés et, bien sûr, ce qu'il attend de la présente consultation.

Les questions sur l'âge, le métier, les conditions d'exercice de ce métier, l'ancienneté du psoriasis, le caractère familial ou non de ce psoriasis permettent une première approche.

L'âge est important, et surtout l'âge physiologique.

Il va conditionner la nécessité ou non d'une infirmière pour l'application des traitements locaux.

Les rétinoïdes ne peuvent être donnés qu'à toutes petites doses chez les personnes âgées.

La fonction rénale diminue avec l'âge, il faudra donc diminuer les doses de Méthotrexate. Les effets secondaires de la ciclosporine augmentent avec l'âge.

Le poids, et surtout la prise de poids récente, sont importants à connaître car le psoriasis de l'adulte se développe souvent en parallèle avec une prise de poids. L'obésité augmente le risque d'effets secondaires et diminue l'efficacité des traitements locaux et des traitements systémiques.

La tension artérielle va conditionner la possibilité ou non d'utiliser la ciclosporine.

L'augmentation du cholestérol incitera à surveiller de près les patients sous rétinoïdes, l'augmentation importante des triglycérides contre-indiquera la prise de rétinoïdes.

Une maladie hépatique, simple stéatose, début de cirrhose, ou hépatite chronique contre-indiquera le plus souvent le Méthotrexate et nécessitera de travailler en collaboration avec l'hépatologue.

L'abus d'alcool aggrave toujours le psoriasis. Il augmente les effets secondaires des rétinoïdes, contre-indique le Méthotrexate.

Le tabagisme augmente en général les réactions inflammatoires cutanées. Cependant, le stress provoqué par l'arrêt du tabac, associé parfois à une prise de poids importante, peut être à l'origine d'une poussée de psoriasis.

Le métier, et surtout les conditions d'exercice de ce métier, vont rendre impossibles certains traitements. Des horaires extrêmes rendent quasi impossibles les traitements locaux, il en est de même des voyages fréquents qui rendent également impossibles la photothérapie.

Les repas d'affaires fréquents, la diminution de l'activité physique et l'augmentation des responsabilités professionnelles réalisent un trio particulièrement propice au développement du psoriasis.

Le questionnaire sur le métier donne également l'occasion d'évaluer l'impact de ce métier sur la qualité de vie et l'impact du psoriasis sur ce métier.

Il est bien sûr important de connaître tous les médicaments pris par le patient. Cela permettra de mieux connaître les états pathologiques associés et d'identifier un traitement pouvant aggraver le psoriasis comme l'arrêt d'une corticothérapie générale, le lithium, les bêtabloquants, l'interféron, et, c'est une donnée plus récente, les inhibiteurs calciques. Certains médicaments pourront contre-indiquer l'utilisation de médicaments anti-psoriasiques. Ainsi le Bactrim contre-indique l'utilisation du Méthotrexate et de très nombreux médicaments interfèrent avec le métabolisme de la ciclosporine.

Les questions sur les traitements antérieurs sont particulièrement instructives. Elles portent sur la nature des traitements, mais surtout sur les stratégies utilisées. Cela permet de tester l'observance du patient vis-à-vis de ses différents traitements et de connaître les raisons éventuelles pour lesquelles cette observance n'a pas été optimale. L'opinion du patient sur ses différents traitements permettra de mieux comprendre ce qu'il attend des différents traitements possibles, et quelles contraintes il est capable d'accepter. Un traitement a pu décevoir parce qu'il a été utilisé avec une mauvaise stratégie ou parce que le patient a arrêté ce traitement dès que les lésions cutanées ont disparu. C'est pourquoi il est particulièrement important de savoir si la rechute dont se plaint le patient est apparue pendant un traitement ou après l'arrêt de celui-ci. Cela permettra d'évaluer s'il existe une réelle résistance aux traitements précédents, ce qui est un facteur de gravité.

Au cours de ce questionnaire on évaluera le degré de découragement du malade face à son psoriasis et on commencera à identifier quelles types de contraintes thérapeutiques le malade est disposé à assumer.

Le questionnaire va alors pouvoir aborder une question centrale pour la prise en charge thérapeutique : qu'elle est la gravité du psoriasis et dans quel contexte de survenue ?

Ce psoriasis est-il un nouveau venu ? Il va alors falloir gérer éventuellement une situation de crise. Le malade n'imagine pas spontanément être impliqué dans son psoriasis. Son modèle thérapeutique est souvent celui de l'antibiotique qui permet la guérison en tuant un envahisseur extérieur, ou celui de la chirurgie qui sépare, à l'aide d'un scalpel, ce qui est bon de ce qui est mauvais. La phase de questionnaire va alors être particulièrement importante, car elle va modifier insensiblement, par la nature même des questions posées, le scénario à l'intérieur duquel raisonne le malade. Il



Psoriasis des paumes

va découvrir progressivement que son psoriasis exprime peut-être quelque chose et, en tout cas, retentit sur beaucoup des relations qui animent sa vie quotidienne. Il découvre que c'est sa propre image qu'il va falloir gérer avec l'aide de son médecin, que c'est sa qualité de vie qu'il va falloir améliorer, et que de ce fait, il est essentiel qu'il participe au choix thérapeutique. Le questionnement va alors s'orienter vers le stress, vers les possibles conflits de territoire, vers la qualité des relations que le malade a avec lui-même et avec les autres, vers les éléments essentiels qui définissent pour lui la qualité de sa vie.

Ce psoriasis est-il un vieux compagnon auquel on s'est progressivement adapté, tant bien que mal? Si c'est le cas, il va falloir évaluer comment ce psoriasis a pu modifier les relations que le malade a avec lui-même, avec ses proches, son conjoint, ses enfants. Ce psoriasis lui a-t-il fait manquer des occasions, a-t-il influé de façon négative sur sa carrière professionnelle, sur la possibilité de choisir un sport, sur la façon de s'habiller, sur la possibilité de choisir ses vacances?

Pense-t-il que ce psoriasis est apparu à l'occasion d'un événement de vie? Les circonstances qui ont déclenché l'expression de la maladie sont-elles encore d'actualité? Quels sont les projets du malade pour modifier ces circonstances et prendre ainsi, d'une certaine façon, le contrôle de sa maladie ou tout au moins de ce qu'exprime sa maladie?

Le malade peut-il accepter de voir disparaître son psoriasis pour une période particulière qu'il a choisie, puis de vivre une rechute sans être encore plus découragé qu'auparavant? Peut-il accepter des traitements intermittents?

La souffrance morale entraînée par le psoriasis est-elle constante, ou plus importante à certains moments de l'année ou du fait de certaines localisations? Cette souffrance est-elle disproportionnée par rapport à l'importance des lésions? On soupçonnera

alors que le psoriasis a révélé une fragilité psychologique sous jacente qu'il faudra prendre en charge pour elle-même avec l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Dans une maladie chronique le malade réorganise sa vie en fonction de cette maladie pour en souffrir le moins possible. Il est important d'évaluer cette restructuration pour envisager, avec le malade, la meilleure façon de gérer les diverses possibilités offertes par les médicaments et les nombreuses stratégies possibles de leur utilisation.

On pourra ainsi progressivement définir dans quel type de scénario thérapeutique le malade, pris dans sa globalité, peut s'inscrire:

Faut-il un traitement d'urgence pour faire disparaître les lésions et profiter de cette accalmie pour aider le malade à reprendre le contrôle sur ce qui était dérégulé dans sa vie, puis faire porter tout l'effort sur la mise en place d'un traitement d'entretien avec tout l'approvisionnement réciproque que cela suppose entre les trois partenaires que sont le malade, son médecin et les médicaments?

Faut-il au contraire choisir une stratégie centrée d'emblée sur le long terme à travers une amélioration très progressive de la qualité de la vie?

Toute cette étape de questionnement ne se termine pas lorsque commencent les explications, bien au contraire. Ces explications sur la maladie et sur les traitements vont permettre de poser de nouvelles questions, de faire comprendre leur importance, d'augmenter la qualité des réponses puisque le malade, à travers toutes les explications données, sera de plus en plus à même de se remettre lui-même en question et donc de choisir plus librement.

Les explications :

Elles doivent être données sur le psoriasis et sur les traitements. Elles ont pour but de permettre au patient de participer au choix thérapeutique.

Les explications porteront sur le psoriasis:

C'est une maladie génétique, multigénique, révélée et non provoquée par des facteurs d'environnement: maladies infectieuses, changements de saisons, stress, médicaments, irritations cutanées, bref par tout ce qui accélère le renouvellement cutané. Lesquels parmi ces facteurs sont pertinents pour le patient?

La plaque de psoriasis est la conséquence d'un renouvellement trop rapide de la peau. Lorsque la desquamation devient visible une réaction inflammatoire se développe qui agresse la peau et entretient la maladie. Le seul fait de gratter la peau, ou d'arracher quelques squames accélère le renouvellement de la peau: cinq minutes de grattage suffisent à réactiver le psoriasis pendant deux semaines. La lutte contre les démangeaisons est donc un élément capital du traitement du psoriasis.

On explique aussi que le psoriasis n'est pas contagieux. Il ne met pas la vie en danger. Sa gravité dépend de son retentissement sur la qualité de la vie. C'est donc le patient et lui seul, qui sait si son psoriasis est grave et donc si ce psoriasis peut relever ou non de traitements majeurs, c'est-à-dire de traitements nécessitant une surveillance rapprochée et comportant des risques potentiels. Tous les traitements freinent par des mécanismes variés, le renouvellement de la peau. Si donc on arrête un traitement dès que les plaques ont disparu la rechute est rapide. Il est essentiel donc de continuer à se traiter lorsque les lésions ont disparu. Six mois après la disparition d'une plaque de psoriasis, la peau reste tout à fait anormale au niveau microscopique. C'est pourquoi on continue habituellement le traitement un an après que les lésions aient disparu.

On insiste sur le fait que le but du traitement est d'améliorer la qualité de la vie. C'est pourquoi seul le patient peut réellement évaluer l'efficacité. Le patient n'est

pas condamné à se soigner de façon continue, mais il peut ne se soigner qu'à certains moments de l'année ou ne soigner que certaines localisations en fonction de son équation personnelle entre la gêne entraînée par la maladie et celle entraînée par le ou les traitements.

Ces bases posées, la seconde partie de la phase des explications va porter sur chacun des traitements locaux et généraux disponibles en expliquant leur technique d'utilisation, les contraintes dans la vie quotidienne, les effets secondaires et la stratégie de la surveillance.

La Négociation

Dans l'optique d'une médecine centrée sur le patient, c'est la phase la plus importante de la prise en charge thérapeutique. Elle évolue de consultation en consultation au fur et à mesure que, à travers questionnement et explications, le malade est de mieux en mieux informé. Il devient capable de dialoguer d'égal à égal, avec un point de vue évidemment différent et complémentaire, avec son médecin.

L'objectif de la négociation est de trouver le meilleur compromis entre les contraintes liées à la maladie et aux traitements et les bénéfices potentiels de chaque traitement, association thérapeutique et succession de traitements. Comme dans toute bonne négociation, chacun doit en sortir, le médecin et le patient, en ayant le sentiment d'avoir choisi le meilleur compromis possible dans une situation précise et à un moment donné. C'est la condition de l'observance et de l'efficacité thérapeutique.

La Prescription

Ce n'est en aucun cas « une ordonnance ». C'est un contrat qui conclut une négociation. Idéalement, ce

contrat de soin devrait être signé par le médecin et par le malade.

*
* *

Cette nouvelle approche thérapeutique se décline différemment dans les différentes spécialités médicales. Elle a pour but, à travers une révolution au sens propre de la relation médecin - malade, de rendre au malade sa liberté face à l'emprisonnement relatif que provoque sa maladie et auquel contribue parfois le médecin.

Dans les maladies de la peau, l'atteinte de l'image de soi affecte souvent gravement les relations sociales. Les patients ressentent très vivement cette sensation d'emprisonnement à l'intérieur d'une image altérée. Mais cela dépasse le cadre de la dermatologie et toute maladie, à travers l'atteinte d'un organe, déstabilise toute la vie de relation.

Si c'est, bien sûr, l'organe qu'il faut soigner c'est aussi la relation qu'il faut rétablir. Cela ne peut se faire sans la participation active, informée et donc responsable du patient : on ne peut libérer quelqu'un contre son gré.

Pendant des millénaires la médecine n'a eu que le patient pour cible, l'empathie comme traitement, la fatalité pour compagne. Le développement de la médecine fondée sur des preuves et d'outils thérapeutiques de plus en plus brillants a fait porter tous les regards sur la maladie et sur des outils diagnostiques et thérapeutiques d'une exceptionnelle efficacité.

Ces progrès ont permis de découvrir le rôle du système nerveux (et donc des émotions) dans le contrôle des réactions immunes, de l'inflammation et de la prolifération cellulaire dans de nombreux organes.

C'est donc tout naturellement que la médecine d'organe centrée sur la lutte contre la maladie redécouvre le patient dans son individualité. Cette prise de conscience devrait être à

l'origine d'une répartition beaucoup plus efficace et valorisante des missions entre spécialistes et généralistes vers une prise en charge globale dont le patient redevienne le centre.

Les progrès même de la médecine fondée sur des preuves souligne donc l'urgence de la mise en place de techniques permettant la meilleure application possible de connaissances générales à un individu particulier, et donc du développement de ce que nous appelons une médecine centrée sur le patient.

Cette nouvelle approche est elle la simple reformulation d'un humanisme médical? En aucun cas. Il s'agit de techniques médicales nécessaires à la prise en charge efficace de toutes les maladies s'inscrivant dans la durée quelque soit le caractère du médecin, quelque soit son aptitude à manifester de l'empathie et quelque soit le désir de dépendance du patient.

L'opposition artificielle entre le médecin technicien et le médecin humaniste devrait disparaître. Le médecin aujourd'hui doit utiliser toutes les connaissances scientifiques disponibles dans les bases de données, à la lumière de son expérience et en intégrant le scénario de vie du patient, pour aider ce dernier à choisir les moyens lui permettant de retrouver son équilibre indivisiblement physique et psychique. Il est intéressant de constater que les patients viennent de plus en plus souvent consulter avec une abondante documentation sur leur maladie obtenue grâce à Internet. La demande est clairement formulée : « voilà ce que j'ai pu apprendre sur ma maladie et son traitement et je viens en discuter avec vous, docteur ». D'emblée le patient d'aujourd'hui se place à la troisième étape celle de la négociation ce qui ne dispense pas, au contraire, de reprendre avec lui les deux premières étapes, mais avec beaucoup plus de profit.

Cette prise en charge est elle possible? Dans les conditions

actuelles de l'exercice médical la réponse est non. En effet ces techniques nécessitent du temps et le temps médical n'est pas valorisé aujourd'hui. Il est capital, si l'on veut améliorer la prise en charge des maladies chroniques, de prendre en compte le temps passé et de permettre à tout médecin, un jour par semaine ou une demi-journée par semaine, de facturer sa consultation non pas à l'acte mais au temps passé. Cela n'augmentera en rien les coûts de santé, puisque les recettes de cette journée ou de cette demi-journée resteront inchangées.

Cette prise en charge modifie t'elle l'enseignement de la médecine? Elle commence déjà à le faire au milieu du cursus des études médicales : une première tentative, appelé patients - partenaires, née en rhumatologie, consiste à faire se rencontrer des petits groupes d'étudiants avec des patients ayant accepté une formation spéciale. Ces rencontres sont destinées à sensibiliser les étudiants à la prise en charge non seulement de la maladie mais du patient dans sa globalité.

Mais c'est sans doute au niveau de la formation médicale continue que cette révolution de la stratégie de soins, aura le plus grand impact. Il s'agit en effet de développer de nouvelles techniques de formation permettant de compléter l'enseignement magistral classique où un expert vient enseigner des praticiens, par une approche totalement différente. Lors de ces réunions de formation continue les animateurs exposent des situations concrètes de prise en charge prenant en compte toutes les particularités du patient. Chacun propose différentes solutions de prise en charge. La conclusion est donnée par le présentateur qui explique quelle prise en charge il avait choisie, pour quelles raisons, et quel en a été le résultat. Cette technique de formation continue permet de développer la prise en charge médi-

cale non pas seulement à partir de la maladie mais à partir du malade

Le développement des nouveaux médicaments est également bouleversé par cette nouvelle perspective : il faut non seulement que le médicament soit efficace mais qu'il améliore la qualité de la vie. Il faut aussi que le patient dispose de toutes les informations lui permettant de participer au choix thérapeutique. Dans ce cadre l'éducation à la santé devient une priorité nécessitant une étroite collaboration entre les médecins, l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics.

À travers cette démarche nouvelle, le malade redevient propriétaire de sa maladie et donc de son dossier médical. Il se responsabilise face à sa santé et, dans une société qui ne peut plus tout prendre en charge, il se responsabilise face aux dépenses de santé. Ceci implique que, le plus rapidement possible, les citoyens puissent participer à la gestion financière des dépenses de santé. Ils pourraient le faire par l'intermédiaire des élus des collectivités locales c'est-à-dire des conseils municipaux à condition de disposer de toutes les informations nécessaires pour éclairer ces choix dans des conditions de contraintes budgétaires données. Si nous continuons à gérer la santé à travers un système pyramidal, (même si ce système pyramidal est délégué aux régions ce qui ne ferait que déplacer la cible des insatisfactions), le citoyen restera un assisté de plus en plus insatisfait et notre système de santé implorera.

La médecine centrée sur le patient diminue-t-elle le pouvoir médical? Je ne crois pas, bien au contraire. En développant les connaissances et la liberté des patients, elle replace ce pouvoir dans sa vraie signification, celle de soigner un égal. En devenant petit à petit techniquement inutile, à mesure que le patient se libère de sa maladie, le médecin devient, humainement, indispensable. ■

Suite de la page 29

raison de leur excessive lenteur, la T2A va quant à elle donner un grand coup d'accélérateur au mouvement de correction en exerçant, grâce aux tarifs nationaux, un redoutable effet de nivellement généralisé des ressources. Ce nivellement peut mettre en péril budgétaire et financier de nombreux établissements comme il peut aussi enrichir indûment certains et générer de nouvelles rentes de situation.

Des risques budgétaires et financiers non négligeables

La dotation globale avait sans doute en effet de nombreux défauts mais elle avait du moins le mérite de garantir stabilité budgétaire et visibilité financière aux établissements hospitaliers. Un accident financier majeur était a priori exclu et ne s'est du reste jamais produit. Il faut en outre rappeler que grâce à la dotation globale, les hôpitaux avaient assez largement assaini leur trésorerie au point qu'ils payaient leurs fournisseurs dans des délais tout à fait honorables, proches de 60 jours et comparables à ceux du secteur privé.

Avec la tarification à l'activité, ce dispositif de sécurité disparaît et nombre d'hôpitaux pourront être soumis à une pression budgétaire et financière considérable. Des résultats de gestion déficitaires compris entre 10 et 15 % du budget pour les hôpitaux de la région Ile-de-France deviennent ainsi tout à fait concevables, d'autant que leur situation actuelle est défavorable et obérée par d'importants reports de charges. Dans cette hypothèse, de nombreux hôpitaux franciliens seraient en état de quasi dépôt de bilan ce qui se pourrait se traduire par exemple par des difficultés pour assurer le remboursement des emprunts ou la

paie des personnels en fin d'année ou bien encore par des délais de paiement très élevés envers les fournisseurs.

Inquiétudes sur l'investissement

Il faut en outre redouter que la tarification à l'activité n'ait une incidence négative sur l'investissement hospitalier annulant les effets bénéfiques du plan hôpital 2007. Il est en effet précisé que les GHS, principale source de financement des hôpitaux, intègrent les coûts de structure (amortissements et frais financiers notamment). Cette disposition constitue une véritable prime à la vétusté et au sous-équipement et dans ce cadre, la stratégie budgétaire naturelle mais perverse des gestionnaires conduira à comprimer les coûts de structure ce qui sera préjudiciable au patrimoine hospitalier.

Il ne s'agit pas de considérations catastrophistes, formulées dans une intention polémique, mais d'un risque réel, celui de l'écroulement financier complet de quelques hôpitaux, écroulement improbable avec la dotation globale mais dont la survenue ne peut être écartée avec la tarification à l'activité.

La vérité est que pour éviter ce risque, les hôpitaux riches, plus nombreux qu'on ne l'imagine, devront effectuer des efforts d'adaptation considérables, ce qui conduira notamment dans certaines régions, il ne faut pas le dissimuler, à procéder à des compressions massives d'effectifs médicaux et non médicaux.

Une période de transition indispensable

Cette adaptation ne saurait être immédiate et c'est pourquoi il est clair que la tarification à l'activité ne saurait

être mise en œuvre dès demain dans toutes ses conséquences sans provoquer d'importants mouvements sociaux.

La direction de l'hospitalisation en a visiblement pris conscience et c'est pourquoi elle n'envisage qu'une montée en charge progressive du dispositif. Une période transitoire de 10 ans est ainsi prévue avec le maintien de ressources allouées forfaitairement, « la dotation annuelle complémentaire », dont la part réduite d'année en année (90 % en 2004) devrait s'éteindre en 2014 (!). Les recettes issues de la facturation des tarifs augmenteront quant à elles en proportion inverse de la diminution tendancielle de la dotation annuelle. En outre, il est également envisagé de mettre en place, pour certains établissements, un coefficient correcteur géographique prenant en compte certains surcoûts structurels. Une grande prudence semble donc être de mise dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité, au point qu'elle peut faire douter des convictions du législateur, mais elle n'exonère nullement les hôpitaux d'un effort important d'adaptation même si celui-ci sera étalé dans le temps.

Cependant, c'est moins au niveau de ses modalités de mise en œuvre que sur le plan de ses principes qu'il faut porter un jugement sur la T2A.

Un égalitarisme forcé

L'ajustement généralisé des ressources hospitalières constitue ainsi une mesure égalitaire. Mais le système hospitalier français peut-il être strictement égalitaire tant en raison de la diversité des établissements qui le composent qu'en raison du souci qui doit animer les équipes médicales d'améliorer la qualité des soins dispensés? Certes, nul n'ignore que certains établissements sont sensiblement mieux dotés en moyens humains et

matériels. Cependant, si cette situation est contraire au principe d'égalité, elle n'est toutefois pas obligatoirement inéquitable. C'est à l'AP-HP, et non à l'hôpital de Saint-Affrique, que nous choisirons en règle générale d'aller nous faire soigner parce que nous n'ignorons pas qu'aux coûts élevés de l'AP-HP correspond une excellence des soins médicaux dispensés. Cependant, si l'on réduit de manière drastique les ressources de l'AP-HP, nous n'aurons plus, en tant que malades, cette garantie de bénéficier de soins de qualité. Ces remarques critiques ne sauraient se résumer à faire l'impasse sur les inégalités qui traversent le monde hospitalier. Il semble simplement important aujourd'hui de les aborder différemment pour mieux les traiter. Cela pourrait conduire notamment à proposer de passer du principe d'égalité à un principe d'équité mieux à même de concilier, au sein du monde hospitalier, justice économique et efficacité.

Une inflation productiviste

La T2A repose en outre sur une logique productiviste. Si la dotation globale contribuait à freiner l'activité des hôpitaux (ce qui s'est traduit par une baisse spectaculaire de la D.M.S.) la T2A va au contraire les inciter à développer le plus possible leur activité en multipliant les séjours et les actes.

Il y aura donc un risque inflationniste important pour l'assurance-maladie. Cependant les dépenses hospitalières demeureront bien encadrées par l'O.N.D.A.M. (Objectif National de Dépenses d'Assurance-Maladie) soumis au vote du Parlement en sa session d'automne. La direction de l'hospitalisation espère parer ce risque de dérapage généralisé des dépenses en procédant à des ajustements de

tarifs en cours ou en début d'année. Il est en effet bien précisé que les tarifs nationaux des GHS sont déterminés par rapport à l'échelle nationale des coûts mais ne se confondent pas avec eux. Un suivi efficace des dépenses hospitalières sera en tout état de cause très complexe à mettre en œuvre et surtout il est à craindre que des variations incessantes des tarifs ne privent les hôpitaux de toute visibilité de gestion: une activité rentable en début d'année se transforme en cours d'exercice en foyer de pertes. Les tarifs nationaux vont ainsi « dicter » l'activité hospitalière et les hôpitaux seront dès lors pris dans une course poursuite incessante à la recherche des meilleurs créneaux qui, sitôt identifiés, s'évanouiront.

Quelles garanties offertes au malade ?

Du point de vue du malade, deux craintes doivent en outre être exprimées :

– en régime de dotation globale, le malade a au moins une assurance: celle d'être traité pour une pathologie dont il souffre effectivement. Qu'en sera-t-il avec la T2A et la pression sur les équipes soignantes pour qu'elles augmentent leur activité? N'y aura-t-il pas, comme on a pu le constater aux Etats-Unis, multiplications d'actes et d'interventions non justifiés?

– le positionnement par rapport à des tarifs nationaux va induire des critères de rentabilité qui peuvent conduire à écarter certaines techniques innovantes mais coûteuses.

La T2A aura en outre de puissants effets normalisateurs des pratiques médicales. Comment pourront émerger, dans ce contexte, de nouvelles techniques médicales? La chirurgie orthopédique assistée par la robotique a par exemple pour avantage de permettre de travailler avec une précision extrême, ce qui garantit un très bon ajustement des prothèses et permet au malade de retrouver ensuite un excellent confort de mouvement sans souffrir de complications biomécaniques ultérieures. Il n'est pas sûr que cette technologie nouvelle mais qui impose de nouveaux standards de qualité soit financée par les GHS qui seront fixés, ce qui sera préjudiciable aux malades et à l'établissement qui a fait le choix de l'innovation.

Conclusion : des créations d'emplois administratifs

Comme on le voit le passage d'un mécanisme étatique de régulation (la dotation globale) à un mécanisme économique (la T2A) soulève beaucoup de problèmes de fond sans garantir une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Nous pouvons du moins avoir une certitude: la tarification à l'activité permettra de créer de nombreux emplois... administratifs: dans les hôpitaux qui vont devoir développer un contrôle de gestion, dans les services de tutelle pour un contrôle des données d'activité transmises et dans les caisses de sécurité sociale pour traiter une gigantesque facturation. ■

BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI

je désire souscrire un abonnement annuel (4 numéros) à Officiel Santé.
Veuillez trouver ci-joint mon règlement pour la somme totale de 18,29 € à l'ordre de P.E.C.

Chèque bancaire Chèque postal

NOM PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

Bulletin à compléter et à retourner à :

P.E.C. - Service Abonnements, 14, bd du Commandeur, 13009 Marseille

REMERCIEMENTS AUX PARTENAIRES D'OFFICIEL SANTÉ

LABORATOIRES BIOCDEX	LABORATOIRES MENARINI
LABORATOIRES CONTAPHARM	MERCK MEDICATION FAMILIALE
GALDERMA INTERNATIONAL	LABORATOIRES QUINTON
LABORATOIRES GENOPHARM	LABORATOIRES ROCHE NICHOLAS
LABORATOIRES GSK	LABORATOIRES SCHERING PLOUGH
LABORATOIRES PAUL HARTMANN	LABORATOIRES SHIRE
LABORATOIRES INNEOV FRANCE	LABORATOIRES SMITH & NEPHEW
LABORATOIRES LA ROCHE-POSAY	LABORATOIRES THUASNE
LABORATOIRES LEO PHARMA	LABORATOIRES VICHY
LABORATOIRES LIERAC	