CONTRIBUTION NATIONALE DE LA DERMATOLOGIE POUR 2027

Crise de l'accès aux soins en dermatologie

Pour une loi-cadre relative à la santé de la peau

UNE CONTRIBUTION PORTÉE PAR

SFD Société Française de Dermatologie et de Pathologie Sexuellement Transmissible

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE LA PEAU

EDEF

FFFCEDV Fédération Française de Formation Continue et d'Evaluation en Dermatologie-Vénérologie

UNESS-DV Union Nationale des Équipes de Soins Spécialisés en Dermatologie et Vénérologie

FDVF FUTURS DERMATO-VENEROLOGUES DE FRANCE

Version du 12 novembre 2026

Sommaire

Résumé exécutif 5

Avant-propos 8

Remerciements 10

Partie I **Introduction : une crise annoncée, une décision à prendre** 12
I.1 — Six constats 12
I.2 — Douze ans d'alertes et de réponses 14
I.3 — Un diagnostic posé par la profession dès 2018 15
I.4 — Un déficit de véhicule normatif 15
I.5 — Un investissement au rendement documenté 16
I.6 — La décision attendue le 19 novembre 16

Partie II **La peau, organe sentinelle : champ et poids de la dermatologie** 17
II.1 — L'étendue du champ de la spécialité 17
II.2 — Seize millions de personnes en 2016, aucune mesure publique depuis 19
II.3 — Une spécialité efficiente : diagnostic rapide, recherche reconnue 20
II.4 — Les cancers cutanés : le premier cancer de France 21
II.5 — Une charge économique en majorité extérieure aux dépenses de soins 21
II.6 — La dermatologie absente de la statistique publique 22
II.7 — La peau, organe sentinelle pour les autres disciplines 22
II.8 — Diagnostiquer, opérer, suivre : une spécialité instrumentale 24

Partie III **Une offre de soins en recul continu depuis 2010** 26
III.1 — Une densité en recul de 28,7 % depuis 2010 26
III.2 — La plus forte baisse d'effectifs de toutes les spécialités 27
III.3 — Une formation qui ne compense pas les départs 28
III.4 — Une offre qui repose sur des praticiens âgés 30
III.5 — Cinq départements sans dermatologue, un maillage qui se défait 32
III.6 — Des délais longs, un suivi interrompu 32
III.7 — Le besoin en dermatologues : une estimation publique à produire 34
III.8 — Note de méthode : séries d'effectifs et références de densité 34

Partie IV **Les patients : le coût humain de l'attente** 37
IV.1 — Le renoncement aux soins comme rupture d'égalité 38
IV.2 — Du renoncement à la sortie du parcours de soins 39
IV.3 — Le retentissement psychologique, social et intime des maladies de peau 39
IV.4 — Des inégalités territoriales, sociales, professionnelles et familiales 40
IV.5 — La parole des associations 41

Partie V **La prévention : un cancer largement évitable, une politique à construire** 45
V.1 — Des cancers cutanés majoritairement attribuables aux ultraviolets 46
V.2 — Des représentations qui freinent la prévention 46
V.3 — Les effets d'une prévention maintenue dans la durée 47
V.4 — Les limites de la prévention 47
V.5 — Les angles morts de l'action publique 48
V.6 — Deux initiatives françaises de sensibilisation 49
V.7 — Au-delà des ultraviolets : la dermatologie dans les autres politiques de prévention 50

Partie VI **Former les dermatologues et les professionnels de premier recours** 55
VI.1 — Une formation de quatre ans, plus courte que celle des autres spécialités qui traitent des cancers 55
VI.2 — Les postes d'internes : dix ans de recul, un premier correctif en 2026 56
VI.3 — L'encadrement universitaire, condition de toute hausse des postes 58
VI.4 — Une maquette de formation à actualiser 61
VI.5 — La formation continue des dermatologues 63

VI.6 — La dermatologie dans la formation des professionnels de premier recours 63
VI.7 — Les limites de la formation des autres professionnels 64

Partie VII **Coordination des soins, délégation de tâches et nouveaux métiers 68**
VII.1 — Un cadre juridique renouvelé depuis 2025 69
VII.2 — Des protocoles de coopération restés locaux 70
VII.3 — Les équipes de soins spécialisés : la coordination des soins portée par les dermatologues 71
VII.4 — L'aide opératoire et l'assistant médical : des cadres à clarifier 74
VII.5 — Les obstacles à la généralisation 74
VII.6 — Le champ et les limites de la délégation 75

Partie VIII **Le numérique : téléexpertise, intelligence artificielle et imagerie cutanée 79**
VIII.1 — La téléexpertise, une organisation construite par la spécialité 80
VIII.2 — L'intelligence artificielle : état des connaissances 82
VIII.3 — L'imagerie cutanée : des outils utiles dans un parcours, contre-productifs hors parcours 83
VIII.4 — L'organisation territoriale, condition de tout acte numérique 85
VIII.5 — Les conditions d'un numérique utile au patient 86

Partie IX **L'activité à visée esthétique : sécuriser les patients, préserver l'offre de soins 91**
IX.1 — De quoi parle-t-on : actes esthétiques, actes correcteurs, actes médicaux 92
IX.2 — Un enjeu de sécurité des patients qui dépasse la dermatologie 92
IX.3 — Un encadrement en deux temps : le droit d'exercice complémentaire, puis un décret propre à l'esthétique 93
IX.4 — Les compétences esthétiques inscrites dans la formation des dermatologues 94
IX.5 — Ce que le projet de décret ne règle pas 95

Partie X **La financiarisation : capital extérieur et offres commerciales de dépistage 102**
X.1 — Les rapports publics et les travaux législatifs en cours 103
X.2 — Le capital extérieur dans l'outil de travail 103
X.3 — Les offres commerciales de dépistage hors du parcours de soins 104
X.4 — La maîtrise des équipements et des données 109
X.5 — Des alertes déjà adressées aux autorités 110
X.6 — L'urgence d'une mesure publique 110

Partie XI **Perspectives comparatives internationales 114**
XI.1 — Ontario : une téléexpertise organisée à l'échelle d'une province 115
XI.2 — Allemagne : quatorze ans de dépistage en population générale 115
XI.3 — Angleterre : une intelligence artificielle évaluée dans le parcours public, des cancers manqués encore non mesurés 115
XI.4 — Australie : un précédent parlementaire et un rendement documenté 117
XI.5 — Union européenne : l'échéance du 2 août 2028 sur l'intelligence artificielle 117
XI.6 — De la résolution de l'OMS au plan d'action mondial 117
XI.7 — Une dermatologie française reconnue à l'international 119

Partie XII **Recherche et innovation : une recherche reconnue, des données à construire 121**
XII.1 — Une recherche reconnue, financée par l'État et par la spécialité 121
XII.2 — Les essais cliniques industriels : un recul général, une dermatologie non mesurée 122
XII.3 — Les données de santé : le dermatologue est identifié, la maladie de peau ne l'est pas 123
XII.4 — L'accès des patients à l'innovation thérapeutique 124
XII.5 — L'intelligence artificielle : une évaluation qui suppose des données 125

Partie XIII **Le rendement de l'investissement 127**
XIII.1 — Raisonner en rendement 127
XIII.2 — Le ratio de référence et ses bornes 128
XIII.3 — Un rendement propre à la dermatologie : le diagnostic dès la première consultation 128
XIII.4 — Fiche n° 1 : former davantage de dermatologues 129
XIII.5 — Fiche n° 2 : les émollients et le service médical rendu des traitements locaux 130
XIII.6 — Fiche n° 3 : la photoprotection des jeunes enfants et des populations à haut risque 130
XIII.7 — Fiche n° 4 : la téléexpertise dermatologique adossée à la consultation 131
XIII.8 — Six pistes d'évaluation à dépense constante 132
XIII.9 — Les effets attendus, par horizon de mandat 134
XIII.10 — Réponses aux principales objections 134

Partie XIV **Une loi-cadre relative à la santé de la peau : l'appel du 19 novembre** **137**
XIV.1 — Une spécialité qui recule sans qu'aucune alerte ne soit entendue 137
XIV.2 — Une mission pour préparer la loi 137
XIV.3 — La décision du Conseil constitutionnel du 30 décembre 2025 confirme la nécessité d'un véhicule législatif dédié 138
XIV.4 — Les limites de la voie réglementaire 138
XIV.5 — Les précédents législatifs et de méthode 139
XIV.6 — Le contenu de la loi-cadre : trois volets 140
XIV.7 — La mission de préfiguration 141
XIV.8 — L'appel du 19 novembre 2026 142
Annexe 1 Ce que nous demandons : les quatre demandes et l'ensemble des propositions 145
Annexe 2 Chronologie des alertes et des décisions, 2014-2026 170
Annexe 3 Projections des effectifs de dermatologues à l'horizon 2040 : méthode et scénarios 173
Annexe 4 Fiches territoire 176
Annexe 5 Mandat détaillé proposé pour la mission de préfiguration 179
Annexe 6 Le Livre noir de l'eczéma (Association française de l'eczéma, septembre 2026) : extraits 181
Annexe 7 Avant-projet d'architecture de la loi-cadre relative à la santé de la peau 183
Annexe 8 Prévention des infections sexuellement transmissibles en 2026 : actualisation et rôle des dermatologues-vénéréologues 186
Annexe 9 Protocoles de coopération en dermatologie 192
Annexe 10 Catégorisation des actes à visée esthétique, correctrice et thérapeutique en dermatologie : contribution aux travaux de la Haute Autorité de santé 193
Annexe 11 Les projets de dermatologie retenus au programme hospitalier de recherche clinique national, 2013-2024 199
Annexe 12 Matrice des mesures, de leurs véhicules et de leurs porteurs 204
Annexe 13 Fiches pathologies 211
Annexe 14 Cartographie des acteurs 213
Annexe 15 Organisations signataires 214
Annexe 16 Programme du colloque 215
Glossaire **216**
Références **218**

Résumé exécutif

La Contribution nationale de la dermatologie pour 2027 est portée par six organisations : la Société Française de Dermatologie, la Fédération Française de la Peau et ses vingt-trois associations de patients, le Collège des Enseignants en Dermatologie de France, la Fédération Française de Formation Médicale Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie, l'UNESS-DV et les Futurs Dermato-Vénéréologues de France. Elle est remise au colloque « La Santé en Débats », organisé le **jeudi 19 novembre 2026** à l'Assemblée nationale.

Elle demande **une loi-cadre relative à la santé de la peau, préparée par une mission de préfiguration.**

Une offre de soins qui recule plus vite que dans toute autre spécialité

La France compte 2 859 dermatologues en activité régulière au 1er janvier 2026, soit 17,4 % de moins qu'en 2016. La densité moyenne départementale a reculé de **28,7 %** depuis 2010, et cinq départements n'ont plus aucun dermatologue en activité régulière. Au répertoire partagé des professionnels de santé, la dermatologie enregistre entre 2015 et 2025 la plus forte baisse d'effectifs de toutes les spécialités médicales (−8,5 %).

La formation n'a pas compensé ces départs : depuis 2010, les postes d'internes en dermatologie ont progressé de 40 %, contre 65 % pour l'ensemble des spécialités hors médecine générale, et la part de la spécialité est passée de 2,3 % à 1,9 % des postes. Le relèvement à 129 postes en 2026 est un premier correctif, qu'aucune trajectoire pluriannuelle ne garantit.

Des patients qui attendent, renoncent ou sortent du suivi

Les enquêtes déclaratives font état de délais de trois à quatre mois et demi pour obtenir un rendez-vous, et aucune mesure ne distingue ces délais selon la gravité de la lésion. **46 %** des patients déclarent avoir renoncé à consulter un spécialiste. Après le premier diagnostic, 54 % ne sont plus suivis par un dermatologue, et 40 % ne sont plus suivis du tout. Plus d'une personne sur deux atteinte d'une maladie de peau déclare de l'anxiété ou de la dépression, contre moins d'une sur trois dans le reste de la population.

Un enjeu de santé publique que la statistique publique ne voit pas

Les cancers de la peau représentent près de **30 % des cancers invasifs** diagnostiqués chaque année en France, dont 17 922 mélanomes en 2023. Chez les personnes de trente ans et plus, 83,5 % des mélanomes sont attribuables au rayonnement UV solaire. La survie relative à cinq ans du mélanome passe de 100 % au stade localisé à 34 % au stade métastatique (registre américain SEER, diagnostics 2016-2022). Deux dermatoses inflammatoires représentent à elles seules une charge de **13,8 milliards d'euros par an**.

La fréquence et l'impact des maladies dermatologiques restent pourtant mal mesurés. La seule étude de prévalence, conduite en 2016 et financée par une société savante, établissait que seize millions de Français déclaraient une maladie de peau ; aucune mesure publique n'a suivi. La cartographie des pathologies de l'Assurance maladie ne comporte aucun groupe dermatologique.

Douze ans d'alertes, aucune décision d'ensemble

Depuis la première question parlementaire sur la pénurie de dermatologues, le 11 décembre 2014, les alertes n'ont reçu que des réponses partielles ou inadaptées, jamais une décision à la hauteur des enjeux. En 2015, le Gouvernement faisait état d'une hausse des postes d'internes ; dix ans plus tard, il y en avait moins. Le 30 décembre 2025, le Conseil constitutionnel a censuré la mesure du budget de la sécurité sociale qui touchait le plus directement la pratique dermatologique, parce qu'elle n'avait pas sa place dans une loi de financement. Le Gouvernement l'a reprise par décret six mois plus tard.

La santé de la peau a besoin d'un véhicule législatif propre. Le Parlement en a doté les maladies cardio-neuro-vasculaires par la loi du 27 juillet 2026.

Une réponse d'un coût sans commune mesure avec la charge

La dermatologie a déjà engagé l'effort d'organisation qui lui est demandé : 267 000 téléexpertises facturées par les dermatologues libéraux en 2025, quatorze fois plus qu'en 2022, et près de 480 000 en comptant l'activité hospitalière, et six protocoles de coopération portant sur des actes techniques, restés locaux.

La décision attendue le 19 novembre

N°	Demande	Porteur	Échéance
1	**Reconnaître la santé de la peau comme priorité de santé publique**	Ministre chargé de la santé	Annonce au colloque ; inscription à la prochaine actualisation de la stratégie nationale de santé
2	**Créer une mission de préfiguration de la loi-cadre**, interministérielle, dotée d'un mandat écrit en neuf points ; les patients y siègent de droit	Premier ministre, sur proposition du ministre chargé de la santé	Installation à J + 3 mois ; avant-projet de loi à J + 12 à 18 mois
3	**Engager le chantier d'une loi-cadre relative à la santé de la peau** : stratégie nationale, trajectoire de formation, obligations de mesure, clause de rendez-vous devant le Parlement	Parlement et Gouvernement	Dépôt à l'issue de la mission de préfiguration
4	**Décider trois mesures qui n'attendent pas la loi** : 150 postes d'internes ; saisine de la Commission de la transparence sur les émollients et la photoprotection des patients à haut risque ; adaptation conventionnelle des plafonds de téléexpertise	Ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ; UNCAM	150 postes dès que l'encadrement le permet, au plus tard en 2030 ; saisines à J + 3 mois ; prochaine négociation conventionnelle

J : date du colloque, le 19 novembre 2026. Chaque demande fait l'objet d'une fiche détaillée (porteur, véhicule juridique, coût, échéance, bénéfice attendu) en annexe 1.

Ce que ces demandes coûtent, rapporté à ce qu’elles engagent. La mesure de formation demandée représente 1,8 à 2,9 millions d’euros par an, et l’encadrement universitaire qui la rend possible 5,6 à 5,8 millions en régime permanent. Deux dermatoses inflammatoires coûtent 13,8 milliards d’euros par an, et un mélanome avancé représente jusqu’à 351 590 euros de dépenses par patient sur dix ans.

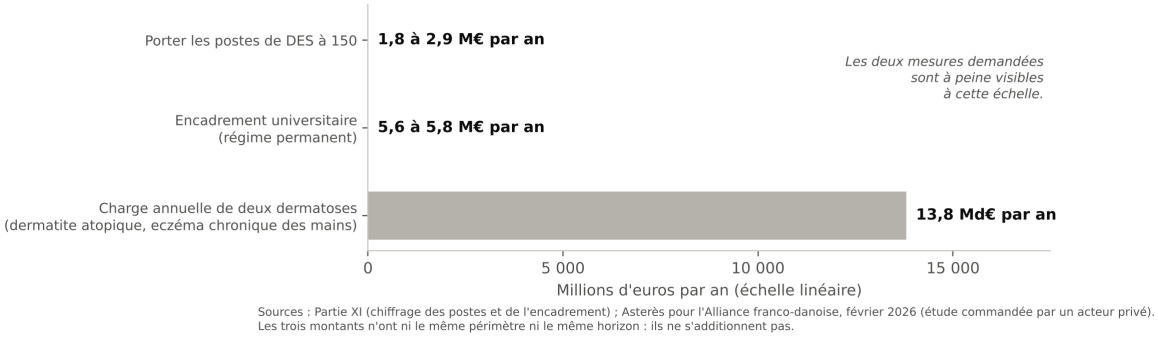


Figure 1. Ce que la dermatologie demande, rapporté à ce qu’elle coûte.

Avant-propos

Une voix commune des soignants et des patients

La Contribution est portée conjointement par six organisations, qui représentent les dimensions savante, universitaire, organisationnelle et associative de la spécialité, ainsi que sa relève :

- la **Société Française de Dermatologie** ;
- la **Fédération Française de la Peau**, qui fédère vingt-trois associations de patients ;
- le **Collège des Enseignants en Dermatologie de France** ;
- la **Fédération Française de Formation Médicale Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie** ;
- l'**Union Nationale des Équipes de Soins Spécialisés en Dermato-Vénéréologie** ;
- les **Futurs Dermato-Vénéréologues de France**.

Cette pluralité donne sa portée à la demande. Celle-ci ne résulte pas d'un arbitrage entre intérêts professionnels : elle est formulée en commun par les soignants, les patients et les futurs praticiens.

Méthode : des données vérifiées, des limites assumées

La Contribution est un instrument de politique publique, et non un rapport académique. Elle présente ce qui est établi, chiffre ce qui peut l'être et signale ce qui ne l'est pas. Les valeurs qui n'ont pas résisté à la vérification ont été retirées, y compris lorsqu'elles servaient la démonstration.

Plusieurs sources chiffrées importantes ont été financées par des acteurs privés :

- l'enquête d'opinion sur les délais d'accès ;
- l'évaluation de la charge économique de deux dermatoses ;
- l'analyse coût-efficacité des émollients.

Ce financement est indiqué chaque fois, dans le texte. Il n'existe pas d'équivalent public de ces travaux, ce qui constitue en soi un constat de politique publique.

Ce choix rend le document moins spectaculaire ; il le rend aussi opposable.

Le colloque du 19 novembre 2026

Le colloque réunit des parlementaires, des représentants du Gouvernement et de l'Assurance maladie, des agences sanitaires, des professionnels de santé et des représentants de patients. Il poursuit trois objectifs :

- établir un état des lieux vérifiable ;
- identifier les leviers disponibles et les obstacles à leur mise en œuvre ;

- obtenir une décision, telle qu’elle est résumée dans le résumé exécutif et détaillée en annexe 1.

Remerciements

La présente Contribution est le fruit d'un travail collectif, conduit de juillet à novembre 2026 par les organisations signataires. Elles remercient celles et ceux qui y ont apporté leur temps et leur expertise.

Coordination de la rédaction

- Dr Pierre Hamann, président de l'UNESS-DV, praticien hospitalier responsable de l'unité fonctionnelle de dermatologie de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre (GHU Paris-Saclay, AP-HP), praticien libéral au Centre Beaurepaire.

Coordination des parties et relecture finale

- Pr Saskia Oro, présidente de la Société Française de Dermatologie, professeure associée, CHU Henri-Mondor, université Paris-Est Créteil ;
- Dr Isabelle Le Hir-Garreau, présidente du groupe démographie CNP-DV / CNOM, dermatologue libérale à Rennes ;
- Pr Caroline Gaudy-Marqueste, présidente du Collège des Enseignants en Dermatologie de France, AP-HM, Marseille ;
- Pr Frédéric Caux, vice-président de la Société Française de Dermatologie, chef de service, CHU Avicenne ;
- Mme Stéphanie Merhand, présidente de la Fédération Française de la Peau ;
- M. Clément Frehring, président des Futurs Dermato-Vénéréologues de France, interne en dermatologie ;
- Dr Isabelle Ollivier, présidente de la FFFCEDV, dermatologue libérale à Rennes ;
- Dr Caroline Biver-Dalle, membre du conseil d'administration de la FFFCEDV, dermatologue libérale à Saône (Doubs) ;
- Pr Tu-Anh Duong, fondatrice du groupe TELDES de la Société Française de Dermatologie, hôpital Ambroise-Paré, AP-HP ;
- Pr Isabelle Durand-Zaleski, directrice de l'URC-Éco, AP-HP ;
- Dr Nicole Jouan, secrétaire générale du CNP-DV, dermatologue libérale à Brest.

Rédaction et relecture d'expertise

- Dr Mathieu Bataille, président du groupe TELDES de la Société Française de Dermatologie, praticien hospitalier, centre hospitalier de Dunkerque — numérique ;
- Pr Marie-Aleth Richard, présidente de l'Académie européenne de dermatologie et de vénéréologie (EADV), AP-HM, Marseille ;
- Pr Olivier Chosidow, ancien président du Centre de preuves en dermatologie et du PHRC « non K », hôpital du Kremlin-Bicêtre, AP-HP — recherche ;
- Pr Thierry Passeron, chef de service, CHU de Nice — recherche ;

- Dr Edmond Demoulins, CHU d'Angers — numérique ;
- Dr Jilliana Monnier, maître de conférences des universités – praticien hospitalier, AP-HM — numérique ;
- Dr Raphaël Besnier, dermatologue libéral à Toulouse, président de l'ESS 117, trésorier de l'UNESS-DV ;
- Dr Sébastien Fouéré, dermatologue et vénéréologue, CeGIDD de l'hôpital Saint-Louis, AP-HP, Société Française de Dermatologie — infections sexuellement transmissibles ;
- Dr Christian Derancourt, dermatologue à Tallard (Hautes-Alpes), membre du conseil d'administration de la FFFCEDV — infections sexuellement transmissibles ;
- M. Marian Hristache, enseignant-chercheur à l'École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (ENSAI) — modèle de projection des effectifs ;
- Pr Marie Beylot-Barry, présidente de la sous-section 50-03 du Conseil national des universités, cheffe de service, CHU de Bordeaux — validation des données hospitalo-universitaires ;
- Pr Gaëtan Gentile, professeur des universités de médecine générale, coordonnateur du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, directeur du département universitaire de médecine générale — formation ;
- Mme Marion Moulin, présidente de Solidarité Verneuil — contribution des patients ;
- Mme Pascale Benaksas, présidente de France Asso Cancer et Peau — contribution des patients ;
- Dr Hervé Van Landuyt, dermatologue à Besançon — prévention ;
- M. Julien Fabrègues, président de l'association de patients A Fleur de Peau — prévention ;
- M. Pierre Césarini, directeur délégué de l'association Sécurité solaire — prévention.

Les bureaux et conseils d'administration

Les organisations signataires remercient l'ensemble des membres des bureaux et des conseils d'administration de leurs associations, qui ont contribué à ce travail.

Soutien institutionnel

- M. Jean-Carles Grelier, député de la Sarthe, pour avoir placé le colloque « La Santé en Débats » sous son égide parlementaire ;
- Mme Anne De Danne, directrice de cabinet, diplômée de l'ESSEC, de Sciences Po et de l'ENA, pour l'organisation et le soutien du colloque.

À nos patientes et patients, à nos consœurs et confrères.

En hommage au Dr Olivier Cogrel, qui nous a quittés beaucoup trop tôt.

PARTIE I

Introduction : une crise annoncée, une décision à prendre

L'essentiel

- Douze ans séparent la première question parlementaire sur la pénurie de dermatologues, le 11 décembre 2014, du colloque du 19 novembre 2026.
- Les alertes n'ont reçu que des réponses partielles ou inadaptées, jamais une décision à la hauteur des enjeux : la part de la dermatologie dans les postes d'internes était plus faible en 2025 (1,9 %) qu'en 2010 (2,3 %), et la mesure budgétaire qui touchait le plus directement la pratique dermatologique a été censurée le 30 décembre 2025, faute d'avoir sa place dans une loi de financement.
- Le diagnostic est connu depuis longtemps ; il manque un véhicule de décision.
- Les signataires demandent une loi-cadre relative à la santé de la peau, préparée par une mission de préfiguration (Partie XIV).

La crise de l'accès aux soins en dermatologie n'est pas soudaine. Elle a été annoncée, documentée et signalée aux pouvoirs publics pendant douze ans, sans que ces alertes reçoivent de traduction normative. Cette partie présente les constats qui fondent la demande (I.1), retrace la séquence des alertes et des réponses publiques (I.2 à I.4), puis expose le rendement attendu des mesures et la décision demandée (I.5 et I.6). La chronologie détaillée des alertes et des décisions figure en annexe 2.

I.1 — Six constats

1. Les maladies de peau concernent une part considérable de la population, et leur mesure n'a pas été actualisée depuis dix ans. La seule étude française de prévalence, *Objectifs Peau*, a été conduite en 2016 auprès de 20 012 personnes de quinze ans et plus, et financée par une société savante. Seize millions de Français déclaraient alors être atteints d'une maladie de peau. Aucune mesure publique n'a suivi.

2. L'offre recule plus vite que dans toute autre spécialité, et la formation n'a pas suivi.

- La densité moyenne départementale a reculé de 28,7 % entre 2010 et 2026.
- La France compte 2 859 dermatologues en activité régulière, 17,4 % de moins qu'en 2016.
- Au répertoire partagé, la dermatologie enregistre la plus forte baisse d'effectifs de toutes les spécialités médicales entre 2015 et 2025 (−8,5 %).
- Cinq départements n'ont plus de dermatologue en activité régulière.
- Depuis 2010, les postes d'internes en dermatologie ont progressé de 40 %, contre 65 % pour l'ensemble des spécialités hors médecine générale : leur part est passée de 2,3 % à 1,9 %. Leur relèvement à 129 en 2026 est un premier correctif, qu'aucune trajectoire ne garantit.

3. L'accès se dégrade, et il n'est pas mesuré selon la gravité.

- Les enquêtes déclaratives font état de délais de trois à quatre mois et demi.
- 46 % des patients déclarent avoir renoncé à consulter un spécialiste.
- 54 % ne sont plus suivis par un dermatologue après le premier diagnostic, et 40 % ne sont plus suivis du tout.

4. La charge est élevée, et elle n'est pas comptabilisée là où elle devrait l'être.

- Deux dermatoses inflammatoires représentent une charge de 13,8 milliards d'euros par an.
- Les cancers de la peau représentent près de 30 % des cancers invasifs diagnostiqués chaque année, dont 17 922 mélanomes en 2023. Chez les personnes de trente ans et plus, 83,5 % des mélanomes sont attribuables au rayonnement UV solaire.
- Plus d'une personne sur deux atteinte d'une maladie de peau déclare de l'anxiété ou de la dépression, contre moins d'une sur trois dans le reste de la population.
- La cartographie des pathologies de l'Assurance maladie ne comporte aucun groupe dermatologique.
- Le rapport « Construire un système de prévention primordiale », remis au Premier ministre le 13 juillet 2026 par le député Cyrille Isaac-Sibille, ne mentionne pas les cancers cutanés.

5. La dermatologie a déjà engagé l'effort d'organisation qui lui est demandé.

- 2 158 dermatologues et plus de quatre-vingts services hospitaliers pratiquent la téléexpertise : les dermatologues libéraux en ont facturé 267 000 en 2025, contre 19 000 en 2022 ; avec l'activité hospitalière, le volume approche 480 000 par an.
- En Bretagne, le délai médian d'accès spécialisé après une suspicion de mélanome est de quatre jours ; et un rendez-vous dermatologique sur deux est évité.
- La spécialité a construit six protocoles de coopération portant sur des actes techniques, tous locaux.
- Elle finance elle-même une grande part de sa recherche : 266 projets depuis 2017.

6. La voie budgétaire est fermée ; la voie législative est ouverte.

- L'article de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 qui soumettait la médecine esthétique à une autorisation préalable a été censuré par le Conseil constitutionnel le 30 décembre 2025, comme étranger au domaine d'une loi de financement. Le Gouvernement l'a repris par décret six mois plus tard.
- Le 27 juillet 2026, le Parlement a adopté une loi dotant la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires : ce qui a été fait pour un groupe de maladies peut l'être pour la santé de la peau.
- La France a voté le 27 mai 2025 la résolution WHA78.15, qui fait des maladies de peau une priorité de santé publique mondiale. Le plan d'action mondial sera soumis à adoption en mai 2027.

I.2 — Douze ans d'alertes et de réponses

Le 11 décembre 2014, une question écrite au Sénat jugeait l'effectif de dermatologues « notoirement insuffisant ». Depuis, les alertes se sont succédé : le Livre Blanc de la Société Française de Dermatologie en 2018, huit questions parlementaires écrites ou orales, une pétition déposée à l'Assemblée nationale le 3 décembre 2025, des communiqués répétés de la profession. L'annexe 2 en retrace la séquence, pièce par pièce.

Deux réponses du Gouvernement, à onze ans d'intervalle, résument cette séquence. Le 7 mai 2015, il indiquait que 97 postes avaient été ouverts en dermatologie-vénéréologie en 2014, soit « une augmentation de 21 % depuis 2011 ». Les 5 et 10 février 2026, il évoquait « une hausse progressive du nombre de postes d'internes ouverts chaque année », « une diversification des terrains de stage » et le développement de la téléexpertise. L'argument est resté le même. Entre-temps, la part de la dermatologie dans les postes ouverts est passée de 2,26 % en 2015 à 1,93 % en 2025 (Partie VI) : la hausse annoncée en 2015 n'a pas suivi celle des autres spécialités.

En 2026, les postes ont été portés à 129. C'est la plus forte hausse de toutes les spécialités, et elle répond aux alertes (Partie VI). Elle résulte toutefois d'un arrêté annuel : aucune trajectoire ne la garantit pour 2027, et les premiers internes de cette promotion n'exerceront pas avant 2030.

La profession a, dans le même temps, révisé sa propre estimation du besoin : au moins 125 internes par an en février 2025, au moins 150 en août 2026. La première estimation, exploratoire, tenait compte des capacités d'encadrement alors disponibles. La cible de 150 est indissociable des moyens d'encadrement demandés en Partie VI : elle doit être atteinte dès que ces capacités le permettent, et au plus tard en 2030, puis maintenue dix ans et réévaluée. Qu'une estimation professionnelle évolue en dix-huit mois montre ce qui fait défaut : une estimation publique et contradictoire du besoin, que les signataires demandent (Partie XIV, mandat, point 1).

Ce constat ne met en cause aucune personne. Il met en cause un mécanisme : rien n'oblige à vérifier, année après année, que la mesure annoncée produit l'effet annoncé.

I.3 — Un diagnostic posé par la profession dès 2018

En septembre 2018, le Livre Blanc de la Société Française de Dermatologie relevait déjà :

- que la formation des médecins de premier recours à la dermatologie était insuffisante ;
- que le nombre d'internes formés ne permettait pas de compenser les départs en retraite ;
- que « dans certains CHU, il n'y a même plus d'universitaire en Dermatologie » ;
- que le reste à charge pour les patients conduisait au renoncement aux soins.

Aucun de ces constats n'a reçu de traduction normative. Tous se retrouvent dans la présente Contribution, avec des indicateurs dégradés. Une profession qui formule les mêmes demandes à huit ans d'intervalle ne manque ni de diagnostic ni de capacité d'alerte : il lui manque un instrument capable de transformer un diagnostic partagé en obligation datée.

I.4 — Un déficit de véhicule normatif

Trois faits, tirés des pièces citées en annexe 2, expliquent pourquoi douze ans d'alertes n'ont pas produit de politique publique.

Les alertes ont reçu des réponses partielles ou inadaptées, jamais une décision à la hauteur des enjeux. Le Gouvernement a répondu en 2015, en janvier 2026, à deux reprises en février 2026 et en mai 2026. Aucune de ces réponses n'est un refus ; aucune n'engage une politique. La principale réponse, la hausse annoncée des postes d'internes, ne s'est pas traduite dans la durée : la part de la dermatologie dans les postes ouverts était plus faible en 2025 qu'en 2010.

La seule mesure touchant la dermatologie portée jusqu'au vote en dix ans a été écartée pour un véhicule mal choisi. Le Parlement avait adopté, dans le budget de la sécurité sociale pour 2026, un article soumettant la pratique de la médecine esthétique à une autorisation préalable. Le Conseil constitutionnel l'a censuré le 30 décembre 2025, cette disposition n'ayant pas sa place dans une loi de financement. Le Gouvernement a confirmé la censure devant le Sénat en mai 2026, puis a repris la mesure par décret le 9 juillet suivant. Cette séquence illustre les limites d'une action conduite par amendements budgétaires, puis par décrets et arrêtés : les enjeux de la spécialité appellent un travail législatif d'ensemble (Partie XIV).

Le calendrier international a pris de l'avance sur le calendrier national. L'Assemblée mondiale de la santé a fait des maladies de peau une priorité de santé publique le 27 mai 2025. Le Parlement européen leur a consacré une conférence en février 2026, puis, le 3 juin 2026, une séance de sa commission de la santé publique. Le plan d'action mondial de l'Organisation mondiale de la santé sera soumis à adoption en mai 2027 (Partie XI). La France n'a pas, à ce jour, engagé de traduction nationale.

Plusieurs décisions récentes concernent néanmoins directement la dermatologie :

- le décret du 9 juillet 2026 sur le droit d'exercice complémentaire, qui ouvre l'encadrement de l'activité à visée esthétique, et le projet de décret propre à cette activité transmis le 19 octobre 2026 ;
- le décret du 27 juillet 2026 modifiant le code de déontologie médicale, notamment pour l'intégration du numérique dans les pratiques médicales ;

- la revalorisation de la consultation de dépistage du mélanome et de la téléexpertise au 1er janvier 2026 ;
- la hausse des postes d'internes à la rentrée 2026.

Ces décisions vont dans le bon sens. Elles sont toutefois ponctuelles, réglementaires ou conventionnelles, et aucune ne s'inscrit dans une politique d'ensemble dotée d'objectifs, d'indicateurs et d'une clause de rendez-vous. Le même été, le Parlement adoptait pour les maladies cardio-neuro-vasculaires une loi qui organise précisément ces trois éléments (Partie XIV).

Le diagnostic, la volonté déclarée et le mandat international sont réunis. Il manque un véhicule normatif propre, et le Conseil constitutionnel a rappelé, le 30 décembre 2025, que le budget annuel de la sécurité sociale ne peut pas en tenir lieu.

I.5 — Un investissement au rendement documenté

Les mesures demandées relèvent de l'investissement, et leur rendement peut être documenté.

- L'évaluation du dispositif Mois sans tabac établit un retour de 7 euros économisés pour 1 euro investi, et de 14 pour 1 en intégrant les effets sur le marché du travail. En prévention du cancer cutané, les retours publiés vont de 0,35 dollar à 3,60 euros par unité investie : le rendement dépend du ciblage (Partie XIII).
- La dermatologie réunit les conditions d'un tel rendement : des pathologies fréquentes, un diagnostic posé dès la première consultation dans 80 % des cas, et un écart de coût considérable entre stade précoce et stade tardif.
- Un mélanome avancé représente jusqu'à 351 590 euros de dépenses par patient sur dix ans.
- Porter les postes d'internes à 150 coûte 1,8 à 2,9 millions d'euros par an, et l'encadrement universitaire nécessaire 5,6 à 5,8 millions en régime permanent (Partie XIII).

I.6 — La décision attendue le 19 novembre

> **Une mission de préfiguration**, interministérielle, installée dans les trois mois suivant le colloque, dotée d'un mandat écrit en neuf points et d'un calendrier de douze à dix-huit mois. Les patients y siègent de droit.
>
> **Une loi-cadre relative à la santé de la peau**, portée par une proposition de loi puis par un projet de loi. Elle fixe une stratégie nationale, une trajectoire de formation, des obligations de mesure et une clause de rendez-vous devant le Parlement.

La mission est le moyen, la loi est l'objectif : la mission prépare la loi, elle ne s'y substitue pas. Le colloque du 19 novembre 2026 doit produire une décision, et non une réponse de plus : l'installation de la mission dans les trois mois, et l'ouverture du chantier législatif à son issue (Partie XIV).

PARTIE II

La peau, organe sentinelle : champ et poids de la dermatologie

L'essentiel

- Seize millions de Français déclaraient être atteints d'une maladie de peau en 2016, et aucune mesure publique n'a suivi.
- Les cancers de la peau représentent environ 30 % des nouveaux cancers invasifs diagnostiqués en France, et deux dermatoses inflammatoires représentent à elles seules une charge de 13,8 milliards d'euros par an.
- La dermatologie est aussi une spécialité d'interface : 30 à 50 % des patients traités par immunothérapie anticancéreuse présentent un effet indésirable cutané, et l'expertise dermatologique couvre les effets cutanés de l'ensemble des traitements anticancéreux.
- Les signataires demandent que la dermatologie soit identifiée dans les données de l'Assurance maladie, que la prévalence des maladies de peau soit de nouveau mesurée par la puissance publique, et que la loi-cadre reconnaisse la fonction d'interface de la spécialité.

II.1 — L'étendue du champ de la spécialité

La dermatologie-vénéréologie est l'une des spécialités médicales les plus larges. Son champ va de l'acné de l'adolescent au mélanome métastatique, du vitiligo aux maladies bulleuses auto-immunes. La onzième révision de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, adoptée en 2019, définit **plus de deux mille entités dermatologiques distinctes** ; Orphanet répertorie en outre plus de quatre cents maladies dermatologiques rares.

Les maladies inflammatoires chroniques en constituent le cœur quantitatif : dermatite atopique, psoriasis, maladie de Verneuil, vitiligo, acné, rosacée. Chroniques, récidivantes et souvent visibles, elles évoluent sur des décennies. Les biothérapies et les inhibiteurs de JAK

ont transformé le pronostic des formes sévères ou à fort retentissement sur la qualité de vie ; ils supposent une prescription et un suivi spécialisés, si bien que leur bénéfice dépend de l'accès à un dermatologue.

La cancérologie cutanée — carcinomes, mélanomes, lymphomes cutanés — en est la dimension la plus critique. La peau est le site du cancer le plus fréquent en France. Le dermatologue en est le point d'entrée diagnostique, et le délai d'accès détermine directement le stade du cancer au diagnostic. Il en organise et en assure aussi le traitement et le suivi.

La chirurgie dermatologique et la dermatologie réparatrice en sont le prolongement : exérèse des tumeurs cutanées, reconstruction par lambeau ou greffe, chirurgie de l'ongle et des muqueuses, prise en charge des cicatrices et des séquelles. La très grande majorité des dermatologues pratiquent eux-mêmes la chirurgie des lésions qu'ils diagnostiquent (II.8).

La dermatologie interventionnelle et instrumentale mobilise un plateau technique propre à la spécialité : lasers vasculaires, pigmentaires, ablatifs et fractionnés, photothérapie et photothérapie dynamique, cryothérapie. L'imagerie cutanée — dermoscopie, cartographie corporelle totale, échographie cutanée, microscopie confocale, tomographie par cohérence optique à confocalité linéaire (LC-OCT) — affine le diagnostic et le suivi des patients à haut risque (II.8 et Partie VIII).

La dermatologie correctrice, esthétique et réparatrice traite les séquelles et les altérations visibles de la peau — cicatrices, séquelles d'acné, troubles pigmentaires, vieillissement cutané —, avec les techniques de la dermatologie interventionnelle et instrumentale ; ses enjeux de sécurité et d'organisation sont présentés en Partie IX.

La dermatologie vasculaire couvre les angiomes et les malformations vasculaires, les manifestations cutanées des maladies vasculaires et les ulcères d'origine veineuse ou artérielle, dont le diagnostic et le traitement mobilisent l'examen clinique, l'échographie et les lasers vasculaires.

Les plaies chroniques — ulcères de jambe, plaies du pied diabétique, escarres — relèvent d'une prise en charge pluriprofessionnelle, dans laquelle le dermatologue intervient pour le diagnostic de la cause, l'orientation, le traitement et le suivi, en lien avec les infirmiers et le médecin traitant (Partie VII).

Les maladies rares — épidermolyses bulleuses héréditaires, ichtyoses congénitales, pemphigus et pemphigoïdes, xeroderma pigmentosum — relèvent de centres de référence et de compétence organisés par les plans nationaux maladies rares depuis 2005. Leur fonctionnement dépend du vivier de spécialistes formés.

La vénéréologie, intégrée à la spécialité en France, couvre les infections sexuellement transmissibles (IST), dans un contexte de résurgence documentée de la syphilis. De nouvelles infections transmises par contact cutané lors des rapports sexuels sont apparues en France depuis 2021, et pourraient poser à l'avenir des problèmes de santé publique (II.7).

Les dermatoses professionnelles se situent au croisement de la dermatologie, de la médecine du travail et du droit social. Elles sont largement sous-déclarées.

Les maladies systémiques à expression cutanée — lupus, dermatomyosite, vascularites, sclérodermie, sarcoïdose — sont souvent repérées d'abord par le dermatologue, et certaines d'entre elles sont prises en charge en dermatologie.

II.2 — Seize millions de personnes en 2016, aucune mesure publique depuis

La seule mesure française de la prévalence des maladies de peau date de dix ans, et elle a été financée par la profession. L'étude *Objectifs Peau*, conduite par la Société Française de Dermatologie, a interrogé **20 012 personnes de quinze ans et plus**, représentatives de la population française selon la méthode des quotas, du 21 septembre au 3 novembre 2016. Elle établit que **seize millions de Français déclarent être atteints d'une maladie de peau** : 33 % des femmes et 28 % des hommes.

Trois précautions accompagnent ce chiffre :

- c'est une **donnée déclarative**, qui mesure ce que les personnes interrogées disent d'elles-mêmes, et non un diagnostic posé ;
- elle **date de 2016**, et aucune actualisation n'a été conduite depuis ;
- elle **ne mesure pas un besoin de consultations spécialisées** : une part importante de ces seize millions relève de la médecine générale, de la pharmacie d'officine ou d'aucun recours. Ce nombre n'est donc jamais rapporté, dans la présente Contribution, à l'effectif des dermatologues.

Tableau 1 — Cinq dermatoses inflammatoires chroniques de l'adulte : prévalence mesurée en Europe et ordre de grandeur pour la France

Affection	Prévalence chez l'adulte	Population étudiée	Ordre de grandeur pour la France
Dermatite atopique	4,4 %	Union européenne (enquête dans huit pays, dont la France)	environ 2,3 millions d'adultes
Psoriasis	1,92 %	Europe de l'Ouest (revue systématique et modélisation)	environ 1 million d'adultes, selon l'estimation propre à la France de la même étude
Pelade	0,58 %	Royaume-Uni (dossiers de soins primaires, 4,16 millions de personnes)	environ 300 000 adultes
Vitiligo	0,73 %	France (diagnostic posé par un clinicien, déclaré par les personnes interrogées)	environ 375 000 adultes
Hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)	0,99 %	23 pays (diagnostic confirmé par examen clinique)	environ 510 000 adultes (entre 340 000 et 750 000)

Ordres de grandeur obtenus en appliquant la prévalence publiée aux 51,3 millions de personnes de vingt ans et plus résidant en France métropolitaine au 1er janvier 2025 ; seule la prévalence du vitiligo a été mesurée en France. Ces estimations ne sont pas des mesures : les études reposent sur des méthodes différentes (enquête déclarative, dossiers médicaux, examen clinique), et les estimations de la pelade varient fortement selon les sources. Elles montrent toutefois que l'enquête Objectifs Peau *de 2016 sous-estimait vraisemblablement la fréquence du vitiligo et, surtout, de l'hidradénite suppurée, maladie souvent méconnue des patients eux-mêmes. Seule une mesure nationale, que les signataires demandent (proposition 2 de la présente partie), permettrait de disposer de chiffres français.*

Tableau 2 — Les onze affections les plus fréquemment déclarées, en nombre de personnes (*Objectifs Peau*, 2016)

Affection	Personnes concernées	Affection	Personnes concernées
Acné	3,3 millions	Maladies des ongles	2,1 millions
Dermatite atopique	2,5 millions	Verrues	1,7 million
Psoriasis	2,4 millions	Eczéma de contact	1,3 million
Maladies du cuir chevelu	2,3 millions	Herpès	1,2 million
Mycoses	2,2 millions	Allergies solaires	1,19 million
Grains de beauté suspects	1,1 million		

Ces valeurs ne s'additionnent pas *: une même personne déclare fréquemment plusieurs affections.*

Une mesure publique et périodique de la prévalence des maladies de peau est la première condition de toute politique en la matière. Elle est peu coûteuse, et aucune autre demande de la présente Contribution ne peut être évaluée sans elle.

II.3 — Une spécialité efficiente : diagnostic rapide, recherche reconnue

La dermatologie est une spécialité visuelle, et elle diagnostique vite. L'étude *Objectifs Peau* établit que **le diagnostic est posé dès la première consultation dans 80 % des cas**. Peu de disciplines médicales offrent un rendement diagnostique comparable par unité de temps médical. Ce rendement fonde l'argument économique de la Partie XIII : une consultation dermatologique qui n'a pas lieu ne constitue pas une économie, mais un diagnostic différé.

Elle a transformé le pronostic de nombreuses maladies en dix ans. Les biothérapies ont changé le cours des formes modérées à sévères de psoriasis et de dermatite atopique, et l'immunothérapie a nettement amélioré la survie du mélanome avancé. Ces progrès ont un coût ; ils supposent aussi un spécialiste pour les prescrire et en assurer le suivi.

Elle produit de la recherche. En 2018, la Société Française de Dermatologie établissait que la France se situait au quatrième rang mondial pour les publications en dermatologie, que le pays comptait 98 laboratoires de recherche cutanée, et qu'elle-même consacrait environ 80 % de son budget à la recherche. Depuis 2017, elle a soutenu **266 projets de recherche pour 7,6 millions d'euros** ; en 2024, avec son fonds de dotation, elle a distribué près de deux millions d'euros à la recherche et à la formation à la recherche. Elle finance la formation à la recherche clinique et fondamentale des jeunes dermatologues : masters 2 de recherche, doctorats de sciences et contrats post-doctoraux.

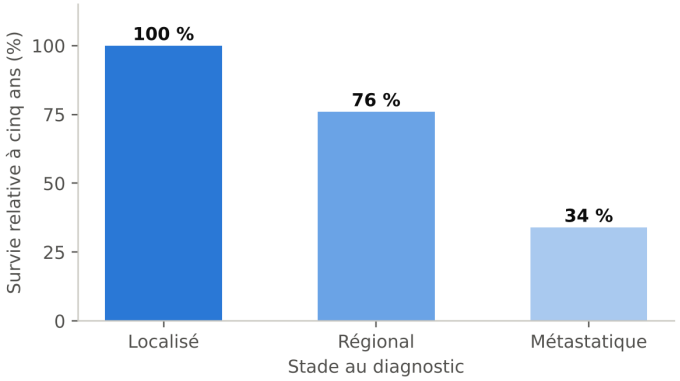
Elle perd toutefois du terrain dans la recherche clinique. La SFD relevait en 2018, toutes spécialités confondues, que « 68 % des essais cliniques mis en œuvre sont aujourd'hui effectués à l'étranger », et que la France était passée de la première à la sixième place européenne pour les essais cliniques industriels en dix ans. Ces données datent de 2018 ; leur actualisation fait partie des demandes, et rien n'indique que la tendance se soit inversée.

II.4 — Les cancers cutanés : le premier cancer de France

Les cancers de la peau représentent environ **30 % de tous les nouveaux cancers invasifs** diagnostiqués chaque année en France, soit entre 141 200 et 243 500 cas, dont 127 200 à 226 500 carcinomes.

L'amplitude de cette fourchette s'explique : les carcinomes cutanés, majoritaires, ne font pas l'objet d'un registre national exhaustif, et leur incidence est extrapolée à partir de registres locaux. Le cancer le plus fréquent du pays est ainsi celui que l'on dénombre le moins bien.

Le **mélanome** représente une part minoritaire des cas mais l'essentiel de la mortalité : **17 922 nouveaux cas en 2023** et 1 975 décès en 2018. Entre 1990 et 2023, le nombre de nouveaux cas annuels a été multiplié par 5,4 chez les hommes et par 3,4 chez les femmes. Maladie potentiellement mortelle, le mélanome a un pronostic qui dépend du stade au diagnostic.



Source : registre américain SEER, diagnostics 2016-2022. Aucune donnée nationale équivalente n'est publiée en France.

Figure 2. Survie relative à cinq ans du mélanome selon le stade au diagnostic : 100 % au stade localisé, 76 % au stade régional, 34 % au stade métastatique. *Données du registre américain SEER, diagnostics posés entre 2016 et 2022, seule source publiant la survie par stade avec ce niveau de détail ; aucune donnée nationale équivalente n'est publiée en France.*

Aucune étude française n'établit que la progression d'un stade à l'autre pendant l'attente d'un rendez-vous serait directement causée par l'organisation des soins, et la présente Contribution ne l'affirme pas. Trois liens sont en revanche établis : le pronostic dépend du stade, le stade dépend de la précocité du diagnostic, et le diagnostic dépend de l'accès à un dermatologue.

II.5 — Une charge économique en majorité extérieure aux dépenses de soins

Une étude réalisée par le cabinet Asterès pour l'Alliance franco-danoise, publiée en février 2026, évalue la charge annuelle de la **dermatite atopique à 6,2 milliards d'euros**, dont 3,7 milliards de coûts socio-économiques, et celle de l'**eczéma chronique des mains à 7,6 milliards**, soit **13,8 milliards d'euros pour ces deux seules dermatoses**. Le coût annuel moyen s'établit à 6 870 euros par patient atteint de dermatite atopique et à 4 580 euros par patient atteint d'eczéma chronique des mains. Cette étude a été commandée par un acteur privé dans un cadre de plaidoyer ; elle porte sur sept pathologies chroniques, dont cinq ne sont pas dermatologiques, et ne couvre pas le psoriasis. Ses résultats ne sont agrégés ici avec aucune autre source.

Trois enseignements en découlent.

La charge de ces maladies dépasse largement le coût des soins. Pour la dermatite atopique, les coûts socio-économiques — absentéisme, perte de productivité, arrêts de travail — représentent près de 60 % du total. Les statistiques de remboursement n'en donnent qu'une vision partielle, ce qui explique en partie la faible visibilité de ces maladies dans les arbitrages budgétaires.

Cette charge est mesurée en population générale, et elle est élevée. L'étude *Objectifs Peau* établit que 39,2 % des personnes atteintes d'une maladie de peau sont gênées par elle dans leur vie professionnelle, que 45,2 % le sont dans leur vie personnelle, et qu'un arrêt de travail est prescrit dans près d'un cas de dermatose sur cinq. Ces valeurs, déclaratives et datées de 2016, ne sont pas converties en euros, faute d'évaluation française qui le permette. Une telle évaluation donnerait la mesure du poids réel des maladies de peau et permettrait de cibler les décisions les plus urgentes.

Le reste à charge est documenté et élevé. Il tient à des produits indispensables et insuffisamment remboursés : émollients, pansements, photoprotection. Une enquête de l'association France Psoriasis conduite auprès de 2 563 patients évalue à **531 euros par an** le reste à charge lié à la maladie, soit plus de deux fois le reste à charge moyen national, établi à 223 euros par le ministère chargé de la santé en 2017. Il s'agit d'une enquête déclarative associative, et les deux termes de la comparaison ne sont pas contemporains.

II.6 — La dermatologie absente de la statistique publique

Les cancers de la peau représentent environ 30 % des nouveaux cancers invasifs, mais ils n'apparaissent pas dans les données publiques de dépenses. La cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance maladie isole quatre cancers — sein, prostate, côlon-rectum, poumon — et regroupe tous les autres. Il n'existe pas davantage d'évaluation publiée du coût national du psoriasis, ni de mesure publique et actualisée du nombre de personnes vivant avec une maladie de peau.

Ce défaut de mesure pèse sur la décision : une pathologie absente des données de dépenses l'est aussi des arbitrages fondés sur ces données. Il en va de même des maladies professionnelles : les cancers cutanés liés à l'exposition professionnelle aux ultraviolets ne figurent à aucun tableau, alors que l'expertise de l'Anses d'octobre 2026 en établit le fondement scientifique (Partie V). Tant que la dermatologie n'y est pas identifiée, aucune politique ne peut être chiffrée avant d'être engagée, ni évaluée après.

II.7 — La peau, organe sentinelle pour les autres disciplines

La dermatologie est une spécialité d'organe, mais aussi une spécialité d'interface avec les autres disciplines. Réduire l'accès au dermatologue dégrade la prise en charge des maladies de peau ; cela prive aussi l'ensemble du système de soins d'un point de repérage.

Interface oncologique. Le dermatologue est le point d'entrée du dépistage et du diagnostic des cancers cutanés. Il contribue aussi, de façon moins connue, à la sécurité des traitements anticancéreux : **30 à 50 % des patients traités par inhibiteurs de points de contrôle immunitaire présentent un effet indésirable cutané**. Cette expertise dépasse largement les immunothérapies : elle couvre les effets indésirables cutanés des traitements anticancé-

reux au sens large, y compris ceux de molécules nouvelles comme l'amivantamab, qui arrive dans le traitement du cancer du poumon. La majorité de ces réactions sont légères et n'imposent pas l'arrêt du traitement, à condition qu'un dermatologue soit disponible pour poser ce constat et organiser la prise en charge. Dans les formes sévères, l'accès rapide à un avis dermatologique conditionne la poursuite ou la reprise du traitement anticancéreux.

Interface cardio-métabolique. Le psoriasis est une maladie inflammatoire systémique, et non une pathologie cutanée isolée. Une méta-analyse de quinze cohortes rétrospectives (Tang et Chen, *An Bras Dermatol*, 2022) établit un excès de risque cardiovasculaire (risque relatif 1,20) et cérébrovasculaire (1,56) chez les patients psoriasiques ; les auteurs soulignent une hétérogénéité élevée entre les études incluses, et l'excès de risque se concentre sur les formes modérées à sévères. Rapporté à la prévalence française du psoriasis, 4,42 % des personnes de quinze ans et plus, ce repérage concerne plusieurs millions de personnes.

Interface psychique. Plus d'une personne sur deux atteinte d'une maladie de peau déclare de l'anxiété ou de la dépression, contre moins d'une sur trois dans le reste de la population, et les troubles du sommeil concernent 30 à 50 % des personnes atteintes d'acné, de rosacée, d'eczéma, de psoriasis ou d'urticaire (Partie IV). Cette interface est la moins organisée : aucun parcours ne prévoit de recours psychologique adossé à la prise en charge dermatologique, alors que la commission de la santé publique du Parlement européen a demandé, le 3 juin 2026, l'intégration du soutien en santé mentale aux parcours dermatologiques.

Interface infectiologique. La vénéréologie est intégrée à la spécialité en France. Face à la résurgence de la syphilis et à la persistance des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes adultes, la disponibilité de dermatologues-vénéréologues conditionne la capacité de réponse du système de santé. D'autres infections de la peau engagent le pronostic vital, comme la fasciite nécrosante, ou se transmettent à l'échelle d'une collectivité, comme la gale, l'impétigo ou le mpox ; les infections tropicales à expression cutanée relèvent du même recours, notamment dans les territoires ultramarins et au retour de voyage.

La dermatologie joue aussi un rôle de vigie épidémiologique. Plusieurs infections émergentes à point de départ cutané ont été identifiées récemment en France :

- *Trichophyton indotineae*, dermatophyte résistant à la terbinafine, décrit en 2022 puis transmis par voie sexuelle en Europe ;
- *Trichophyton mentagrophytes* de génotype VII, avec 32 cas à Paris en un an ;
- neuf infections cutanées à *Dermatophilus congolensis*, bactérie d'origine animale, transmises entre personnes à Lyon et à Paris en 2025-2026.

Ces chiffres sont ceux des cas publiés : le nombre réel de cas est probablement bien supérieur. Avec la résistance croissante aux anti-infectieux, ces émergences supposent que les lésions soient examinées et prélevées tôt, puis signalées aux autorités sanitaires, en lien avec Santé publique France chaque fois que nécessaire.

Sécurité du médicament. Les réactions cutanées comptent parmi les effets indésirables médicamenteux les plus fréquents. Les affections de la peau ont constitué la première classe d'organes notifiée au système national de pharmacovigilance entre 1986 et 2001, avec 29 % des notifications, et les toxidermies s'observent chez 1 à 3 % des utilisateurs de nombreux médicaments d'usage courant, plus de 90 % d'entre elles étant bénignes. Leurs formes sévères — syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique, syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse — figurent parmi les urgences dermatologiques qui engagent le

pronostic vital. Dans la majorité des cas, le dermatologue est le premier clinicien à les identifier, à les déclarer en pharmacovigilance et à orienter la conduite à tenir sur le médicament en cause. Faute de travaux convergents sur leur incidence et leur mortalité, aucune donnée n'est publiée ici sur ces réactions ; le choix de la référence qui fait autorité relève du champ clinique.

II.8 — Diagnostiquer, opérer, suivre : une spécialité instrumentale

La dermatologie est souvent décrite comme une spécialité d'examen clinique. Elle est aussi une spécialité instrumentale, ce qui lui permet d'assurer elle-même, pour la plupart des cancers cutanés, l'ensemble du parcours du patient : le diagnostic, le traitement chirurgical et le suivi.

Diagnostiquer. L'examen à l'œil nu est complété par la dermoscopie et par des techniques d'imagerie cutanée dont l'usage se développe : la cartographie corporelle totale, qui permet le suivi photographique des patients à haut risque de mélanome ; l'échographie cutanée ; la microscopie confocale et la tomographie par cohérence optique à confocalité linéaire (LC-OCT), qui donnent une image de la peau à l'échelle cellulaire sans biopsie. Ces outils servent à mieux sélectionner les lésions à retirer.

Opérer. Selon l'enquête nationale de pratiques conduite par la Société Française de Dermatologie et la FFFCEDV auprès de leurs membres entre décembre 2025 et janvier 2026, **91,4 % des 489 dermatologues répondants pratiquent la chirurgie**. Ceux qui opèrent déclarent retirer en moyenne 160 carcinomes et 19 mélanomes par an, et 88,6 % d'entre eux participent aux réunions de concertation pluridisciplinaire. La dermatologie chirurgicale représente 17 % du temps d'exercice des répondants. *Il s'agit d'une enquête déclarative auprès des membres de deux sociétés de la spécialité : 489 dermatologues ont répondu, soit environ un sur huit des 3 720 dermatologues en activité.*

Suivre. Le patient opéré d'un mélanome ou d'un carcinome entre dans une surveillance de plusieurs années, parfois à vie, qui associe l'examen clinique, la dermoscopie et, pour les patients à haut risque, la cartographie corporelle.

La maquette du diplôme d'études spécialisées, fixée par arrêté et publiée au *Journal officiel*, énumère nommément la dermoscopie, la cryothérapie, la photothérapie et la photothérapie dynamique, les tests allergologiques, les lasers vasculaires, ablatifs, pigmentaires et fractionnés, la chirurgie dermatologique — exérèses, réparations par lambeau ou greffe, chirurgie unguéale et des muqueuses —, ainsi que les actes de dermatologie correctrice et esthétique.

Cette continuité entre diagnostic, chirurgie et suivi explique pourquoi la spécialité ne se délègue pas entièrement, et pourquoi les dispositifs de gradation et les outils numériques étudiés aux Parties VII et VIII supposent tous un dermatologue en aval : une téléexpertise qui identifie une lésion suspecte ne la retire pas.

▶ Propositions

MESURER

1. **Identifier la dermatologie dans le rapport annuel sur les charges et produits de l'Assurance maladie**, et y isoler le coût des cancers cutanés.
2. **Confier à Santé publique France une mesure actualisée et périodique de la prévalence des maladies de peau** en France.
3. **Produire une évaluation française du coût du mélanome par stade et du coût du psoriasis**, à partir des données de l'Assurance maladie.
4. **Documenter la survie du mélanome par stade sur données françaises**, plutôt que de recourir à un registre étranger.
5. **Actualiser les indicateurs de la recherche dermatologique française** : rang de publication, laboratoires, part des essais cliniques industriels et académiques conduits en France.

RECONNAÎTRE

6. **Reconnaître dans la loi-cadre la fonction d'interface de la dermatologie** dans l'organisation des parcours — oncologie, cardio-métabolisme, santé mentale, infectiologie, pharmacovigilance —, et non seulement la spécialité dans son périmètre propre.

PARTIE III

Une offre de soins en recul continu depuis 2010

L'essentiel

- La densité moyenne départementale de dermatologues a reculé de 28,7 % entre 2010 et 2026.
- La France compte 2 859 dermatologues en activité régulière, 17,4 % de moins qu'en 2016, et la spécialité enregistre la plus forte baisse d'effectifs de toutes les spécialités médicales au répertoire partagé.
- L'offre repose de plus en plus sur des praticiens âgés : 17,7 % des dermatologues libéraux exercent en cumul emploi-retraite, contre 11,8 % toutes spécialités confondues.
- La hausse des postes d'internes obtenue en 2026 ne compensera pas, à elle seule, les départs.
- Les signataires demandent 150 postes par an dès que les capacités d'encadrement le permettent, et au plus tard en 2030, ainsi qu'une estimation publique et contradictoire du besoin en dermatologues.

III.1 — Une densité en recul de 28,7 % depuis 2010

Entre 2010 et 2026, la densité moyenne départementale de dermatologues en activité régulière est passée de **4,59 à 3,27 pour 100 000 habitants** en France entière, et de 4,64 à 3,25 en France métropolitaine, soit un recul de **28,7 %** et de 30,0 % en seize ans.

Ces valeurs sont calculées à partir du tableau des densités départementales publié par l'Atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins. L'Ordre ne publie pas la variation ; elle se déduit de ses données et peut être vérifiée ligne à ligne. La moyenne n'est pas pondérée : elle donne le même poids à chaque département, ce qui en fait l'indicateur le plus pertinent pour mesurer le maillage territorial.

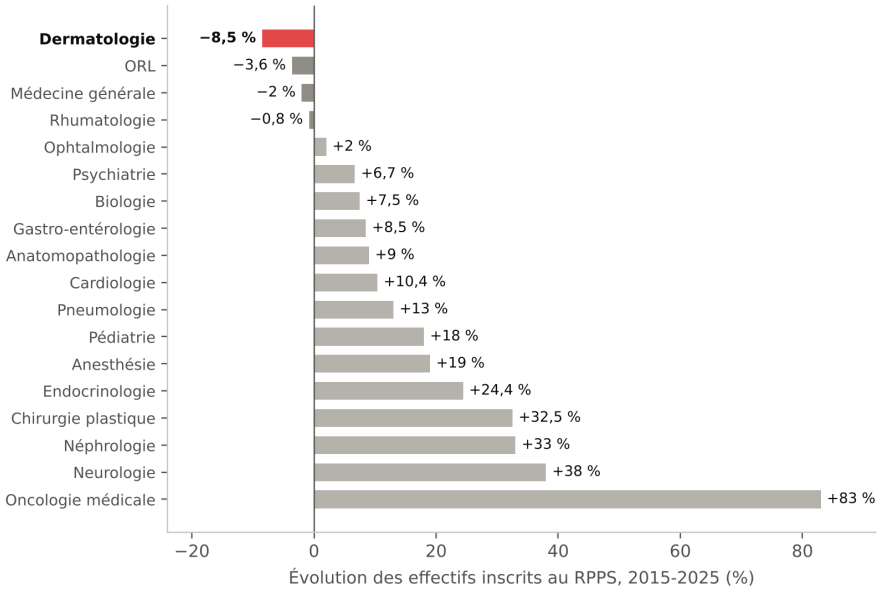
III.2 — La plus forte baisse d'effectifs de toutes les spécialités

La présente Contribution retient les effectifs de l'Atlas de la démographie médicale au 1er janvier 2026 : **2 859 dermatologues en activité régulière**. Cette convention, qui exclut les remplaçants et les retraités poursuivant une activité, est utilisée dans l'ensemble du document. Rapporté à la population française, cet effectif correspond à 4,14 dermatologues pour 100 000 habitants ; l'Atlas publie pour sa part une densité moyenne départementale de 3,27. Les deux valeurs sont exactes et ne mesurent pas la même grandeur : la seconde rend mieux compte de la faiblesse du maillage.

Sur dix ans, l'effectif en activité régulière recule de **17,4 %**, de 3 463 en 2016 à 2 859 en 2026, selon les valeurs de l'Atlas. D'après l'extraction détaillée du groupe démographie, la part des actifs réguliers dans l'ensemble des dermatologues en exercice est passée de 86,7 % à 76,6 % : l'effectif total ne se maintient en apparence que parce que des praticiens retraités poursuivent leur activité.

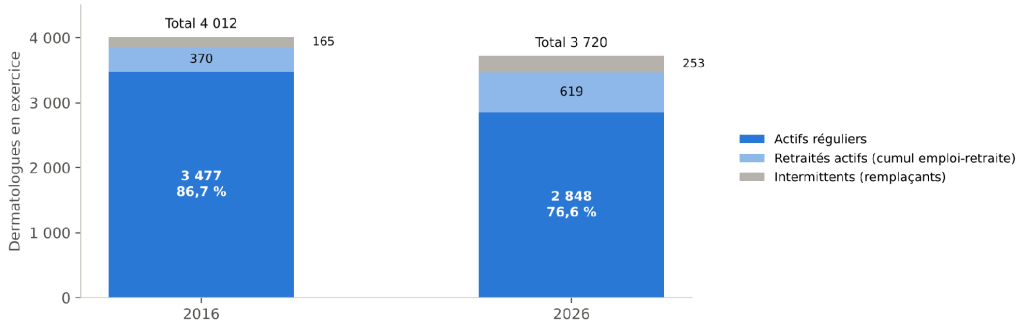
Le recul n'est pas commun à l'ensemble de la profession : les dermatologues représentaient 1,87 % des médecins en activité régulière inscrits à l'Ordre en 2010, et 1,39 % en 2026 (2 859 sur 205 214). Au répertoire partagé, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques dénombre 4 086 dermatologues en activité au 1er janvier 2012 et 3 698 au 1er janvier 2026, soit une baisse de 9,5 %, quand le nombre de médecins augmentait de 12,2 % sur la même période.

La comparaison entre spécialités est le fait démographique le plus significatif du dossier.



Source : répertoire partagé des professionnels de santé, effectifs 2015 et 2025, repris par le groupe démographie CNOM / CNP-DV (Focus régionaux 2026).
Le répertoire n'a pas la même convention de comptage que l'Atlas : ces valeurs comparent des évolutions, non des niveaux.

Figure 3. Évolution des effectifs enregistrés au répertoire partagé des professionnels de santé, 2015-2025. Entre ces deux dates, les effectifs de dermatologues reculent de **8,5 %**, la plus forte baisse de toutes les spécialités médicales, quand la chirurgie plastique progresse de 32,5 % et l'oncologie médicale de 83 %. Quatre spécialités seulement reculent sur la période. *Le répertoire n'a pas la même convention de comptage que l'Atlas : ces valeurs comparent des évolutions, non des niveaux.*



Source : Conseil national de l'Ordre des médecins, extraction du groupe démographie de la spécialité (1er janvier 2016 et 2026).

Figure 3 bis. Dermatologues en exercice selon le statut d'activité, 2016 et 2026. L'effectif total recule moins que celui des actifs réguliers parce que les praticiens retraités poursuivant une activité sont passés de 370 à 619. *Extraction détaillée du groupe démographie : les actifs réguliers y sont 2 848 en 2026, contre 2 859 dans l'Atlas (note de méthode, III.8).*

III.3 — Une formation qui ne compense pas les départs

Le nombre de postes ouverts au diplôme d'études spécialisées est resté sans rapport avec l'ampleur des départs. Hors contrats d'engagement de service public, il est passé de **110 en 2023 à 91 en 2024**, année de transition de la réforme du deuxième cycle, puis à **102 en 2025**. Ce niveau ne traduit pas un défaut d'attractivité, la spécialité figurant parmi les plus demandées par les étudiants : il résulte d'un arbitrage de répartition.

À la suite d'une mobilisation conjointe des professionnels, des associations de patients et de parlementaires, le nombre de postes a été porté à **129 pour l'année universitaire 2026-2027**, soit la plus forte hausse de toutes les spécialités (Partie VI). C'est la première réponse publique à la pénurie. Elle restera insuffisante si elle demeure ponctuelle : ses premiers diplômés n'exerceront pas avant 2030.

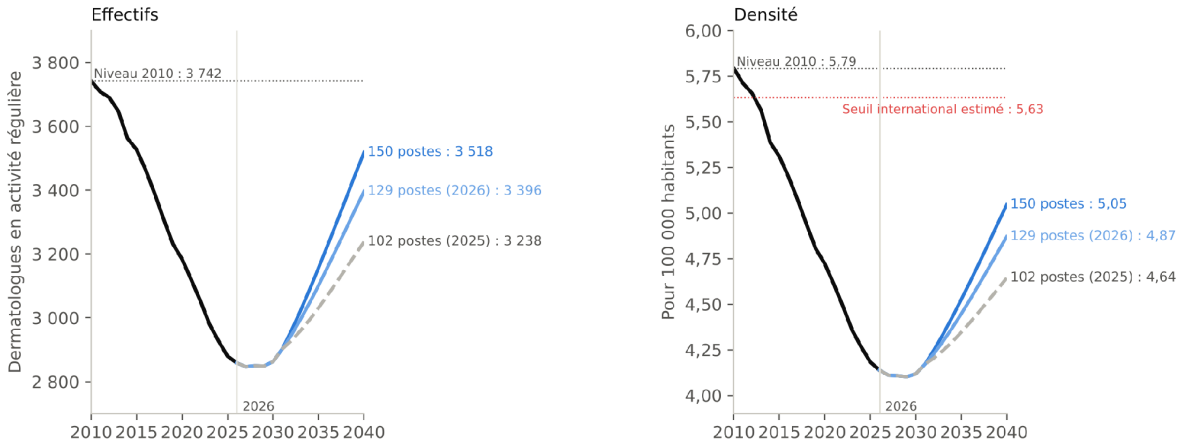
Projections à l'horizon 2040

À la demande du groupe démographie de la spécialité, Marian Hristache, maître de conférences à l'École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (ENSAI), a construit un modèle de projection des dermatologues en activité régulière à partir des données de l'Ordre des médecins (annexe 3). Le modèle part des 2 859 praticiens de 2026, estime les sorties par âge et fait entrer les internes formés avec un décalage de cinq ans. Les trois scénarios centraux donnent, pour 2040 :

- à 102 postes par an, niveau de 2025 : 3 238 dermatologues, soit 4,64 pour 100 000 habitants ;
- à 129 postes par an, niveau de 2026 : 3 396 dermatologues, soit 4,87 pour 100 000 habitants ;
- à 150 postes par an : 3 518 dermatologues, soit 5,05 pour 100 000 habitants.

En 2010, la France comptait 3 742 dermatologues en activité régulière, soit 5,79 pour 100 000 habitants. Aucun des trois scénarios ne retrouve ce niveau en 2040, ni n'atteint le seuil de 5,63 estimé par une enquête internationale (III.7). La densité ne dit pas tout : en 2040, la France compterait 49 personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans, contre 40 en 2026, et la hausse du nombre de personnes âgées serait portée pour l'essentiel par les 80 ans ou plus ; les 75 ans ou plus représenteraient 14,8 % de la population en 2040 (scénario central). Jusqu'en 2031, les trois trajectoires sont confondues : aucune hausse du nombre de postes ne modifie l'offre avant cette date.

Ces résultats sont des simulations, non des prévisions. La remontée de l'effectif après 2030 repose pour une large part sur un flux de calibration d'environ soixante praticiens de trente-cinq ans et plus par an, estimé à partir des transitions 2023-2026 et correspondant aux écarts non expliqués par le vieillissement et les sorties, supposé constant : s'il diminuait, l'effectif projeté serait plus faible. Les hypothèses, dont les apports de diplômés de l'Union européenne et hors Union européenne, et les variantes figurent en annexe 3.

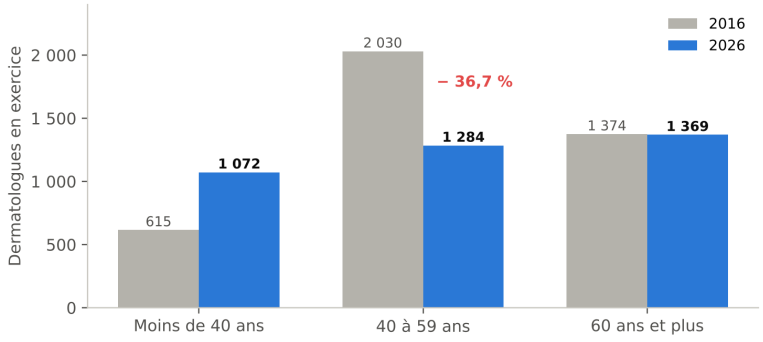


Sources : Atlas CNOM 2010-2026 (série observée) ; projections (M. Hristache) pour le groupe démographie, 7 diplômés UE et 4,5 hors UE par an ; Insee (estimations et projection centrale de population) ; seuil : Freeman et al., JAMA Dermatology, 2026.

Figure 3 ter. Effectifs et densité de dermatologues en activité régulière, observés de 2010 à 2026 et projetés jusqu'en 2040 selon le nombre de postes ouverts chaque année. La densité est rapportée à la population française (estimations et projection centrale de l'Insee) ; elle ne se compare pas à la densité moyenne départementale de III.1.

III.4 — Une offre qui repose sur des praticiens âgés

36,8 % des dermatologues en activité ont soixante ans et plus (1 369 sur 3 720, Conseil national de l'Ordre des médecins, 1er janvier 2026), et environ un sur quatre a soixante-cinq ans et plus (répertoire partagé des professionnels de santé, 2026). La tranche des quarante à cinquante-neuf ans, qui assure l'essentiel de l'activité, de la maîtrise de stage et de la permanence des soins, a reculé de **36,7 %** en dix ans (ensemble des praticiens en exercice, remplaçants et cumul emploi-retraite compris). Parmi les praticiens de soixante ans et plus encore en exercice, plus d'un sur deux n'est plus en activité régulière : il exerce en cumul emploi-retraite ou comme remplaçant. Ils étaient 30,4 % dans ce cas en 2016.



Source : Conseil national de l'Ordre des médecins, extraction du groupe démographie ; ensemble des praticiens en exercice, remplaçants et cumul emploi-retraite compris.

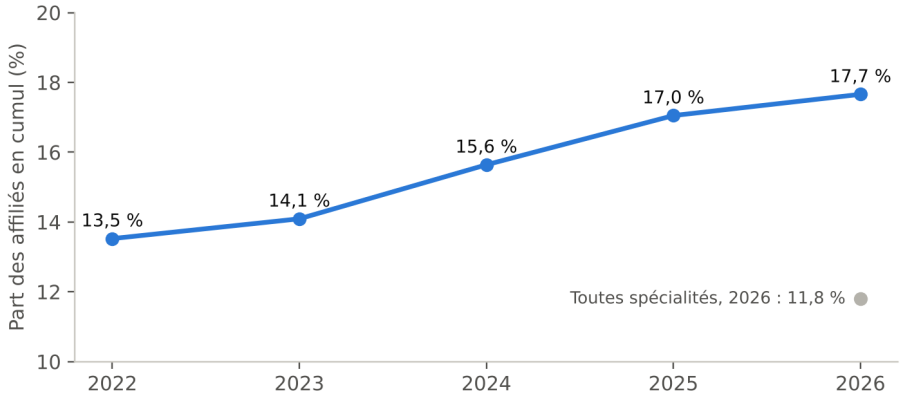
Figure 3 quater. Dermatologues en exercice par tranche d'âge, 2016 et 2026. La tranche des quarante à cinquante-neuf ans, qui porte l'essentiel de l'activité et de l'encadrement, a perdu plus d'un tiers de ses effectifs.

Tableau 3 — Part des dermatologues de soixante ans et plus selon la population observée

Population	Part des 60 ans et plus	Source
Cabinets libéraux (cabinet principal)	41,8 %	Système national des données de santé, 30 septembre 2026
Ensemble des dermatologues en exercice, cumul emploi-retraite et remplaçants compris	36,8 %	Ordre des médecins, 1er janvier 2026
Dermatologues en activité régulière	23,3 %	Ordre des médecins, 1er janvier 2026 (extraction du groupe démographie)

Les trois valeurs sont exactes et ne se contredisent pas : plus la population retenue inclut les praticiens en cumul emploi-retraite, plus la part des soixante ans et plus est élevée. L'écart entre la deuxième et la troisième ligne mesure ce que l'offre doit aux praticiens retraités.

Un dermatologue libéral sur six poursuit son activité après avoir liquidé sa retraite. Au 1er janvier 2026, **17,7 %** des dermatologues affiliés à la Caisse autonome de retraite des médecins de France sont en cumul emploi-retraite, contre 11,8 % pour l'ensemble des spécialités, soit une fois et demie la moyenne. Cette part était de 13,5 % en 2022, et l'âge moyen de ces praticiens est de 72,75 ans. Rapportée à l'ensemble des dermatologues en activité, tous modes d'exercice confondus, la proportion atteint 18,6 % (Ordre des médecins, 1er janvier 2026). Elle est plus élevée encore dans certaines régions : 26,5 % des dermatologues libéraux d'Île-de-France sont en cumul emploi-retraite, 23,5 % en Centre-Val de Loire et 21,6 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur (même source).



Source : Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), dermatologues affiliés au 1er janvier de chaque année.

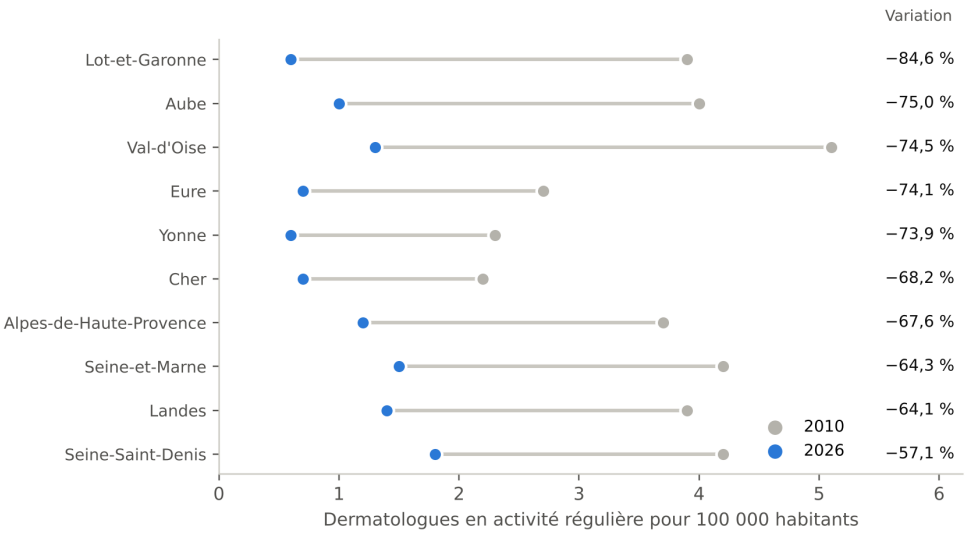
Figure 3 quinquies. Part des dermatologues libéraux affiliés à la CARMF en cumul emploi-retraite, 2022-2026, comparée à l'ensemble des spécialités en 2026.

Cette ressource disparaîtra d'elle-même. Les générations qui l'assurent aujourd'hui ont été formées lorsque les effectifs diplômés étaient nettement supérieurs ; celles qui les suivent sont moins nombreuses.

La relève hospitalo-universitaire est dans la même situation : **51,7 %** des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) de dermatologie ont soixante ans et plus, contre 37,4 % des PU-PH toutes disciplines (Centre national de gestion, 1er janvier 2026 ; Partie VI).

III.5 — Cinq départements sans dermatologue, un maillage qui se défait

Cinq départements métropolitains ne comptent plus aucun dermatologue en activité régulière : l'Ariège, l'Indre, la Lozère et la Nièvre selon l'Atlas au 1er janvier 2026, et la Creuse, dont le dernier praticien a cessé son activité depuis. Les quatre premiers affichaient encore une densité comprise entre 1,3 et 2,6 pour 100 000 habitants en 2010. À Mayotte, absente du tableau de l'Atlas, l'agence régionale de santé indiquait en 2025 qu'aucun dermatologue n'était présent sur le territoire ; l'accès y repose sur des missions ponctuelles.



Source : CNOM, Atlas de la démographie médicale 2026, tableau des densités départementales (calcul des variations : organisations signataires). Ne figurent pas ici les départements désormais sans dermatologue (Ariège, Indre, Lozère, Nièvre, Creuse) : voir annexe 6.

Figure 4. Les dix départements où la densité de dermatologues recule le plus vite, parmi les départements qui comptent encore un dermatologue, 2010-2026.

Ces trajectoires importent davantage que les niveaux : elles montrent un maillage qui se défait par zones entières, et permettent d'identifier à l'avance les départements qui basculeront. En Seine-Saint-Denis, l'un des départements les plus peuplés de France, la densité passe de **4,2 à 1,8 dermatologue pour 100 000 habitants**, soit un recul de 57,1 %. Dans vingt-deux départements, la moitié au moins des dermatologues ont soixante ans et plus ; toutes les régions métropolitaines sauf la Bretagne sont concernées, de l'Aisne au Gers et de l'Essonne à la Haute-Corse. Les fiches territoire de l'annexe 4 reprennent ces trajectoires et la liste de ces départements.

III.6 — Des délais longs, un suivi interrompu

Selon les enquêtes déclaratives, le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un dermatologue est passé de **41 jours en 2012 à 103 jours en 2023** (Ifop pour Sanofi), et de **deux mois en 2019 à quatre mois et demi en 2026** (baromètre de la Fédération hospitalière de France). D'autres mesures, fondées sur les rendez-vous pris en ligne, donnent des valeurs plus courtes ; ces séries, et ce qu'elles ne mesurent pas, sont présentées en Partie IV. Un délai de 477 jours a par ailleurs été signalé au Gouvernement pour la ville de Montauban : il s'agit d'un cas individuel rapporté par un parlementaire, qui illustre l'amplitude des situations et n'entre pas dans la série des délais moyens.

Le délai n'est pas le seul indicateur, ni le plus préoccupant. L'étude *Objectifs Peau* établit que **54 % des patients ne sont plus suivis par un dermatologue après le premier diagnostic** ; 22 % sont suivis par un autre médecin, et **40 % ne sont plus suivis du tout**. Pour des maladies chroniques, récidivantes et évolutives, dont certaines exposent à un risque de cancer, cette rupture de continuité échappe à tout indicateur de premier rendez-vous.

Une organisation structurée obtient pourtant des résultats. Au sein du réseau d'équipes de soins spécialisés d'Île-de-France, le délai moyen de prise en charge est de **huit jours pour un mélanome** et de dix-huit jours pour un carcinome cutané, et le délai de réponse au médecin généraliste requérant est en moyenne de quinze heures. Ces résultats sont ceux d'un réseau régional et ne constituent pas une moyenne nationale. Au niveau national, les équipes de soins spécialisés en dermatologie ont rendu 42 370 téléexpertises en 2025 sur la plateforme Omnidoc, contre 27 630 en 2024, soit près d'un dixième de l'activité de téléexpertise de la spécialité sur cette plateforme. Le contraste entre huit jours pour un mélanome en réseau et plusieurs mois en accès direct montre qu'à effectif constant, l'organisation permet de trier les demandes selon leur gravité. Ce résultat reste fragile : il repose sur l'engagement volontaire de praticiens dont l'activité est déjà pleine, et les financements alloués couvrent pour l'essentiel la coordination, non le temps médical.

Deux facteurs fragilisent encore cette organisation.

Le premier est le développement d'offres de dépistage ou d'avis cutané situées hors du parcours de soins — téléexpertise en officine, centres de dépistage, dépistage en entreprise —, dont certaines ne prévoient ni examen clinique par un médecin, ni solution d'aval pour les lésions détectées. Les signataires ne contestent pas leur existence. Ils demandent que leur articulation avec le parcours de soins, leur responsabilité à l'égard des patients adressés et, le cas échéant, leur facturation à l'Assurance maladie fassent l'objet de règles explicites (Partie X).

Le second est l'usure des praticiens qui maintiennent l'offre. Le Gouvernement a lancé le 22 mai 2026 un plan national consacré à la santé des professionnels de santé. Pour le patient, chaque cessation anticipée d'activité laisse une file active sans relais, dans une spécialité où près d'un cinquième de l'offre est déjà assuré par des praticiens en cumul emploi-retraite.

Un outil de suivi existe désormais, sans indicateur propre à une spécialité. L'Assurance maladie a mis en place en décembre 2024 un Observatoire de l'accès aux soins, dont les indicateurs sont publiés en données ouvertes depuis septembre 2025 et déclinés par région et par département. Parmi les dix engagements collectifs de la convention médicale figure celui de « raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes » ; son objectif « sera défini conjointement par les partenaires conventionnels », et les indicateurs de suivi « sont encore en cours d'élaboration ». Cet objectif restait en cours de définition lors de la réunion de l'Observatoire du 22 octobre 2026 avec les représentants syndicaux. Les huit indicateurs publiés ne distinguent aucune spécialité et ne tiennent pas compte du niveau de gravité. Selon l'Assurance maladie, l'indicateur de délai « nécessite[nt] des travaux supplémentaires et la collaboration avec des partenaires externes » : la spécialité peut y contribuer, et c'est le cadre le plus direct pour suivre l'accès aux soins dermatologiques.

III.7 — Le besoin en dermatologues : une estimation publique à produire

Les signataires considèrent qu'un niveau de **cinq à six dermatologues pour 100 000 habitants** est nécessaire pour assurer un accès dans des délais compatibles avec la prise en charge des maladies cutanées qui relèvent d'un suivi spécialisé. Ce niveau est une position professionnelle : il n'est fixé par aucune autorité publique ni par aucune société savante européenne. Il correspond toutefois à la densité que la France connaissait en 2010, soit 5,79 dermatologues en activité régulière pour 100 000 habitants (III.3). Une enquête conduite auprès des sociétés nationales de dermatologie de 158 pays, publiée en 2026, estime par ailleurs à 5,63 pour 100 000 habitants la densité nécessaire à un accès suffisant ; la moyenne des pays à revenu élevé est de 5,05. Rapporté à la population française, il correspondrait à un besoin de 3 455 à 4 146 praticiens, soit un déficit compris entre 596 et 1 287 dermatologues. Ce calcul est dérivé des effectifs et de la population de référence retenus dans la présente Contribution.

Aucune étude publique n'établit à ce jour le nombre de dermatologues dont la France a besoin, et aucune des demandes formulées ici ne repose sur un niveau de densité ; les références disponibles sont présentées dans la note de méthode ci-dessous.

La demande porte donc sur la méthode : que l'estimation du besoin en dermatologues soit actualisée selon une méthode publique et contradictoire, associant l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques aux instances de la spécialité, et qu'elle tienne compte du vieillissement de la population, de l'incidence des cancers cutanés et de l'allongement des suivis permis par les progrès thérapeutiques. Les mélanomes métastatiques avaient une médiane de survie de sept mois selon la Haute Autorité de santé en 2013 ; dans l'essai de référence de l'immunothérapie combinée, elle atteint 72,1 mois, soit six ans, ce qui allonge d'autant la durée du suivi spécialisé.

III.8 — Note de méthode : séries d'effectifs et références de densité

Sept séries d'effectifs circulent sur la démographie dermatologique française. Elles ne se contredisent pas : elles portent sur des périmètres, des périodes et des conventions différents.

Mesure	Valeur	Source et période
Densité moyenne départementale	−28,7 % (−30,0 % en métropole)	Atlas CNOM, 2010-2026
Actifs réguliers — **valeur de référence du document**	−17,4 % (3 463 → 2 859)	Atlas CNOM, 2016-2026
Actifs réguliers, extraction du groupe démographie	−18,1 % (3 477 → 2 848)	CNOM, 2016-2026
Actifs réguliers, série antérieure	−18,8 % (3 546 → 2 880)	CNOM, 2015-2025
Ensemble des dermatologues en activité	−7,3 % (4 012 → 3 720)	CNOM, 2016-2026
Effectifs au répertoire partagé	−8,5 %	RPPS, 2015-2025 — comparaison entre spécialités uniquement
Effectifs au répertoire partagé, série de la DREES	−9,5 % (4 086 → 3 698)	RPPS, 2012-2026 — l'ensemble des médecins progresse de 12,2 %

Les écarts tiennent aux périodes, aux périmètres et aux dates d'arrêté des données. L'offre de soins se mesure d'abord par le nombre d'actifs réguliers : les praticiens remplaçants et en cumul emploi-retraite exercent le plus souvent de manière intermittente, ce que les effectifs bruts du répertoire ne distinguent pas. Une enquête détaillée du groupe démographie, adressée à l'ensemble des dermatologues inscrits à l'Ordre, est en cours.

Les cabinets libéraux. Le Système national des données de santé recense 2 488 cabinets principaux de dermatologues au 31 décembre 2025 et 2 503 au 30 septembre 2026, soit quinze de plus en neuf mois. Ce nombre ne mesure pas l'offre de soins : il compte des cabinets et non du temps médical, et 41,8 % de ces cabinets sont tenus par des praticiens de soixante ans et plus. Sur la même période, les cabinets de secteur 1 passent de 1 078 à 1 033 et ceux de secteur 2 de 1 353 à 1 410. Au sein du secteur 2, les cabinets adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) passent de 373 à 331, et les autres de 980 à 1 079. Ce mouvement coïncide avec le renouvellement des contrats Optam à la fin de 2025, la convention médicale de 2024 ayant modifié la période de référence servant au calcul des engagements individuels des praticiens ; l'Assurance maladie indiquait en décembre 2025 que 80 % des adhérents avaient renouvelé leur contrat, les autres faisant l'objet d'une procédure de résiliation, et une rénovation du dispositif est annoncée pour 2027. La dermatologie n'est donc pas seule concernée. Les données agrégées ne permettent pas de distinguer, dans ces évolutions, les installations, les départs et les changements de secteur ou d'option : seule l'Assurance maladie peut produire cette décomposition.

Deux références existent sur le niveau de densité souhaitable. Un article publié en 2005 dans les *Annales de dermatologie et de vénéréologie* retenait un besoin de quatre à cinq praticiens pour 100 000 habitants, valeur reprise par l'enquête de pratiques publiée par la spécialité en 2026. Quatre évolutions postérieures justifient de retenir un niveau supérieur : le vieillissement de la population ; l'augmentation de l'incidence des cancers cutanés ; l'extension du champ de la spécialité, le développement des actes techniques et chirurgicaux et l'évolution des pratiques et du temps de travail ; enfin, le fait que cet article raisonnait à organisation des soins constante, avant la téléexpertise. Aucune de ces évolutions ne concerne l'activité esthétique, qui n'est jamais invoquée dans ce document pour justifier un besoin d'effectifs.

Une étude publiée en 2025 dans le *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* établit par ailleurs que l'incidence des cancers cutanés n'est pas corrélée à la densité de dermatologues, et que plusieurs pays obtiennent de faibles ratios de mortalité sur incidence avec des densités basses. C'est l'une des raisons pour lesquelles la demande se fonde sur la trajectoire de l'offre et sur le maillage territorial, et non sur un niveau de densité.

Propositions

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Porter à 150 le nombre de postes ouverts au diplôme d'études spécialisées dès que les capacités d'encadrement le permettent, et au plus tard en 2030, le maintenir dix ans, puis le réévaluer au regard des besoins de santé de la population (Partie VI). Coût des 21 postes supplémentaires par rapport à 2026 : **1,8 à 2,9 millions d'euros par an**. *Bénéfice : compenser les départs d'une offre dont près d'un cinquième est assuré par des praticiens en cumul emploi-retraite, et empêcher de nouveaux départements de perdre leur dernier dermatologue. Véhicule : arrêté annuel de répartition des postes (ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur) ; trajectoire pluriannuelle inscrite dans la loi-cadre (Partie XIV).*

2. Actualiser l'estimation du besoin en dermatologues selon une méthode publique et contradictoire, à l'échelle départementale, par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, en associant les instances de la spécialité, et en tenant compte du vieillissement de la population, de l'incidence des cancers cutanés et de l'allongement des suivis. *Bénéfice : une cible de formation fondée sur un besoin mesuré et non sur une position professionnelle ; une base partagée pour réévaluer les 150 postes au terme des dix ans. Véhicule : ONDPS et DREES ; mandat de la mission de préfiguration (annexe 5).*

3. Décliner la dermatologie dans l'Observatoire de l'accès aux soins et publier un tableau de bord annuel de l'accès aux soins dermatologiques : délai d'accès selon le niveau de gravité, en fixant l'objectif de l'indicateur de délai d'accès aux spécialistes encore en cours de définition ; densité, installations et file active par département ; reste à charge ; volume de téléexpertise. Santé publique France et l'Institut national du cancer y ajoutent la part des cancers cutanés diagnostiqués par stade. *Bénéfice : repérer à l'avance les départements qui basculent et mesurer l'effet des mesures décidées, à partir d'un outil qui existe déjà, sans structure nouvelle. Véhicule : Observatoire de l'accès aux soins (Assurance maladie et partenaires conventionnels), données ouvertes de l'Assurance maladie ; Santé publique France et INCa pour les données épidémiologiques ; obligation de mesure inscrite dans la loi-cadre (Partie XIV).*

4. Évaluer l'effet de la réforme du cumul emploi-retraite issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 sur l'offre de soins dans les spécialités en tension, dont la dermatologie, où près d'un cinquième de l'offre est assuré par des praticiens en cumul emploi-retraite. *Bénéfice : anticiper les cessations d'activité qu'une modification du régime pourrait provoquer avant que les nouveaux diplômés n'exercent, c'est-à-dire avant 2030. Véhicule : rapport du Gouvernement au Parlement ; indicateur du tableau de bord annuel (proposition 3).*

PARTIE IV

Les patients : le coût humain de l'attente

L'essentiel

- Le délai déclaré pour obtenir un rendez-vous chez un dermatologue atteint quatre mois et demi en 2026, contre deux mois en 2019. 46 % des patients déclarent avoir renoncé à consulter un spécialiste, et 54 % ne sont plus suivis par un dermatologue après le premier diagnostic.
- Ce renoncement est la conséquence mesurée d'une offre insuffisante ; il touche d'abord les patients qui ont le moins de moyens d'y remédier.
- La maladie de peau ne se limite pas à la peau : plus d'une personne sur deux qui en est atteinte déclare de l'anxiété ou de la dépression.
- Elle pèse aussi sur le sommeil, la scolarité et la vie sociale et professionnelle ; et chaque mois d'attente d'une consultation retarde d'autant l'accès à un traitement efficace.
- Les associations de patients demandent que leur parole soit constitutive de la loi-cadre : présence de droit à la mission de préfiguration, comité de parties prenantes, indicateurs publics et clause de rendez-vous.



Sources : Objectifs Peau, SFD, 2016 (besoin, diagnostic, suivi) ; baromètre FHF / Ipsos BVA, mars 2026 (délai) ; Ifop pour Sanofi, juillet 2023 (renoncement ; enquête financée par un laboratoire).

Figure 5. La chaîne de l'accès aux soins dermatologiques.

IV.1 — Le renoncement aux soins comme rupture d'égalité

En mars 2026, le baromètre de l'accès aux soins de la Fédération hospitalière de France, réalisé par Ipsos BVA auprès de 2 500 personnes, établit que le délai déclaré pour obtenir un rendez-vous chez un dermatologue est de **quatre mois et demi, contre trois mois et une semaine en mars 2024 et deux mois en 2019**.

Le renoncement est mesuré par une enquête réalisée par l'Ifop pour le laboratoire Sanofi, du 21 au 24 juillet 2023, auprès de 2 011 personnes dont 1 678 patients. Elle établit que **46 % des patients ont renoncé à consulter** un spécialiste pour leur problème de peau, et que **73 % des Français jugent l'accès difficile**. Elle mesurait un délai moyen de **103 jours, contre 41 jours en 2012**. Cette enquête a été financée par un laboratoire pharmaceutique ; elle est citée parce qu'elle constitue la seule mesure française du renoncement propre à la dermatologie. Le taux de 90 % de renoncement parfois cité ne vaut que pour le sous-groupe des patients atteints d'eczéma sévère.

Les mesures du délai divergent. Quatre valeurs circulent :

- **quatre mois et demi** en 2026, selon le baromètre de la Fédération hospitalière de France (délai déclaré par les personnes interrogées pour leur dernier rendez-vous) ;
- **103 jours** en 2023, selon l'enquête Ifop pour Sanofi ;
- **40 jours**, selon la ministre chargée de la santé, qui déclarait au Sénat le 8 janvier 2026 que le délai « est passé de 61 jours en 2017 à 40 jours aujourd'hui », sans en préciser la source ;
- **32 jours** (délai médian), selon une étude de la Fondation Jean-Jaurès et de Doctolib publiée en mai 2026, fondée sur les consultations libérales prises en 2025 sur Doctolib ; ce délai va de 7 jours en Savoie à 90 jours dans l'Aisne.

Ces valeurs ne mesurent pas la même chose. Les deux premières interrogent des personnes. La source de la troisième n'est pas publiée. La dernière repose sur un échantillon que ses auteurs savent incomplet : elle porte « exclusivement sur l'exercice libéral », ne caractérise « que des rendez-vous qui aboutissent », et n'affiche pas « les départements comptant moins de cinq professionnels utilisateurs », ni ceux où les utilisateurs de Doctolib représentent moins de 10 % des libéraux. En dermatologie, ces seuils écartent précisément les départements où l'offre est la plus faible : **43 départements sont ainsi exclus de l'analyse** (données Doctolib). Les auteurs le reconnaissent : « Les déserts médicaux les plus sévères peuvent être sous-représentés », et « les délais mesurés sont potentiellement optimistes dans les zones les plus fragiles » ; les résultats ne captent « ni le renoncement aux soins, ni les refus de nouveaux patients ». La médiane nationale de 32 jours est donc biaisée par construction : **elle écarte les territoires où l'accès est le plus dégradé.**

Aucune de ces mesures ne distingue le délai selon la gravité, alors que c'est la donnée utile à la santé publique. Un délai moyen confond la lésion suspecte de mélanome et la kératose séborrhéique : six mois d'attente pour une lésion bénigne ne posent pas de problème de santé publique, six semaines pour un mélanome en posent un. Là où l'accès est organisé, ce délai est mesuré : dans le réseau d'équipes de soins spécialisés d'Île-de-France, le délai moyen de prise en charge d'un mélanome est de huit jours (Partie III) ; en Bretagne, le délai médian pour obtenir un rendez-vous spécialisé après une suspicion de mélanome en téléex-

pertise est de quatre jours (Partie VIII). Les signataires demandent donc **un indicateur public du délai d'accès selon le niveau de gravité**, inscrit au tableau de bord annuel proposé en Partie III.

Dans certains territoires, le renoncement est contraint. Cinq départements métropolitains ne comptent plus aucun dermatologue en activité régulière, et Mayotte n'en compte aucun. Faute d'offre, la question du reste à charge ou de la volonté de se soigner ne s'y pose plus. Ce passage d'un renoncement partiel à un renoncement total constitue une rupture d'égalité devant l'accès aux soins.

IV.2 — Du renoncement à la sortie du parcours de soins

Le renoncement se mesure à l'entrée du parcours, mais aussi à sa sortie.

L'étude *Objectifs Peau*, conduite auprès de 20 012 personnes en 2016, établit que **54 % des patients ne sont plus suivis par un dermatologue après le premier diagnostic**. Parmi eux, **22 % sont suivis par un autre médecin, et 40 % ne sont plus suivis du tout**.

Pour des maladies chroniques dont les traitements évoluent vite et dont certaines exposent à un risque de cancer, **la majorité des patients diagnostiqués sortent du suivi spécialisé**. Cette sortie ne tient pas à la négligence des patients : elle résulte d'un système où le premier rendez-vous demande plusieurs mois, et où le suivant n'est pas plus rapide à obtenir.

Augmenter le nombre de consultations ne suffirait donc pas. Il faut un parcours : une entrée graduée, un suivi partagé avec le médecin traitant et les autres professionnels, et un recours spécialisé disponible lorsqu'il est nécessaire (Parties VI, VII et VIII).

IV.3 — Le retentissement psychologique, social et intime des maladies de peau

L'analyse psychologique de l'étude *Objectifs Peau*, publiée en 2020 dans *Acta Dermato-Venereologica* et portant sur les mêmes 20 012 personnes, établit quatre résultats.

Une qualité de vie générale dégradée. Sur l'échelle visuelle analogique de l'EQ-5D, le score moyen est de **76,8 chez les personnes ne déclarant aucune maladie de peau, contre 70,4 chez celles qui en déclarent au moins une**.

Un retentissement anxio-dépressif important. 69,2 % des personnes ne déclarant aucune maladie de peau ne déclarent ni anxiété ni dépression, contre 46,7 % parmi celles qui déclarent au moins une maladie de peau. Autrement dit, **plus d'une personne sur deux atteinte d'une maladie de peau déclare de l'anxiété ou de la dépression, contre moins d'une sur trois dans le reste de la population**.

Des troubles du sommeil chez 30 à 50 % des personnes atteintes d'acné, de rosacée, d'eczéma, de psoriasis ou d'urticaire, contre moins de 20 % pour les verrues et les mycoses.

Des difficultés sexuelles ou conjugales chez 35 % des personnes atteintes d'acné et chez 10 à 20 % des personnes atteintes de psoriasis, de dermatite atopique, d'eczéma de contact ou d'urticaire.

Une seconde publication, parue en 2022 dans *Dermatology* et fondée sur le même échantillon, documente un symptôme largement méconnu du débat public : **le prurit touche 48,6 % des personnes déclarant une acné, 44,4 % de celles qui déclarent des verrues, 43,2 % des mycoses et 36,5 % de la rosacée** ; la douleur cutanée concerne 27,6 % de l'acné, 16,1 % des verrues et 11,2 % de la dermatite atopique.

Ces données sont déclaratives, elles datent de 2016, et l'étude qui les produit a été financée par une organisation signataire de la présente Contribution. Elles ne mesurent pas des diagnostics psychiatriques mais un vécu rapporté. Sous ces réserves, elles constituent le seul corpus français disponible.

Pour la dermatite atopique, les travaux réunis par l'Association française de l'eczéma dans son *Livre noir de l'eczéma* (septembre 2026) précisent ce retentissement. Le risque de dépression concerne 33 % des patients atteints d'une forme légère, 42 % d'une forme modérée et 53 % d'une forme sévère ; 42 % des patients atteints d'une forme sévère rapportent un besoin de soutien psychologique, alors que moins de 15 % des patients interrogés en avaient bénéficié (études citées par le *Livre noir*). 46 % présentent une somnolence diurne excessive (Halioua et coll., *Skin Health and Disease*, 2023). Dans une étude cas-témoins internationale portant sur 23 191 adultes de vingt-sept pays, 13 % des patients atteints de dermatite atopique rapportent des idées suicidaires au cours des vingt-quatre derniers mois, contre 8 % des témoins (Seneschal et coll., *JEADV*, 2025).

Chez l'enfant et l'adolescent, l'école est le premier lieu du retentissement. Parmi 664 enfants de 6 à 11 ans, 15 % disent subir les moqueries de leurs camarades, et jusqu'à 51 % dans les formes sévères ; 22 % ont mal dormi au cours de la semaine écoulée à cause de leur peau, 67 % dans les formes sévères (étude EclA Junior, 2020). Parmi 399 adolescents, 20 % déclarent avoir été mis à l'écart ou chahutés à l'école au cours des sept derniers jours, 47 % dans les formes sévères (Ezzedine et coll., *Acta Dermato-Venereologica*, 2020).

Ces données sont déclaratives. Les études qui les produisent ont été conduites pour la plupart avec l'Association française de l'eczéma et financées par l'industrie pharmaceutique ; l'ouvrage qui les rassemble est lui-même soutenu par six industriels du médicament et de la dermocosmétique (annexe 6). Elles sont citées parce qu'elles constituent l'essentiel des données françaises publiées sur le vécu de la dermatite atopique.

IV.4 — Des inégalités territoriales, sociales, professionnelles et familiales

Inégalités territoriales. Les zones les plus sous-dotées cumulent souvent l'éloignement des plateaux techniques et les difficultés de mobilité. La Seine-Saint-Denis en est l'illustration la plus documentée : la densité de dermatologues en activité régulière y est passée de **4,2 pour 100 000 habitants en 2010 à 1,8 en 2026**. Il ne s'agit pas d'un département rural isolé, mais de l'un des plus peuplés de France.

Inégalités sociales. À l'intérieur d'un même territoire, l'accès dépend des ressources dont le patient dispose. Le reste à charge le confirme : une enquête de l'association France Psoriasis conduite auprès de 2 563 patients évalue à **531 euros par an** le reste à charge lié à la maladie, soit plus de deux fois le reste à charge moyen national, établi à 223 euros par le ministère chargé de la santé en 2017. Il s'agit d'une enquête déclarative associative ; les deux termes de la comparaison ne sont pas contemporains. Pour la dermatite atopique, le reste à charge annuel moyen atteint 462 euros dans les formes sévères et 247 euros dans les formes

modérées, **les émollients en représentant la majeure partie** (Launois et coll., *JEADV*, 2019). La maladie de Verneuil atteint un niveau comparable, mesuré par une étude distincte : sur 1 255 patients évaluables, le reste à charge annuel moyen s'élève à 531 euros (± 949 euros), et 71,7 % des patients déclarent un reste à charge pour au moins une ressource médicale (Richard et coll., *Annales de dermatologie et de vénéréologie – FMC*, 2024).

Conséquences professionnelles. *Objectifs Peau* établit que **39,2 % des personnes atteintes d'une maladie de peau sont gênées par elle dans leur vie professionnelle**, que 45,2 % le sont dans leur vie personnelle, et qu'**un arrêt de travail est prescrit dans près d'un cas de dermatose sur cinq**. Pour la dermatite atopique, une étude française établit que 26 % des patients ont été absents de leur travail, pour une durée moyenne d'environ vingt et un jours par an (Ezzedine et coll., *Acta Dermato-Venereologica*, 2025). Pour l'eczéma chronique des mains, première dermatose professionnelle, 19,5 % des 395 patients d'une étude française ont dû changer de métier et 12,5 % rapportent des difficultés à trouver un emploi (Halioua et coll., *Clinical and Experimental Dermatology*, 2025). Cette dimension n'est convertie en euros nulle part dans les données publiques françaises.

Conséquences familiales. La maladie atteint aussi les proches. Le sommeil des partenaires est perturbé chez 38 % des partenaires de patients atteints d'une dermatite atopique légère, 52 % pour une forme modérée et 65 % pour une forme sévère (Misery et coll., *Acta Dermato-Venereologica*, 2023). Près d'un quart des parents d'enfants atteints déclarent un sentiment de culpabilité (Bursztejn et coll., *JEADV*, 2022).

Les conséquences cliniques de ces atteintes sont connues dans leur mécanisme : retard au diagnostic des cancers cutanés, errance diagnostique prolongée dans les maladies inflammatoires chroniques, isolement social pour les pathologies visibles.

IV.5 — La parole des associations

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE LA PEAU

« Nous ne sommes pas des bénéficiaires passifs d'une politique de santé que d'autres décideraient pour nous. Les vingt-trois associations qui composent la Fédération Française de la Peau portent, depuis des années, le témoignage de patients qui vivent au quotidien les conséquences d'un système à bout de souffle : rendez-vous introuvables, traitements retardés, produits de première nécessité non remboursés, regard des autres à porter en plus de la maladie. Cette Contribution n'est pas un document corporatiste médical. C'est un plaidoyer au service des patients, et nous demandons qu'il soit entendu comme tel. »

— La Fédération Française de la Peau

ENCADRÉ — CINQ PARCOURS DE PATIENTS

Témoignages recueillis par les associations de patients, anonymisés ; seule la région est indiquée.

Maladies inflammatoires chroniques

Occitanie — psoriasis sévère. « Mon psoriasis était stabilisé avec un premier traitement. Puis j'ai fait une poussée sévère. Ma dermatologue est partie à la retraite sans remplaçant. J'ai cherché pendant neuf mois un nouveau spécialiste. Neuf mois de douleur, de plaques sur tout le corps, d'isolement social. Personne ne devrait vivre ça. »

Région bordelaise — maladie de Verneuil. « J'ai contacté plusieurs dermatologues après une aggravation de ma maladie. On m'a proposé un premier rendez-vous… un an plus tard. Un an à vivre avec la douleur, les lésions et l'incertitude. Quand on souffre au quotidien, attendre n'est pas une option. »

Mélanome

Île-de-France. « J'ai découvert un grain de beauté très foncé et anormal sur mon bras. Malgré mes inquiétudes, impossible d'obtenir rapidement un rendez-vous chez un dermatologue. Plusieurs mois plus tard, un dermatologue retire enfin la lésion : c'est un mélanome. J'ai dû chercher seule un centre spécialisé et transmettre moi-même mes résultats pour être prise en charge. Sept mois s'étaient écoulés depuis la découverte de la lésion. Ma persévérance m'a sauvé la vie. »

Sud-Est. « J'ai vu qu'un grain de beauté avait changé de couleur, devenant noir et bleu. J'ai attendu trois mois avant d'être examinée. Le diagnostic de mélanome m'a été annoncé brutalement, sans explication ni accompagnement. Grâce à une amie médecin, j'ai finalement pu intégrer rapidement un parcours en dermato-oncologie. À quelques semaines près, j'aurais peut-être évité une nouvelle chirurgie, le ganglion sentinelle et des semaines d'angoisse. »

Nord. « J'entendais partout qu'il était devenu impossible d'avoir un rendez-vous chez un dermatologue. J'ai fini par ne même plus essayer. C'était un grain de beauté qui saignait sur la cuisse, une lésion qui ne cicatrisait pas. Je l'ai laissé évoluer pendant des mois sans savoir. Je mettais un pansement, ça s'arrêtait. Quand j'ai finalement consulté, le mélanome était déjà à un stade avancé. »

Ces témoignages n'ont pas valeur statistique. Ils illustrent les trois ruptures que les données décrivent : le délai d'accès (IV.1), le renoncement (IV.1 et IV.2), l'absence d'orientation après le diagnostic ou après le départ d'un dermatologue (parties VI à VIII).

Les associations produisent leur propre état des lieux. En septembre 2026, l'Association française de l'eczéma a publié *Le Livre noir de l'eczéma*, qui rassemble les contributions de dermatologues, de professionnels de santé et de patients, et formule cinq propositions : donner aux patients les moyens de devenir acteurs de leur santé ; développer une prise en charge dermatologique coordonnée partout en France ; garantir la cohérence des recommandations médicales délivrées aux malades ; structurer une prise en charge globale des patients ; soutenir les initiatives innovantes contre les inégalités territoriales. L'ouvrage relève qu'il n'existe qu'une trentaine de centres d'éducation thérapeutique consacrés à l'eczéma en France, et que seuls 11 % des patients adultes et 18 % des parents d'enfants atteints se sont vu proposer un programme d'éducation thérapeutique par leur médecin (enquêtes citées par le *Livre noir*). Des extraits figurent en annexe 6, reproduits avec l'accord de l'Association française de l'eczéma.

ENCADRÉ — LES ASSOCIATIONS MEMBRES DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE LA PEAU

Liste publiée par la Fédération sur son site (francepeau.com, rubrique « Découvrir nos associations », consultée le 4 octobre 2026).

Afsam · Association des brûlés de France · Association du nævus géant congénital · Association française de l'eczéma · Association française du lupus · Association française du vitiligo · Association française pour la prévention des allergies · Association française Sturge-Weber ·

Association France prurigo nodulaire · Association Ichtyose France · Association Incontinentia Pigmenti · Association Mélanome sans angoisse · Association Pemphigus Pemphigoïde France · Association SpaVer22 · Cutis Laxa Internationale · Debra France – Association française de l'épidermolyse bulleuse · Enfants de la Lune · France 3A · France Psoriasis · France Asso Cancer et Peau · Genespoir · Solidarité Verneuil · Verneuil Grand Ouest.

La mobilisation citoyenne est établie. La pétition n° 4828, « Urgence Pénurie de Dermatologues », déposée le 3 décembre 2025 sur la plateforme de l'Assemblée nationale et renvoyée à la commission des affaires sociales, a recueilli **22 869 signatures au 12 novembre 2026**. La pétition n'a pas atteint le seuil de 100 000 signatures affiché par la plateforme. Elle témoigne néanmoins d'**une mobilisation citoyenne continue, depuis près d'un an, sur un sujet réputé technique.**

Propositions

Les associations de patients formulent cinq demandes, reprises dans la loi-cadre (Partie XIV). Elles sont présentées par ordre de priorité.

1. Un accès dans des délais compatibles avec la gravité — c'est-à-dire une organisation graduée, et non la promesse d'un rendez-vous plus rapide. *Bénéfice : un patient atteint d'une lésion suspecte vu en quelques jours, comme le permettent déjà les réseaux organisés (huit jours pour un mélanome dans le réseau d'équipes de soins spécialisés d'Île-de-France). Véhicule : financement pérenne des équipes de soins spécialisés et de la téléexpertise (Partie VIII, proposition 1) ; indicateur public de délai selon la gravité dans l'Observatoire de l'accès aux soins (Partie III, proposition 3).*

2. Une continuité de suivi, alors que 40 % des patients diagnostiqués ne sont plus suivis par aucun médecin. *Bénéfice : des maladies chroniques et des cancers cutanés suivis dans la durée, au lieu d'un premier diagnostic sans lendemain. Véhicule : suivi partagé avec le médecin traitant et téléexpertise adaptée aux pathologies chroniques (Partie VIII, proposition 2) ; protocoles de coopération (Partie VII).*

3. Un reste à charge qui ne décide pas du traitement — demandes sur les émollients et sur la photoprotection, développées en Partie XIII. *Bénéfice : un traitement prescrit qui est effectivement suivi, quand le reste à charge lié au psoriasis atteint 531 euros par an selon l'enquête de France Psoriasis. Véhicule : saisine de la Commission de la transparence sur les émollients ; mécanisme dérogatoire de l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale pour la photoprotection (Demande n° 4).*

4. Une prise en charge globale — accès à l'éducation thérapeutique et à un soutien psychologique adossés au parcours dermatologique, accompagnement du maintien dans l'emploi et de la formation. *Bénéfice : une maladie prise en charge dans ses conséquences psychologiques, sociales et professionnelles — l'anxiété ou la dépression sont déclarées par plus d'une personne atteinte sur deux. Véhicule : programmes d'éducation thérapeutique autorisés par les agences régionales de santé ; services de prévention et de santé au travail ; stratégie nationale de santé de la peau inscrite dans la loi-cadre.*

5. Une place dans la gouvernance — présence de droit de la Fédération Française de la Peau à la mission de préfiguration de la loi-cadre et au comité de parties prenantes, indicateurs publics d'accès, clause de rendez-vous devant le Parlement. *Bénéfice : des décisions qui partent de ce que vivent les patients, et un suivi public de leurs effets. Véhicule : lettre de mission de la mission de préfiguration (Demande n° 2) ; loi-cadre (annexe 7).*

PARTIE V

La prévention : un cancer largement évitable, une politique à construire

L'essentiel

- Plus de 85 % des cancers cutanés sont attribuables à une exposition excessive aux ultraviolets, naturels ou artificiels ; chez les personnes de 30 ans et plus, 83,5 % des mélanomes sont attribuables au rayonnement UV solaire, soit près de 10 340 cas par an.
- Le cancer le plus fréquent de France est aussi l'un des plus évitables, et il ne bénéficie ni d'un programme national coordonné d'information, ni d'une politique de prévention primaire dotée d'objectifs et d'indicateurs. 58 % des parents pensent qu'une crème solaire à indice élevé suffit à protéger leur enfant.
- Le dépistage de masse des cancers cutanés n'est pas recommandé : la réponse adaptée est le repérage ciblé des personnes à risque.
- La prévention en dermatologie ne s'arrête pas au rayonnement ultraviolet. De nombreuses maladies dermatologiques sont liées au surpoids, au tabac et aux expositions professionnelles aux allergènes et aux toxiques ; la vaccination a un rôle majeur dans les infections à HPV et à VZV.
- Les signataires demandent une stratégie interministérielle de prévention des risques liés aux ultraviolets, assortie d'objectifs publiés, et l'instruction d'une prise en charge de la photoprotection pour les populations à haut risque.

La peau est un organe directement exposé à l'environnement, aux comportements et aux conditions de vie. Prévenir les maladies de peau suppose d'agir sur des facteurs de risque — ultraviolets, tabac, surpoids, infections, expositions professionnelles — qui concernent une grande partie de la population. Beaucoup des comportements qui déterminent la santé cutanée de l'adulte se construisent dans l'enfance, ce qui fait de **l'enfant la cible prioritaire de la prévention dermatologique.** Cette partie traite d'abord des ultraviolets (V.1 à V.6), puis des autres champs de prévention (V.7).

V.1 — Des cancers cutanés majoritairement attribuables aux ultraviolets

Les cancers de la peau sont les cancers les plus fréquents en France : Santé publique France en estime l'incidence entre **141 200 et 243 500 nouveaux cas par an**, soit près de 30 % des cancers invasifs diagnostiqués chaque année. L'incidence du mélanome a été **multipliée par cinq entre 1990 et 2023**. Les carcinomes, faute de registre national exhaustif, sont imparfaitement dénombrés, et leur incidence est unanimement considérée comme sous-estimée : améliorer les registres est une condition de toute évaluation.

Plus de 85 % de ces cancers sont attribuables à une exposition excessive aux ultraviolets, naturels ou artificiels. Pour le seul mélanome, l'estimation est plus précise : en France métropolitaine, chez les personnes de 30 ans et plus, **83,5 % des mélanomes sont attribuables au rayonnement UV solaire — près de 10 340 cas par an — et 3,1 % au rayonnement UV artificiel, soit environ 380 cas**. *Ces valeurs ne portent pas sur le même ensemble — l'une sur tous les cancers cutanés, l'autre sur le seul mélanome — et ne se substituent pas.* Le Centre international de recherche sur le cancer aboutit au même ordre de grandeur à l'échelle mondiale : plus de 80 % des mélanomes diagnostiqués en 2022, soit environ 267 000 cas sur 332 000, étaient attribuables au rayonnement ultraviolet.

Le soleil est la source, l'ultraviolet est l'agent. Le risque ne dépend ni de la chaleur ni de la sensation de soleil : il existe par temps nuageux ou frais, et en altitude. Les expositions intermittentes, en particulier les coups de soleil de l'enfance, sont un facteur de risque reconnu du mélanome ; les expositions chroniques favorisent les carcinomes, notamment épidermoïdes. Une estimation conjointe de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation internationale du travail attribue à l'exposition professionnelle au rayonnement UV solaire **18 960 décès par carcinome cutané dans le monde en 2019, soit 29 % des décès** par ces cancers.

Le premier cancer de France est ainsi, pour l'essentiel, un cancer évitable. Peu de champs de santé publique présentent un rapport aussi favorable entre la charge et la part attribuable à un facteur de risque connu, mesurable et modifiable.

V.2 — Des représentations qui freinent la prévention

78 % des Français pensent que le soleil est bon pour la santé, et **58 % des parents pensent qu'appliquer régulièrement une crème solaire à indice élevé suffit à protéger leur enfant**. Le bronzage est perçu comme un signe de bonne santé, alors qu'il est une réponse biologique à l'agression de la peau par les ultraviolets. L'Institut national du cancer recommande d'éviter toute exposition solaire avant trois ans.

Ces croyances transforment un moyen partiel en autorisation d'exposition. La difficulté tient moins à l'absence de messages qu'à leur compréhension. Les signataires demandent donc une **politique de la photoprotection raisonnée**, plutôt qu'une politique centrée sur la crème solaire : adapter son comportement à l'indice UV, privilégier l'ombre, le vêtement, le chapeau et les lunettes, et réserver l'écran solaire aux zones échappant à la protection vestimentaire.

L'indice UV est l'outil de cette politique ; il reste sous-utilisé. L'Organisation mondiale de la santé et le Haut Conseil de la santé publique en recommandent la diffusion à la population ; il reste absent de la plupart des bulletins météorologiques et des lieux d'accueil du public.

De nouveaux comportements à risque se diffusent chez les plus jeunes, portés par les réseaux sociaux : recherche délibérée de marques de bronzage ou de coups de soleil dessinés, déni du lien entre ultraviolets et cancer. Le développement des compétences psychosociales et de l'esprit critique est un levier identifié par Santé publique France pour prévenir les conduites à risque.

V.3 — Les effets d'une prévention maintenue dans la durée

En France, sur une politique comparable. L'évaluation médico-économique du dispositif Mois sans tabac, publiée par Santé publique France, établit **sept euros économisés en dépenses de santé pour un euro investi**, et quatorze pour un lorsque les effets sur le marché du travail sont intégrés, sur un horizon 2023-2050 et sous condition de maintien annuel du dispositif. Ce ratio n'est pas transposé à la dermatologie : il donne l'ordre de grandeur du rendement d'une prévention soutenue.

En France, sur la peau. L'intervention scolaire « Vivre avec le soleil », conçue par l'association Sécurité solaire, figure au répertoire des interventions efficaces ou prometteuses de Santé publique France.

À l'étranger. Le programme australien SunSmart, évalué sur vingt ans, établit un bénéfice de 8,70 dollars australiens par dollar investi ; l'incidence australienne étant très supérieure à l'incidence française, ce ratio n'est pas transposable. L'interdiction des cabines de bronzage commerciales, effective dans tous les États australiens depuis 2016, éviterait sur la vie de la cohorte concernée **31 009 mélanomes et 3 017 décès** selon une étude publiée en 2020.

Au niveau individuel. L'essai randomisé de Nambour, conduit sur **1 621 participants** de 1992 à 2006, a observé 11 mélanomes primitifs contre 22 dans le groupe témoin, soit un risque relatif de **0,27 pour le mélanome invasif**. Il a été conduit en zone subtropicale, chez des adultes, et mesure l'effet d'une consigne d'usage.

V.4 — Les limites de la prévention

Il n'existe aucun programme de dépistage organisé des cancers cutanés, et cette absence est justifiée. L'arrêté du 16 janvier 2024 fixe trois programmes : sein, côlon-rectum, col de l'utérus. Le dépistage généralisé des cancers cutanés n'est pas recommandé par les sociétés savantes : il suppose un test validé, une population cible définie et une capacité de prise en charge des cas positifs. Aucune de ces conditions n'est réunie, et la troisième renvoie à la pénurie de dermatologues. Les signataires demandent donc un dépistage ciblé sur les personnes à risque, et l'apprentissage de l'auto-examen par la population.

Toutes les interventions de prévention solaire ne sont pas rentables. Une revue systématique de 2024 portant sur douze évaluations économiques rapporte des retours allant de **0,35 dollar américain à 3,60 euros par unité investie**. La borne basse étant inférieure à un, les signataires demandent des mesures ciblées. Aucune évaluation française n'existe ; une revue conduite par l'Inserm en 2023 souligne le manque de données pour la France.

L'écran solaire ne suffit pas : l'Institut national du cancer le rappelle lui-même.

Le rendement de la prévention primaire est différé de plusieurs décennies. Un enfant protégé aujourd'hui ne produit d'économie mesurable qu'après 2060. Cette temporalité, incompatible avec l'horizon d'un mandat, explique le sous-investissement chronique dans ce champ ; une loi-cadre permet de la dépasser en inscrivant une trajectoire pluriannuelle.

La prévention secondaire bute sur la démographie des dermatologues, et sur la méconnaissance. Avec des délais déclarés de trois à quatre mois et demi selon les enquêtes (Partie IV) et cinq départements sans dermatologue, une campagne réussie produirait aujourd'hui une file d'attente, faute d'un accès organisé selon la gravité. Les associations observent aussi la situation inverse : des patients qui ont vu une lésion évoluer ou saigner pendant de longs mois sans consulter, faute d'en avoir compris la gravité. La prévention doit donc porter sur **la photoprotection et l'auto-surveillance**, et non sur une consultation systématique chez le dermatologue.

Le coût d'une politique française de prévention dermatologique n'est pas évalué. Aucun chiffrage n'est donc proposé ici ; les signataires demandent qu'il soit produit. Un indicateur de résultat existe : l'évolution de l'épaisseur des mélanomes au diagnostic.

V.5 — Les angles morts de l'action publique

Les ultraviolets artificiels. Environ 380 mélanomes par an sont attribuables aux appareils de bronzage. C'est le seul facteur de risque de cette partie qui soit **entièrement contrôlable par la puissance publique**, sans dépense d'assurance maladie. L'Anses recommande depuis 2012 l'arrêt de tout usage commercial et de la vente d'appareils délivrant des ultraviolets artificiels à visée esthétique. L'accès des mineurs est interdit en France ; l'Australie a interdit les cabines commerciales en 2016. **Il n'existe en revanche aucune interdiction au niveau de l'Union européenne, y compris pour les mineurs** : la Commission européenne a ouvert en 2024 une consultation sur la réduction de l'exposition aux ultraviolets artificiels dans le cadre du Plan européen pour vaincre le cancer, et la séance du Parlement européen du 3 juin 2026 a demandé une interdiction pour les mineurs. La publicité pour ces appareils est interdite, mais les associations en relèvent régulièrement. L'usage croissant de lampes à ultraviolets pour le séchage des vernis à ongles n'a pas été évalué.

Les travailleurs en extérieur. Le décret du 27 mai 2025 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à la chaleur fonde les obligations de l'employeur sur la vigilance canicule de Météo-France. Il ne prend pas en compte le rayonnement ultraviolet, qui est élevé bien en dehors des épisodes de chaleur. Le cancer cutané lié à l'exposition professionnelle aux ultraviolets ne figure pas aux tableaux de maladies professionnelles.

L'Anses en a établi le fondement scientifique en octobre 2026. Saisie par les ministères chargés du travail, de l'agriculture et de la santé, l'agence a publié en octobre 2026 une expertise qui retient un lien avéré entre l'exposition professionnelle aux ultraviolets et la survenue des carcinomes épidermoïdes, des carcinomes basocellulaires et des mélanomes cutanés. Elle y voit « un argument fort en faveur de la création d'un tableau de maladie professionnelle ». Elle recommande aussi de traiter l'exposition au rayonnement UV solaire comme un risque professionnel à part entière, inscrit au document unique d'évaluation des risques,

et de « systématiser la réalisation d'un examen cutané lors des visites de médecine du travail ». Environ 3,5 millions de salariés travaillent à l'extérieur et 150 000 sont exposés aux ultraviolets artificiels.

Les lieux qui accueillent des enfants. De nombreuses cours d'école, crèches et aires de jeux ne disposent d'aucun ombrage, et aucun recensement n'en est disponible. Les associations rapportent que l'installation de voiles d'ombrage se heurte à des obstacles d'organisation et d'assurance plus qu'à leur coût.

La politique générale de prévention ne mentionne pas la peau. Le rapport remis au Premier ministre le 13 juillet 2026 par la mission gouvernementale sur la prévention primordiale, confiée à M. Cyrille Isaac-Sibille, député du Rhône, rappelle que « plus de 40 % des cancers peuvent être évités grâce à la prévention ». Il fait de la santé environnementale et des comportements favorables à la santé deux des six priorités qu'il propose d'inscrire dans la stratégie nationale de santé. **Il ne mentionne pas les cancers cutanés, ni les ultraviolets.** La prévention des risques liés aux ultraviolets répond pourtant à chacun de ses critères : un déterminant environnemental et comportemental, des lieux de vie identifiés — l'école, le travail —, des interventions dont l'efficacité est démontrée (V.3) et un rendement documenté (Partie XIII). Les signataires proposent donc qu'elle trouve sa place dans ces deux priorités. Le rapport relève aussi que le nombre de médecins du travail est passé de 5 108 en 2012 à 4 265 en 2023 : le repérage cutané des travailleurs exposés, recommandé par l'Anses, devra s'appuyer sur les dermatologues, les équipes de soins spécialisés et la téléexpertise.

V.6 — Deux initiatives françaises de sensibilisation

La sensibilisation au risque solaire repose aujourd'hui en France sur des initiatives professionnelles et associatives, sans coordination nationale. Deux d'entre elles illustrent ce qui se fait, à des échelles différentes.

	Juin Jaune	Mai Violet
Porteurs	Dermatologues de Franche-Comté (Asfoder), avec l'association de patients À fleur de peau et le CHU de Besançon	France Asso Cancer et Peau, association de patients membre de la Fédération Française de la Peau et de Global Skin ; partenaires : Association des maires de France (depuis 2019), Fédération hospitalière de France, Santé publique France, pharmaciens, maisons de santé pluriprofessionnelles, universités
Échelle	Régionale à l'origine (2021, Bourgogne-Franche-Comté en 2023) ; relayée depuis dans d'autres régions et présentée comme « campagne nationale »	Nationale, multicanale : cinémas, affichage urbain, gares, mairies, universités, entreprises, presse, radio, télévision, réseaux sociaux
Message	« Où que tu sois, du soleil méfie-toi ! » : la photoprotection toute l'année ; le mois de juin, celui du solstice et des manifestations de plein air	« UV = Cancer : toujours pas capté ? » (depuis 2024 ; prix coup de cœur du jury de la Fédération nationale de l'information médicale en 2025) : une « culture UV » ; campagne sur le parcours de soins au cinéma et sur Instagram (« Au moindre doute, réagissez ») ; le mois de mai, aligné sur le *Skin Cancer Awareness Month*
Relais	FFFCEDV et SFD ; dermatologues libéraux et hospitaliers ; Ville de Besançon et Association santé éducation et prévention sur les territoires (ASEPT) ; médecins généralistes, pharmaciens, kinésithérapeutes	Fédération hospitalière de France (calendrier de la cancérologie publique ; courrier aux CHU en 2025) ; environ 1 100 maisons de santé et 1 200 pharmacies ; collectivités et CPTS ; mairies éclairées en violet ; environ 2 millions de spectateurs au cinéma et 2 millions de vues sur Instagram ; 30 000 dépliants et 10 000 affiches

Données de la campagne Mai Violet transmises par France Asso Cancer et Peau (novembre 2026).

Ces initiatives témoignent d'une mobilisation portée par les professionnels et les patients ; en l'absence de coordination nationale, leurs messages, leurs calendriers et leurs moyens se dispersent. La Contribution ne choisit pas entre elles. **Un canal national unique, mutualisant les efforts de chacun, devra à terme être retenu ; le choix du message, du calendrier et du porteur relève de la mission de préfiguration.**

V.7 — Au-delà des ultraviolets : la dermatologie dans les autres politiques de prévention

Le tabac. Le tabagisme est associé au psoriasis, à la maladie de Verneuil, aux carcinomes épidermoïdes de la peau et des muqueuses, aux troubles de la cicatrisation et au vieillissement cutané prématuré. Le dermatologue, qui suit ces patients au long cours, est un relais naturel du conseil au sevrage.

Le surpoids. L'obésité est un facteur de risque ou d'aggravation du psoriasis, de la maladie de Verneuil, des infections cutanées, de l'insuffisance veineuse et des ulcères de jambe ; l'acanthosis nigricans est un marqueur cutané de l'insulinorésistance. La consultation dermatologique peut être un point de repérage et d'orientation, sans faire du dermatologue un nutritionniste.

La vaccination. Plusieurs vaccins préviennent des maladies dont la peau est l'organe cible. La vaccination contre les papillomavirus réduit d'environ 60 % le risque de condylomes anogénitaux dans les essais randomisés ; la vaccination contre le zona par vaccin recombinant présente une efficacité de 90 à 95 % chez les adultes de 50 ans et plus, avec une forte réduc-

tion des douleurs post-zostériennes ; une vaccination complète contre le mpox réduit d'environ 82 % le risque d'infection chez les personnes exposées. Le dermatologue identifie et informe les patients concernés — une consultation d'adolescent, par exemple pour une acné, est l'occasion de vérifier la vaccination contre les papillomavirus.

Les infections sexuellement transmissibles. La plupart s'expriment sur la peau et les muqueuses, et la vénéréologie fait partie intégrante de la spécialité. Elles progressent : en 2024, environ 61 100 diagnostics de chlamydiose, 25 800 de gonococcie et 6 500 de syphilis ont été enregistrés dans les données de l'Assurance maladie, auxquels s'ajoutent 22 200, 13 500 et 2 500 diagnostics en centres gratuits de dépistage (CeGIDD). La gonococcie a augmenté de 35 % depuis 2022 ; la syphilis de 12 % en un an, et de 24 % chez les femmes, ce qui expose au risque de syphilis congénitale. Environ 5 100 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2024. La prévention est désormais combinée — préservatif, dépistage répété, vaccinations, prophylaxie pré-exposition, et pour certaines personnes doxycycline post-exposition — et son principal frein est l'inégalité d'accès. Environ 124 000 personnes ont initié une prophylaxie pré-exposition du VIH depuis 2016, et 67 500 l'utilisaient au premier semestre 2025 ; elles restent majoritairement des hommes ayant des relations avec des hommes, nés en France et résidant en Île-de-France ou dans une métropole. La vaccination contre les papillomavirus est remboursée jusqu'à 26 ans inclus pour tous depuis décembre 2025. L'essai français ANRS DOXYVAC, auquel ont participé des dermatologues-vénéréologues, a montré qu'une prise de doxycycline après un rapport non protégé réduisait de 83 % le risque de chlamydiose et de syphilis ; la Haute Autorité de santé en a strictement encadré l'usage en janvier 2025, en raison du risque d'antibiorésistance. Les dermatologues-vénéréologues exercent dans les CeGIDD, assurent les consultations de recours hospitalières et voient en ville une grande part des lésions génitales ; leur place dans les instances de pilotage de la santé sexuelle reste peu visible, et la consultation de santé sexuelle est peu valorisée. *L'état des lieux complet figure en annexe 8.*

Les dermatoses professionnelles. Les maladies de peau représentent une part importante des maladies professionnelles déclarées en Europe — jusqu'à 40 % dans certains pays —, principalement des dermatites de contact, des urticaires et des cancers cutanés. Elles sont liées aux ultraviolets, aux ciments, solvants, huiles, résines et métaux, aux lavages répétés des mains et au port prolongé de gants. Leur prévention est collective et se joue sur les conditions de travail ; le dermatologue y contribue par le diagnostic précoce et l'identification des expositions, en lien avec le médecin du travail, au bénéfice du maintien dans l'emploi.

Le retentissement psychosocial des dermatoses visibles. Psoriasis, maladie de Verneuil, acné sévère, vitiligo, pelade, dermatite atopique, dermatoses génitales : la prévention du handicap psychosocial passe par l'information du public sur les traitements existants, le diagnostic précoce, le repérage de la souffrance psychologique et la lutte contre la stigmatisation (Partie IV).

La prévention dermatologique ne se limite donc pas aux cancers de la peau. La peau est visible, accessible, directement exposée, et souvent le premier organe à révéler une maladie non dermatologique : un acanthosis nigricans peut être le premier signe d'une résistance à l'insuline et d'un diabète, une hypertrichose associée à une acné celui d'un syndrome des ovaires polykystiques et d'une infertilité, une dermatomyosite peut révéler un cancer. La dermatologie a vocation à être pleinement intégrée à la politique nationale de prévention.

▶ Propositions

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Une stratégie interministérielle de prévention des risques liés aux ultraviolets, solaires et artificiels — santé, éducation nationale, travail, environnement, sports, collectivités, tourisme —, préparée par la mission de préfiguration de la loi-cadre avec les collectivités, les associations, les partenaires sociaux, l'Assurance maladie et les mutuelles, assortie d'objectifs et d'indicateurs publiés et d'une programmation pluriannuelle. Un message national unique : la photoprotection raisonnée, fondée sur l'indice UV. Améliorer les registres permettant de mesurer l'incidence des cancers cutanés, mélanomes comme carcinomes. La mission dira si le suivi de cette stratégie requiert une structure interministérielle dédiée, et en chiffrera le coût. Cette stratégie s'inscrit dans les priorités « santé environnementale » et « comportements favorables à la santé » que le rapport de la mission gouvernementale sur la prévention primordiale propose pour la stratégie nationale de santé. *Bénéfice : une politique de prévention dotée d'objectifs et d'indicateurs, pour le cancer le plus fréquent de France, dont 83,5 % des mélanomes des personnes de trente ans et plus sont attribuables au rayonnement UV solaire. Véhicule : mission de préfiguration ; stratégie inscrite dans la loi-cadre (Partie XIV), avec la stratégie nationale de santé.*

2. PROTÉGER LES ENFANTS.

- Faire de la protection solaire des enfants une priorité sanitaire, par un plan national « Soleil-Enfance », et intégrer l'éducation à la photoprotection aux programmes scolaires : ombre, vêtements, chapeau et limitation des expositions aux heures de fort indice UV en constituent le socle, la crème solaire le complément.
- Former et outiller les enseignants, les animateurs, les éducateurs sportifs et les professionnels de la petite enfance, en s'appuyant sur les interventions reconnues efficaces.
- Inscrire la prévention solaire parmi les thématiques prioritaires du service sanitaire des étudiants en santé.
- Recenser les lieux accueillant des enfants dépourvus d'ombrage, et aider les collectivités à les équiper. *Bénéfice : protéger l'âge où se constituent l'essentiel des expositions et des comportements, alors que 58 % des parents pensent qu'une crème solaire à indice élevé suffit à protéger leur enfant. Véhicule : programmes scolaires (ministère chargé de l'éducation nationale) ; service sanitaire des étudiants en santé ; collectivités territoriales pour l'ombrage ; Union nationale du sport scolaire (UNSS) et fédérations sportives pour les sports de plein air.*

3. PROTÉGER LES TRAVAILLEURS EN EXTÉRIEUR.

- Évaluer d'abord l'exposition des travailleurs et l'efficacité des mesures de protection.
- Compléter le décret du 27 mai 2025, ou créer un programme national de prévention des ultraviolets professionnels, pour faire de la protection solaire un équipement de prévention à part entière — vêtements couvrants, couvre-chefs, ombre, organisation des horaires, information des travailleurs — et intégrer le risque ultraviolet à l'évaluation des risques professionnels, avec un indicateur national d'exposition.

- Former les services de prévention et de santé au travail, et organiser avec les dermatologues — notamment par les équipes de soins spécialisés et la téléexpertise — le repérage des lésions suspectes chez les travailleurs exposés.
- Systématiser l'examen cutané lors des visites de médecine du travail des salariés exposés, comme le recommande l'Anses.
- Inscrire le cancer cutané lié à l'exposition professionnelle aux ultraviolets aux tableaux de maladies professionnelles, du régime général et du régime agricole, comme l'expertise de l'Anses d'octobre 2026 en établit le fondement. *Bénéfice : reconnaître et prévenir un risque professionnel dont l'Anses a établi le fondement en octobre 2026, et repérer plus tôt les lésions chez les travailleurs exposés. Véhicule : décrets de création des tableaux de maladies professionnelles (ministères chargés du travail et de l'agriculture) ; code du travail ; services de prévention et de santé au travail.*

4. Réduire l'exposition aux ultraviolets artificiels : renforcer le contrôle de la réglementation des centres de bronzage, notamment l'interdiction d'accès des mineurs et de publicité ; engager l'interdiction de l'usage commercial et de la vente des appareils de bronzage, recommandée par l'Anses ; évaluer les lampes de séchage des vernis à ongles. *Bénéfice : supprimer une cause de mélanome évitable — environ 380 cas par an — sans dépense d'assurance maladie. Véhicule : loi pour l'interdiction de l'usage commercial et de la vente ; contrôle de la réglementation existante par les services de l'État.*

5. Intégrer la dermatologie aux autres politiques de prévention, et reconnaître la vénéréologie dans la politique de santé sexuelle : conseil au sevrage tabagique et repérage du surpoids dans le parcours dermatologique ; vérification et promotion des vaccinations contre des affections à expression cutanée (papillomavirus, zona, mpox pour les personnes exposées, rougeole-oreillons-rubéole) ; prévention collective des dermatoses professionnelles avec les services de santé au travail ; association des sociétés savantes de dermatologie au pilotage national et régional de la feuille de route santé sexuelle ; valorisation de la consultation de santé sexuelle en dermatologie ; compétence dermato-vénéréologique dans chaque CeGIDD, sur site ou par téléexpertise ; actualisation des recommandations françaises de prévention des IST. *Bénéfice : des parcours dermatologiques qui servent aussi les autres politiques de prévention — tabac, surpoids, vaccination, santé sexuelle, risques professionnels. Véhicule : ministère chargé de la santé (feuille de route santé sexuelle, calendrier vaccinal) ; Haute Autorité de santé pour les recommandations ; annexe 8.*

6. Instruire la prise en charge, sur prescription, d'une photoprotection globale — écran solaire et vêtements anti-UV — pour les populations à haut risque de cancer cutané et pour les jeunes enfants, sur le fondement du mécanisme dérogatoire de l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, déjà utilisé en 2009 (fiche n° 3, Partie XIII). *Bénéfice : un traitement préventif accessible aux patients pour qui la photoprotection est une nécessité médicale, et non un produit de confort. Véhicule : article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale (Demande n° 4) ; populations cibles arrêtées avec la Haute Autorité de santé.*

7. Confier à la mission de préfiguration le choix d'un canal national unique de sensibilisation au risque ultraviolet — message, calendrier, porteur —, mutualisant les initiatives existantes, et comprenant l'apprentissage de l'auto-examen cutané par

la population. *Bénéfice : un message unique, identifiable et répété, au lieu d'initiatives dispersées (voir aussi Partie XI, proposition 2). Véhicule : mission de préfiguration ; Santé publique France et Institut national du cancer.*

8. Diffuser l'indice UV, accompagné d'une brève explication de sa signification et des gestes de protection qui y correspondent, dans les bulletins météorologiques et sur les supports d'information des collectivités, des lieux de baignade et de loisirs, des pharmacies et des entreprises. *Bénéfice : une information quotidienne, comprise, qui permet à chacun d'adapter sa protection au risque réel ; un indice cité sans explication n'a pas d'effet. Véhicule : ministère chargé de la santé, Météo-France, collectivités territoriales ; sans texte nouveau.*

9. Agir auprès des adolescents et des jeunes adultes : étudier les mécanismes d'influence des réseaux sociaux, puis concevoir et évaluer des actions de contre-influence. *Bénéfice : des actions qui répondent aux comportements à risque qui se diffusent par les réseaux sociaux, évaluées avant d'être généralisées. Véhicule : Santé publique France ; recherche en santé publique.*

10. Chiffrer le coût d'une politique française de prévention dermatologique, qui ne l'a jamais été, et en suivre l'effet par l'épaisseur des mélanomes au diagnostic. *Bénéfice : une politique dont le coût est connu avant d'être décidée, et dont l'effet est mesuré par un indicateur de résultat existant. Véhicule : mission de préfiguration (annexe 5).*

PARTIE VI

Former les dermatologues et les professionnels de premier recours

L'essentiel

- La spécialité ne manque pas de candidats : elle figure parmi les plus demandées à l'issue des épreuves nationales.
- Elle n'a pas bénéficié de la hausse générale des postes d'internes — depuis 2010, ses postes ont progressé de 40 %, contre 65 % pour l'ensemble des spécialités hors médecine générale, et la part de la dermatologie dans l'ensemble des postes de spécialité est passée de 2,3 % à 1,9 % — et elle manque aujourd'hui de formateurs : 51,7 % des professeurs des universités-praticiens hospitaliers de dermatologie ont soixante ans et plus, contre 37,4 % toutes disciplines ; cinq centres hospitalo-universitaires n'ont aucun professeur ni maître de conférences dans la spécialité, et dix n'en ont qu'un seul.
- Les professionnels qui voient parfois la peau en premier — médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, podologues — sont peu formés à la dermatologie, la peau n'occupant qu'une place réduite dans leurs cursus.
- Les signataires demandent de porter progressivement à 150 le nombre de postes d'internes, faute d'autre levier d'amélioration de l'offre de soins mobilisable dans l'immédiat ; de rendre plus attractive la carrière hospitalo-universitaire et de financer les postes d'enseignants et de chefs de clinique nécessaires pour encadrer ces internes ; d'inscrire un enseignement obligatoire de dermatologie dans la formation des professionnels de premier recours ; et de réviser la maquette du diplôme.

VI.1 — Une formation de quatre ans, plus courte que celle des autres spécialités qui traitent des cancers

Le diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénéréologie dure **huit semestres**, dont cinq à six dans la spécialité (arrêté du 21 avril 2017). Il prépare à l'exercice complet de la spécialité : prise en charge médicale et médico-chirurgicale des maladies de la peau, des

phanères, des muqueuses superficielles et des infections sexuellement transmissibles, dans toutes ses composantes — oncodermatologie, immunodermatologie, dermato-allergologie, angiodermatologie, dermatologie pédiatrique, dermatologie chirurgicale, dermatologie esthétique et correctrice. Selon son projet professionnel, l'interne peut candidater à une formation spécialisée transversale, notamment en cancérologie, en maladies allergiques ou en pharmacologie médicale.

Les stages se déroulent dans des lieux agréés, avec ou sans encadrement universitaire, ou auprès d'un praticien maître de stage des universités.

Les connaissances et les compétences à acquérir ont fortement augmenté en dix ans, dans les champs du diagnostic et de la thérapeutique, mais aussi dans celui de la prévention. Sur les trente diplômes d'études spécialisées de la discipline médicale, seize durent huit semestres et quatorze en durent dix. **Parmi ces quatorze figurent l'oncologie, l'hématologie, l'anatomie et cytologie pathologiques, l'hépato-gastro-entérologie et la pneumologie**, c'est-à-dire les spécialités qui partagent avec la dermatologie la prise en charge des cancers. La dermatologie est la seule d'entre elles restée à huit semestres. Elle est pourtant une spécialité transversale, dont la classification internationale de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-11) définit plus de deux mille entités (pathologies) pouvant survenir à tous les âges de la vie, dispose d'une expertise interventionnelle propre, et assure le diagnostic et le traitement chirurgical du cancer le plus fréquent en France.

VI.2 — Les postes d'internes : dix ans de recul, un premier correctif en 2026

Depuis 2010, la dermatologie n'a pas bénéficié de la hausse des postes d'internes dans les mêmes proportions que les autres spécialités. Les postes sont fixés par spécialité depuis 2010 ; auparavant, les étudiants choisissaient une discipline, et non une spécialité. Depuis cette date, le nombre de postes ouverts en dermatologie a augmenté en valeur absolue, mais beaucoup moins vite que l'ensemble des postes de spécialité, portés par la hausse du numerus clausus. Si la dermatologie avait conservé sa part de 2010, elle aurait disposé de 121 postes en 2025, et non de 102.

Postes ouverts, hors contrats d'engagement de service public	2010	2025	2026	Évolution 2010-2025
Dermatologie et vénéréologie	73	102	129	**+40 %**
Ensemble des spécialités hors médecine générale	3 207	5 293	6 156	**+65 %**
Part de la dermatologie dans les postes de spécialité	2,28 %	1,93 %	2,10 %	−0,35 point

DREES, affectations à l'issue des épreuves classantes nationales (2010) ; arrêtés annuels de répartition (2025, 2026). Calcul dérivé pour la part.

Ces écarts résultent d'arbitrages annuels qui ne s'appuient pas sur une prévision publique des besoins de santé par spécialité. La répartition des postes entre spécialités est arrêtée chaque année, aux niveaux national et local, sans s'appuyer sur des critères pour-

tant essentiels : les besoins de santé de la population et leur évolution prévisible. Les signataires demandent que cette répartition repose sur des critères objectifs de prévision des besoins (proposition 2).

Depuis 2017, le nombre de postes de dermatologie a peu évolué. Le maximum atteint en 2023 (113 postes, dont 110 aux épreuves nationales et 3 au titre des contrats d'engagement de service public) tient à la superposition, cette année-là, de promotions relevant de l'ancien et du nouveau régime des épreuves nationales. Le nombre de postes est tombé à 94 en 2024 (91 et 3), année de transition vers les nouvelles épreuves, puis est remonté à 104 en 2025 (102 et 2). Les postes réservés aux contrats d'engagement de service public ont oscillé entre zéro et trois par an.

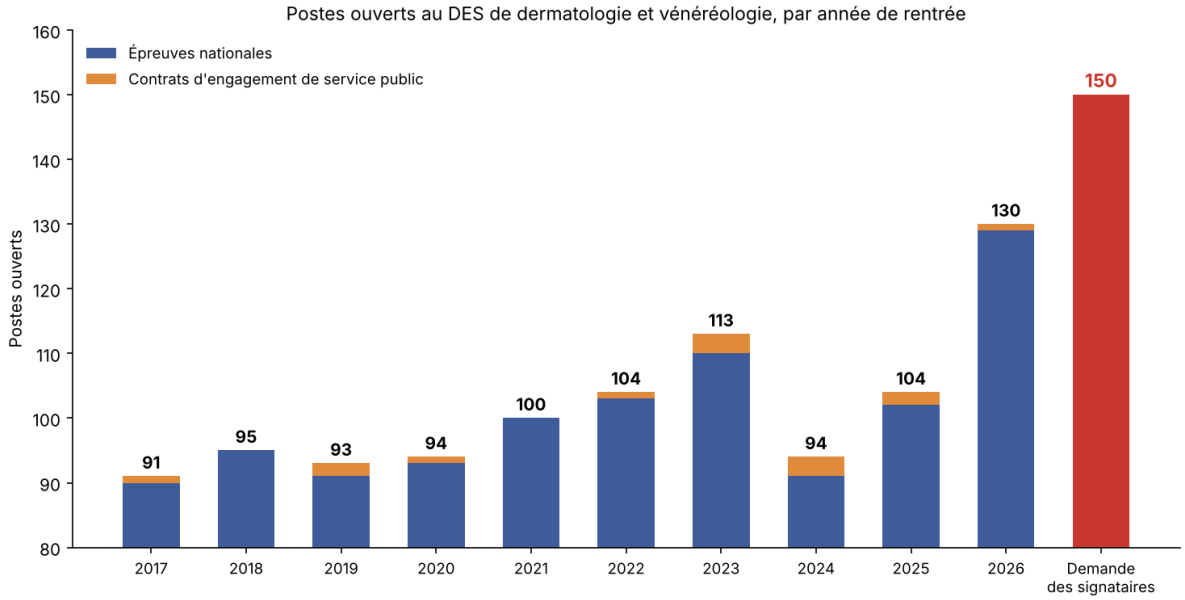


Figure 6. Postes ouverts au diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénéréologie, par année de rentrée, depuis 2017, et demande des signataires. *Arrêtés annuels de répartition des postes ; 2024 : 94 postes, dont 91 aux épreuves nationales.*

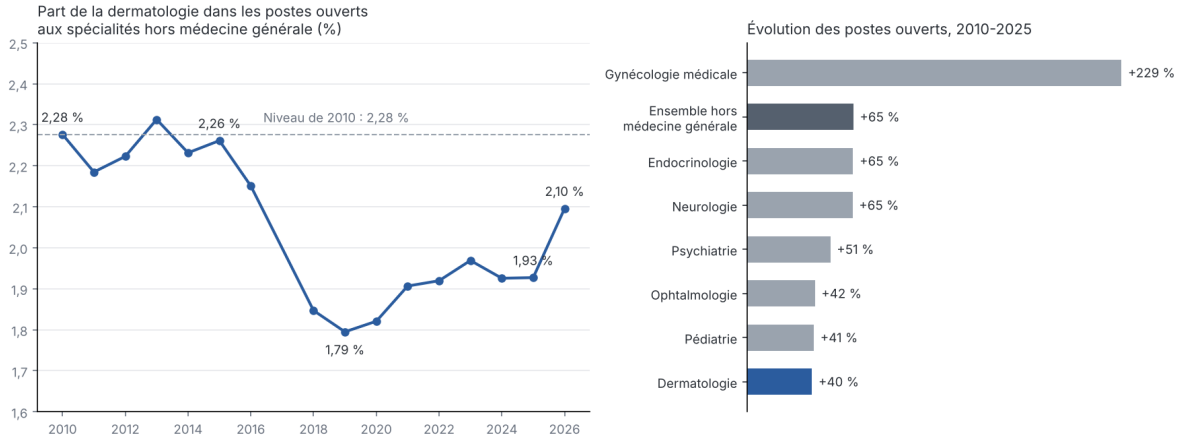


Figure 6 bis. À gauche, part de la dermatologie dans les postes ouverts aux spécialités hors médecine générale, 2010-2026 (2017 non disponible). À droite, évolution des postes ouverts entre 2010 et 2025 dans des spécialités dont le diplôme n'a été ni scindé ni fusionné depuis 2010, ce qui rend la comparaison possible. *DREES (2010-2016) ; arrêtés annuels de répartition (2018-2026) ; hors contrats d'engagement de service public. La cardiologie et l'anesthésie-réanimation ne figurent pas à droite : leur diplôme a été scindé en 2017.*

Ce retard ne tient pas à un manque d'attractivité. La spécialité figure parmi les premières choisies à l'issue des épreuves nationales, et son **taux de droit au remords, 3,2 %, est l'un des plus faibles** de toutes les spécialités, pour une moyenne de 5,1 % (cohortes 2017-2018). Les seuls postes parfois non pourvus sont ceux du second diplôme d'études spécialisées, voie de reconversion de cinq à dix postes par an. Les postes de dermatologie ne restent pas vacants : ils sont trop peu nombreux.

En 2026, un premier correctif. À la suite d'alertes répétées des professionnels, des associations de patients et de parlementaires, le nombre de postes a été porté à **129 pour l'année universitaire 2026-2027**, soit la plus forte hausse de toutes les spécialités cette année. Cette dynamique est encourageante. La part de la dermatologie dans les postes de spécialité remonte à 2,10 %, mais **elle reste inférieure à son niveau de 2010 (2,28 %)**. Les premiers internes de cette promotion n'exerceront pas avant 2030, et ce correctif, décidé pour une seule année, n'est inscrit dans aucune trajectoire.

Les autres voies d'entrée dans la spécialité — médecins diplômés dans l'Union européenne ou hors de l'Union (praticiens à diplôme hors Union européenne, dits PADHUE) — ne compensent pas le déficit. Au 1er janvier 2026, parmi les dermatologues en activité régulière, 195 sont diplômés d'un autre pays de l'Union européenne et 129 d'un pays tiers, contre 123 et 75 en 2016 : la part des diplômés à l'étranger parmi les actifs réguliers est passée de 5,7 % à 11,5 % en dix ans (Ordre des médecins, extraction du groupe démographie CNP-DV / CNOM). Le nombre de PADHUE engagés dans un parcours de consolidation en dermatologie reste faible, mais ce chiffre n'est publié nulle part : la complexité des procédures ne permet pas de l'établir au niveau national. Ce contingent ne peut donc pas être considéré comme une réponse à la pénurie. **Les organisations demandent que le Centre national de gestion, qui suit ces parcours, publie un bilan chiffré national**, sans lequel le nombre de dermatologues à former ne peut pas être correctement piloté.

Le besoin de 150 internes par an est une position des professionnels. Il n'a été repris ni par le ministère, ni par l'ONDPS, ni par la DREES. **Aucune étude publique n'a mesuré l'adéquation entre l'offre et le besoin en dermatologie,** et les organisations demandent qu'elle soit conduite pour guider les politiques publiques. En attendant, la demande se fonde sur la rupture d'accès aux soins constatée : une offre qui diminue, faute d'entrées suffisantes pour compenser les départs (Partie III), des délais d'accès qui augmentent (Partie IV), et dix ans sans anticipation de ce déficit.

VI.3 — L'encadrement universitaire, condition de toute hausse des postes

Le Centre national de gestion, établissement public de l'État, écrit dans ses données au 1er janvier 2026 qu'il faut « anticiper le renouvellement, accroître les capacités hospitalo-universitaires et le nombre de postes d'interne formés à la spécialité ». Il documente quatre faits :

- la spécialité compte **81 hospitalo-universitaires** en exercice dans un établissement au 1er janvier 2025 : 66 professeurs des universités-praticiens hospitaliers et 15 maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (Centre national de gestion, bilan des personnels hospitalo-universitaires au 1er janvier 2025) ;

- **51,7 % des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) de la spécialité ont soixante ans et plus**, contre 37,4 % des PU-PH toutes disciplines, pour un âge moyen de 57,8 ans (Centre national de gestion, données hospitalo-universitaires de la sous-section dermato-vénéréologie au 1er janvier 2026, transmises par le Collège des Enseignants en Dermatologie de France) ;
- **cinq centres hospitalo-universitaires** n'ont ni professeur ni maître de conférences en dermatologie, dont celui d'Orléans, qui n'en dispose « pas encore » ;
- **dix autres n'en ont qu'un seul**, c'est-à-dire, selon les termes du Centre national de gestion, un seul professionnel « susceptible d'assurer une continuité universitaire ou de prendre la suite au départ du PU-PH ».

La moyenne nationale masque donc des centres sans enseignant. Porter chacun des quinze centres concernés à deux enseignants, minimum pour assurer la continuité de l'enseignement et de l'encadrement, exige à lui seul vingt postes.

Ce constat n'est pas nouveau : la Société Française de Dermatologie décrivait déjà cette situation en 2018, dans son Livre Blanc.

Ouvrir des postes de titulaires hospitalo-universitaires ne suffira pas s'il n'existe pas de candidats formés et qualifiés pour les occuper.

La difficulté principale tient à l'attractivité de la carrière hospitalo-universitaire. La sous-section du Conseil national des universités soutient la nomination de jeunes hospitalo-universitaires et les identifie tôt dans leur parcours. Mais les statuts attirent peu, à commencer par celui des chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires, première étape de la carrière, et jusqu'à ceux de maître de conférences et de professeur. Le 21 janvier 2026, la conférence des doyens de médecine, avec le Conseil national des universités et les conférences des directeurs généraux et des présidents de commission médicale d'établissement de centre hospitalier universitaire, a formulé des propositions sur l'évolution de ce statut : meilleure reconnaissance, temps de travail adapté, suppression des disparités avec le statut d'assistant. **Cette question dépasse la dermatologie**, mais elle conditionne directement sa capacité à former. Les chefs de clinique et assistants ne sont d'ailleurs recensés par spécialité dans aucune publication, ce qui empêche d'en piloter les effectifs.

Rapportée au nombre d'internes à former, la capacité d'encadrement est sous tension. En 2026, chaque enseignant titulaire de dermatologie voit arriver en moyenne **1,6 nouvel interne par an** ; le diplôme durant quatre ans, il encadre ainsi plus de **six internes en formation à tout moment**, sans compter les autres étudiants qu'il forme. Pour l'ensemble des spécialités hors médecine générale, la moyenne est de **1,14 interne entrant par an et par enseignant**. Avec 150 postes et sans nouvel enseignant, la dermatologie passerait à **1,85**, soit plus de sept internes en formation par enseignant.

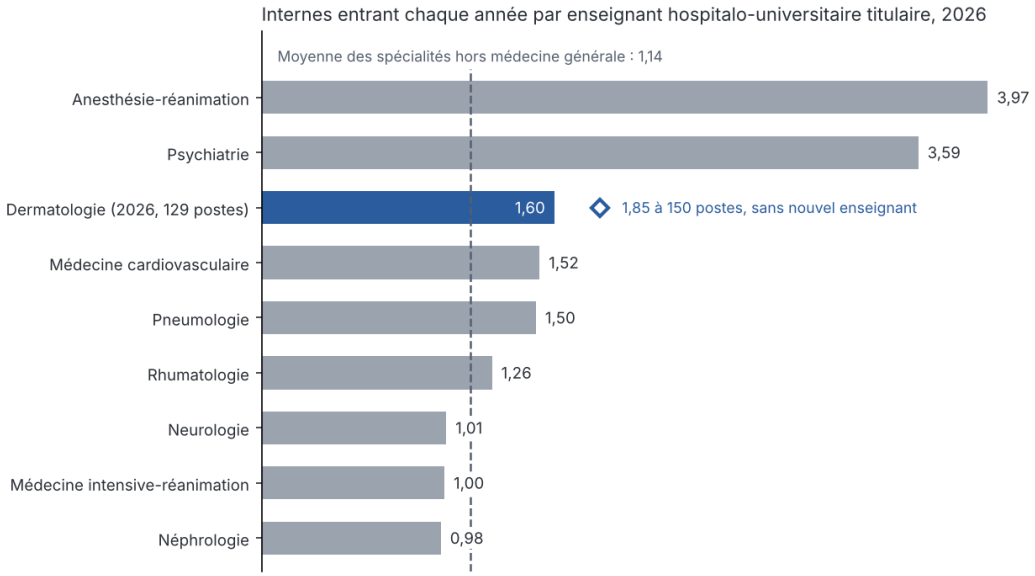


Figure 6 ter. Internes entrant chaque année par enseignant hospitalo-universitaire titulaire, dans neuf spécialités, en 2026. *Enseignants hospitalo-universitaires en exercice en établissement : Centre national de gestion, bilan au 1er janvier 2025, pour la dermatologie (66 PU-PH et 15 MCU-PH) comme pour les autres spécialités ; postes 2026, contrats d'engagement de service public inclus ; moyenne calculée hors contrats d'engagement de service public. Ce rapport mesure l'encadrement universitaire ; l'encadrement en stage repose aussi sur les praticiens hospitaliers et sur les maîtres de stage libéraux.*

L'encadrement doit être au moins équivalent à la moyenne des spécialités. Ramener la dermatologie au rapport moyen de 1,14 interne entrant par enseignant titulaire suppose, avec 150 postes, 131 enseignants titulaires : **50 postes de titulaires et 36 postes de chefs de clinique à créer**, pour **5,6 à 5,8 millions d'euros bruts par an** en régime permanent (tableau 4). Cet objectif est un minimum. Le niveau, le rythme et le coût de l'augmentation du corps enseignant devront être précisés par la mission de préfiguration, à partir de données complémentaires qui tiennent compte de l'ensemble des paramètres. Trois raisons justifient de ne pas viser moins :

- *la charge d'enseignement dépasse les internes de la spécialité.* Selon les facultés, les enseignants de dermatologie peuvent former, outre leurs internes, les étudiants de deuxième cycle, les infirmiers et, demain, les internes de médecine générale, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les sages-femmes et les infirmiers en pratique avancée. Former davantage de professionnels de santé représente un temps universitaire qui dépasse largement l'encadrement des seuls internes de la spécialité. Le nombre d'enseignants doit tenir compte de cette charge ;
- *les centres sans enseignant ou n'en comptant qu'un seul doivent être servis en priorité* dans la répartition des postes créés, ce qu'une moyenne nationale par spécialité ne garantit pas à elle seule ;
- *le corps enseignant doit se renouveler en même temps qu'il s'élargit.* Plus de la moitié des hospitalo-universitaires de la spécialité partiront pendant la durée du plan : chaque départ devra être remplacé en plus des créations de postes, faute de quoi l'encadrement reculerait au lieu de progresser.

Tableau 4 — Encadrement nécessaire pour 150 internes par an, et coût en régime permanent

	Internes entrants par enseignant	Enseignants titulaires	Postes de titulaires à créer	Postes de chefs de clinique à créer	Rémunération brute annuelle
Moyenne des spécialités hors médecine générale (2026)	1,14	—	—	—	—
Dermatologie en 2026 (130 postes, contrats d'engagement de service public inclus)	1,60	81	—	—	—
Dermatologie à 150 postes, sans création	1,85	81	—	—	—
Objectif : encadrement au moins égal à la moyenne	**1,14**	**131**	**50**	**36**	**5,6 à 5,8 M€**

Calcul dérivé. Postes de titulaires valorisés au coût d'un maître de conférences des universités-praticien hospitalier (environ 85 600 € bruts par an : part universitaire moyenne et émoluments hospitaliers médians) ; chefs de clinique entre 36 430 € et 42 422 € bruts par an selon l'ancienneté (arrêtés du 13 décembre 2021 modifié et du 29 juin 2023). Nombre de chefs de clinique fixé au rapport national observé en médecine (0,73 chef de clinique, assistant ou praticien hospitalo-universitaire par titulaire). Montants hors charges employeur et hors indemnités d'exclusivité et de gardes : ce sont des minorants. Le coût se répartit entre l'État (part universitaire) et les établissements (part hospitalière). La montée en charge s'étalerait sur les dix ans du plan, au rythme de formation des futurs enseignants.

La demande de 150 postes est donc indissociable d'une demande d'encadrement. Ouvrir des postes d'internes sans renforcer le corps enseignant alourdirait la charge d'un corps qui vieillit et se réduit, au détriment de la qualité de la formation.

L'encadrement en stage ambulatoire n'est pas mesurable avec les données publiques. Le nombre de maîtres de stage universitaires agréés en dermatologie, le nombre de terrains de stage ambulatoires agréés et, surtout, le nombre de ces terrains effectivement ouverts au choix des internes à chaque semestre ne sont connus que des agences régionales de santé. Un agrément ne signifie pas que le terrain est proposé à chaque choix. Sans ces données, publiées par subdivision, aucune extension des stages ambulatoires ne peut être correctement planifiée.

VI.4 — Une maquette de formation à actualiser

Sept évolutions sont demandées :

1. faire passer les **actes techniques** du registre de la connaissance à celui de la compétence, avec un suivi quantifié des actes réalisés en autonomie dans un portfolio numérique ;
2. **renforcer la formation en chirurgie dermatologique**, partie intégrante de la spécialité. L'incidence des cancers cutanés augmente, et leur prise en charge chirurgicale devient un enjeu de santé publique à mesure que la démographie médicale recule. Au-delà du séminaire obligatoire, tous les dermatologues doivent acquérir l'autonomie dans les actes de chirurgie dermatologique oncologique de base, ce qui suppose un accès facilité à des terrains de stage hospitaliers et libéraux adaptés ;

3. **renforcer la formation en imagerie cutanée** — dermoscopie, vidéodermoscopie, tomographie par cohérence optique à confocalité linéaire —, dont l'intégration aux parcours améliore le dépistage et la prise en charge chirurgicale des cancers cutanés ;
4. **développer les stages ambulatoires** sur l'ensemble du territoire, en ouvrant de nouveaux terrains et en facilitant la formation des maîtres de stage universitaires. La majorité de l'activité dermatologique étant libérale, ces stages forment à la dermatologie interventionnelle, mais aussi à l'organisation des soins, aux parcours de prise en charge et à la coopération entre professionnels, piliers de l'organisation territoriale ;
5. inscrire la formation **au management, à la supervision, à la délégation de tâches et à la coordination des soins**. Un dermatologue formé aujourd'hui n'apprend ni à superviser, ni à encadrer, ni à travailler au sein d'un réseau de coordination. Ce mode d'exercice est pourtant au cœur de la pratique libérale et du maillage territorial ;
6. inscrire la formation **à la santé numérique appliquée à la dermatologie** : la téléexpertise, la téléconsultation et la télésurveillance font désormais partie de la pratique courante de la spécialité, et les internes doivent apprendre à les utiliser au cours de leur cursus ;
7. intégrer une formation à **l'usage de l'intelligence artificielle** en santé, dans les champs diagnostique, thérapeutique et de recherche de la dermatologie.

La durée du diplôme. Intégrer ces évolutions, indispensables à la spécialité et aux patients, conduira probablement à allonger le diplôme à dix semestres. Le diplôme comprend aujourd'hui deux semestres de phase socle, quatre semestres d'approfondissement et une année de consolidation, phase pendant laquelle l'interne exerce sous le statut de docteur junior créé par le décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018. **La voie proposée est une seconde année de consolidation, sous ce même statut, adossée à une hausse des stages en cabinet libéral.** La médecine générale en fournit un précédent : depuis novembre 2026, ses docteurs juniors de quatrième année exercent en cabinet, en maison de santé pluriprofessionnelle ou en centre de santé, « en autonomie supervisée aux côtés d'un médecin généraliste maître de stage universitaire ». Les signataires ne demandent pas pour la dermatologie un degré d'autonomie équivalent. Cette année supplémentaire produirait du soin : des internes en fin de cursus renforceraient les cabinets libéraux, tandis que les services hospitaliers conserveraient un contingent d'internes suffisant pour maintenir leur activité. Elle suppose deux conditions : des terrains de stage et des maîtres de stage libéraux en nombre suffisant, qui manquent aujourd'hui (VI.3), et une transition organisée, puisque l'année de sa mise en place aucune promotion ne terminerait son diplôme.

Les organisations demandent donc que cette seconde année de consolidation soit instruite par la mission de préfiguration de la loi-cadre, sur la base d'un inventaire exhaustif, subdivision par subdivision, des capacités de formation hospitalières et libérales, et avec des garanties de renforcement des territoires les moins dotés, avant toute inscription dans la maquette. **L'allongement ne serait retenu que si ce travail en établit la faisabilité organisationnelle, budgétaire et l'accord de l'ensemble des parties prenantes** ; à défaut, les évolutions proposées de la maquette seraient intégrées à durée inchangée.

VI.5 — La formation continue des dermatologues

La formation continue de la spécialité est assurée par ses organisations, notamment la Société Française de Dermatologie et la Fédération Française de Formation Médicale Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie. Elle est structurée et régulièrement actualisée.

Elle a intégré plusieurs évolutions majeures : l'arrivée des biothérapies et des inhibiteurs de JAK, qui transforme le suivi des maladies inflammatoires chroniques et conditionne l'accès des patients aux thérapies innovantes ; la généralisation de la téléexpertise, qui suppose d'interpréter des images à distance dans des conditions dégradées ; l'essor de l'imagerie cutanée ; et l'arrivée des dispositifs de détection automatisée, dont le règlement européen sur l'intelligence artificielle, modifié en juillet 2026, fixe l'échéance au 2 août 2028. Ces formations ont été intégrées au parcours de certification périodique validé par le Conseil national professionnel, régulièrement actualisé.

VI.6 — La dermatologie dans la formation des professionnels de premier recours

La formation des professionnels de premier recours à la dermatologie est l'enjeu le plus sous-estimé du dossier.

Le premier avis sur un problème de peau n'est le plus souvent pas celui d'un dermatologue. C'est celui du médecin traitant, du pharmacien d'officine, de l'infirmier, de la sage-femme, du kinésithérapeute, du podologue, du médecin du travail ou du médecin scolaire : autant de sentinelles de la peau. L'étude *Objectifs Peau* établit que **54 % des patients ne sont plus suivis par un dermatologue après le premier diagnostic**, et que 22 % le sont par un autre médecin. Une fois le diagnostic posé et la prise en charge engagée, le suivi peut souvent être assuré par le professionnel qui a adressé le patient ou par un autre professionnel de santé. Ces professionnels doivent être formés.

L'état des lieux dressé par la Société Française de Dermatologie en 2018 — le seul disponible, à actualiser — était le suivant :

- dix à trente heures consacrées à la peau normale en deuxième année du premier cycle, avec des écarts importants entre facultés ;

- une vingtaine d'heures consacrées à la discipline dans le deuxième cycle ;

- des stages hospitaliers de durée très variable, de quatre mois par demi-journées à un ou deux mois à temps plein, avec peu de places ;

- aucune formation structurée à la dermatologie dans le diplôme d'études spécialisées de médecine générale ;

- une formation des pharmaciens d'officine qualifiée de « très sommaire ».

Ce déficit a trois conséquences.

Des adressages sans hiérarchisation. Faute de formation aux dermatoses courantes, le premier recours adresse au dermatologue des situations qu'il pourrait prendre en charge lui-même. Là où la téléexpertise est organisée, **un rendez-vous dermatologique sur deux est**

évité : une part importante des demandes relève d'une question à laquelle un avis sur image répond. Mieux former les médecins généralistes aux dermatoses courantes réduirait rapidement ces recours, et réserverait l'expertise spécialisée aux situations complexes.

Des lésions suspectes repérées tardivement. La téléexpertise fluidifie le parcours, mais le repérage initial dépend de la capacité du premier recours à identifier une lésion suspecte, donc de sa formation.

Des téléexpertises pour des dermatoses relevant des soins primaires, et des leviers moins efficaces. La téléexpertise suppose un professionnel requérant, médecin ou non, capable de photographier correctement une lésion, de décrire le contexte clinique et de poser la bonne question au professionnel requis. La délégation suppose un professionnel formé à l'identification des lésions cutanées. Aucun des deux leviers étudiés aux Parties VII et VIII ne fonctionne pleinement avec un premier recours non formé.

L'identification de pathologies cibles courantes, assortie d'algorithmes de décision, permettrait d'engager plus tôt la prise en charge. Les réseaux de soins organisés territorialement autour des dermatologues (ESS), appuyés sur le numérique, assurent en outre une formation continue de ces professionnels, tout en garantissant aux patients un recours au dermatologue lorsqu'il est nécessaire.

VI.7 — Les limites de la formation des autres professionnels

Former les professionnels de premier recours ne remplace pas les dermatologues. Le diagnostic différentiel d'une lésion pigmentée, l'interprétation dermoscopique, la décision d'exérèse et la marge de celle-ci, le diagnostic d'une toxidermie grave, la conduite d'une biothérapie supposent une formation dont la durée est la raison d'être du diplôme d'études spécialisées.

Un premier recours mieux formé modifie la demande de soins spécialisés sans la supprimer. Il prend en charge lui-même davantage de dermatoses courantes, mais repère aussi davantage de lésions suspectes, qu'il adresse. Ce second effet est souhaitable, puisqu'il permet de trouver des cancers plus tôt, mais il suppose un spécialiste disponible en aval.

Propositions

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Porter progressivement à 150 le nombre de postes ouverts au diplôme d'études spécialisées, au plus tard en 2030, en renforçant parallèlement les capacités d'encadrement. Maintenir ce chiffre pendant dix ans, puis le réévaluer au regard des besoins de santé de la population. Coût des 21 postes supplémentaires par rapport à 2026 : **1,8 à 2,9 millions d'euros par an** de part non couverte par les forfaits de financement des études médicales, 2,9 à 4,1 millions d'euros en coût brut chargé. *Bénéfice : reconstituer l'offre de soins dermatologiques et la capacité de former les autres professionnels de santé. Véhicule : arrêté annuel des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé fixant le nombre de postes ouverts ; trajectoire inscrite dans la loi-cadre (proposition 2).*

2. Inscrire dans la loi une trajectoire pluriannuelle de formation, révisable sur la base de projections territoriales et d'une étude publique de l'adéquation entre l'offre et le besoin, que l'arrêté annuel de répartition exécute ; **fonder la répartition annuelle des postes entre spécialités sur des critères objectifs et publics de prévision des besoins de santé de la population**. *Bénéfice : une formation pilotée sur dix ans, et non décidée chaque année sans visibilité. Véhicule : loi-cadre (trajectoire et critères) ; arrêté annuel de répartition ; étude d'adéquation confiée à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.*

3. Rendre plus attractive la carrière hospitalo-universitaire, en faisant évoluer les statuts hospitalo-universitaires, à commencer par celui des chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires, conformément aux propositions de la conférence des doyens du 21 janvier 2026 — le statut freine aussi l'attractivité des carrières de maître de conférences et de professeur —, et publier leurs effectifs par spécialité. *Bénéfice : un vivier d'enseignants pour former les internes supplémentaires. Véhicule : décret statutaire des personnels enseignants et hospitaliers ; publication annuelle par le Centre national de gestion.*

4. Prescrire la révision de la maquette du diplôme d'études spécialisées par un arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, en y intégrant les sept évolutions décrites en VI.4, et **confier à la mission de préfiguration l'instruction de l'allongement à dix semestres**, par une seconde année de consolidation sous le statut de docteur junior, adossée à une hausse des stages libéraux, sur la base d'un inventaire, par subdivision, des capacités de formation hospitalières et libérales ; l'allongement ne serait retenu que si ce travail en établit la faisabilité. *Bénéfice : des dermatologues formés à l'exercice actuel de la spécialité (VI.4) ; une année de soins supplémentaire assurée en cabinet libéral par des internes de fin de cursus, sans dégarnir les services hospitaliers ; un allongement décidé sur des capacités de formation vérifiées. Véhicule : loi-cadre (prescription de la révision) ; arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ; mission de préfiguration (instruction).*

5. Financer des postes d'enseignants titulaires et de chefs de clinique en dermatologie, en garantissant en priorité une masse critique suffisante aux centres hospitalo-universitaires qui n'ont aucun titulaire et à ceux dont le seul titulaire a plus de soixante ans. Un encadrement au moins équivalent à la moyenne des spécialités (VI.3) suppose 50 postes de titulaires et 36 postes de chefs de clinique sur la durée du plan, pour **5,6 à 5,8 millions d'euros bruts par an** en régime permanent ; ce minimum sera précisé par la mission de préfiguration, en tenant compte de la charge d'enseignement auprès des autres professionnels. *Bénéfice : une hausse des postes d'internes qui ne dégrade pas la qualité de leur formation. Véhicule : révision des effectifs hospitalo-universitaires par les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ; centres hospitalo-universitaires.*

6. Inscrire un enseignement de dermatologie obligatoire dans le diplôme d'études spécialisées de médecine générale — pathologies courantes, dermoscopie, repérage des lésions à risque, téléexpertise — et encourager les stages de trois à six mois en dermatologie libérale ou hospitalière. *Bénéfice : des dermatoses courantes prises en charge dès le premier recours, et des lésions suspectes repérées plus tôt. Véhicule : arrêté fixant la maquette du diplôme d'études spécialisées de médecine générale ; agrément des terrains de stage.*

7. Inscrire un enseignement de dermatologie obligatoire dans la formation des pharmaciens d'officine. *Bénéfice : un conseil officinal sûr pour les dermatoses courantes, et l'orientation rapide vers un médecin des lésions qui le justifient. Véhicule : arrêté relatif aux études en vue du diplôme d'État de docteur en pharmacie.*

8. Renforcer la formation à la dermatologie des autres professionnels qui agissent comme sentinelles de la peau : former les infirmiers à la délégation de tâches en dermatologie et intégrer la dermatologie à la formation des infirmiers en pratique avancée ; renforcer la formation des kinésithérapeutes, des sages-femmes et des podologues. *Bénéfice : des professionnels capables de reconnaître les situations à orienter, condition de la délégation et du recours organisés en Partie VII. Véhicule : référentiels de formation de chaque profession (arrêtés ministériels) ; articulation avec la Partie VII, proposition 3.*

9. Développer l'encadrement dans les territoires : faciliter la formation et l'agrément de maîtres de stage universitaires en dermatologie libérale, condition du développement des stages ambulatoires, et soutenir la création de postes d'enseignants associés (professeurs et maîtres de conférences associés). *Bénéfice : des internes formés aussi à l'exercice de ville, et une offre de stage qui accompagne la hausse des postes dans tous les territoires. Véhicule : agrément des maîtres de stage par les universités ; postes d'enseignants associés (ministère chargé de l'enseignement supérieur, universités).*

10. Encadrer les diplômes universitaires et les actions de développement professionnel continu présentés comme des formations à la dermatologie, afin que leur contenu soit validé par la spécialité et dispensé avec des dermatologues, dans l'intérêt de la qualité des soins. *Bénéfice : des médecins généralistes mieux formés à la dermatologie courante, qui orientent à bon escient vers le dermatologue ; un diplôme universitaire de dermatologie ne fait pas de son titulaire un dermatologue. L'Ordre des médecins affirme qu'un simple diplôme universitaire ne permet pas, par*

exemple, à un médecin généraliste de coter un avis ponctuel de consultant (Partie X. 3.a). Véhicule : orientations prioritaires et critères d'enregistrement des actions de l'Agence nationale du développement professionnel continu ; avis du Conseil national professionnel et du Collège des enseignants sur les diplômes universitaires de dermatologie.

11. Publier un bilan chiffré national des praticiens entrant dans la spécialité par d'autres voies que l'internat — diplômés de l'Union européenne, praticiens diplômés hors Union en parcours de consolidation, reconversions —, sur la base des données du Centre national de gestion. *Bénéfice : une projection complète des effectifs futurs, sur laquelle fonder la trajectoire de formation (proposition 2). Véhicule : publication annuelle du Centre national de gestion.*

PARTIE VII

Coordination des soins, délégation de tâches et nouveaux métiers

L'essentiel

- La dermatologie a organisé la délégation de tâches avant qu'on le lui demande : elle a construit des protocoles de coopération, établissement par établissement ; aucun n'a encore été soumis pour une extension nationale : la procédure existe, mais elle n'a pas été utilisée.
- La réforme infirmière de 2025-2026 ouvre de nouvelles possibilités de délégation de tâches, notamment pour les plaies et le dépistage des infections sexuellement transmissibles ; elles ne bénéficieront au patient que si les infirmiers sont formés à reconnaître les situations dans lesquelles le patient doit être orienté vers le dermatologue, et si un dermatologue reçoit les patients ainsi orientés.
- Cette réforme confie en outre à l'infirmier des diagnostics d'exclusion, c'est-à-dire la décision d'écarter une situation qui relève du médecin, dont il portera directement la responsabilité.
- Les infirmiers en pratique avancée (IPA) sont 3 973 en France ; aucun de leurs cinq champs d'exercice n'est consacré aux maladies de la peau.
- La coopération et la délégation concernent aussi l'aide opératoire au cabinet : dans 59 % des cas, le dermatologue opère seul, sans aide. Avec une aide, il pourrait réduire son temps opératoire et opérer plus de patients sur une même plage horaire.
- Les signataires demandent que les infirmiers en accès direct soient formés aux situations dermatologiques qu'ils rencontrent et que des dermatologues soient associés à l'évaluation de cette expérimentation, que les protocoles qui ont fait leurs preuves soient étendus au niveau national selon un calendrier, que la formation précède toute nouvelle délégation, que le recours dermatologique des nouvelles compétences infirmières soit organisé dans une coordination locale dotée de moyens, que, dans les territoires sous-dotés, l'adressage par tout médecin généraliste au sein d'un parcours coordonné ouvre l'accès au dermatologue, et que toute ouverture de la pratique avancée aux maladies de la peau soit précédée d'une formation validée par la spécialité et s'exerce sous la supervision d'un dermatologue.

VII.1 — Un cadre juridique renouvelé depuis 2025

En un an, quatre textes ont transformé l'exercice infirmier.

- **La loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier** redéfinit l'exercice : consultation, diagnostic infirmier, droit de prescription encadré. Son article 6 ouvre une expérimentation de trois ans dans cinq départements, dont un ultramarin, permettant aux infirmiers de prendre en charge directement des patients au-delà de leur périmètre habituel. Son évaluation est confiée à la Haute Autorité de santé et à l'Académie nationale de médecine avant toute généralisation.
- **Le décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025** relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier en tire les conséquences réglementaires.
- **Deux arrêtés du 26 juin 2026**, publiés au Journal officiel du 27 juin, fixent la liste des actes et soins infirmiers et la liste des produits que les infirmiers peuvent prescrire.

Deux champs concernent directement les patients atteints d'une maladie de peau.

Les plaies. L'infirmier prend désormais en charge « la prévention, l'évaluation et le traitement » de la plaie chronique et de la plaie aiguë. Il peut prescrire, pour sept jours, les pansements, les antiseptiques et les dispositifs nécessaires. Le texte exclut plusieurs situations qui relèvent d'une prise en charge médicale, parmi lesquelles le pied diabétique, les plaies liées aux traitements du cancer, les plaies du visage ou de la main et les plaies qui ne cicatrisent pas malgré les soins. Il demande à l'infirmier d'identifier ces exclusions et d'orienter le patient. **Cette orientation suppose que l'infirmier sache reconnaître ces situations : c'est d'abord une question de formation. Écarter une situation qui relève du médecin suppose aussi de poser un diagnostic d'exclusion.**

Les infections sexuellement transmissibles. L'infirmier réalise et lit, donc interprète, les tests de dépistage standardisés (VIH, hépatites, syphilis, chlamydia, gonocoque) et informe sur la prophylaxie pré-exposition et post-exposition. La vénéréologie, qui relève de la spécialité, en est directement concernée (Partie V et annexe 8). Un dépistage réalisé sans indication médicale préalable appelle une évaluation de la pertinence des prescriptions d'examens et de la prise en charge des résultats positifs.

Les organisations signataires souscrivent à l'objectif d'accès aux soins de cette réforme et en soulignent les risques. Cette ouverture de compétences n'a pas fait l'objet d'une concertation avec la dermatologie. L'arrêté exclut par exemple du champ infirmier les plaies « qui ne cicatrisent pas malgré les soins ». La notion repose sur les recommandations de la Haute Autorité de santé, selon lesquelles un ulcère de jambe se définit comme une plaie « ne cicatrisant pas depuis plus d'un mois », et une biopsie s'impose en l'absence de cicatrisation après six mois à un an d'un traitement bien conduit. Écarter une telle plaie, notamment pour éliminer une plaie de nature cancéreuse, suppose que l'infirmier pose lui-même un diagnostic initial, ou un diagnostic d'exclusion, **dont la responsabilité lui incombera directement** ; une erreur expose le patient à un retard de diagnostic, et donc à une perte de chance. Aucun texte ne précise en outre qui reçoit le patient que l'infirmier doit orienter. Une plaie qui ne cicatrise pas, un ulcère atypique, une lésion du visage, une plaie sur un terrain de cancer cutané : ces situations exigent un avis médical, souvent dermatologique. Sans organisation de ce recours, l'orientation prévue par l'arrêté reste théorique.

Les infirmiers en pratique avancée (IPA). L'exercice en pratique avancée est ouvert depuis 2018 dans cinq champs d'exercice, appelés mentions, fixés par l'article R. 4301-2 du code de la santé publique : pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale ; psychiatrie et santé mentale ; urgences. En janvier 2026, 3 973 IPA étaient diplômés, et aucune nouvelle mention n'avait été créée. Depuis le décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025, ils peuvent recevoir des patients en accès direct, selon leur mode d'exercice.

Aucune mention n'est consacrée aux maladies de la peau, et aucune maquette de formation ne leur consacre de module. La mention d'oncologie permet à quelques IPA d'exercer dans des services hospitaliers de dermatologie, auprès de patients atteints de cancers cutanés. Les maladies inflammatoires chroniques de la peau, qui représentent l'essentiel de la file active de la spécialité, ne sont couvertes par aucune mention ni par aucune formation. Pour les organisations signataires, la formation des IPA aux maladies de la peau pourrait constituer un levier. **Toutefois, aucune ouverture de la pratique avancée aux maladies de la peau ne pourra précéder la construction d'une formation validée par la spécialité, et aucun IPA ne devra exercer en dermatologie sans lien direct avec un dermatologue.**

VII.2 — Des protocoles de coopération restés locaux

Parmi les protocoles de coopération en dermatologie recensés par la Société Française de Dermatologie, six portent sur des actes techniques. Ils couvrent deux champs : la photothérapie et la photothérapie dynamique ; la biopsie et la greffe cutanées. **Tous sont locaux** : ils ne valent que pour l'équipe et le service hospitalier qui les ont construits et déclarés. La liste détaillée figure en annexe 9.

S'y ajoutent **quatre protocoles nationaux**, mobilisables après déclaration à l'agence régionale de santé, qui concernent l'activité dermatologique : l'administration d'anticancéreux à domicile ; la prise en charge des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par l'infirmier ; l'évaluation et le suivi des plaies complexes par un infirmier expert, avec recours possible à la télémédecine ; la consultation de santé sexuelle par l'infirmier en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic. Le dernier ne relève pas d'une initiative de la spécialité : issu d'un appel à manifestation d'intérêt du Comité national des coopérations interprofessionnelles (juin 2020), rattaché à la feuille de route santé sexuelle, il a été étendu sous le pilotage du comité de la stratégie nationale de santé sexuelle. La dermatologie, qui y siège au titre de la vénéréologie, a appuyé la démarche et contribué à ses modules de formation.

Ces protocoles résument l'engagement de la spécialité. Sur ses propres moyens, elle a construit des dispositifs de transfert d'actes, y compris pour l'acte le plus emblématique de la spécialité, la biopsie cutanée. Aucun n'a encore été soumis pour une extension nationale (VII.5).

VII.3 — Les équipes de soins spécialisés : la coordination des soins portée par les dermatologues

Un cadre créé en 2019, financé depuis 2024. La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a créé les équipes de soins spécialisés, définies comme « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes » d'une ou plusieurs spécialités autres que la médecine générale (art. L. 1411-11-1 du code de la santé publique). Leur mission socle est de « coordonner et sécuriser les prises en charge des patients dans une logique de parcours des soins » : structurer l'offre de second recours et rendre des avis spécialisés ponctuels, par téléexpertise, téléconsultation ou consultation. Elles peuvent aussi organiser des consultations avancées dans les zones sous-dotées. Depuis la convention médicale de 2024, une équipe de soins spécialisés peut recevoir un crédit d'amorçage de 80 000 euros, versé en deux fois (lettre d'intention, puis validation du projet de santé), puis une dotation annuelle de 50 000 à 100 000 euros selon le nombre de médecins participants. Elle doit couvrir un territoire au moins départemental comptant au moins dix médecins de la spécialité, en réunir au moins 10 %, associer des praticiens hospitaliers et rendre chaque année un rapport d'activité à l'Assurance maladie et à l'agence régionale de santé.

La dermatologie est la spécialité qui s'en est le plus saisie. On compte onze équipes de soins spécialisés en dermatologie en 2026 ; la dermatologie est la première spécialité parmi les vingt-neuf équipes enregistrées au répertoire national des établissements sanitaires et sociaux. Les équipes de dermatologie sont fédérées depuis juillet 2025 au sein de l'Union Nationale des Équipes de Soins Spécialisés en Dermato-Vénéréologie (UNESS-DV). Chacune réunit des dermatologues d'un territoire, principalement libéraux, en lien avec les établissements de santé, autour d'un outil commun : les demandes d'avis des médecins généralistes et des autres professionnels de santé habilités sont reçues, triées selon leur gravité, puis orientées vers le bon interlocuteur, qui organise le rendez-vous présentiel lorsqu'il est nécessaire.

Le bilan est mesurable.

- Les sept équipes dont l'activité a été extraite, hors Île-de-France, ont traité **78 508 téléexpertises depuis 2021**, dont **32 181 au cours des douze derniers mois** (+ 37 % sur un an), pour **8 336 professionnels requérants** ; l'avis est rendu en **six heures** médianes.
- Dans le réseau d'Île-de-France, le délai moyen de prise en charge est de **huit jours pour un mélanome** et de dix-huit jours pour un carcinome cutané (Partie III).
- En Bretagne, le délai médian d'accès spécialisé après une suspicion de mélanome en téléexpertise est de quatre jours, et un rendez-vous dermatologique sur deux est évité (Partie VIII).

À effectif constant, l'organisation permet ainsi de voir vite les patients qui en ont besoin et d'éviter les consultations qui ne s'imposent pas. Les équipes de soins spécialisés sont aussi le cadre naturel du recours dermatologique que les textes ne prévoient pas pour les nouvelles compétences infirmières (VII.1), à condition d'en avoir les moyens. **Ces équipes fonctionnent, et elles doivent devenir le pilier du parcours de soins dermatologique.** Les consolider est la condition d'une délégation bien construite, cohérente et efficiente. Les

équipes de soins spécialisés ne sont pas tenues d'adopter des protocoles de coopération ; elles peuvent en revanche offrir à ceux qui le souhaitent un cadre de supervision de proximité, afin qu'aucun professionnel délégué n'agisse isolément.

Ce dispositif repose cependant sur l'engagement de praticiens dont l'activité est déjà pleine, bénévole pour l'organisation et la coordination, et il rencontre aujourd'hui six limites.

Un financement plafonné, réservé à la coordination. La dotation annuelle ne dépasse pas **100 000 euros**, y compris pour une équipe qui couvre une région entière. Le contraste avec les communautés professionnelles territoriales de santé est net. Celles-ci sont financées selon la population de leur territoire : jusqu'à 287 500 euros par an en deçà de 40 000 habitants, jusqu'à 580 000 euros au-delà de 175 000 habitants (montants 2023). Une équipe de soins spécialisés couvre au moins un département, le plus souvent une région de plusieurs millions d'habitants, et répond aux demandes de milliers de médecins requérants ; sa dotation reste pourtant plafonnée à 100 000 euros et calculée sur le seul nombre de médecins participants, sans lien avec la population couverte ni avec le nombre d'avis rendus. Elle ne finance que la coordination et les outils numériques : **aucune valorisation n'est prévue pour les professionnels qui s'inscrivent dans ce parcours**, ni pour le temps consacré aux avis, ni pour les rendez-vous organisés en urgence. Les versements sont en outre hétérogènes. En Pays de la Loire, le crédit d'amorçage versé a été de 20 000 puis 25 000 euros, sous conditions, au lieu de 80 000 ; en Corse, l'équipe reçoit 12 000 euros par an hors du cadre conventionnel ; en Centre-Val de Loire, le versement n'a été régularisé qu'en septembre 2026 ; en Provence-Alpes-Côte d'Azur, le crédit d'amorçage, encore attendu en octobre 2026, a depuis été versé. Des coordinateurs n'ont pas été recrutés, et des abonnements logiciels restent à la charge des dermatologues ou de leurs équipes.

Des règles d'adressage qui pénalisent le patient ou le praticien. La dermatologie ne figure pas parmi les spécialités en accès direct spécifique (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie pour les patients de seize à vingt-cinq ans, soins dentaires), et l'absence de médecin traitant déclaré n'est pas une exception : hors du parcours de soins coordonné, le patient est remboursé à 30 % au lieu de 70 %. L'avis ponctuel de consultant suppose la « demande explicite du médecin traitant » ; il « n'est pas applicable quand le patient est adressé par un autre médecin que le médecin traitant » (NGAP, art. 18 B). Depuis 2024, la nomenclature permet de le facturer dans les trois mois qui suivent une téléexpertise, mais seulement si celle-ci a été demandée par le médecin traitant. Lorsque l'avis est demandé, par téléexpertise ou par courrier, par un médecin généraliste qui n'est pas le médecin traitant, la consultation qui suit est donc cotée comme une consultation ordinaire. En secteur 2, cela augmente le reste à charge du patient. En secteur 1, où exercent plus de quatre dermatologues libéraux sur dix, le patient n'y perd pas, mais le praticien si. Le dispositif n'est donc pas attractif pour les dermatologues qui reçoivent, souvent en urgence, les patients adressés après une téléexpertise.

Des contrôles qui fragilisent les équipes existantes. En Loire-Atlantique, l'équipe de soins spécialisés ONCOLU réunit une vingtaine de dermatologues volontaires. Elle a rendu 4 980 téléexpertises pour suspicion de cancer cutané depuis janvier 2024, avec une astreinte de deux dermatologues chaque semaine, sept jours sur sept, et forme les médecins généralistes du territoire. En octobre 2026, la caisse primaire d'assurance maladie a adressé à au moins onze dermatologues libéraux du département, soit environ un sur cinq, des courriers d'observations sur les avis ponctuels de consultant qu'ils ont facturés sur deux ans, pour la plupart à la suite d'une téléexpertise. Deux griefs leur sont opposés : l'absence d'orientation par

le médecin traitant, et le non-respect du délai de quatre mois. Le préjudice potentiel avancé se situe entre 5 000 et 10 000 euros par praticien. Les praticiens contestent une large part des anomalies relevées : dans les dossiers qu'ils ont vérifiés, le délai était respecté et le médecin requérant était le plus souvent le médecin traitant, son remplaçant ou un associé du même cabinet. Plusieurs ont cessé la téléexpertise ; l'équipe est à l'arrêt, et l'ouverture d'une seconde ligne pour les dermatoses inflammatoires sévères est suspendue. **Les signataires ne contestent pas le principe des contrôles. Ils constatent qu'appliquée à une organisation qui prend en charge des patients sans médecin traitant, une règle conçue pour le parcours de soins coordonné conduit à démanteler l'une des rares réponses de terrain à la pénurie.**

Une téléexpertise calibrée pour l'avis ponctuel. Le plafond de quatre actes par an et par patient garantit le passage en consultation ; il ne peut être adapté que dans un parcours de soins protocolisé (Partie VIII). Ce qui limite les équipes, c'est l'absence de valorisation des échanges complémentaires et de financement de la consultation d'aval dans les territoires sans offre.

Un maillage incomplet. Toutes les régions ne disposent pas d'une équipe de soins spécialisés en dermatologie. La condition d'au moins dix médecins de la spécialité sur un territoire au moins départemental impose, là où l'offre est la plus faible, de constituer des équipes à l'échelle de plusieurs départements, éloignées des patients qu'elles doivent servir.

Des parcours parallèles construits sans elles. Des expérimentations territoriales de repérage confiées à d'autres professionnels, et des offres commerciales de dépistage (Partie X), se développent sans association des équipes existantes, au risque de doublons et de recours non pertinents. Le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle que l'entrée dans le parcours de soins doit, sauf exception, passer par un médecin (VII.6).

Ce qui permettrait au dispositif de donner sa pleine mesure.

- Un financement révisé par voie conventionnelle : plafond de financement des équipes relevé, assiette tenant compte de la population couverte et non du seul nombre de médecins, versements dans un délai fixé, valorisation du temps médical consacré aux avis et de la consultation d'aval organisée après une téléexpertise (Partie VIII, proposition 1).
- Un plan d'information commun de l'Assurance maladie, du ministère et des agences régionales de santé, relayé par les communautés professionnelles territoriales de santé, pour faire connaître les équipes existantes aux médecins généralistes, et un interlocuteur identifié dans chaque caisse et chaque agence.
- Des règles d'adressage qui, dans les territoires sous-dotés, reconnaissent l'adressage par tout médecin généraliste au sein du parcours coordonné (proposition 4).
- Un cahier des charges national propre à la dermatologie : délais selon la gravité, supervision des protocoles de coopération, consultations avancées ; le recours des infirmiers et des IPA, une fois les équipes consolidées et dotées des moyens correspondants. Une téléexpertise ne s'improvise pas : sa qualité dépend d'abord de celle de la demande, et sans formation adaptée, les demandes formulées par des infirmiers ne sont pas toujours recevables. Plusieurs équipes ne peuvent pas aujourd'hui traiter les demandes qui émaneraient d'infirmiers ou d'IPA : la charge de téléexpertise est déjà très importante, et les moyens alloués aux dermatologues trop faibles.

- Des indicateurs publics d'activité et de résultat — volume, délais, cancers pris en charge — versés au tableau de bord de l'accès aux soins dermatologiques (Partie III, proposition 3).
- L'association systématique des équipes de soins spécialisés à toute expérimentation territoriale de repérage ou de délégation en dermatologie.

VII.4 — L'aide opératoire et l'assistant médical : des cadres à clarifier

La délégation ne concerne pas seulement les infirmiers : l'aide opératoire et l'assistant médical libèrent aussi du temps médical. La dermatologie est une spécialité chirurgicale : 91,4 % des dermatologues qui ont répondu à l'enquête nationale de pratiques réalisée en 2025 opèrent, et ils retirent en moyenne 160 carcinomes et 19 mélanomes par an (Partie II). **Dans 59 % des cas, le dermatologue opère seul, sans assistant ; dans 41 %, il est aidé d'un assistant ou d'une infirmière**. Il s'agit d'une enquête déclarative auprès des membres de deux sociétés de la spécialité : 489 dermatologues ont répondu, soit environ un sur huit des 3 720 dermatologues auxquels elle a été adressée, médecins en cumul emploi-retraite et remplaçants compris.

Opérer seul signifie préparer le patient et le matériel, opérer, panser et assurer la traçabilité sans aide. Ce temps n'est pas consacré à d'autres patients. Une aide opératoire formée augmente le nombre d'interventions possibles dans une même vacation, et donc le nombre de cancers cutanés pris en charge rapidement, sans dégrader la sécurité.

Le cadre de l'aide opératoire n'est pas adapté à la chirurgie dermatologique de cabinet. Les actes d'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration sont réservés aux infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État ; un régime transitoire permet à des infirmiers exerçant au bloc opératoire de les réaliser sur autorisation, jusqu'en 2031. Aucun texte ne définit l'aide qu'un infirmier ou un autre professionnel peut apporter au dermatologue qui opère en cabinet.

Le périmètre de l'assistant médical reste général. L'Assurance maladie lui assigne trois domaines : des tâches administratives, des missions liées à la préparation et au déroulement de la consultation, et des missions d'organisation et de coordination. La préparation des actes techniques de la dermatologie, la gestion des images transmises en téléexpertise et l'aide au geste chirurgical n'y sont pas précisées. Une enquête du Syndicat national des dermato-vénéréologues publiée en 2024 indique par ailleurs que **72 % des dermatologues libéraux interrogés ne travaillent pas avec un assistant**.

VII.5 — Les obstacles à la généralisation

Trois obstacles freinent la généralisation de la délégation.

Une procédure d'extension nationale qui n'est pas mobilisée. Un protocole local vaut pour une équipe. Le code de la santé publique permet pourtant de l'étendre : le Comité national des coopérations interprofessionnelles « peut proposer le déploiement d'un protocole local sur tout le territoire national », autorisé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé (art. L. 4011-4, III, pour les établissements de santé ; art. L. 4011-4-6 pour les structures d'exercice coordonné, à la demande ou à l'initiative de la structure promotrice). Le décret n° 2025-936 du 8 septembre

2025 a actualisé les conditions de déclaration et de suivi des protocoles nationaux et locaux. Ce déploiement suppose une proposition du comité, une évaluation par la Haute Autorité de santé et un arrêté. Aucune équipe hospitalière n'a les moyens de porter seule cette procédure, et elle n'a pas été utilisée pour la spécialité. Aucun protocole dermatologique n'a donc été soumis au comité, et aucun calendrier n'organise leur examen.

L'absence de formation et de cadre d'exercice en pratique avancée pour les maladies de la peau. Sans module de formation ni option dédiée, il n'existe ni référentiel, ni cadre d'exercice pour un infirmier qui souhaite se consacrer au suivi des patients atteints d'une maladie de peau. Le protocole du CHU de Grenoble le montre : la greffe cutanée en pastilles y est réalisée par un infirmier en pratique avancée relevant d'une autre mention.

L'absence de reconnaissance du temps de coordination. Toute délégation suppose un médecin qui rédige le protocole, forme le professionnel, reçoit les situations que celui-ci oriente et en assume la responsabilité. Ce temps n'est reconnu nulle part ; sans lui, la délégation déplace le temps médical au lieu de le libérer.

VII.6 — Le champ et les limites de la délégation

Les signataires soutiennent la délégation et en précisent les limites, dans l'intérêt du patient. **La formation doit précéder toute délégation supplémentaire.** Tant que les infirmiers et les IPA ne peuvent être formés en dermatologie, une délégation officielle n'est pas possible : seules des délégations locales et ponctuelles, encadrées par un dermatologue, peuvent être envisagées. Une délégation plus large et encadrée ne pourra être discutée qu'une fois les maquettes de formation élaborées en concertation avec la profession concernée et mises en place dans les cursus, les postes d'enseignants de dermatologie créés et les effectifs de dermatologues reconstitués (Partie VI), dans des parcours officiels garantissant une coordination de qualité. **Toute nouvelle délégation devrait ensuite être expérimentée et évaluée pendant au moins trois ans avant d'être généralisée. Elle devrait être soumise à l'avis de la profession concernée, et sa supervision médicale rattachée à la spécialité, et non au seul titre de docteur en médecine.**

La délégation ne peut pas prendre en charge :

- le diagnostic d'une lésion dermatologique, pigmentée ou non, et l'analyse dermoscopique ;
- la décision d'exérèse et le choix de sa marge ;
- l'instauration et la conduite d'une biothérapie ou d'un traitement systémique ;
- la prescription et le suivi des traitements tératogènes, comme l'isotrétinoïne.

Elle peut en revanche prendre en charge, comme le montrent les protocoles existants :

- les actes protocolables et répétitifs : photothérapie, photothérapie dynamique, soins de plaies non complexes, pansements complexes, prélèvements biologiques, bactériologiques et mycologiques ;
- la prise de photographies cliniques et dermoscopiques de qualité, transmises au médecin qui les interprète, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné et territorialisé ;
- la biopsie cutanée, dans un service hospitalier ou un cabinet, sous la responsabilité d'un dermatologue ;

- l'éducation thérapeutique, sous réserve d'une formation spécifique réglementée ;
- le suivi des patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique stabilisée, par un professionnel formé, selon un protocole écrit et sous la supervision du dermatologue qui a posé le diagnostic et instauré le traitement ;
- l'aide opératoire.

Les autres professionnels de premier recours contribuent à la prévention et au repérage, dans leur champ réglementaire : médecins généralistes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers (Parties V et VI). Les infirmiers, y compris en pratique avancée, peuvent contribuer à la prévention là où ils interviennent : santé scolaire, santé au travail, centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic, services qui suivent des patients greffés ou traités par des médicaments qui exposent à un risque de cancer cutané. Ce repérage est utile s'il repose sur une formation et débouche sur un adressage au médecin traitant. Le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle que le professionnel non médecin qui reçoit un patient se présentant spontanément « doit lui demander de s'adresser à son médecin traitant », et non déclencher une téléexpertise spécialisée, sauf protocole de soins ou accord. Les demandes de téléexpertise ne sont donc pas initiées par l'infirmier hors d'un parcours organisé avec un dermatologue. **L'analyse dermoscopique et le diagnostic ne peuvent jamais être confiés à un professionnel non médecin.** Le geste technique de prise d'une photographie clinique et d'une photographie dermoscopique de qualité peut en revanche être délégué à un professionnel formé : ce qui importe est la compétence d'interprétation, qui reste médicale. Le repérage ne doit pas non plus devenir une source d'actes : une téléexpertise demandée sans formation préalable, pour une lésion sans indication, mobilise un avis spécialisé sans bénéfice pour le patient et à la charge de l'Assurance maladie. Le coût de ces recours non pertinents reste à mesurer (Partie XIII).

Une délégation encadrée et de proximité. La délégation doit s'exercer en lien direct avec le dermatologue : au sein d'un même service ou cabinet, ou d'une équipe de soins spécialisés, avec un protocole écrit, des situations d'orientation définies et un recours effectif. C'est le cas des protocoles locaux mis en place dans la spécialité. La photographie technique n'est déléguée que dans un parcours de soins coordonné et territorialisé, qui garantit que l'image est interprétée par un médecin compétent et que le patient sera reçu si nécessaire ; cette condition écarte les offres commerciales hors parcours (Partie X).

Développer la délégation sans reconstituer le vivier de dermatologues produirait un système sans recours. Chaque infirmier qui identifie une plaie à exclure, un dépistage positif ou une lésion suspecte doit pouvoir orienter le patient vers un dermatologue qui le reçoit. La demande de 150 postes d'internes par an (Partie VI) et les propositions de cette partie sont donc indissociables.

Propositions

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Former les infirmiers en accès direct aux situations dermatologiques qu'ils rencontrent, et associer des dermatologues à l'évaluation de l'expérimentation. La formation porte sur les situations qui doivent conduire à orienter le patient vers un médecin. L'évaluation confiée à la Haute Autorité de santé et à l'Académie nationale de médecine mesure, pour les patients atteints d'une maladie de peau, les orientations vers le dermatologue, les délais, les retards diagnostiques et les erreurs d'orientation. *Bénéfice : une généralisation décidée sur des données, et non sur des présomptions. Véhicule : cahier des charges de l'évaluation (HAS, Académie nationale de médecine).*

2. Porter au niveau national les protocoles de coopération dermatologiques éprouvés. La procédure d'extension existe (VII.5). La mission de préfiguration devra établir, avec la profession, la liste des protocoles locaux à soumettre au Comité national des coopérations interprofessionnelles et le calendrier de leur soumission ; chaque protocole devra être évalué au moins trois ans avant son extension, puis étendu par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé. *Bénéfice : les patients de toutes les régions accèdent aux actes délégués, et plus seulement à ceux des établissements qui les ont construits. Véhicule : mission de préfiguration ; Comité national des coopérations interprofessionnelles ; avis de la Haute Autorité de santé ; arrêté du ministre chargé de la santé.*

3. Former avant de déléguer, et organiser le recours dermatologique des nouvelles compétences infirmières dans une coordination locale. Préciser par voie réglementaire les situations que l'arrêté du 26 juin 2026 exclut du champ infirmier (délai et critères d'une plaie « qui ne cicatrise pas »). Renforcer la formation initiale et continue des infirmiers dans les champs délégués, avec des enseignants de dermatologie (Partie VI). Orienter les situations exclues et les dépistages positifs d'infections sexuellement transmissibles vers le médecin traitant, ou, là où elle existe et en a les moyens, vers une équipe de soins spécialisés ou un établissement de santé, dans une coordination locale à définir avec les dermatologues. *Bénéfice : l'orientation prévue par l'arrêté devient effective, et le patient est vu au bon niveau sans délai supplémentaire. Véhicule : arrêté modifiant l'arrêté du 26 juin 2026 ; référentiel de formation infirmière ; agences régionales de santé ; financement prévu en Partie VIII, proposition 1, pour les équipes qui assurent ce recours.*

4. Ouvrir, dans les territoires sous-dotés, l'accès au dermatologue sur adressage de tout médecin généraliste, au sein d'un parcours coordonné. Aujourd'hui, seul l'adressage par le médecin traitant fait entrer le patient dans le parcours de soins coordonné. En dehors des exceptions prévues par la loi (urgence, consultation hors du lieu de résidence, année qui suit le départ à la retraite ou le changement de département du médecin traitant), le patient sans médecin traitant, ou adressé par un autre généraliste, supporte une participation majorée (article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale) ; il est aussi exclu de l'avis ponctuel des

équipes de soins spécialisés (VII.3). Lorsque le patient n'a pas de médecin traitant ou réside dans un territoire sous-doté, l'adressage par tout médecin généraliste qui en fait la demande, dans le cadre d'un parcours coordonné par une équipe de soins spécialisés, doit être reconnu comme entrant dans le parcours de soins coordonné, sans pénalité pour le patient. *Bénéfice : un patient sans médecin traitant ou éloigné de lui accède au dermatologue au même titre que les autres, sans renoncer à la coordination médicale. Véhicule : règles du parcours de soins coordonné (code de la sécurité sociale et convention médicale) ; cahier des charges des équipes de soins spécialisés.*

5. Faire des équipes de soins spécialisés le cadre de référence de la coordination dermatologique. Les doter d'un cahier des charges national propre ou adapté à la spécialité ; publier leurs indicateurs d'activité et de résultat ; les associer à toute expérimentation territoriale de repérage ou de délégation en dermatologie. *Bénéfice : un recours dermatologique organisé sur tout le territoire, sans parcours parallèles ni doublons. Véhicule : cahier des charges conventionnel des équipes de soins spécialisés ; agences régionales de santé ; financement prévu en Partie VIII, proposition 1.*

6. Préparer, avec la profession, l'ouverture de la pratique avancée au suivi des maladies chroniques de la peau. Trois conditions préalables : définir, avec les instances de la dermatologie, la liste des suivis et des actes qui peuvent être confiés ; construire la formation correspondante, validée par le Conseil national professionnel et le Collège des enseignants ; garantir que l'infirmier en pratique avancée exerce toujours en lien direct avec un dermatologue. Ces conditions remplies, une option pourrait être ouverte au sein de la mention « pathologies chroniques stabilisées ». La mission de préfiguration devra en instruire l'opportunité et le calendrier. *Bénéfice : un suivi rapproché des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques stabilisées, par un professionnel formé, sous la supervision du dermatologue. Véhicule : mission de préfiguration ; puis règlement (article R. 4301-2 du code de la santé publique et arrêtés de formation).*

7. Clarifier le cadre de l'aide opératoire ambulatoire et le périmètre de l'assistant médical en dermatologie, et en faciliter le recrutement. Définir l'aide qu'un professionnel formé peut apporter au dermatologue qui opère en cabinet ; préciser, dans le référentiel de l'assistant médical, la préparation des actes techniques et la gestion des images. La Société Française de Dermatologie a engagé à cet effet un programme de formation non diplômante des assistants de dermatologie, au-delà de la seule chirurgie, dispensé par un organisme de formation sous son égide. *Bénéfice : davantage de patients reçus et de cancers cutanés opérés dans les mêmes délais, avec la même sécurité. Véhicule : règlement (actes infirmiers) ; référentiel de formation des assistants médicaux ; voie conventionnelle.*

8. Former à la supervision, à la délégation et à l'exercice coordonné dans la maquette du diplôme d'études spécialisées (Partie VI). *Bénéfice : des dermatologues préparés à encadrer les professionnels délégués. Véhicule : arrêté de maquette.*

UNE CONTREPARTIE QUE LES SIGNATAIRES ASSUMENT.

La généralisation des protocoles suppose que la spécialité forme les professionnels délégués et communique les résultats obtenus. Les signataires s'y engagent, à condition que les moyens correspondants soient prévus.

PARTIE VIII

Le numérique : téléexpertise, intelligence artificielle et imagerie cutanée

L'essentiel

- La dermatologie, spécialité de l'image de la peau, s'est saisie la première de la téléexpertise et l'a organisée : elle en a réalisé près de 480 000 en 2025, dont 267 000 facturées par des dermatologues libéraux, soit un tiers des téléexpertises libérales toutes spécialités confondues, et les équipes de soins spécialisés en ont traité plus de 32 000 au cours des douze derniers mois, avec un délai médian de réponse de six heures.
- Adossé à une filière présentielle portée par des dermatologues, le numérique produit des avis rendus en quelques heures, des rendez-vous évités et des patients atteints d'un mélanome vus plus vite : en Bretagne, le délai médian d'accès spécialisé après une suspicion de mélanome en téléexpertise est de quatre jours.
- Sans filière présentielle, l'utilisation de la téléexpertise conduit au dépistage de masse non recommandé, à des téléexpertises inutiles et à des exérèses en excès.
- Le cadre juridique nécessaire existe en grande partie ; il reste à l'appliquer.
- Les nouveaux outils, notamment d'intelligence artificielle, doivent faire l'objet d'une évaluation prospective de leur performance et de leur place dans le parcours de soins ; la Société Française de Dermatologie constitue un groupe de travail à cet effet.
- Les signataires demandent de financer durablement les organisations de téléexpertise adossées à une offre présentielle territorialisée, de conditionner la prise en charge du diagnostic cutané numérique à son intégration dans un parcours dermatologique organisé par les dermatologues du territoire, et de faire appliquer la garantie humaine et le règlement européen sur l'intelligence artificielle aux dispositifs d'aide au diagnostic.
- Le déploiement du numérique en santé de la peau doit être piloté sur le plan clinique par les dermatologues, qui en garantissent la pertinence pour le patient.

VIII.1 — La téléexpertise, une organisation construite par la spécialité

VIII.1.a — La spécialité la plus engagée en téléexpertise

La dermatologie est une spécialité visuelle. Une photographie de qualité transporte une part importante de l'information diagnostique, sans être suffisante. La téléexpertise permet de rendre une première orientation diagnostique et de graduer et filtrer le recours à la consultation présentielle, en fixant le délai dans lequel le patient doit être vu.

2 158 dermatologues et plus de **quatre-vingts services hospitaliers** pratiquent la téléexpertise. En 2025, les dermatologues libéraux ont facturé **267 000 téléexpertises**, contre 19 000 en 2022, 87 000 en 2023 et 171 000 en 2024 : un tiers des 798 000 téléexpertises facturées en activité libérale, toutes spécialités confondues. Sur la plateforme Omnidoc, principale plateforme de téléexpertise utilisée par les dermatologues, l'activité de dermatologie a atteint **477 591 téléexpertises en 2025**, dont **190 781 réalisées par des services hospitaliers**, et **60 797 au cours du seul mois de septembre 2026**.

Les équipes de soins spécialisés en portent une part croissante. Elles sont organisées à l'échelle d'un territoire, et le dermatologue qui répond à la téléexpertise s'engage à recevoir le patient si nécessaire. Selon les données de la plateforme de téléexpertise Omnidoc, utilisée par les onze équipes de la spécialité, les sept équipes dont l'activité a été extraite, hors Île-de-France, ont traité **78 508 téléexpertises depuis 2021**, dont **32 181 au cours des douze derniers mois**, soit une hausse de **37 %** sur un an. Ces demandes émanent de **8 336 professionnels requérants** distincts, et l'avis est rendu dans un délai médian de **six heures**.

Là où la téléexpertise est structurée, ses résultats sont publiés. Le réseau OncoBreizh Télédermato, porté par l'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux de Bretagne, est centré sur les tumeurs cutanées :

- il traite **plus de mille demandes par mois** ;
- le délai médian pour obtenir un rendez-vous spécialisé après une suspicion de mélanome est de **quatre jours** ;
- **un rendez-vous dermatologique sur deux est évité**.

Il s'agit des résultats d'un réseau régional, qui ne sont pas extrapolés ici à l'échelle nationale.

Une publication internationale à comité de lecture va dans le même sens. En Ontario, le service d'e-consultation a traité 60 474 demandes en deux ans. La réponse du spécialiste intervient en un jour médian ; un adressage envisagé est évité dans 51 % des cas ; et la dermatologie est la première spécialité sollicitée, avec 15 % des demandes (Liddy et coll., 2022).

En Île-de-France, le réseau d'onco-dermatologie adossé à l'équipe de soins spécialisés a traité environ 3 900 téléexpertises en 2025, pour 1 800 professionnels requérants, avec un délai médian de réponse de trois heures.

VIII.1.b — Un cadre tarifaire calibré pour l'avis ponctuel

Le cadre tarifaire est le suivant :

- le médecin requis perçoit **23 euros** depuis le 1er janvier 2026 (contre 20 euros auparavant), et le requérant **10 euros** ;
- aucun dépassement n'est possible ;
- l'acte est limité à **quatre par an, par médecin, pour un même patient**.

Les signataires considèrent ce plafond comme une garantie. Il ouvre la téléexpertise tout en la limitant. Au-delà de quatre avis par an pour un même patient auprès du même médecin, le patient doit être vu en consultation par le spécialiste requis. Le plafond protège ainsi le patient contre une prise en charge uniquement à distance, sans lui fermer l'accès à l'avis d'un autre spécialiste.

Une seule exception se justifie. Dans un département sans dermatologue, le passage en consultation que le plafond garantit n'est pas possible à distance raisonnable. Pour les patients qui y résident, le plafond doit être levé, à condition que la téléexpertise s'inscrive dans un parcours de soins protocolisé, validé par un dermatologue et les acteurs du territoire : la levée du plafond ne doit pas bénéficier à des offres déconnectées de toute filière de soins, telles que la téléexpertise proposée en officine.

Le modèle de financement à l'acte produit en revanche trois effets contraires aux objectifs de la politique numérique en santé.

Il ne rémunère pas les échanges. Certaines téléexpertises demandent plusieurs échanges entre le requérant et le requis pour aboutir à un avis de qualité : photographie à refaire, précision clinique, lecture d'un résultat. Ces échanges ne donnent lieu à aucune valorisation supplémentaire.

Il ne finance pas l'aval dans les territoires sans offre. Là où il n'y a plus de dermatologue, la téléexpertise devient le premier recours spécialisé. Elle ne peut pas être le seul. Dans ces territoires, elle doit se combiner avec la dermatologie itinérante ou avec un accès, à distance raisonnable, à une consultation présentielle à l'hôpital ou en ville.

Il ne rémunère pas la coordination. Vingt-trois euros rémunèrent un avis écrit, versé au dossier, qui engage la responsabilité d'un médecin qui n'a pas vu le patient. Cet avis donne souvent lieu à une ordonnance, à une convocation ou à une coordination avec l'équipe hospitalière de recours. Or plus la téléexpertise se développe, plus le nombre de patients à réintégrer dans une filière présentielle augmente. Un **forfait de coordination**, modulé selon le volume traité et versé en appui du financement des équipes de soins spécialisés, servirait deux objectifs :

- financer le travail administratif qui suit l'avis ;
- s'assurer que les rendez-vous donnés après la téléexpertise sont honorés.

La revalorisation de 20 à 23 euros au 1er janvier 2026 est une avancée ; les signataires demandent qu'elle soit suivie d'autres étapes.

VIII.2 — L'intelligence artificielle : état des connaissances

VIII.2.a — Des performances élevées en conditions expérimentales, une place dans le parcours à démontrer

La dermatologie compte parmi les spécialités les plus exposées à l'automatisation du diagnostic. **Or le diagnostic ne définit pas à lui seul la prise en charge** : celle-ci comporte un traitement ou une intervention, dont seul le dermatologue peut juger qu'ils sont appropriés au regard de l'état des connaissances et des innovations thérapeutiques. Les signataires ne s'opposent pas à l'utilisation d'outils d'aide au diagnostic. Le diagnostic reste posé par un médecin, qui répond de l'usage de l'outil (articles L. 4161-1 et L. 4001-3 du code de la santé publique) ; ils demandent que le déploiement de ces outils soit évalué, réglementé, accompagné et piloté sur le plan clinique par les dermatologues, au sein d'une gouvernance publique qui les associe, et que les filières de soins numériques ne se limitent pas au diagnostic.

Pour les tumeurs cutanées, les performances diagnostiques mesurées en conditions expérimentales sont élevées. Ces outils analysent des lésions isolées : aucun n'évalue aujourd'hui l'ensemble du tégument, comme le fait l'examen dermatologique. Les outils de détection se sont multipliés depuis dix ans. Une revue parapluie récente porte sur 11 méta-analyses regroupant 551 études (Karimzadhagh et coll., 2026). Elle rapporte :

Tâche	Sensibilité	Spécificité
Détection du mélanome	91 %	94 %
Carcinome épidermoïde cutané	90,1 %	92,65 %
Distinction entre lésion bénigne et lésion maligne	87 %	86,4 %

Ces performances baissent en conditions réelles. Une étude multicentrique publiée en 2026 a confronté trois modèles d'intelligence artificielle à 652 médecins, sur 1 117 cas représentatifs de la pratique courante. L'exactitude diagnostique atteint 56,7 % pour un réseau de première génération et 72,2 % pour le meilleur modèle de fondation, contre 74,2 % pour les dermatologues ayant plus de dix ans d'expérience, seuls à dépasser tous les modèles. Les auteurs concluent que les dermatologues experts restent la référence pour le diagnostic des cancers cutanés ; les modèles récents pourraient aider les cliniciens moins expérimentés (Anriot et coll., 2026).

Les outils grand public sont nettement moins fiables. Une étude a testé huit agents conversationnels et applications mobiles grand public (Zhang et coll., 2025). Ces outils identifiaient correctement en moyenne **67,5 % des mélanomes** testés. Leurs performances étaient moindres sur les phototypes foncés, et leurs diagnostics très hétérogènes. En l'état, ces outils ne peuvent pas être proposés au patient comme un moyen de se diagnostiquer seul : ils peuvent le rassurer à tort, ou l'inquiéter sans raison.

Deux points restent à établir.

- Aucune évaluation publique française des dispositifs de détection automatisée en dermatologie n'existe à ce jour.

- La place de ces outils dans le parcours de soins n'est pas définie ni prouvée scientifiquement. Un outil performant mal placé peut déstabiliser le parcours, générer des adressages inutiles et retarder la prise en charge des patients qui en ont besoin.

Ce sont donc à la fois la performance des outils en conditions réelles et la pertinence de leur usage qui doivent être démontrées. La formation à la dermatologie reste un préalable pour tout professionnel qui utilise un outil diagnostique cutané, assisté ou non par l'intelligence artificielle.

VIII.2.b — Un cadre juridique existant, encore inappliqué

Deux dispositions encadrent déjà l'usage de l'intelligence artificielle en santé.

- **L'article L. 4001-3 du code de la santé publique**, issu de la loi de bioéthique du 2 août 2021, pose le principe de garantie humaine. Le professionnel qui recourt à un dispositif comportant un traitement algorithmique en informe le patient. Les données et le fonctionnement du dispositif lui sont accessibles.
- **L'article R. 4127-13-1 du code de la santé publique** (article 13-1 du code de déontologie médicale), créé par le décret n° 2026-691 du 27 juillet 2026, s'applique au médecin qui utilise l'intelligence artificielle ou toute innovation technologique. Ce médecin « met en œuvre les précautions indispensables » pour garantir la sécurité et la qualité des soins. Il tient compte des recommandations et référentiels des autorités compétentes, du conseil national professionnel et de l'Ordre.

Un troisième texte fixe l'échéance. Le règlement européen sur l'intelligence artificielle du 13 juin 2024 a été modifié par le règlement (UE) 2026/1744 du 8 juillet 2026, dit « omnibus numérique », publié le 24 juillet 2026. Ses obligations s'appliqueront **le 2 août 2028** aux systèmes à haut risque intégrés à des produits réglementés, dont les dispositifs médicaux. Les signataires demandent que la France n'attende pas cette date : les deux années qui viennent sont celles de la mission de préfiguration.

Il ne s'agit donc pas de créer un droit nouveau, mais d'appliquer celui qui existe. Aujourd'hui, aucune procédure ne vérifie que les dispositifs de détection cutanée proposés en France respectent :

- le principe de garantie humaine ;
- les exigences de certification des dispositifs médicaux ;
- l'existence d'un dermatologue identifié comme garant.

Par ailleurs, plusieurs technologies d'imagerie cutanée, associées ou non à l'intelligence artificielle, sont proposées en France en dehors de tout parcours dermatologique. Le patient doit pouvoir compter sur un principe simple : chaque professionnel exerce dans son champ de compétence, avec ou sans outil numérique.

VIII.3 — L'imagerie cutanée : des outils utiles dans un parcours, contre-productifs hors parcours

Les installations de cartographie corporelle totale se multiplient sur le territoire. La performance de ces appareils a été étudiée dans des consultations dermatologiques spécialisées, pour le suivi de patients à haut risque. Or les installations proposées au public ne sont pas

toujours adossées à un dermatologue du territoire. **Aucun outil d'intelligence artificielle appliqué à la cartographie corporelle totale n'a été validé par une étude clinique prospective.** Les travaux publiés se limitent à une étude pilote rétrospective portant sur 35 patients (Marchetti et coll., 2023) et à une compétition d'algorithmes sur une base d'images (Kurtansky et coll., 2025). Une revue de 2026 conclut que les preuves restent limitées et que des études prospectives sont nécessaires avant tout usage clinique de routine (Lew et coll., 2026). Les outils proposés au public reposent donc sur une performance qui n'a pas été démontrée en conditions réelles.

Il arrive que le patient reparte avec un rapport lui conseillant de consulter un dermatologue. Il arrive aussi qu'un dermatologue intervienne seulement par téléexpertise, sans voir le patient, et que son compte rendu conseille à son tour une consultation présentielle. Dans les deux cas, l'examen s'ajoute au parcours au lieu de le raccourcir. Il génère cinq effets :

- des téléexpertises sans valeur ajoutée ;
- un dépistage de masse que la Haute Autorité de santé ne recommande pas en population générale ;
- une saturation supplémentaire des cabinets de dermatologie ;
- des exérèses de lésions bénignes, que l'essai décrit ci-dessous met en évidence ;
- de l'anxiété chez des patients qui ne trouvent pas de rendez-vous dermatologique pour une lésion le plus souvent bénigne, et une dépense inutile pour le patient et l'Assurance maladie.

Les données d'essai confirment ce risque. Un essai randomisé australien a porté sur 314 adultes à haut risque de mélanome. Il a comparé la surveillance par photographie corporelle totale en 3D et dermoscopie numérique séquentielle, avec relecture par un télédermatologue, à la prise en charge habituelle.

- La surveillance a **augmenté de 44 % le nombre d'exérèses par patient**, sans augmenter le nombre de mélanomes détectés (Soyer et coll., 2025).
- L'analyse médico-économique associée retrouve un coût moyen de **1 708 dollars australiens par personne**, contre **763** pour la prise en charge habituelle. Elle note davantage de biopsies et d'exérèses bénignes, sans amélioration significative de la détection des mélanomes (Lindsay et coll., 2025).

Ces résultats portent sur une population à haut risque, suivie dans un cadre dermatologique. Hors de ce cadre et en population générale, le rapport entre bénéfice et coût ne peut qu'être moins favorable. Le patient y perd en cicatrices et en morbidité inutiles ; l'Assurance maladie, en actes sans bénéfice. En Allemagne, premier pays à avoir instauré un dépistage national des cancers cutanés, en 2008, l'incidence du mélanome a continué d'augmenter en Rhénanie-du-Nord-Westphalie entre 2007 et 2014, sans baisse de la mortalité (Stang et coll., 2018).

La lecture des images par un dermatologue à distance ne suffit pas. Certaines sociétés qui s'équipent de ces appareils font valoir qu'un dermatologue lit les images. Deux questions restent sans réponse : qui vérifie l'indication de l'examen pour chaque patient qui passe dans la machine, et qui voit le patient, près de son lieu de vie, lorsqu'une lésion est suspecte. Les limites techniques s'y ajoutent : certaines zones ne sont pas couvertes par les clichés (cuir chevelu, organes génitaux), d'autres sont mal représentées, et la résolution ne suffit

pas toujours à analyser une lésion. Surtout, le dermatologue qui lit l'examen plusieurs jours après ne peut pas réaliser la dermoscopie des lésions qui l'inquiètent : dans certains centres sans dermatologue, ce sont des assistants peu ou pas formés qui choisissent les lésions photographiées en dermoscopie. La lecture différée ne peut donc pas remplacer une consultation dermatologique.

Un équipement diagnostique spécialisé suit la compétence de celui qui l'interprète. Il ne viendrait pas à l'idée d'un dermatologue de s'équiper d'un échographe cardiaque ou d'un nasofibroscope. Un système de cartographie corporelle ou de vidéodermoscopie numérique n'a pas davantage sa place hors d'une pratique dermatologique : ses images n'ont de valeur que lues par un spécialiste formé à les interpréter et à en tirer une décision. Le code de déontologie médicale pose déjà ce principe. Selon son article 70, tout médecin est « en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement », mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, « entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose » (art. R. 4127-70 du code de la santé publique). Ce principe n'est assorti aujourd'hui d'aucun contrôle à l'installation de ces équipements.

Les signataires demandent donc que l'installation de ces équipements, dont la liste serait fixée par voie réglementaire, soit soumise à autorisation, comme le sont déjà, en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, les équipements matériels lourds énumérés à l'article R. 6122-26 : appareils d'imagerie par résonance magnétique et scanographes à utilisation médicale, caissons hyperbares et cyclotrons (proposition 5).

VIII.4 — L'organisation territoriale, condition de tout acte numérique

La télémédecine ne remplace pas la médecine présentielle : elle la complète. Toute suspicion de tumeur cutanée confirmée en téléexpertise doit être vue en consultation pour confirmation et traitement, le plus souvent chirurgical, ce qui ne se fait pas à distance. **Toute activité de télémédecine en dermatologie doit donc être adossée à une offre de soins présentielle en aval, organisée à l'avance.**

Les dermatologues se sont déjà organisés localement. Les **équipes de soins spécialisés (ESS)** répondent à cette exigence. On en compte **onze** en 2026, constituées ou en cours de constitution dans la majorité des régions. La dermatologie est la **première spécialité** parmi les vingt-neuf équipes de soins spécialisés enregistrées au répertoire national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Là où elles existent, les ESS permettent à un groupement de dermatologues hospitaliers et libéraux de traiter les demandes d'avis des professionnels de santé, médicaux ou non. Un outil commun et une fonction de coordination orientent chaque demande vers le bon interlocuteur, puis organisent le rendez-vous présentiel lorsqu'il est nécessaire. Leur déploiement doit être étendu à l'ensemble du territoire. Depuis la convention médicale de 2024, elles peuvent recevoir un crédit d'amorçage puis une dotation annuelle, fonction du nombre de médecins participants et non de l'activité : ce financement, plafonné à 100 000 euros par an, couvre la coordination et les outils numériques, non le temps médical que les dermatologues consacrent aux avis (Partie VII).

La téléconsultation doit répondre à la même exigence. Il en va de même de l'imagerie cutanée : elle doit être prescrite par un dermatologue, et son utilisateur doit l'intégrer à un parcours, voire à un réseau de soins. Il en porte la responsabilité.

La télésurveillance reste à construire en dermatologie. Le suivi après une intervention chirurgicale, le suivi des plaies et des pansements, ou la surveillance après l'instauration d'une thérapie innovante pour un cancer cutané ou une maladie inflammatoire pourraient en bénéficier. Ce développement suppose un travail préalable : identifier les autres professionnels de santé appelés à participer à la prise en charge, en étudier les bénéfices probables, définir le coût de ces organisations et l'articulation avec l'éducation thérapeutique.

VIII.5 — Les conditions d'un numérique utile au patient

Le déficit d'offre ouvre un espace où se développent des initiatives numériques sans dermatologue. Leur coexistence avec les organisations existantes crée de la confusion pour le patient, un risque pour la qualité et la sécurité des soins, et des doublons pour l'Assurance maladie. Les signataires sont favorables à la coopération avec les acteurs du numérique, à quatre conditions.

1. La compétence. Un professionnel qui réalise un acte médical à l'aide d'un outil numérique doit être compétent à la fois dans l'usage de l'outil et dans le domaine médical concerné. L'intelligence artificielle facilite l'accès à l'information. Elle ne confère ni compétence, ni autorisation d'exercice : elle peut se tromper, elle ne tient pas compte du contexte clinique du patient, et ses développements sont peu transparents. L'expert qui l'utilise doit en connaître les avantages et les limites pour en corriger les erreurs ; c'est la démarche « A.V.E.C. » (apprendre, vérifier, estimer, communiquer) que la Haute Autorité de santé recommande pour l'intelligence artificielle générative.

Le diagnostic sur image est probabiliste. Il suppose de savoir reconnaître les tableaux cliniques et de mesurer le risque d'une erreur. Les dermatologues eux-mêmes s'y forment : le Collège des enseignants organise des séminaires de diagnostic sur image pour les internes. La délégation de tâches est possible. Elle suppose un protocole formalisé et évalué, et la supervision d'un professionnel compétent.

2. L'évaluation. Les bénéfices du numérique pour le patient et le système de santé restent à démontrer. Ses coûts, eux, sont certains : financiers, en temps médical, environnementaux. Tout projet numérique relatif à la santé de la peau doit comporter une évaluation scientifique associant un dermatologue. Les recommandations de bonne pratique qui en découlent doivent guider les décisions de prise en charge.

3. L'éthique et la continuité des soins. L'interface numérique ne dispense ni de la relation de soin, ni de la sécurité des données, ni du secret médical. Le patient doit être protégé des intérêts autres que celui de sa santé. La continuité de ses soins doit être organisée près de son lieu de vie. Aucun patient ne doit ressortir d'un parcours numérique avec pour seule réponse un conseil de consulter, sans rendez-vous.

4. Une gouvernance qui associe la spécialité. Le dermatologue ne peut plus assurer seul l'ensemble des soins de la peau. Il doit en devenir le coordinateur et le pilote clinique : il pose l'indication, interprète, organise et supervise l'aval, et garantit la pertinence des par-

cours, y compris numériques. Ce rôle ne se substitue pas aux décisions des autorités sanitaires : il suppose que le dermatologue y soit associé pour ce qui concerne la santé de la peau, et qu'il en ait les moyens humains, financiers et technologiques.

▶ Propositions

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Financer durablement les organisations de téléexpertise adossées à une offre présentielle. Il s'agit de consacrer le financement pérenne des équipes de soins spécialisés en dermato-vénéréologie et des organisations hospitalières qui réalisent la téléexpertise, et de créer un forfait de coordination de téléexpertise, en sus des actes. Ce forfait rémunère l'organisation de l'aval selon la gravité, et non le nombre de consultations générées ; il est conditionné à des indicateurs de pertinence, tels que les adressages évités et les délais de prise en charge. *Bénéfice : un avis rendu en quelques heures et un rendez-vous présentiel effectivement organisé quand il est nécessaire. Véhicule : voie conventionnelle (UNCAM) ; fonds d'intervention régional (FIR) pour l'amorçage.*

2. ADAPTER LES PLAFONDS DE LA TÉLÉMÉDECINE DERMATOLOGIQUE.
Les plafonds sont adaptés en trois points :

- **téléexpertise, départements sans dermatologue** : le plafond de quatre actes par an est levé intégralement pour les patients qui y résident, le passage en consultation présentielle n'y étant pas possible à distance raisonnable, à la condition d'un parcours de soins protocolisé, validé par un dermatologue et les acteurs du territoire ;
- **téléexpertise, pathologies chroniques** : pour les patients suivis pour une pathologie chronique relevant de la spécialité requise, le plafond est relevé ; ailleurs, la règle de quatre actes par an pour un même patient demeure la garantie du passage en consultation présentielle, appréciée pour la spécialité requise ;
- **téléconsultation, suivi spécialisé** : les téléconsultations de suivi des maladies inflammatoires chroniques sous traitement spécialisé, et celles qui répondent à une réévaluation ou à une prescription spécialisée requise plus de quatre fois par an, ouvrent droit à un nouveau quota après chaque consultation présentielle avec le dermatologue qui assure le suivi du patient : le compteur est remis à zéro, sans déplafonnement.

Bénéfice : un avis de qualité, un patient vu en consultation dès que le suivi l'exige, et un recours spécialisé continu là où il n'y a plus de dermatologue. Véhicule : voie conventionnelle ; niveau de relèvement et liste des pathologies chroniques fixés par la mission de préfiguration. Contrepartie assumée : la spécialité publiera des indicateurs d'activité et de résultat (volume, délai de réponse, taux d'évitement d'adressage, cancers détectés).

3. CONDITIONNER LA PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DES ACTES NUMÉRIQUES DE DIAGNOSTIC CUTANÉ À LEUR INTÉGRATION DANS UN PARCOURS DERMATOLOGIQUE, DANS LE RESPECT D'UN PARCOURS DE SOINS TERRITORIALISÉ.
Une téléexpertise dermatologique prise en charge doit remplir trois conditions :

- la demande émane d'un médecin qui a lui-même examiné le patient ; une téléexpertise demandée à la suite d'un examen d'imagerie réalisé sans médecin, dans une structure sans dermatologue, n'est pas prise en charge ;

- elle est rendue par un dermatologue, ou par un médecin formé sous la supervision d'un dermatologue ;
- le médecin qui signe l'avis est en capacité de recevoir le patient en consultation, à son cabinet, au sein d'un établissement de santé ou d'une organisation de dermatologues, notamment une ESS. *Bénéfice : aucun patient renvoyé, après un avis à distance, vers une consultation introuvable. Véhicule : voie conventionnelle (conditions de facturation) et cahier des charges des ESS.*

4. Identifier un dermatologue garant pour toute offre numérique de diagnostic cutané. Toute entreprise ou structure qui propose au public un service de diagnostic ou de dépistage cutané doit identifier un dermatologue garant. Ce dermatologue est responsable de la pertinence médicale du service, de l'analyse des clichés et de son articulation avec une offre présentielle. Il peut confier la prise des clichés à un professionnel de santé, par délégation ou dans le cadre d'un protocole de coopération ; il ne délègue jamais leur analyse. Il doit, au choix, recevoir lui-même le patient en consultation pour l'examiner, ou appartenir à un réseau de soins dermatologique coordonné et programmer un rendez-vous présentiel avec un confrère dermatologue au plus près du domicile du patient. *Bénéfice : un interlocuteur médical responsable pour le patient. Véhicule : loi-cadre ; à préparer par la mission de préfiguration.*

5. SOUMETTRE À L'AUTORISATION DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ L'INSTALLATION DES ÉQUIPEMENTS D'IMAGERIE CUTANÉE LOURDS OU SPÉCIALISÉS, ET EN RÉSERVER L'USAGE AUX DERMATOLOGUES DANS LES INDICATIONS VALIDÉES.

Sont visés les systèmes de cartographie corporelle totale et de vidéodermoscopie numérique, dont la liste serait fixée par voie réglementaire, et non les dermatoscopes manuels ni les logiciels, qui relèvent de la proposition 8. Le modèle est celui des équipements matériels lourds. L'autorisation serait délivrée au regard du besoin du territoire, après avis d'une commission associant l'Assurance maladie, la profession et les représentants des usagers, et subordonnée à trois conditions :

- les images sont interprétées par un dermatologue ;
- l'indication de chaque examen est posée par un médecin ;
- l'exploitant justifie d'un lien formalisé avec un établissement de santé disposant d'une activité de dermatologie ou une équipe de soins spécialisés du territoire, en capacité de recevoir en consultation les patients examinés.

Un dermatologue qui lit les images à distance, sans pouvoir voir le patient, ne remplit pas la troisième condition. En attendant, le dépistage de masse en population générale, que la Haute Autorité de santé ne recommande pas, ne doit pas être pris en charge.

Compte tenu de leur mésusage, l'utilisation des systèmes de cartographie corporelle totale doit en outre être réservée aux dermatologues, dans les seules indications validées par les données scientifiques, comme la surveillance des patients à haut risque de mélanome. Le médecin qui les utilise doit pouvoir prendre en charge le patient à l'issue de l'examen et appartenir à un réseau de soins labellisé (proposition 6). Le code de la santé publique le permet sans attendre la loi : l'utilisation d'un dispositif médical qui nécessite un encadrement pour des raisons de santé publique, ou qui est susceptible d'entraîner des dépenses injustifiées, peut être soumise à des règles de formation et de qualification des professionnels, fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Auto-

rité de santé (article L. 1151-1). *Bénéfice : un examen dont l'indication est vérifiée, interprété par le spécialiste formé à le lire, et un patient vu près de chez lui lorsqu'une lésion est suspecte ; moins d'exérèses inutiles et de téléexpertises sans valeur ajoutée. Véhicule : arrêté pris sur le fondement de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique, préparé par la Direction générale de la santé après avis de la Haute Autorité de santé (restriction d'usage, dès maintenant) ; loi-cadre (création du régime d'autorisation), liste des équipements fixée par décret, préparée par la mission de préfiguration ; règles de prise en charge dès maintenant.*

6. Créer, avec l'Institut national du cancer, un label pour le dépistage des cancers cutanés assisté par le numérique. Ce label serait exigé des structures qui exercent cette activité. Il serait subordonné à un rattachement territorial : le dermatologue qui rend l'avis doit pouvoir recevoir le patient en consultation à une distance raisonnable, fixée par le cahier des charges du label. Il s'inscrirait dans une campagne d'information et de prévention, complément indispensable de toute stratégie de dépistage (Partie V). *Bénéfice : un repère de qualité lisible pour le patient. Véhicule : INCa, dans le cadre de la stratégie décennale.*

7. Former les utilisateurs non dermatologues aux outils de dépistage, et en organiser l'usage sous la supervision d'un dermatologue là où l'accès à un dermatologue fait défaut. Une formation au bon usage des outils doit être exigée des professionnels de santé de premier recours, médicaux ou paramédicaux, qui les utilisent. Pour les médecins, elle porte aussi sur la reconnaissance des lésions suspectes. Pour les professionnels non médecins, elle porte uniquement sur la prise de photographies cliniques et dermoscopiques de qualité, réalisées dans un parcours protocolisé : ils ne qualifient jamais une lésion de bénigne ou de suspecte, et l'analyse dermoscopique comme le diagnostic restent des actes médicaux (Partie VII). Ces professionnels exercent sous la supervision d'un dermatologue, dont ils peuvent constituer la porte d'entrée ou le relais de proximité ; ils n'organisent pas d'activité en lien avec la dermatologie sans y associer d'emblée un dermatologue. Le contenu de la formation doit être validé par la SFD et le Collège des enseignants. La télédermatologie, l'intelligence artificielle et les outils numériques doivent par ailleurs être inscrits dans la maquette du DES de dermato-vénéréologie. *Bénéfice : une orientation juste dès le premier recours. Véhicule : règlement (formation) ; arrêté de maquette.*

8. Appliquer la garantie humaine aux dispositifs de détection cutanée automatisée. L'article L. 4001-3 du code de la santé publique doit être effectivement appliqué à ces dispositifs, et la Haute Autorité de santé chargée d'une évaluation publique de leur performance en conditions réelles avant le 2 août 2028. *Bénéfice : une information loyale du patient et des outils évalués avant d'être diffusés. Véhicule : saisine de la HAS ; doctrine de la Délégation au numérique en santé.*

PARTIE IX

L'activité à visée esthétique : sécuriser les patients, préserver l'offre de soins

L'essentiel

- Les actes à visée esthétique — injections, lasers, peelings — exposent les patients à des complications graves lorsqu'ils sont pratiqués sans compétence médicale : huit cas graves de botulisme liés à des injections illégales ont été recensés en 2024.
- En dermatologie, les mêmes gestes servent aussi à soigner : corriger les séquelles d'une maladie de peau relève de l'acte médical.
- Le Gouvernement prépare un décret qui réserve aux médecins les actes à visée esthétique présentant un risque, en conditionne l'exercice à une formation spécifique ou à un droit d'exercice complémentaire, et plafonne l'activité esthétique de tout médecin à 30 % de son temps travaillé.
- Les signataires partagent l'objectif de sécuriser les patients et de ramener des médecins vers le soin.
- La régulation de l'activité esthétique, nécessaire à la sécurité des patients, ne réglera ni la pénurie de dermatologues ni les déserts médicaux.
- Ils contestent deux dispositions : un plafond uniforme fixé sans évaluation, qui ne libère aucun temps médical en dermatologie, puisque les dermatologues consacrent 3 % de leur temps à l'esthétique et que 58 % n'en pratiquent aucune, et qui risque de déplacer la demande vers l'exercice illégal ; et l'absence de reconnaissance de plein droit des dermatologues, alors que ces actes figurent dans leur formation et qu'ils forment eux-mêmes les autres médecins.
- Imposer aux dermatologues une formation supplémentaire, pendant ou après l'internat, pour des actes que leur diplôme enseigne déjà, mobilise des moyens de formation sans agir sur la demande d'actes, qui augmente.
- Les pays qui ont légiféré régulent par la qualification et le risque des actes, non par le temps de travail.
- Les signataires demandent une régulation fondée sur la compétence, le risque des actes et le flux d'autorisations, des moyens réels contre l'exercice illégal, et l'inscription de ces questions dans la loi-cadre.

IX.1 — De quoi parle-t-on : actes esthétiques, actes correcteurs, actes médicaux

Une définition fondée sur l'indication, non sur le geste. La Haute Autorité de santé décrit les actes à visée esthétique comme des actes « à visée non thérapeutique, réalisés dans le seul objectif d'amélioration de l'apparence physique », « sans lien avec une pathologie, un traumatisme ou une malformation ». L'enquête nationale de pratiques conduite par la Société Française de Dermatologie et la Fédération Française de Formation Médicale Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie retient la même ligne de partage : les actes esthétiques se distinguent des actes médicaux, qui incluent les actes correcteurs, « par leur indication purement liée aux valeurs de beauté ou de confort, sans pathologie sous-jacente ».

En dermatologie, un même geste peut être esthétique, correcteur ou thérapeutique. Un laser vasculaire traite un angiome plan ou une couperose ; une épilation au laser traite un hirsutisme ou répond à une demande de confort ; un comblement corrige une lipoatrophie liée à un traitement antirétroviral ou une ride ; une toxine botulique traite une hyperhidrose ou atténue une ride. Plusieurs de ces actes correcteurs sont inscrits à la classification commune des actes médicaux et pris en charge par l'Assurance maladie — par exemple la séance d'épilation au laser ou à la lampe flash (QZNP029) ou le laser à colorant pulsé pour la destruction d'un angiome plan (YYYY063). L'acte correcteur, comme l'acte esthétique, n'est pas toujours remboursé : le remboursement ne suffit donc pas à tracer la frontière.

La dermatologie correctrice et la dermatologie esthétique restent minoritaires dans l'activité. Selon l'enquête nationale, elles représentent chacune 3 % du temps des dermatologues ; 63 % des répondants ne pratiquent jamais la dermatologie correctrice, et 58 % jamais l'esthétique. Les dermatologues prennent également en charge les complications de ces actes.

Une nomenclature attendue. Saisie par la Direction générale de la santé le 12 juin 2019, la Haute Autorité de santé élabore un guide méthodologique de gestion des risques des actes à visée esthétique non chirurgicaux, réalisés par des médecins ou non, qui doit permettre de les classer par niveau de risque ; sa note de cadrage a été adoptée en mai 2025. Ce travail n'est pas publié. Sans liste partagée des actes exclusivement esthétiques, toute régulation fondée sur une part d'« activité esthétique » repose sur une catégorie que personne ne sait mesurer (proposition 10 ; annexe 10).

IX.2 — Un enjeu de sécurité des patients qui dépasse la dermatologie

La sécurité des patients est en cause. L'Agence nationale de sécurité du médicament a recensé **huit cas graves de botulisme** liés à des injections illégales de toxine botulique entre août et septembre 2024, et rappelle que seuls les médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, en dermatologie, en chirurgie de la face et du cou, en chirurgie maxillo-faciale et en ophtalmologie peuvent l'injecter à visée esthétique. Les signalements d'exercice illégal portant sur des actes esthétiques auraient par ailleurs été multipliés par plus de trois entre 2022 et 2025 — de 62 à 213 — et deux décès sont survenus en France en 2026 ; ces deux derniers éléments proviennent de la presse nationale et sont rapportés sous cette réserve.

L'objectif politique est affiché. Une proposition de loi enregistrée le 11 avril 2024 s'intitule « visant à limiter la fuite des médecins vers la médecine esthétique ». Elle rapporte une estimation ordinale d'**au moins 9 000 médecins** pratiquant cette activité, « en majorité initialement médecins généralistes ». L'Ordre a aussi avancé le chiffre d'environ 10 000 médecins, dont 1 000 chirurgiens et 3 700 dermatologues. **Ces estimations comptent les médecins qui réalisent au moins un acte esthétique, non le temps qu'ils y consacrent** : elles ne disent rien du temps médical qui serait rendu au soin, qui est pourtant l'objectif affiché.

Les données disponibles montrent que la dermatologie est peu concernée par les départs vers une pratique esthétique exclusive. Selon l'enquête nationale de pratiques publiée en 2026, les dermatologues consacrent **77 % de leur temps à la dermatologie médicale, 17 % à la dermatologie chirurgicale, 3 % à la dermatologie correctrice et 3 % à l'esthétique** ; **58 % ne pratiquent aucune activité esthétique**. Sur les données d'activité de 1 352 dermatologues libéraux, **1,4 % — dix-neuf praticiens — exercent en esthétique exclusive, pour moins de 0,3 % du volume total d'activité**. Sur la même plateforme, les praticiens qui associent activité médicale et esthétique comptent en moyenne **3 952 consultations par an, contre 2 365** pour ceux qui n'exercent que la dermatologie médicale : chez les dermatologues, l'activité esthétique s'ajoute à l'activité médicale sans s'y substituer. *L'enquête est déclarative (489 répondants, dont 482 pour la question sur l'esthétique) ; les données d'activité proviennent d'une plateforme de prise de rendez-vous, ne couvrent que ses utilisateurs et comptent des consultations, non des patients. L'Ordre et le Conseil national professionnel de dermatologie-vénéréologie conduisent une enquête nationale auprès de l'ensemble des dermatologues, dont les résultats sont attendus début 2027 ; elle sera elle aussi déclarative.*

IX.3 — Un encadrement en deux temps : le droit d'exercice complémentaire, puis un décret propre à l'esthétique

Le droit d'exercice complémentaire existe depuis juillet 2026. Le décret n° 2026-611 du 9 juillet 2026 permet à un médecin d'obtenir « un droit d'exercice complémentaire en rapport avec l'exercice de sa spécialité ». L'autorisation d'exercice est délivrée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, « après avis conforme de la commission de qualification ». Un arrêté du même jour inscrit l'« activité médicale à visée esthétique » parmi les cinq activités ouvertes à ce droit, à côté des médecines thermale, de montagne, aéronautique et hyperbare. Ces deux textes ne créent pas, à eux seuls, d'obligation de détenir ce droit pour pratiquer l'esthétique.

Un second décret, en préparation, fixe les conditions d'exercice. Pris sur le fondement de l'article L. 1151-2 du code de la santé publique, il a été transmis aux organisations professionnelles le 19 octobre 2026, après une consultation en août et une réunion plénière le 12 octobre. Son contenu, rapporté par la presse, est le suivant :

- **une définition**, propre au projet, des actes à visée esthétique — modifier l'apparence physique d'une personne à sa demande, sans caractère thérapeutique, fonctionnel, réparateur ou diagnostique — et la **réserve de ces actes aux médecins** dès lors qu'ils nécessitent une évaluation, une compétence ou un suivi médical, ou l'emploi de médicaments ou de dispositifs présentant un risque ;

- **l'accès à l'exercice** : de plein droit pour les chirurgiens plasticiens ; pour les autres médecins, un droit d'exercice complémentaire, ou cinq années d'exercice dans leur spécialité et une formation théorique et pratique fixée par arrêté ; cette condition entrerait en vigueur au plus tard le 30 septembre 2027 ;
- **une déclaration** au conseil départemental de l'ordre, qui tient une liste publique des médecins exerçant cette activité et de leurs domaines : esthétique préventive et anti-âge, pilosité et cheveux, regard, esthétique génitale, silhouette ;
- **un plafond** : l'activité esthétique « ne peut représenter plus de 30 % du temps travaillé du médecin », justifié chaque année auprès de l'ordre ; les médecins qui l'exercent exclusivement depuis plus de cinq ans disposeraient de trois ans, au plus tard jusqu'au 31 décembre 2029, pour la ramener à 50 % ;
- **un délai de réflexion** de cinq jours après la remise du devis, auquel il peut être dérogé pour une série d'actes de même nature.

Une position qui a changé en cours de concertation. Le pacte gouvernemental de lutte contre les déserts médicaux d'avril 2025 visait un plafond de 10 % du chiffre d'affaires des seuls médecins généralistes conventionnés ; le seuil retenu est passé de 10 % à 30 %, et il s'applique désormais à tous les médecins. Dans les échanges antérieurs, la reconnaissance de plein droit des dermatologues, au même titre que les chirurgiens plasticiens, n'avait pas été remise en cause. Le document de séance de la réunion du 12 octobre 2026 présente l'arbitrage ministériel : « un minimum de 70 % d'activité clinique dans sa spécialité, soit 3 demi-journées d'activité de médecine à visée esthétique pour un médecin exerçant à temps plein », contrôlé chaque année par l'ordre, et un « acte traceur » non tarifant, à coder obligatoirement par les médecins conventionnés pour chaque nouveau patient. La version finale a été adressée le 19 octobre, avec un délai d'observations courant jusqu'au surlendemain.

Le cabinet de la ministre a précisé sa doctrine. Le droit d'exercice complémentaire concernerait toutes les spécialités, au motif que l'activité esthétique « ne constitue pas une spécialité médicale à part entière » ; des allègements de formation pourraient être envisagés pour les dermatologues et les chirurgiens déjà en exercice ; les futurs praticiens devraient obligatoirement passer par la formation spécialisée transversale, en cours de construction. Les travaux sur cette formation sont pilotés par la présidente du Collège des enseignants de dermatologie et un professeur de chirurgie plastique.

Le 21 octobre 2026, la publication du décret était annoncée « dans les prochains jours ».

IX.4 — Les compétences esthétiques inscrites dans la formation des dermatologues

La dermatologie esthétique et correctrice fait partie de la formation initiale du dermatologue. La maquette du diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénéréologie, fixée par l'arrêté du 21 avril 2017, cite nommément les peelings, la toxine botulique, le comblement, la volumétrie et les lasers, et comporte des stages pratiques en dermatologie correctrice et esthétique avec mise en autonomie supervisée. Cet enseignement, construit par les groupes thématiques de la Société Française de Dermatologie (dermatologie correctrice et esthétique, lasers), comporte les bases anatomiques et physiologiques, le cadre médico-légal,

les indications et contre-indications des produits et des techniques. Il peut être approfondi par un diplôme interuniversitaire réservé aux dermatologues, « Dermatologie esthétique, laser et cosmétologie ».

Les dermatologues forment déjà les autres médecins. Le diplôme interuniversitaire de médecine esthétique, dont la première promotion a été ouverte en janvier 2025, a été monté, à la demande du ministère, par des dermatologues — dont une ancienne présidente du Collège des enseignants de dermatologie — avec des chirurgiens plasticiens, et le ministère s'est tourné vers la présidente du Collège pour définir la future formation spécialisée transversale (IX.3).

Les mêmes techniques servent à corriger les séquelles de maladies de peau — cicatrices d'acné, rosacée, angiomes, séquelles chirurgicales. **L'acte correcteur et l'acte esthétique relèvent des mêmes compétences**, et la frontière entre eux est souvent difficile à tracer, notamment pour les lasers et les dispositifs à base d'énergie (IX.1).

IX.5 — Ce que le projet de décret ne règle pas

Un plafond sans évaluation. Aucune étude publiée n'établit qu'au-delà de 30 % du temps de travail la sécurité des patients ou l'accès aux soins seraient compromis. Le projet vise pourtant la directive (UE) 2018/958 du 28 juin 2018, qui oblige l'État, avant d'adopter une nouvelle règle d'accès à une profession ou d'exercice de celle-ci, à vérifier qu'elle est nécessaire et proportionnée à l'objectif poursuivi ; cet examen n'a pas été rendu public. En dermatologie, **plafonner à 30 % une activité qui représente 3 % du temps ne libère aucun temps médical.** Le plafond ne renseigne pas non plus sur la compétence : deux médecins consacrant 30 % de leur temps à l'esthétique peuvent réaliser des volumes d'actes très différents.

Une définition qui ne permet pas de compter. La définition du projet couvre toute modification de l'apparence demandée par une personne, sans caractère thérapeutique : elle s'applique aussi bien au tatouage ou à l'épilation de confort, que la Haute Autorité de santé range parmi les pratiques non médicales, qu'aux injections. Elle ne dit pas quels actes entrent dans les 30 % du temps de travail, ni où passe la frontière avec l'acte correcteur pratiqué sur le même équipement (IX.1). Un plafond dont l'assiette n'est pas définie ne peut être ni déclaré de manière fiable, ni contrôlé.

L'activité esthétique n'est pas une rente de spécialité. En 2021, un dermatologue libéral percevait en moyenne 96 800 euros de revenu d'activité, moins qu'un omnipraticien (98 300 euros) et que la moyenne des médecins libéraux (124 000 euros) ; parmi les spécialités détaillées par la DREES, seules la pédiatrie, la rhumatologie et la psychiatrie se situent en dessous. En secteur 1, où exerce un dermatologue sur deux, le bénéfice moyen déclaré est inférieur à celui d'un généraliste (75 407 contre 76 879 euros en 2022). Les actes techniques de la spécialité n'ont pas suivi les prix : l'exérèse d'une lésion cutanée est facturée 28,80 euros depuis le 1er septembre 2005, la dermoscopie de surveillance d'une lésion à haut risque 54,10 euros depuis septembre 2006, alors que les prix à la consommation ont augmenté de 37,6 % entre 2005 et 2025 ; en valeur réelle, ces deux actes ont perdu plus d'un quart de leur valeur. Les honoraires moyens par dermatologue ont progressé de 2,1 % par an en euros courants depuis 2000, alors que les effectifs baissaient de 1,3 % par an : chaque praticien voit davantage de patients ; des revalorisations récentes de consultations y ont aussi contri-

bué — la consultation de dépistage du mélanome est passée de 47,50 à 60 euros entre 2024 et 2026, l'avis ponctuel de consultant à 60 euros. Les jeunes dermatologues s'installent désormais à 81 % en secteur 2 : l'ajustement passe par le complément d'honoraires plus que par l'esthétique.

Une pratique plus répandue hors de la dermatologie, et jamais mesurée. L'exercice d'une activité hors du champ de sa spécialité est bien plus répandu en médecine générale : l'Académie nationale de médecine estime à environ 20 000 le nombre de généralistes pratiquant un mode d'exercice particulier, de l'homéopathie à la médecine esthétique, et les médecins exerçant la médecine esthétique sont « en majorité initialement médecins généralistes ». Aucune donnée publique ne mesure en revanche la part de l'activité esthétique dans l'activité des cabinets. Ces actes étant soumis à la TVA depuis 2012, l'administration fiscale dispose pourtant d'une information qu'aucune étude d'impact n'a mobilisée : le plafond de 30 % est proposé sans mesure de la situation qu'il entend corriger.

Des effets contraires à l'objectif. Les professionnels concernés, au-delà de la seule dermatologie, relèvent trois risques :

- **un report vers l'exercice illégal**, si l'offre légale se contracte alors que la demande ne diminue pas ;
- **une financiarisation accrue** : un praticien plafonné amortit difficilement un plateau technique coûteux, qui passe alors à des structures tierces faisant travailler plusieurs médecins à temps partiel (Partie X) ;
- **une continuité des soins affaiblie**, si les patients sont suivis par des médecins différents d'un acte à l'autre.

Deux spécialités formées aux mêmes actes, une seule nommée. L'article D. 1152-2 du projet réserve la pratique médicale à visée esthétique « aux médecins qualifiés en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, aux médecins dûment autorisés en application de l'article R. 4131-30 et aux médecins qui remplissent les conditions suivantes », cinq années d'exercice de leur spécialité et une formation fixée par arrêté. Les dermatologues n'y figurent pas, alors que, dans les discussions antérieures, leur reconnaissance de plein droit n'avait pas été remise en cause. Le plafond de 30 %, lui, s'applique à tous. La demande est donc précise : inscrire les médecins qualifiés en dermatologie et vénéréologie au premier alinéa de l'article D. 1152-2, à côté des chirurgiens plasticiens. Le Conseil national professionnel de dermatologie, la Société Française de Dermatologie, le Syndicat national des dermatologues-vénéréologues, le Collège des enseignants et la Fédération de formation continue l'ont demandé le 20 octobre 2026.

Les chirurgiens plasticiens soutiennent cette demande. Le Conseil national professionnel de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique écrit : « Nous sommes par ailleurs très étonnés que les dermatologues ne bénéficient pas de la même reconnaissance. La médecine esthétique fait partie intégrante de leur formation et de leur maquette », et ajoute : « Il nous paraît légitime qu'ils soient traités comme les chirurgiens plasticiens ». Il s'oppose par ailleurs au plafond pour l'ensemble des médecins, plasticiens, dermatologues et généralistes. La Fédération des spécialités médicales s'est associée à la position de la dermatologie : « une activité prévue dans la maquette n'a pas à être traitée comme une activité complémentaire ». Les deux spécialités qui enseignent ces actes aux autres médecins portent donc une demande commune.

Une doctrine ministérielle qui ne tient pas. L'argument selon lequel l'esthétique n'est pas une spécialité, et justifie donc un droit d'exercice complémentaire pour tous, vaudrait aussi pour les chirurgiens plasticiens, que le projet nomme pourtant à l'article D. 1152-2. Il conduit à exiger d'un dermatologue, dont la maquette nomme ces actes, une formation complémentaire que ses propres enseignants dispensent. Les « allègements » envisagés pour les praticiens en exercice laissent entière la question des futurs dermatologues, qui devraient suivre une formation transversale en plus d'un diplôme qui les forme déjà.

Une formation transversale : une double formation, quelle que soit sa forme. Le cabinet indique que les futurs praticiens devraient obligatoirement passer par la formation spécialisée transversale, en cours de construction. Sa forme n'est pas arrêtée : les échanges avec la profession évoquent aussi une formation suivie après le diplôme d'études spécialisées. Pour les dermatologues, les deux hypothèses conduisent au même résultat.

- **S'il s'agit d'une formation spécialisée transversale au sens du code de l'éducation**, celle-ci est « une option commune à plusieurs spécialités », réservée aux étudiants de troisième cycle, qui « ouvre droit à un exercice complémentaire d'une surspécialité au sein de la spécialité suivie » ; le nombre d'étudiants autorisés à la suivre est fixé chaque année, par centre hospitalier universitaire, par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé (art. R. 632-22). Elle dure deux semestres et, pour les diplômes de trois ou quatre ans, ajoute une année au cursus et appelle un financement particulier de l'agence régionale de santé. Le diplôme de dermatologie durant quatre ans, elle l'allongerait d'un an pour tout interne qui souhaite pratiquer des actes que sa maquette lui enseigne déjà, et un dermatologue diplômé qui n'y aurait pas eu accès ne pourrait plus la suivre. Une surspécialité suppose en outre une spécialité d'ancrage : ouverte à toutes les spécialités, elle ferait de l'esthétique une surspécialité de la cardiologie ou de la médecine générale, ce que le cabinet récuse lui-même en rappelant que l'esthétique n'est pas une spécialité.
- **S'il s'agit d'une formation suivie après le diplôme**, elle impose à des dermatologues déjà diplômés une seconde formation, pour des actes que leur maquette nomme et que leurs enseignants dispensent aux autres médecins (IX.4). Chaque année de formation ajoutée est une année de moins d'exercice, au moment où la spécialité manque de praticiens (Parties III et VI).
- **Dans les deux cas**, la formation mobilise des enseignants, des terrains de stage et des financements — ceux de l'assurance maladie et des établissements pour une année d'internat, ceux des commissions et des organismes de formation après le diplôme — pour une compétence que la formation initiale assure déjà.

Elle ne répond pas non plus au problème posé. Former davantage de médecins à l'esthétique et plafonner le temps qu'ils y consacrent sont deux mesures contradictoires. La formation n'agit pas sur la demande d'actes, qui augmente ; la part de cette demande que l'offre légale ne satisfait pas se reporte vers l'exercice illégal.

D'autres pays régulent par la qualification et le risque, non par le temps. La Belgique réserve depuis la loi du 23 mai 2013 les actes de médecine esthétique non chirurgicale aux médecins, désigne les catégories de spécialistes autorisées et les actes permis à chacune, prévoit un régime pour les praticiens justifiant de plus de cinq ans d'expérience, et interdit la publicité pour ces actes ; la Cour constitutionnelle a validé ce dispositif le 17 septembre 2015. L'Angleterre prépare un régime de licences par niveau de risque, qui réserve les actes

les plus risqués à des professionnels de santé qualifiés. Aucun de ces deux dispositifs ne plafonne le temps de travail du médecin. **Ces pays misent sur un nombre suffisant de spécialistes formés.** Une enquête mondiale conduite auprès des sociétés nationales de dermatologie de 158 pays, publiée en 2026, estime à **5,63 dermatologues pour 100 000 habitants** la densité nécessaire à un accès suffisant ; la moyenne des pays à revenu élevé est de 5,05, et la moitié environ des pays européens atteignent ce seuil. La France compte 4,14 dermatologues en activité régulière pour 100 000 habitants, et une densité moyenne départementale de 3,27 (Partie III) : elle se situe sous ce seuil et sous la moyenne des pays comparables. *Aucune source comparable n'a été trouvée pour la densité de chirurgiens plasticiens par pays.*

Réduire l'esthétique à la dermatologie est un raccourci. Le sujet mêle la demande croissante d'actes, la publicité et les réseaux sociaux, l'exercice illégal, la sécurité des produits, la financiarisation des structures et l'attractivité du premier recours. Désigner une spécialité qui y consacre 3 % de son temps ne permet de traiter aucun de ces déterminants. **Ce sont les pratiques à risque qu'il faut encadrer, quelle que soit la spécialité du médecin, et l'attractivité du soin qu'il faut restaurer.**

Le même raisonnement s'applique à la dermatologie. Si un médecin généraliste qui se consacre à l'esthétique représente une perte d'accès aux soins, il en va de même des dermatologues en exercice esthétique exclusif. Ils sont dix-neuf et pèsent moins de 0,3 % du volume d'activité de la spécialité. **Aucune publication n'établit que la sinistralité des actes esthétiques varie selon la spécialité ou la formation d'origine du praticien** : les signataires demandent que cette analyse soit conduite, et acceptent qu'une règle d'accès en découle.

Propositions

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Faire respecter le monopole médical existant. Les injections à visée esthétique sont des actes médicaux ; la demande porte sur les moyens du contrôle et des poursuites à l'encontre des injecteurs non habilités — non sur une nouvelle réserve d'activité. *Bénéfice : moins d'accidents graves, comme les cas de botulisme liés à des injections illégales recensés par l'Agence nationale de sécurité du médicament (IX.2). Véhicule : moyens de contrôle des agences régionales de santé et de l'Ordre ; signalement au procureur de la République au titre de l'exercice illégal de la médecine.*

2. Retirer le plafond de 30 % et réguler par la compétence, le risque des actes et le flux d'autorisations. Rendre public l'examen de proportionnalité exigé par le droit de l'Union ; suivre le nombre d'autorisations délivrées par spécialité d'origine et par territoire. *Bénéfice : une régulation qui protège l'accès aux soins, sans contracter l'offre légale au profit de l'exercice illégal. Véhicule : décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique (article D. 1152-3 du projet) ; suivi par l'Ordre et les agences régionales de santé ; loi-cadre.*

3. Reconnaître de plein droit les dermatologues, au même titre que les chirurgiens plasticiens, avec le soutien de ces derniers, en inscrivant les médecins qualifiés en dermatologie et vénéréologie au premier alinéa de l'article D. 1152-2 du projet, pour l'ensemble des actes à visée esthétique non chirurgicaux que leur maquette de formation nomme, sans formation spécialisée transversale ni droit d'exercice complémentaire. Pour l'injection de toxine botulique, s'en tenir aux cinq spécialités que l'Agence nationale de sécurité du médicament reconnaît déjà habilitées, dans leur champ de compétence. *La reconnaissance ne crée aucune réserve d'activité : les autres médecins conservent l'accès par la formation ou le droit d'exercice complémentaire. Bénéfice : des formations et des commissions concentrées sur les médecins dont la formation initiale ne couvre pas ces actes, des formateurs maintenus dans le dispositif, et aucune formation supplémentaire, pendant ou après l'internat, imposée aux dermatologues. Véhicule : article D. 1152-2 du projet de décret (ajout des mots « et en dermatologie et vénéréologie »).*

4. Interdire la publicité et les promotions commerciales des actes à visée esthétique, sur le modèle de la loi belge du 23 mai 2013, dont la Cour constitutionnelle a jugé l'interdiction de publicité conforme à la Constitution : soldes, offres groupées, opérations promotionnelles, parrainage par des influenceurs. *Bénéfice : une demande qui n'est plus suscitée par des offres commerciales, et une indication posée dans l'intérêt du patient. Véhicule : loi, en étendant aux actes de médecine esthétique l'encadrement des communications commerciales que l'article L. 6322-1 du code de la santé publique et le décret n° 2026-891 du 23 septembre 2026 relatif aux communications commerciales en faveur des installations de chirurgie esthétique appliquent déjà à la chirurgie esthétique (art. R. 6322-49 à R. 6322-51) ; contrôle par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.*

5. Protéger les mineurs : interdire les actes à visée esthétique sur les personnes de moins de dix-huit ans, sauf indication médicale ou réparatrice, et encadrer leur promotion sur les réseaux sociaux. Le droit français interdit déjà, pour la chirurgie esthétique, les communications qui ciblent les mineurs ou les incitent à y voir un besoin de santé ; l'Angleterre prévoit une limite à dix-huit ans dans son futur régime. *Bénéfice : des adolescents protégés de gestes irréversibles suscités par les réseaux sociaux. Véhicule : loi ; décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique (article D. 1152-7 du projet, qui prévoit déjà l'information des titulaires de l'autorité parentale) ; Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique.*

6. Tracer chaque produit injecté, de la chaîne de distribution jusqu'au patient. Traçabilité et conditions de délivrance des produits de comblement et de la toxine botulique ; responsabilité des plateformes qui en assurent la promotion ; remise au patient, après chaque injection, d'une carte indiquant le produit, son numéro de lot, la date et le médecin, à l'image de la carte d'implant que le règlement européen sur les dispositifs médicaux prévoit pour les dispositifs implantés (article 18). *Bénéfice : un patient qui sait ce qu'il a reçu, une complication rattachable à un produit et à un lot, et des données utilisables pour l'analyse de sinistralité. Véhicule : conditions de délivrance fixées sous le contrôle de l'Agence nationale de sécurité du médicament ; décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique ; loi pour la responsabilité des plateformes.*

7. Créer une vigilance esthétique publique et conduire l'analyse de sinistralité. Rendre obligatoire la déclaration des complications graves liées aux actes à visée esthétique, en s'appuyant sur la matériovigilance (produits de comblement), la pharmacovigilance (toxine botulique) et la cosmétovigilance (produits cosmétiques appliqués lors des soins) existantes, et publier un bilan annuel de l'Agence nationale de sécurité du médicament ; analyser la sinistralité selon la spécialité et la formation d'origine du praticien, à partir de ces déclarations et des données des assureurs en responsabilité civile professionnelle. *Bénéfice : les données qui manquent aujourd'hui pour évaluer toute régulation, y compris un plafond, et une règle d'accès fondée demain sur la sécurité des patients. Véhicule : décret ; Agence nationale de sécurité du médicament ; mandat de la mission de préfiguration.*

8. Mesurer l'activité esthétique réelle avant de la réguler. Recenser rapidement les ventes de produits injectables auprès des fournisseurs et des officines, et identifier les professionnels qui les commandent ; créer une codification des actes à visée esthétique, à porter obligatoirement sur une feuille de soins même lorsqu'elle n'ouvre droit à aucun remboursement, afin de compter le nombre d'actes par praticien et par territoire ; publier une cartographie de l'activité esthétique par spécialité. Le recensement des ventes et des acheteurs touche au secret des affaires et à la protection des données personnelles des professionnels : il doit être prévu par un texte réglementaire, qui en fixe la finalité de santé publique, les destinataires, la durée de conservation et les garanties, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ; seules des données agrégées sont publiées. *Bénéfice : une mesure objective du temps médical en jeu, là où les estimations disponibles ne comptent que des praticiens, et une régulation qui peut être évaluée. Véhicule : décret en Conseil d'État pris après avis de la CNIL pour le recensement des ventes ; Assurance maladie (codification non*

tarifante, sur le modèle de l'acte traceur envisagé par le ministère, mais par acte et non par patient) ; Agence nationale de sécurité du médicament et fournisseurs ; mandat de la mission de préfiguration.

9. Encadrer les structures commerciales de médecine esthétique comme le sont les installations de chirurgie esthétique, notamment pour la maîtrise médicale du plateau technique et des données. *Bénéfice : une indication posée dans le seul intérêt du patient, par un médecin qui maîtrise son outil. Véhicule : loi-cadre ; articulation avec la Partie X, proposition 4.*

10. Publier les textes d'application dans un calendrier connu et catégoriser les actes selon leur risque : publication par la Haute Autorité de santé de la liste des actes exclusivement esthétiques, distincts des actes correcteurs et thérapeutiques réalisés avec les mêmes techniques, et de leur classement par niveau de risque, conformément à la saisine de 2019 — les signataires versent à ce travail la catégorisation de l'annexe 10 ; étude conjointe de la DREES et de la Direction générale des finances publiques, à partir des déclarations de TVA, mesurant la part de l'activité esthétique selon la spécialité et le secteur, préalable à la fixation de tout plafond ; référentiel national d'évaluation des compétences, cohérent avec ces travaux ; arrêté de formation ; nomination des commissions de qualification ; suivi public des autorisations délivrées, par spécialité d'origine et par territoire. *Bénéfice : une assiette connue pour toute régulation, des compétences exigées à la mesure du risque de chaque acte, et des autorisations délivrées selon les mêmes critères dans tous les départements. Véhicule : arrêtés d'application du décret n° 2026-611 et du décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique ; Haute Autorité de santé ; Conseil national de l'ordre des médecins.*

11. Informer le public des risques liés aux produits non tracés et aux injections pratiquées par des personnes non habilitées. *Bénéfice : des patients en mesure de vérifier qui les injecte, et avec quel produit. Véhicule : campagnes de Santé publique France et de l'Agence nationale de sécurité du médicament.*

> **Une piste soumise à la réflexion.** Plutôt qu'un plafond uniforme, une contrepartie territoriale pourrait être examinée : le médecin qui exerce une activité esthétique dans un territoire sous-doté participerait à la permanence des soins, à des consultations avancées ou à une équipe de soins spécialisés. Cette piste répondrait à l'objectif d'accès aux soins sans contracter l'offre légale. Les signataires ne la portent pas à ce stade ; ils la versent au débat de la mission de préfiguration.

PARTIE X

La financiarisation : capital extérieur et offres commerciales de dépistage

L'essentiel

- La financiarisation de la dermatologie prend deux formes.
- La première est l'entrée du capital dans l'outil de travail des dermatologues.
- Elle passe moins par la société d'exercice du médecin que par des sociétés commerciales placées à côté de lui — celle qui possède l'équipement, la plateforme qui attribue les demandes, la holding qui en porte le capital —, qui échappent au contrôle de l'Ordre et que personne ne mesure : la dermatologie n'est citée ni dans le rapport du Sénat de 2024, ni dans celui de l'IGAS et de l'IGF de 2025.
- La seconde est le développement d'offres commerciales de dépistage hors du parcours de soins, qui mobilisent pour partie la dépense publique et le temps des dermatologues sans bénéfice démontré pour le patient : un examen corps entier avec analyse par intelligence artificielle y est proposé sans adressage médical pour 150 euros à la charge du patient, alors que la Haute Autorité de santé juge non pertinent le dépistage du mélanome en population générale.
- Le code de déontologie interdit déjà que la médecine soit pratiquée comme un commerce ; il reste à le doter des moyens de contrôle et des règles de prise en charge qui le rendent effectif.
- Des dossiers circonstanciés ont été transmis en 2026 aux services de l'Assurance maladie, de la Direction générale de l'offre de soins et du Conseil national de l'ordre des médecins.
- Les signataires demandent de mesurer la place du capital extérieur dans la spécialité, de fixer des règles explicites de prise en charge pour les offres de dépistage hors parcours, et de garantir que l'équipement d'imagerie cutanée et les images des patients restent sous la maîtrise d'une structure de soins et d'un dermatologue responsable.

X.1 — Les rapports publics et les travaux législatifs en cours

Le rapport d'information du Sénat, *Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ?* (commission des affaires sociales, n° 776, 25 septembre 2024), établit que l'hospitalisation privée lucrative est détenue à **40 % par quatre groupes**, que **62 % des sites de biologie médicale** sont concentrés dans six groupes, et que l'imagerie médicale, les soins dentaires, l'ophtalmologie, les soins primaires polyvalents et les officines sont en cours de financiarisation. Il formule **dix-huit recommandations**, dont l'encadrement des droits de vote dans les sociétés d'exercice libéral, la fin des détournements par actions de préférence, une durée minimale d'investissement et la consécration légale du « contrôle effectif ».

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances, *Causes et effets de la financiarisation du système de santé* (publié le 9 juillet 2025), établit que le capital-investissement a apporté **plus de 4 milliards d'euros de fonds propres** aux soins de premier recours entre 2020 et 2024, et que l'endettement du secteur est préoccupant. Il relève aussi que « les données disponibles ne permettent pas d'affirmer que les problèmes de qualité soient plus importants dans les groupes financiarisés ».

Les recommandations du Sénat ont été traduites en texte. La proposition de loi n° 2956 « portant mesures visant à lutter contre les excès de la financiarisation en santé », enregistrée à l'Assemblée nationale le 23 juin 2026, en reprend l'essentiel :

- habilitation des ordres à contrôler « les modalités de fonctionnement, de financement » des sociétés d'exercice, avec une cellule nationale d'appui juridique ;
- déclaration à l'Assurance maladie de toute personne détenant, directement ou indirectement, une participation dans une société d'exercice libéral de santé ;
- actions de préférence réservées aux personnes dont l'activité est en rapport avec la profession ;
- interdiction, pour un investisseur non professionnel, de céder ses titres avant **sept ans** ;
- amende administrative pouvant atteindre 30 000 euros, prononcée par l'agence régionale de santé.

Le pouvoir réglementaire a déjà agi. Le décret n° 2026-691 du 27 juillet 2026 modifie le code de déontologie médicale et y ajoute, depuis le 30 juillet 2026, à l'article R. 4127-1 du code de la santé publique, qu'il « s'impose[…] désormais également aux sociétés d'exercice libéral et aux sociétés civiles professionnelles de médecins, inscrites au tableau de l'ordre », et que « les manquements à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre ».

X.2 — Le capital extérieur dans l'outil de travail

La dermatologie n'est citée dans aucun des deux rapports. Ce silence traduit une absence de mesure, non l'absence du phénomène.

La spécialité réunit pourtant les caractéristiques qui attirent l'investissement extérieur dans les champs déjà documentés :

- **des actes techniques standardisables et répétitifs** — lasers, injections, photothérapie, imagerie cutanée —, qui se prêtent à l'industrialisation ;

- **une part d'activité non remboursée et à tarif libre** : l'activité à visée esthétique, mais aussi le dépistage en population générale, que la Haute Autorité de santé ne recommande pas (X.3) ;
- **une demande supérieure à l'offre**, qui garantit le remplissage ;
- **une offre médicale raréfiée et vieillissante**, donc un flux régulier de cabinets à céder : un dermatologue libéral sur six exerce déjà en cumul emploi-retraite (17,7 %, contre 11,8 % toutes spécialités ; Partie III).

Ces caractéristiques ont déjà suscité des montages. Les actes déposés au registre national des entreprises montrent l'apparition, depuis 2022, de sociétés commerciales dédiées à l'acquisition d'équipements d'imagerie dermatologique et à leur mise à disposition de praticiens ou d'officines, dont certaines préparent l'ouverture de leur capital à de nouveaux investisseurs. Ces montages ne sont pas irréguliers en eux-mêmes. **Les actes publics ne disent toutefois pas qui détient ces sociétés à terme** : l'entrée de nouveaux associés dans une société à capital variable n'est soumise à aucune publicité. Rien ne permet donc de savoir si des médecins détiennent, ou détiendront, des parts des sociétés qui leur fournissent l'équipement ou la plateforme.

Les dermatologues ne sont pas seulement exposés à ce capital : certains y participent, comme fondateurs ou dirigeants de plateformes, ou comme lecteurs d'images rémunérés à l'acte. Les propositions de cette partie s'appliquent à eux comme aux autres.

Pour le patient, l'enjeu est l'indépendance de la décision médicale, quelle que soit la forme juridique du cabinet. Le code de déontologie la protège en trois articles :

- « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » (art. R. 4127-5) ;
- il « doit […] limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins » (art. R. 4127-8) ;
- « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce » (art. R. 4127-19).

Un modèle économique fondé sur un objectif de rentabilité fixé par un actionnaire extérieur n'enfreint pas en soi ces principes. Il crée une tension avec eux lorsque l'actionnaire contrôle l'équipement, les locaux, l'agenda ou les données, et que le médecin n'en a plus la maîtrise. **Cette tension n'est mesurée nulle part pour la dermatologie.** C'est l'objet de la première proposition.

X.3 — Les offres commerciales de dépistage hors du parcours de soins

X.3.a — Deux modèles qui contournent le parcours de soins

Depuis 2023, deux modèles de dépistage cutané se développent hors du parcours de soins coordonné. Les situations recensées reposent sur des signalements de professionnels : elles ne reflètent vraisemblablement qu'une partie de la réalité.

Le premier est la téléexpertise déclenchée en officine. Des sociétés louent aux pharmacies un équipement de photographie cutanée ; le pharmacien photographie la lésion, et une plateforme transmet la demande à un médecin requis, qui facture une téléexpertise prise en charge par l'Assurance maladie, tandis qu'une somme est demandée au patient à l'officine. Les situations signalées présentent plusieurs traits communs :

- **le médecin requis est choisi par la plateforme**, et non par le professionnel qui demande l'avis, et il exerce souvent loin du patient, sans pouvoir le recevoir ;
- **l'avis se borne souvent à recommander une consultation**, que le patient doit ensuite obtenir par ses propres moyens, et sa transmission au médecin traitant n'est pas assurée ;
- **l'acte médical côtoie une activité commerciale** : conseils de produits, liens financiers entre fournisseurs et officines, rémunération des médecins requis à la tâche ;
- **l'usage d'un outil d'intelligence artificielle n'est pas toujours porté à la connaissance du patient**, alors que la loi l'impose (art. L. 4001-3 du code de la santé publique) ;
- **l'avis remis au patient ne permet pas toujours d'identifier le médecin requis**, ni la date de l'expertise, ni son lieu d'exercice, et son contenu paraît parfois standardisé, alors que la nomenclature impose un compte rendu adressé au requérant et au médecin traitant (X.3.d). Ces situations, signalées par des patients à l'association France Asso Cancer et Peau, sont en cours de recensement et de transmission aux autorités compétentes.

Le second est le centre de dépistage cutané corps entier. Des centres d'imagerie corps entier — cabines de photographie en trois dimensions, cartographie numérique — ouvrent depuis 2023, souvent adossés à des sociétés commerciales. Ils proposent un examen sans adressage médical, hors nomenclature et à la charge du patient, pour un forfait de l'ordre de 150 euros. Les images y sont prises par du personnel non médecin, puis lues à distance par des dermatologues recrutés à cet effet. Les cotations affichées par certains médecins associés à ces structures posent par ailleurs question au regard des conditions de la nomenclature (X.3.d). Des collectivités territoriales financent également des journées de dépistage cutané organisées par des sociétés commerciales.

Ce que montrent les pièces recueillies. Les sociétés et les acteurs individuels concernés sont identifiés. Les pièces, copies caviardées à l'appui, sont à la disposition des services de l'Assurance maladie, du Conseil national de l'ordre des médecins et du ministère chargé de la santé. La présente Contribution ne nomme aucun médecin et ne qualifie aucune pratique : elle décrit ce que montrent les documents.

En officine :

- un fournisseur loue l'équipement aux pharmacies 189 euros hors taxes par mois sur soixante mois, et s'est engagé par écrit à verser au pharmacien 10 euros par téléexpertise, dans la limite de quatre par patient et par an et de 220 euros par mois ; le versement effectif n'est pas établi ;
- son formulaire de commande, commun aux pharmacies et aux médecins, pré-imprime la cotation de la dermatoscopie de surveillance (QZQP001, 54,10 euros), acte réservé aux lésions à haut risque et d'une durée d'environ trente minutes ;
- les dermatologues requis se voient proposer 10 à 13 euros par expertise de deux à cinq minutes, et une société leur a demandé par écrit de ne pas communiquer au patient le résultat de son module d'intelligence artificielle ;

- une offre d'emploi recrute un dermatologue, une trentaine d'heures par mois, pour « rédiger et valider les comptes-rendus médicaux générés par la plateforme », et revendique « plus de mille pharmacies » ;
- le patient paie 10 à 25 euros à l'officine, tandis que le médecin requis facture une téléexpertise prise en charge à 100 % (23 euros) ;
- dans cinq dossiers d'une autre plateforme, le médecin requis est attribué par celle-ci ; c'est un généraliste exerçant dans une autre région, à 400 à 900 kilomètres de l'officine ; le courrier d'adressage suit un modèle type sans destinataire, et son envoi au médecin traitant n'est pas tracé ; l'avis renvoie chaque fois vers une consultation physique ; trois dossiers sur cinq recommandent la même « routine de soin » de protection solaire, y compris pour une lésion justifiant une biopsie ;
- cette plateforme propose aux pharmaciens un simulateur public de revenus qui intègre une « part produits » et un « panier moyen parapharmacie », puis oriente le patient vers « un médecin partenaire », « pas nécessairement un dermatologue ».

Dans les centres de dépistage :

- un centre recrute des dermatologues, y compris dans d'autres pays de l'Union européenne, pour 10 000 à 15 000 euros par mois, afin d'interpréter à distance des images « réalisées sur place par une équipe spécialement formée » ;
- un centre affiche un « dépistage cutané corps entier (hors nomenclature) » à 150 euros et un « avis différé (hors nomenclature) » au même prix, à côté de consultations conventionnées ;
- des médecins généralistes « à orientation dermatologique » affichent un avis ponctuel de consultant, ou une consultation de secteur 1 assortie d'un supplément « hors nomenclature » ; de plus, le Conseil national de l'Ordre des médecins affirme qu'un simple diplôme universitaire ne permet pas à un généraliste de coter l'avis ponctuel de consultant ;
- l'investissement est lourd : 81 123 euros pour une cartographie numérique avec abonnement d'intelligence artificielle, 350 000 à plus de 400 000 euros pour une cabine en trois dimensions. Il suppose un volume élevé de patients.

Les positions ordinales. Le Conseil national de l'ordre des médecins a jugé un moratoire et un audit de la téléexpertise dermatologique « tout à fait pertinente[s] et souhaitable[s] ». Il estime qu'un professionnel non médecin ne peut déclencher une téléexpertise spécialisée pour un patient venu spontanément sans en référer à un médecin, sauf protocole. L'Ordre des pharmaciens appelle les officines à la vigilance depuis septembre 2025 et a saisi la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'offre de soins. Un conseil départemental de l'Ordre des médecins, saisi d'un signalement, a indiqué n'avoir « aucun pouvoir d'enquête ».

Seules les données de l'Assurance maladie permettent de vérifier les facturations effectives : le versement des sommes promises, les ventes associées et les actes facturés ne sont pas établis par ces pièces.

X.3.b — Un dépistage que la Haute Autorité de santé ne recommande pas

La Haute Autorité de santé a conclu à « la non-pertinence d'un dépistage en population générale du mélanome (pas de diminution de la mortalité spécifique) » et recommande « la promotion d'un parcours de soins des patients à risque de mélanome ». Ses critères de risque

restent toutefois restrictifs et mériteraient d'être actualisés : ils retiennent le phototype I, et non le phototype II, ainsi que les antécédents de brûlures solaires sans en préciser le degré. Apprécier ces facteurs pour orienter le patient vers le bon parcours relève d'une compétence spécialisée.

Même dans un cadre dermatologique et chez des patients à haut risque, l'imagerie corps entier augmente les coûts et les exérèses sans améliorer significativement la détection des mélanomes (essai australien, Partie VIII.3).

X.3.c — Les risques pour les patients et pour la dépense publique

Aucune donnée colligée ne mesure aujourd'hui les conséquences de ces offres pour les patients en France. Les mécanismes par lesquels un préjudice peut se produire sont en revanche établis :

Pour le patient.

- **Un reste à charge pour un examen sans bénéfice démontré** en population générale.
- **Des exérèses de lésions bénignes**, avec leurs cicatrices et leur morbidité, que l'imagerie corps entier multiplie même dans les conditions les plus favorables.
- **Une inquiétude sans issue** : l'avis recommande une consultation que le patient peine ensuite à obtenir (Parties IV et VIII.3).
- **Une fausse réassurance possible**, si un examen normal dispense à tort d'une surveillance qui relevait d'un parcours ciblé.
- **Une continuité des soins rompue** : un médecin requis éloigné du patient ne peut pas le recevoir, et le médecin traitant n'est pas toujours informé.

Pour l'Assurance maladie.

- **Un parcours plus coûteux** : en officine, une téléexpertise prise en charge à 100 % précède une consultation elle-même remboursée, pour un avis qui se borne souvent à recommander cette consultation.
- **Des actes pris en charge sans indication vérifiée** : téléexpertises, consultations, dermatoscopies de surveillance, puis exérèses et examens anatomopathologiques en aval.

Pour l'accès aux soins de tous.

- **Des créneaux de dermatologie consommés** par des patients sans facteur de risque, adressés après un examen non indiqué, au détriment des patients qui en ont besoin.

X.3.d — Ce que prévoient les textes

Les règles applicables existent. Les situations observées soulèvent des questions que seule l'Assurance maladie peut instruire.

Point d'attention	Règle applicable	Question à instruire
Choix du médecin requis	La téléexpertise est sollicitée en raison de la formation ou des compétences particulières du requis (art. R. 6316-1 du code de la santé publique)	La compétence du requis est-elle établie lorsque la plateforme, et non le requérant, le choisit ?
Contenu et destinataire de l'avis	Recours apprécié au cas par cas ; compte rendu au requérant et au médecin traitant (NGAP, art. 14.9.4)	Un avis qui se borne à recommander une consultation ouvre-t-il droit à la téléexpertise ?
Origine de la demande et somme demandée au patient	Liste des professionnels autorisés à demander une téléexpertise (NGAP, art. 14.9.6)	Une demande formée depuis une officine, assortie d'un paiement du patient, entre-t-elle dans ce cadre ?
Liens financiers entre fournisseurs, officines et médecins	Interdiction des avantages consentis par une entreprise et du compérage (art. L. 1453-3 et suivants, R. 4235-63 du code de la santé publique)	Le volume d'actes remboursés influe-t-il sur la rémunération d'un intervenant ?
Cotation des dépistages cutanés	Consultation de dépistage du mélanome (NGAP, art. 15.2.1) ; avis ponctuel de consultant (NGAP, art. 18 B) ; dermatoscopie de surveillance (CCAM, QZQP001)	Ces actes sont-ils facturés dans leurs conditions, ou doublés d'un acte hors nomenclature ?
Usage de l'intelligence artificielle	Information du patient sur l'usage d'un dispositif algorithmique (art. L. 4001-3 du code de la santé publique)	Le principe de garantie humaine est-il respecté ?

La nomenclature contient déjà le modèle de la règle à généraliser. La consultation de dépistage du mélanome, créée en 2011, est une « consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie ». Elle « concerne les sujets à risque de mélanome définis par les recommandations de la HAS », comporte un « examen cutané du corps entier » et « ne peut être tarifée qu'une fois par an » (NGAP, art. 15.2.1). Les autres actes mobilisés hors parcours — téléexpertise, dermatoscopie de surveillance, consultations — ne sont soumis à aucune condition d'indication équivalente. La prise en charge d'un acte peut pourtant être subordonnée « au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques » (art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale). Les honoraires « ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués » (art. R. 4127-53 du code de la santé publique), et le patient doit recevoir une information écrite préalable dès que le dépassement atteint 70 euros.

La communication du médecin et l'usage de son nom sont aussi encadrés. Le code de déontologie interdit au médecin toute communication qui « incite […] à un recours inutile à des actes de prévention ou de soins » (art. R. 4127-19-1). Il lui impose, depuis le décret du 27 juillet 2026, d'intervenir dès qu'il constate que son nom ou son activité « sont utilisés à des fins commerciales, notamment par des organismes publics ou privés dans lesquels il exerce ou auxquels il prête son concours » (art. R. 4127-20). Il lui interdit de dispenser des avis médicaux « dans des locaux commerciaux », y compris au moyen d'un dispositif qui y est installé (art. R. 4127-25).

Ces règles s'appliquent à tous les médecins, dermatologues compris. Certaines de ces structures s'appuient sur des dermatologues qui lisent les images à distance, et des dermatologues sont associés de sociétés ouvertes au capital extérieur. Les propositions qui suivent les visent au même titre que les autres.

Une offre hors parcours se distingue d'une expérimentation par son cadre, non par sa technologie. La téléexpertise est utile lorsqu'elle relie un professionnel de santé à un médecin compétent de son territoire, qui assure ensuite la prise en charge. Des organisa-

tions associant officine, intelligence artificielle et dermatologue sont ainsi expérimentées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce cadre est public : un comité technique associant l'Assurance maladie, les ministères et les agences régionales de santé se prononce sur leur financement et leurs modalités d'évaluation (art. L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale). Les offres commerciales décrites ci-dessus ne sont soumises à aucune évaluation de cette nature.

X.4 — La maîtrise des équipements et des données

Un système de cartographie corporelle ou de vidéodermoscopie numérique produit deux choses : un examen, et une base d'images de peau rattachées à des personnes. Lorsque l'équipement et les données appartiennent à une société dont l'objet n'est pas le soin, et que le médecin n'intervient que comme signataire, trois risques se cumulent :

- **l'indication de l'examen** est fixée par le modèle économique, non par le médecin ;
- **le suivi** du patient, qui suppose de comparer des images successives, devient captif de la société qui les détient ;
- **les images** constituent un actif réutilisable, notamment pour l'entraînement d'algorithmes.

Les actes publics des sociétés d'imagerie dermatologique ne comportent aucune clause sur la maîtrise médicale de l'équipement, la conservation des images ou leur transmission au patient. Les images, plusieurs gigaoctets par examen, sont le plus souvent stockées sur les serveurs de l'exploitant ou du fabricant, et non sous la maîtrise du médecin.

Le droit encadre déjà les données. Toute personne qui héberge des données de santé recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic ou de soins doit être titulaire d'un certificat de conformité, et « tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit » (art. L. 1111-8 du code de la santé publique). **La pseudonymisation n'y change rien** : selon le règlement général sur la protection des données, les données pseudonymisées « qui pourraient être attribuées à une personne physique par le recours à des informations supplémentaires » restent des données concernant une personne identifiable (considérant 26). Et le référentiel de la CNIL relatif aux entrepôts de données de santé, qui impose l'information des patients et un droit d'opposition « par tout moyen », ne couvre pas « les entrepôts mis en œuvre par une société privée sur le fondement de son intérêt légitime ». **Rien, en revanche, ne garantit que l'équipement d'imagerie cutanée et la base d'images restent sous la maîtrise d'une structure de soins et d'un médecin responsable.** La Partie VIII demande que l'installation de ces équipements soit soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé (Partie VIII, proposition 5) ; les signataires demandent ici que cette autorisation porte aussi sur la maîtrise de l'équipement et des données.

Cette autorisation est définie par spécialité. Un équipement diagnostique spécialisé relève de la spécialité dont la compétence est nécessaire pour interpréter ses images et en tirer une décision : c'est le principe de l'article R. 4127-70 du code de la santé publique, selon lequel le médecin ne doit pas entreprendre de soins « dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose » (Partie VIII.3). Pour les systèmes de cartographie corporelle totale et de vidéodermoscopie numérique, cette spécialité

est la dermatologie. **Le critère est la compétence d'interprétation, non la forme juridique ni l'actionnariat de l'exploitant** : la proposition n'interdit pas le capital extérieur ; elle fixe qui répond médicalement de l'équipement et des images.

X.5 — Des alertes déjà adressées aux autorités

La profession n'a pas attendu la loi pour agir dans le cadre existant. En avril 2026, les Futurs Dermato-Vénéréologues de France ont fait état publiquement de signalements relatifs au cumul, pour un même dépistage, d'un acte remboursable et d'un acte hors nomenclature. Au cours de l'année 2026, des dossiers circonstanciés, pièces à l'appui, ont été transmis aux services de **l'Assurance maladie**, de la **Direction générale de l'offre de soins** et du **Conseil national de l'ordre des médecins**.

L'Assurance maladie a indiqué que ces acteurs étaient identifiés par ses services et que ses investigations se poursuivaient ; des voies de recours, notamment auprès de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, sont à l'étude. Ces dossiers ne qualifient aucune pratique et ne concluent à aucune fraude. Ils mettent en regard les textes et les situations observées, et désignent ce que seules les données de l'Assurance maladie permettent de vérifier : la concentration des téléexpertises par médecin requis, la distance entre requis et patient, le respect des plafonds, les conditions de cotation des dépistages cutanés et les actes générés en aval. **Il appartient désormais à ces administrations de les instruire et d'en rendre compte.** Dans le même temps, des dermatologues engagés dans une équipe de soins spécialisés font l'objet de contrôles de cotation qui ont conduit leur équipe à suspendre son activité (Partie VII.3). Les signataires demandent que la même diligence s'applique aux offres commerciales hors parcours, et que les organisations territoriales qui répondent à la pénurie ne soient pas les premières à en supporter le coût.

Certains signataires fédèrent des équipes qui pratiquent elles-mêmes la téléexpertise dermatologique, dans un cadre public et évalué. Ce lien d'intérêt est signalé ici.

X.6 — L'urgence d'une mesure publique

La mesure est possible, pour un coût très faible. L'Ordre des médecins reçoit les statuts et les conventions des sociétés d'exercice libéral inscrites au tableau. Une extraction par spécialité représente quelques semaines de travail.

Cette extraction ne suffira pas. En dermatologie, le capital extérieur ne s'investit pas principalement dans la société d'exercice du médecin, mais à côté d'elle : dans la société qui possède l'équipement, dans la plateforme qui attribue les demandes de téléexpertise, dans les holdings qui en portent le capital. Ces sociétés commerciales ne sont pas inscrites au tableau, et ne relèvent ni du décret du 27 juillet 2026 ni du contrôle prévu par la proposition de loi n° 2956, qui vise les sociétés d'exercice libéral. **Le droit offre pourtant une prise.** Le médecin doit communiquer à l'Ordre, dans le mois, les contrats ayant pour objet l'exercice de sa profession et, s'il n'est pas propriétaire de son matériel et de son local, « les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local » ; les dispositions « susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle » l'exposent à

des sanctions disciplinaires (art. L. 4113-9 du code de la santé publique). La mesure doit donc porter aussi sur ces contrats. Ils ne révèlent pas qui détient la société cocontractante : c'est la limite que la proposition 2 vise à lever.

Les leviers de correction perdent leur efficacité avec le temps. Le rapport du Sénat le montre pour la biologie médicale : une fois la concentration atteinte, l'action publique se limite à réguler un état de fait. Une mesure précoce laisse le choix des instruments ; une mesure tardive ne permet plus que de constater.

Un texte vient d'entrer en vigueur, et son contrôle n'est pas organisé. Le décret du 27 juillet 2026 soumet les sociétés d'exercice au code de déontologie et à la juridiction disciplinaire. C'est un levier réel. Il ne produira d'effet que si l'Ordre dispose des moyens d'examiner statuts et pactes d'associés — ce que prévoit précisément l'article 1er de la proposition de loi n° 2956.

Propositions

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Mesurer la place du capital extérieur dans la dermatologie. Nombre de sociétés d'exercice libéral et de structures de dermatologie détenues majoritairement ou contrôlées par des tiers non professionnels, **ainsi que des sociétés commerciales qui fournissent aux dermatologues l'équipement, la plateforme ou le personnel**, évolution sur cinq ans, répartition par territoire et par type d'activité (médicale, chirurgicale, esthétique, imagerie). La mesure s'appuie notamment sur les contrats communiqués à l'Ordre en application de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique. *Bénéfice : savoir, avant qu'il ne soit trop tard pour choisir, si l'indépendance de la décision médicale est menacée dans la spécialité. Véhicule : Ordre des médecins, avec le concours de l'Assurance maladie ; mandat de la mission de préfiguration.*

2. Doter l'Ordre des moyens de contrôler le décret du 27 juillet 2026, et examiner sans attendre les dispositions qui traduisent les recommandations du Sénat — contrôle par les ordres du financement des sociétés d'exercice, déclaration des participations, encadrement des actions de préférence, durée minimale de détention —, telles qu'elles figurent dans la proposition de loi n° 2956 du 23 juin 2026. **La déclaration des participations devrait viser aussi les participations des médecins dans les sociétés commerciales avec lesquelles ils contractent pour l'exercice de leur profession**, faute de quoi elle ne capterait pas les montages observés en dermatologie. *Bénéfice : une décision médicale prise par le médecin, au regard de ce qui est nécessaire au patient. Véhicule : loi (dispositions de la PPL n° 2956 ou de la loi-cadre) ; moyens des conseils départementaux de l'Ordre.*

3. FIXER DES RÈGLES EXPLICITES DE PRISE EN CHARGE ET DE CONTRÔLE POUR LES OFFRES DE DÉPISTAGE CUTANÉ HORS PARCOURS.

- Subordonner la prise en charge des actes réalisés dans un cadre de dépistage cutané à une indication conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé (patients à risque), sur le fondement de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, sur le modèle de la consultation de dépistage du mélanome. **La règle vise l'indication, non la structure** : elle s'applique à tous les médecins, dermatologues compris.
- Instruire les dossiers déjà transmis et conduire un contrôle ciblé de l'Assurance maladie sur les téléexpertises dermatologiques déclenchées depuis des officines et sur les conditions de facturation des structures de dépistage cutané, puis en publier le bilan.
- Rappeler les conditions de la consultation de dépistage du mélanome, de l'avis ponctuel de consultant et de la dermatoscopie de surveillance aux médecins qui affichent ces cotations pour des dépistages cutanés.
- Préciser par écrit si un service où la plateforme, et non le professionnel requérant, choisit le médecin requis puis le médecin d'aval relève encore de la téléexpertise au sens du code de la santé publique.
- Faire appliquer à ces structures l'information écrite préalable du patient sur ses frais.

Bénéfice : aucun patient ne paie, et l'Assurance maladie ne finance pas, un examen dont la HAS ne reconnaît pas le bénéfice ; les créneaux de dermatologie vont aux patients qui en ont besoin. Véhicule : conditions d'inscription des actes (UNCAM, HAS) ; programme de contrôle de l'Assurance maladie ; Ordre pour le respect des articles R. 4127-19-1, R. 4127-20 et R. 4127-25. Articulation : complète les propositions 3, 4 et 5 de la Partie VIII, qui adossent la téléexpertise à un médecin en capacité de recevoir le patient, sans les répéter.

4. GARANTIR LA MAÎTRISE DE L'ÉQUIPEMENT D'IMAGERIE CUTANÉE ET DES DONNÉES DES PATIENTS PAR UNE STRUCTURE DE SOINS ET UN DERMATOLOGUE RESPONSABLE.

L'autorisation de l'agence régionale de santé demandée en Partie VIII (proposition 5) est définie par spécialité, et comporte, pour les équipements d'imagerie cutanée, trois conditions supplémentaires :

- l'équipement est exploité sous la responsabilité d'une structure de soins et d'un médecin dermatologue identifié, qui répond de son usage et des images qu'il produit ;
- le patient peut obtenir, à sa demande et sans frais, la transmission de ses images au médecin de son choix, afin que son suivi ne dépende pas de la structure qui les a produites ;
- aucune image ne peut être réutilisée, notamment pour l'entraînement d'un algorithme, sans information et consentement éclairé du patient, dans le respect de l'interdiction de cession à titre onéreux des données de santé identifiantes (art. L. 1111-8 du code de la santé publique).

Bénéfice : un suivi comparatif possible chez le dermatologue de son choix, un médecin compétent qui répond de l'examen, et des images qui restent celles du patient. Véhicule : loi-cadre (régime d'autorisation, préparé par la mission de préfiguration) ; Ordre pour le respect des règles déontologiques. Critère assumé : la compétence d'interprétation (art. R. 4127-70), non l'actionnariat. La règle ne réserve pas la propriété de ces équipements aux médecins ; elle s'applique à tout exploitant, structures dermatologiques comprises.

5. Instruire, dans le cadre de la mission de préfiguration, l'hypothèse selon laquelle la sous-cotation des actes de dermatologie médicale et chirurgicale rend plus attractive la reprise des cabinets par des tiers dont le modèle repose sur l'activité non remboursée ou industrialisée. *Il s'agit d'une hypothèse à instruire, et non d'une demande tarifaire ; c'est la seule affirmation causale de cette partie. Bénéfice : savoir si la nomenclature favorise, sans le vouloir, la reprise des cabinets par des tiers, avant toute décision. Véhicule : mission de préfiguration (mandat, point 5).*

PARTIE XI

Perspectives comparatives internationales

L'essentiel

- Les systèmes de santé comparables confirment l'expérience française : un outil produit un bénéfice lorsqu'il est intégré à un parcours organisé et évalué, et n'en produit pas lorsqu'il s'adresse à toute la population sans ciblage.
- En Ontario, la téléexpertise organisée pour toutes les spécialités évite un adressage dans **51 %** des cas, et la dermatologie en est la **première spécialité** sollicitée.
- En Allemagne, quatorze ans de dépistage cutané en population générale n'ont pas réduit la mortalité par mélanome davantage que dans les pays voisins sans programme : **−1,8 % par an contre −2,2 %**, différence non significative ; le législateur allemand a chargé en 2026 l'instance de décision de l'assurance maladie de réexaminer ce dépistage d'ici fin 2027, en envisageant de le recentrer sur les personnes à risque.
- En Angleterre, l'intelligence artificielle n'est autorisée qu'à titre conditionnel, dans le parcours public et sous évaluation, et la proportion de cancers manqués parmi les lésions écartées sans avis médical n'y est pas encore connue ; en France, des dispositifs comparables se déploient sans aucune évaluation publique.
- Enfin, **deux milliards** de personnes vivent avec une maladie de peau dans le monde, et l'Assemblée mondiale de la santé en a fait une priorité de santé publique le 27 mai 2025.
- Les signataires demandent que la France soutienne l'adoption du plan d'action mondial de l'OMS en mai 2027 et en prépare la déclinaison nationale sur ses sept objectifs, dont la loi-cadre serait le véhicule.
- La dermatologie française, qui occupe des responsabilités de premier plan dans les instances européennes, est en mesure d'y contribuer.

XI.1 — Ontario : une téléexpertise organisée à l'échelle d'une province

Le service ontarien d'e-consultation a traité **60 474 demandes en deux ans**. Le spécialiste répond en **un jour médian**, deux jours en moyenne. **Un adressage envisagé est évité dans 51 % des cas. La dermatologie est la première spécialité sollicitée, avec 15 % des demandes**, devant l'hématologie et l'endocrinologie.

XI.2 — Allemagne : quatorze ans de dépistage en population générale

L'Allemagne a instauré en 2008 un programme national de dépistage des cancers cutanés en population générale, pris en charge tous les deux ans pour tous les assurés à partir de 35 ans. Une étude publiée en juin 2026 dans le *JAMA Dermatology* (Hübner et coll.) a comparé l'évolution de la mortalité par mélanome de 2009 à 2022 en Allemagne et dans neuf pays voisins dépourvus de programme équivalent, **dont la France**. Environ 32 % des personnes éligibles participent au dépistage sur deux ans. La mortalité a baissé de **1,8 % par an en Allemagne** et de **2,2 % par an dans les régions témoins** ; « the difference was not statistically significant ». Les auteurs concluent que leurs résultats sont « in line with previous studies that failed to show a melanoma mortality benefit », et rappellent que des stratégies de dépistage adaptées au risque ont été proposées pour limiter les surdiagnostics et les coûts. **La France, sans programme de dépistage en population générale, a connu une baisse de la mortalité par mélanome du même ordre que l'Allemagne : −1,6 % par an contre −1,8 %**, avec des intervalles de confiance qui se recouvrent.

Le dépistage indifférencié ne produit pas le bénéfice attendu. Ce résultat rejoint la conclusion de la Haute Autorité de santé sur la non-pertinence d'un dépistage du mélanome en population générale (Partie X). Il fonde la position constante des signataires : un repérage ciblé des patients à risque, organisé dans un parcours, plutôt qu'un dépistage de masse, qu'il soit public ou proposé par des offres commerciales.

Limite de l'étude : il s'agit d'une étude écologique, qui compare des évolutions de mortalité entre territoires sans mesurer l'effet individuel du dépistage. Un territoire allemand ayant conduit un projet pilote antérieur a été exclu de l'analyse.

L'Allemagne réexamine désormais son programme. La loi de stabilisation des cotisations de l'assurance maladie adoptée en 2026 (*GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz*) charge le Comité fédéral commun (G-BA), instance de décision de l'assurance maladie, de réexaminer le dépistage « bis Ende 2027 », « unter Berücksichtigung eines möglichen risikobasierten Screenings ». Le 15 octobre 2026, le G-BA a confié à l'institut d'évaluation IQWiG la comparaison d'un dépistage adapté au risque et du dépistage général, chez les personnes de 35 ans et plus. Jusqu'à sa décision, la prise en charge actuelle est maintenue. **Le pays qui a fait le choix du dépistage en population générale s'oriente ainsi vers le repérage ciblé que proposent les signataires.**

XI.3 — Angleterre : une intelligence artificielle évaluée dans le parcours public, des cancers manqués encore non mesurés

En Angleterre, l'agence d'évaluation NICE a autorisé en 2025, à titre conditionnel, l'usage d'un dispositif d'intelligence artificielle pour l'évaluation et le tri des lésions adressées dans la filière d'urgence pour suspicion de cancer cutané.

Ce dispositif se distingue des offres décrites en Partie X par son cadre, la technologie étant comparable.

- **Il est intégré au parcours public.** Il est utilisé « within teledermatology services after referral from primary care » : il intervient après un adressage par le médecin de premier recours, et non à la demande du public.
- **Un dermatologue reste en aval.** Lorsque le dispositif classe la lésion comme précancéreuse ou cancéreuse, « an NHS dermatologist reviews the case virtually » ; les autres patients sortent de la filière d'urgence.
- **Son usage est conditionnel et évalué.** L'autorisation vaut pour trois ans, pendant lesquels des données d'efficacité sont recueillies avant réexamen par l'agence. Elle impose une surveillance régulière du système et la relecture par un professionnel de santé des cas concernant des peaux noires ou brunes.

Le cadre anglais laisse une question sans réponse : celle des cancers manqués. Utilisé de façon automatisée, le dispositif fait sortir de la filière d'urgence, sans examen par un professionnel de santé, les lésions qu'il juge bénignes. L'agence reconnaît elle-même que « more evidence is needed to be certain that automated DERM does not incorrectly detect or miss skin cancer », et demande d'atténuer « the potential risk of missed or delayed cancer diagnoses ». Son plan de production de données prévoit un suivi des patients pour repérer les faux négatifs, sans en fixer ni la durée ni la méthode. **Aucune donnée publiée ne permet donc aujourd'hui de connaître la proportion de cancers parmi les lésions écartées sans avis médical.**

En France, ce mode d'usage se heurterait aux principes du droit de la santé. L'établissement d'un diagnostic relève du médecin (art. L. 4161-1 du code de la santé publique), et le principe de garantie humaine suppose qu'un professionnel réponde de l'usage du dispositif (art. L. 4001-3, Partie VIII). Un patient renvoyé chez lui sur la seule décision d'un algorithme n'a reçu aucun avis médical. En cas de cancer manqué, la répartition des responsabilités entre l'exploitant du service, le fabricant du dispositif et le professionnel qui a photographié la lésion n'est pas établie.

La question se pose déjà en France. Des dispositifs associant dermatoscope, application d'intelligence artificielle et téléexpertise y sont déployés hors de toute évaluation publique. En septembre 2025, l'Ordre national des pharmaciens a appelé à la prudence sur un outil de ce type, présent dans près de cinq cents officines, après des signalements de faux négatifs qui auraient retardé des prises en charge, et a saisi les autorités sanitaires. Les signataires ont connaissance d'un projet de déploiement en France du dispositif évalué en Angleterre, en partenariat avec une plateforme française de téléexpertise, dans lequel une lésion classée bénigne par l'algorithme donne lieu à un compte rendu adressé directement au patient, sans relecture médicale.

L'exemple anglais plaide donc pour une évaluation publique préalable, et non pour la libre diffusion. Les signataires en retiennent le cadre — usage conditionnel, durée définie, données recueillies —, et non le degré d'autonomie. Ce cadre existe en France : l'expérimentation au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, dont l'Assurance maladie, les ministères et les agences régionales de santé arrêtent le financement et l'évaluation (X.3.d). Tout déploiement d'un dispositif de tri automatisé des lésions cutanées devrait au minimum s'y inscrire, plutôt que de créer des parcours parallèles qui désorganisent ceux qui fonctionnent.

XI.4 — Australie : un précédent parlementaire et un rendement documenté

Un rapport parlementaire suivi d'une réponse gouvernementale. En mai 2017, le gouvernement australien a répondu formellement à un rapport parlementaire consacré au cancer de la peau. Il s'est engagé notamment à élargir l'enseignement de la dermatologie dans le cursus médical et à inscrire la téléexpertise dermatologique au remboursement. Ce précédent est cité pour sa méthode, et non pour ses données : un rapport parlementaire consacré à la peau a reçu une réponse gouvernementale formelle, assortie de mesures de formation et de remboursement. C'est la séquence que le colloque du 19 novembre propose d'ouvrir en France.

Un rendement élevé, mais non transposable. Le programme de prévention solaire SunSmart, évalué sur vingt ans, établit un bénéfice de **8,70 dollars australiens pour chaque dollar investi**. L'incidence des cancers cutanés étant en Australie très supérieure à celle de la France, ce ratio ne peut pas être transposé. Une revue systématique de 2024 rapporte, sur douze évaluations économiques, des retours allant de **0,35 dollar américain à 3,60 euros par unité investie** : toutes les politiques de prévention solaire ne sont pas rentables, ce qui justifie des mesures ciblées (Parties V et XIII).

XI.5 — Union européenne : l'échéance du 2 août 2028 sur l'intelligence artificielle

Le règlement européen sur l'intelligence artificielle s'appliquera aux systèmes à haut risque intégrés à des dispositifs médicaux à compter du **2 août 2028**, date fixée par le règlement (UE) 2026/1744, qui a reporté l'échéance initiale. Les dispositifs de détection cutanée automatisée en relèvent.

Cette échéance tombe pendant les travaux de la mission de préfiguration. **La France peut s'y préparer dès maintenant** en confiant à la Haute Autorité de santé l'évaluation en conditions réelles des dispositifs concernés, comme l'a fait l'agence anglaise (XI.3).

XI.6 — De la résolution de l'OMS au plan d'action mondial



Sources : OMS, résolution WHA78.15 ; Parlement européen ; règlement (UE) 2024/1689 modifié par le règlement (UE) 2026/1744. Le plan d'action mondial n'est pas adopté.

Figure 7. La séquence institutionnelle en cours, de la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé à l'échéance européenne sur l'intelligence artificielle.

- **27 mai 2025.** L'Assemblée mondiale de la santé adopte la résolution WHA78.15, *Skin diseases as a global public health priority*. La France l'a votée.

- **2025-2026.** L'OMS élabore le plan d'action mondial 2026-2035 relatif aux maladies de peau. Deux consultations publiques ont été conduites, en octobre 2025 et jusqu'au 10 mai 2026, puis une consultation sur ses documents d'accompagnement, close le 31 août 2026. **Le plan sera soumis à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2027**. Il n'est pas encore adopté.

Ce que contient le projet de plan. Le projet soumis à consultation, intitulé *Skin Health for All*, a pour objectif « to improve health outcomes for all people affected by skin conditions ». Il ne fixe pas de cible chiffrée mondiale. Il invite les États membres à se doter de plans nationaux d'action pour les maladies de peau, « with clearly defined targets, timelines, accountability frameworks, and budget lines », et à coordonner l'action des ministères concernés, dont l'éducation, le travail et l'environnement. Ses sept objectifs stratégiques recoupent les demandes de la présente Contribution :

Objectif stratégique du projet de plan de l'OMS	Ce que propose la Contribution
1. Coordination, partenariats et financement durable	Mission de préfiguration, programmation pluriannuelle de la loi-cadre (Partie XIV)
2. Inscription des maladies de peau dans les plans nationaux de santé publique	Priorité de santé publique et loi-cadre (Demandes n° 1 à 3)
3. Intégration de soins centrés sur la personne, à partir des soins primaires	Équipes de soins spécialisés, téléexpertise, délégation de tâches (Parties VII et VIII)
4. Capacités et compétences des professionnels	Postes d'internes, encadrement universitaire, formation du premier recours (Parties III et VI)
5. Équité, santé mentale, lutte contre la stigmatisation	Prise en charge globale, soutien psychologique, reste à charge (Parties IV et XIII)
6. Surveillance et systèmes de données	Prévalence, tableau de bord annuel, identification dans les données de l'Assurance maladie (Parties II, III et XII)
7. Réseaux de laboratoires et recherche en dermato-épidémiologie	Indicateurs de recherche, cohortes et registres (Partie XII)

- **26 février et 3 juin 2026.** Le Parlement européen consacre deux séances à la santé de la peau ; la seconde, tenue par sa commission de la santé publique, est un échange de vues sur la prévention des maladies cutanées. Les conclusions qu'en tire l'Académie européenne de dermatologie et de vénéréologie recoupent celles de la Contribution : interdiction européenne des appareils de bronzage pour les mineurs, intégration du soutien en santé mentale aux parcours, reconnaissance des dermatoses inflammatoires chroniques comme facteurs de risque cardiovasculaire. *Ces conclusions sont celles d'une société savante, et non une position adoptée par le Parlement européen.*

La France a voté la résolution WHA78.15 de l'OMS en mai 2025 ; le plan d'action mondial sera soumis à adoption en mai 2027. Dans ce délai, la France peut soutenir son adoption, puis compter parmi les premiers États membres à s'en doter d'une déclinaison nationale. **Une loi-cadre relative à la santé de la peau en serait la forme.**

XI.7 — Une dermatologie française reconnue à l'international

Une école fondatrice. L'hôpital Saint-Louis, fondé à Paris en 1607, est l'un des plus anciens établissements où les maladies de la peau ont été étudiées ; l'école dermatologique de Paris du XIXe siècle a posé les bases de la description clinique et de la classification des dermatoses.

Une expertise reconnue dans plusieurs domaines. Les coordinateurs de cette partie citent les maladies rares et génétiques de la peau, organisées en France au sein de la filière de santé FIMARAD, les dermatoses bulleuses auto-immunes, l'oncodermatologie, le vitiligo et la dermatite atopique. Un exemple en mesure la portée : l'essai Ritux 3, conduit en France, a fondé l'autorisation du rituximab dans le pemphigus vulgaire par l'agence américaine du médicament en 2018.

Une présence de premier plan dans les instances européennes. L'Académie européenne de dermatologie et de vénéréologie est actuellement présidée par une dermatologue française, et le rédacteur en chef de sa revue, le *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, est français. La Société Française de Dermatologie organise chaque année les Journées dermatologiques de Paris, plus grand congrès francophone de la spécialité, qui a réuni plus de 7 000 congressistes en 2025, et finance chaque année dix-huit bourses d'accueil d'étudiants étrangers dans les services français.

Ce rayonnement est un levier, et il est fragile. Il donne à la France les moyens de peser sur la préparation du plan d'action mondial et d'être parmi les premiers États à le décliner. Il repose sur un vivier hospitalo-universitaire dont plus de la moitié a soixante ans et plus (Partie VI), et sur une recherche clinique qui recule (Partie XII). Pour le patient, l'enjeu est concret : l'accès aux essais et aux innovations thérapeutiques dépend de la présence d'équipes françaises dans les réseaux internationaux.

La spécialité s'y engage pour sa part : diffusion en anglais de ses recommandations et de ses travaux, présence accrue de conférenciers français dans les congrès internationaux, partenariats avec les sociétés savantes européennes, francophones et internationales, programmes d'échanges pour les internes et les jeunes chercheurs.

Propositions

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Soutenir l'adoption du plan d'action mondial de l'OMS relatif aux maladies de peau à l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2027, et en préparer dès maintenant la déclinaison nationale. La déclinaison nationale porterait sur les sept objectifs du plan (XI.6), avec des cibles, un calendrier, des responsabilités et des lignes budgétaires, comme le projet de plan le prévoit. *Bénéfice : inscrire la santé de la peau dans un cadre international qui fixe des objectifs et des indicateurs. Véhicule : position française à l'Assemblée mondiale de la santé (ministère chargé de la santé), préparée avec les sociétés savantes françaises présentes dans les instances européennes et internationales ; loi-cadre pour la déclinaison nationale.*

2. Fonder la politique de détection précoce sur le repérage ciblé des patients à risque, organisé dans un parcours, et sur l'apprentissage de l'auto-examen cutané par la population générale, plutôt que sur un dépistage systématique en population générale, conformément aux enseignements de l'expérience allemande et à la réorientation qu'elle engage. Une campagne nationale apprendrait à reconnaître les signes d'une lésion suspecte — lésion qui change, saigne ou ne ressemble pas aux autres — et à consulter sans délai, en s'appuyant sur un accès organisé selon la gravité (Parties IV et VIII). *Bénéfice : des cancers trouvés tôt, chez les patients à risque comme chez les personnes qui repèrent elles-mêmes une lésion, sans dépense ni exérèses inutiles en population générale. Véhicule : saisine de la Haute Autorité de santé prévue en Partie V ; règles de prise en charge prévues en Partie X ; campagne portée par le canal national unique de sensibilisation (Partie V) avec l'Institut national du cancer.*

3. Anticiper l'échéance européenne du 2 août 2028 en confiant à la Haute Autorité de santé une évaluation publique, en conditions réelles et à durée définie, des dispositifs de détection cutanée automatisée utilisés en France, sur le modèle de l'évaluation conditionnelle conduite en Angleterre. **Dans l'attente, encadrer sans délai les déploiements en cours** : tout dispositif de tri automatisé des lésions cutanées proposé en France s'inscrit au minimum dans une expérimentation autorisée au titre de l'article 51, avec une évaluation publique qui mesure les cancers manqués ; aucune lésion n'est écartée d'un parcours sans avis médical ; l'autorité sanitaire vérifie la conformité réglementaire des dispositifs déjà en service. *Bénéfice : des outils évalués avant d'être diffusés, aucun patient renvoyé chez lui sans avis médical, une responsabilité identifiée en cas d'erreur, et des parcours existants préservés. Véhicule : HAS ; expérimentation au titre de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ; ANSM pour la conformité des dispositifs ; articulation avec la proposition 8 de la Partie VIII.*

PARTIE XII

Recherche et innovation : une recherche reconnue, des données à construire

L'essentiel

- La recherche dermatologique française est reconnue au niveau mondial : l'AP-HP et l'Inserm occupent les **5e et 11e rangs** du classement SCImago 2026 des institutions en dermatologie.
- Elle est financée à la fois sur fonds publics et par la spécialité elle-même, sans que la France la mesure de façon régulière.
- Dans les essais cliniques industriels multinationaux, la France est passée du 2e au **4e rang européen** entre 2022 et 2025, sans qu'aucun indicateur permette de savoir si la dermatologie suit ce recul.
- La cartographie des pathologies de l'Assurance maladie ne comporte **aucun** groupe dermatologique, et les cohortes nationales dépendent d'appels à projets successifs.
- Les signataires demandent des indicateurs publics de la recherche dermatologique, l'identification des maladies de peau dans les données de l'Assurance maladie et la pérennité des cohortes nationales, dans la stratégie que portera la loi-cadre.

XII.1 — Une recherche reconnue, financée par l'État et par la spécialité

Les institutions françaises figurent au premier rang mondial de la recherche dermatologique. Cinquante institutions françaises sont classées au classement SCImago 2026 des institutions, domaine dermatologie :

- l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris au **5e rang mondial** ;
- l'Inserm au **11e** ;
- l'Université Paris Cité au 76e et le CNRS au 89e ;
- puis plusieurs centres hospitalo-universitaires, dont Rouen, Nice, Bordeaux et Nantes.

Cet indicateur combine production, impact et collaborations. Il ne donne pas le rang du pays en nombre de publications : la dernière mesure publiée, celle de la Société Française de Dermatologie en 2018, plaçait la France au quatrième rang mondial.

La spécialité finance elle-même une part de cette recherche.

- La Société Française de Dermatologie a soutenu **266 projets de recherche depuis 2017, pour 7,6 millions d'euros**, et financé 144 bourses de recherche.
- Elle a attribué près de 2 millions d'euros en 2024 et plus de 1,8 million en 2025 à la recherche et à la formation à la recherche.

Les financements publics existent, mais ne sont pas synthétisés. À la demande des signataires, la direction générale de l'offre de soins a extrait de sa base SIRANo les projets de dermatologie retenus au programme hospitalier de recherche clinique national : **46 projets** entre les campagnes 2013 et 2024, pour **24,9 millions d'euros** d'autorisations d'engagement, dont 38 encore en cours. Ce décompte ne couvre ni les autres appels à projets du ministère qui financent aussi des projets de dermatologie (programme hospitalier de recherche clinique interrégional et en cancérologie, programmes de recherche sur la performance du système des soins et médico-économique), ni les financements européens et internationaux, qui ne sont pas centralisés. Les résultats du programme sont publiés chaque année, projet par projet ; aucune synthèse par spécialité ne l'est, et il a fallu une extraction spécifique pour établir ces chiffres. La liste des projets, leurs porteurs et leurs montants figurent en annexe 11.

Cette recherche produit des innovations thérapeutiques. La dermatologie a vu naître **52 nouvelles indications médicamenteuses entre 2012 et 2022, contre 5 la décennie précédente** : thérapies ciblées et immunothérapie dans les cancers avancés, biothérapies dans les maladies inflammatoires et, dans le vitiligo du visage, plus de 80 % des patients obtenant, en association avec la photothérapie, au moins 75 % de repigmentation après un an de traitement. Ces innovations ne profitent au patient que si elles l'atteignent à temps : c'est l'objet de la section XII.4.

XII.2 — Les essais cliniques industriels : un recul général, une dermatologie non mesurée

La France perd du terrain dans les essais cliniques industriels. L'enquête du Leem publiée en 2026 établit :

- que la France est passée du **2e rang européen en 2022 au 4e en 2025** pour les essais multinationaux ;
- qu'il faut encore **185 jours** pour inclure un premier patient, pour un objectif fixé en 2021 à 120 jours ;
- que la France est « au 2ème rang européen en oncologie mais dans les derniers rangs pour les autres aires thérapeutiques ».

Les maladies auto-immunes, catégorie qui comprend une partie de la dermatologie inflammatoire, représentent 17 % des essais industriels, contre 28 % pour l'oncologie.

La dermatologie n'y est plus identifiée. La dernière donnée publique propre aux maladies de la peau date de l'enquête de 2018 : la France se classait alors 3e en Europe, avec 7,1 % des essais industriels sur la période 2015-2017. Depuis, aucun indicateur ne permet de savoir si la dermatologie suit le recul général. La recherche clinique académique, financée notamment par le programme hospitalier de recherche clinique, n'est pas concernée par ces enquêtes : elle est présentée en XII.1 et en annexe 11.

Les pouvoirs publics ont engagé des mesures de simplification. Depuis novembre 2025, l'ANSM expérimente une procédure accélérée d'autorisation des essais mononationaux : quatorze jours sans question, quarante-neuf jours au plus avec questions. Le Gouvernement a annoncé en septembre 2026 de nouvelles mesures pour accélérer le démarrage des essais. **Ces mesures sont générales** : leur effet sur la dermatologie ne pourra être mesuré que si la dermatologie est identifiée dans les indicateurs.

XII.3 — Les données de santé : le dermatologue est identifié, la maladie de peau ne l'est pas

L'Assurance maladie identifie les dermatologues, dont la spécialité porte un code propre, le code 05 « Dermatologie et Vénéréologie ». **Elle n'identifie pas les maladies de peau.** Sa cartographie des pathologies, qui sert à suivre la dépense par grande pathologie, ne comporte aucun groupe dermatologique parmi ses seize grandes catégories. Le psoriasis, la dermatite atopique, l'hidradénite suppurée et les cancers cutanés autres que le mélanome n'y apparaissent pas en tant que tels.

Les études doivent donc construire leurs propres algorithmes de repérage. Pour identifier les patients atteints de dermatite atopique traités par dupilumab dans le Système national des données de santé, une étude a dû écarter les autres indications du médicament, comme l'asthme et la polypose nasale.

Les cohortes existent, portées par les équipes :

- **MelBase**, cohorte nationale du mélanome promue par l'AP-HP, recrute depuis 2013 ;
- **PSOBIOTEQ**, cohorte des patients atteints de psoriasis traités par un traitement systémique ou une biothérapie, inclut des patients depuis juillet 2012 ; elle a été financée à l'origine par un programme hospitalier de recherche clinique et par l'agence du médicament ;
- le registre national de la dermatite atopique comptait **193 patients** en octobre 2023.

Ces cohortes produisent des données qui éclairent directement la décision publique. À partir de 435 patients de MelBase, une étude publiée en décembre 2024 a étudié la durée de l'immunothérapie dans le mélanome avancé (Amiot et coll., *EClinicalMedicine*, 2024). La cohorte PSOBIOTEQ a de même permis d'étudier la réduction des doses de biothérapie chez les patients atteints de psoriasis peu actif (*British Journal of Dermatology*, 2023). Ces questions de durée et de dose de traitement engagent à la fois la qualité des soins et la dépense de l'Assurance maladie ; seules des cohortes françaises suivies dans la durée permettent d'y répondre en vie réelle.

La filière des maladies rares de la peau, FIMARAD, pilotée et financée par le ministère, réunit cinq centres de référence ; leurs données alimentent la Banque nationale de données maladies rares (BNDMR), financée par le ministère chargé de la santé. Le réseau européen

des maladies rares de la peau est coordonné depuis l'hôpital Necker. **En dehors des maladies rares, aucune de ces cohortes ne relève d'une programmation nationale** : leur continuité dépend des appels à projets successifs.

XII.4 — L'accès des patients à l'innovation thérapeutique

L'accès précoce a raccourci le délai pour plusieurs innovations dermatologiques. En moyenne, les médicaments autorisés en Europe entre 2021 et 2024 ont été disponibles en France en 633 jours, contre 597 jours dans l'Union européenne : l'écart moyen est limité. L'accès précoce a permis à des patients d'en bénéficier avant le remboursement : le dupilumab l'a obtenu en 2022 dans le prurigo nodulaire, puis en 2023 dans la dermatite atopique de l'enfant de six mois à cinq ans.

Une barrière a été levée en 2024 pour les biothérapies. L'ANSM a supprimé la prescription initiale hospitalière de vingt-sept biothérapies sous-cutanées utilisées dans les maladies inflammatoires chroniques, qui « peuvent être initiées en ville par les médecins spécialistes concernés ». Le patient atteint de psoriasis, de dermatite atopique ou d'hidradénite suppurée n'a plus à passer par l'hôpital pour commencer son traitement.

Elle l'a été en octobre 2026 pour les inhibiteurs de JAK par voie orale. Depuis le 22 octobre 2026, cinq inhibiteurs de JAK peuvent être initiés et renouvelés en ville par les spécialistes concernés, dont les dermatologues, après une réévaluation conduite par l'ANSM avec les conseils nationaux professionnels et les associations de patients. Le patient atteint de dermatite atopique sévère n'a plus à passer par l'hôpital pour commencer ce traitement.

La recherche académique française modifie aussi le cadre réglementaire et les recommandations. Le Centre de preuves en dermatologie, créé en 2015 par la Société Française de Dermatologie, le Collège des Enseignants en Dermatologie de France et la Fédération Française de Formation Médicale Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie, en accord avec la Haute Autorité de santé, porte les projets de recommandations et d'essais randomisés de la spécialité. Ses travaux ont fondé la demande de cadre de prescription compassionnelle présentée par le Conseil national professionnel pour l'isotrétinoïne dans la rosacée. Trois exemples :

- **le pemphigus** : l'essai de phase III Ritux 3, conduit en France par le groupe d'étude français des maladies bulleuses auto-immunes, a fondé l'autorisation européenne du rituximab dans le pemphigus vulgaire modéré à sévère de l'adulte, accordée par la Commission européenne le 15 mars 2019 ;
- **la rosacée** : un essai randomisé français en double aveugle, conduit auprès de 156 patients, a établi l'efficacité de l'isotrétinoïne à faible dose dans la rosacée papulopustuleuse difficile à traiter (57,4 % de réponse, contre 10,4 % sous placebo). Le médicament n'ayant pas d'autorisation dans cette indication, le Conseil national professionnel a demandé à l'ANSM un cadre de prescription compassionnelle, qui a reçu le 13 juin 2025 un avis favorable du comité scientifique permanent de l'agence compétent en dermatologie. La littérature internationale présente cette voie d'accès comme propre à la France ;

- **la gale** : deux essais nationaux financés par le programme hospitalier de recherche clinique et par la Société Française de Dermatologie, publiés en 2026, ont comparé les traitements de référence. Dans la gale commune, la perméthrine à 5 % a guéri 88,5 % des foyers, contre 71,8 % pour l'ivermectine orale, et peut être utilisée en première intention ; dans la gale sévère, une dose d'ivermectine doublée n'a pas guéri davantage de patients que la dose standard. L'intégration de ces résultats aux recommandations est en cours.

XII.5 — L'intelligence artificielle : une évaluation qui suppose des données

La dermatologie est l'une des premières disciplines concernées par l'intelligence artificielle diagnostique. La Société Française de Dermatologie a estimé en juillet 2025 qu'« un encadrement s'impose d'urgence ». Les conditions de cet encadrement — garantie humaine, évaluation par la Haute Autorité de santé, échéance européenne du 2 août 2028 — sont développées en Parties VIII et XI.

Elles ont une conséquence pour la recherche : **une évaluation en conditions réelles suppose des données, des cohortes et des équipes**, c'est-à-dire ce qui, selon la section XII.3, n'est aujourd'hui pas programmé.

Les pouvoirs publics s'engagent dans cette voie. La délégation au numérique en santé du ministère envisage de soutenir les sociétés savantes dans la constitution de bases de données de validation de la performance clinique des outils d'intelligence artificielle, puis dans la conduite de ces évaluations. Une expérimentation nationale, au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, est en préparation sur l'usage de l'intelligence artificielle dans le dépistage ciblé des lésions mélanocytaires suspectes, au sein d'un parcours coordonné par des dermatologues. La Société Française de Dermatologie a chargé son groupe de télédermatologie de mettre en place l'évaluation des outils existants et à venir. Une condition est essentielle : l'indépendance des bases de référence, qui doivent rester sous la responsabilité de la profession.

La résolution WHA78.15, adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé le 27 mai 2025 et votée par la France, invite les États membres « to promote research on skin diseases ».

▶ Propositions

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Publier tous les deux ans des indicateurs de la recherche dermatologique française : publications et leur impact, essais cliniques par aire thérapeutique, dermatologie identifiée, financements publics obtenus. *Bénéfice : savoir si les patients français accèdent aux essais et aux innovations, et orienter les financements là où ils manquent. Véhicule : ministère chargé de la recherche (Observatoire des sciences et techniques du Hcéres), avec l'ANSM pour les essais ; tableau de bord de la loi-cadre.*

2. Identifier les maladies de peau dans la cartographie des pathologies de l'Assurance maladie : cancers cutanés, psoriasis, dermatite atopique, hidradénite suppurée, maladies bulleuses. *Bénéfice : mesurer la dépense, suivre les parcours et rendre possible l'évaluation des politiques publiques demandées (Parties II et XIII). Véhicule : Assurance maladie ; obligation de mesure inscrite dans la loi-cadre (Partie XIV).*

3. Inscrire les cohortes et registres nationaux en dermatologie dans la stratégie nationale de santé de la peau, avec un financement pluriannuel et un appariement avec le Système national des données de santé, y compris pour les maladies rares de la peau, où ils contribuent à réduire l'errance diagnostique. *Bénéfice : des données françaises sur l'efficacité, la sécurité, la durée et la dose des traitements en vie réelle, et les chiffrages que la mission de préfiguration doit produire (coût du mélanome par stade, coût du psoriasis). Véhicule : DGOS et Institut national du cancer ; loi-cadre ; chiffrage par la mission de préfiguration.*

4. Faire de la santé de la peau un axe identifié des appels à projets nationaux — programmes hospitaliers de recherche clinique, programme de recherche « Santé numérique », Health Data Hub —, conformément à la résolution WHA78.15. *Bénéfice : une recherche publique programmée, qui ne dépende plus des seuls appels à projets successifs ni du financement de la spécialité. Véhicule : DGOS, ministère chargé de la recherche, Agence nationale de la recherche.*

PARTIE XIII

Le rendement de l'investissement

L'essentiel

- Pour un arbitre budgétaire, la question décisive porte sur ce que rapporte la résolution d'un problème, plus que sur ce qu'il coûte.
- La prévention n'est pas, en règle générale, moins coûteuse que le soin : son rendement dépend du ciblage.
- Il atteint **7 euros d'économies de santé pour 1 euro investi** pour le dispositif Mois sans tabac, mais va de 0,35 dollar à 3,60 euros pour la prévention du cancer cutané : les mesures demandées sont donc ciblées.
- En dermatologie, le coût des mesures demandées est inférieur de trois ordres de grandeur à celui de la charge constatée : porter à 150 le nombre de postes d'internes coûte **1,8 à 2,9 millions d'euros par an**, quand deux dermatoses coûtent **13,8 milliards d'euros par an**.
- Les données qui manquent pour calculer le rendement exact sont identifiées, de même que six pistes pour réaffecter à l'accès aux soins une dépense déjà engagée.
- Les signataires demandent que la mission de préfiguration les produise : coût du mélanome par stade, coût d'un dispositif de détection ciblée et de sa filière, coût national du psoriasis, identification de la dermatologie dans les données de l'Assurance maladie.

XIII.1 — Raisonner en rendement

Devant un arbitre budgétaire, l'argument utile est le rendement : combien rapporte, en euros et à quel horizon, chaque euro investi. Cette partie s'appuie sur un seul ratio de référence plutôt que sur une accumulation de chiffres, ce qui la rend plus difficile à contester. Elle présente ensuite quatre fiches, qui précisent pour chaque mesure la dépense, l'interlocuteur, l'horizon de l'effet et la limite du chiffrage, puis six pistes d'évaluation à dépense constante.

XIII.2 — Le ratio de référence et ses bornes

La prévention n'économise pas toujours. La littérature d'économie de la santé le rappelle : « Although some preventive measures do save money, the vast majority reviewed in the health economics literature do not ». L'intérêt d'une mesure de prévention se juge donc à la santé qu'elle produit pour chaque euro, et à son ciblage, plutôt qu'à une économie supposée.

Sept euros économisés pour un euro investi. L'évaluation médico-économique du dispositif Mois sans tabac, publiée par Santé publique France, établit un retour de **sept euros d'économies de santé pour un euro investi, et de quatorze pour un** lorsque les effets sur le marché du travail sont intégrés, sur l'horizon 2023-2050 et sous condition de maintien annuel du dispositif. Ce ratio n'est pas transposé à la dermatologie : il montre ce que peut produire en France une prévention ciblée et maintenue dans la durée.

Une fourchette large, présentée en entier. Sur douze évaluations économiques d'interventions de prévention primaire du cancer cutané, les retours rapportés vont de **0,35 dollar américain à 3,60 euros par unité investie**. La borne basse étant inférieure à un, les mesures demandées sont ciblées.

Aucun seuil d'efficience opposable. La Haute Autorité de santé l'écrit dans son document de référence sur l'évaluation économique : « En France, cette valeur de référence n'est pas spécifiée ». Aucun seuil officiel ne peut donc être opposé aux mesures demandées.

XIII.3 — Un rendement propre à la dermatologie : le diagnostic dès la première consultation

Le diagnostic est posé dès la première consultation dans 80 % des cas. En dermatologie, la consultation conclut le plus souvent le parcours diagnostique.

Ce constat éclaire un autre chiffre. Selon l'étude *Objectifs Peau*, 54 % des patients ne sont plus suivis par un dermatologue après le premier diagnostic : 22 % le sont par un autre médecin, et 40 % ne le sont plus du tout. Une partie de ces patients est guérie, ou présente une affection qui ne requiert pas de suivi spécialisé. Ce chiffre traduit donc d'abord **l'efficience de l'expertise dermatologique**, qui diagnostique et oriente en une consultation. Il devient un signal d'alerte pour les maladies chroniques et les situations à risque de cancer, où la continuité du suivi conditionne le résultat. L'étude ne permet pas de distinguer ces deux situations.

Ce rendement dépend aussi du premier recours. Le médecin généraliste pose des diagnostics dermatologiques simples ; sa formation initiale et continue à la dermatologie doit être renforcée (Partie VI). L'infirmier en pratique avancée intervient sous la supervision d'un médecin, dans le cadre d'un protocole : il contribue au suivi et au repérage, sans se substituer au diagnostic médical (Partie VII).

XIII.4 — Fiche n° 1 : former davantage de dermatologues

Dépense	1,8 à 2,9 M€ par an de part non couverte par les forfaits de financement des études médicales ; 2,9 à 4,1 M€ en coût brut chargé (21 postes supplémentaires par rapport aux 129 postes de 2026)
Interlocuteur	Ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ; DGOS
Horizon de l'effet	Premières promotions supplémentaires diplômées à J + 5 ans ; effet démographique plein à J + 15 ans
Limite du chiffrage	Le rendement d'une détection plus précoce du mélanome n'est pas calculable en l'état : trois données manquent

Le coût d'un mélanome avancé est documenté, en partie. Sur la cohorte française Mel-Base (Kandel et coll., *Current Oncology*, 2022), la prise en charge d'un mélanome avancé atteint, pour la séquence ipilimumab puis nivolumab en population non mutée, **351 590 euros par patient sur dix ans**, du point de vue de l'Assurance maladie. Ce montant correspond à une séquence thérapeutique déterminée, dans une sous-population ; il porte sur les traitements systémiques et ne couvre pas l'ensemble du parcours, notamment les séjours hospitaliers associés.

Trois données manquent pour calculer un rendement.

1. **Le coût de la prise en charge du mélanome aux stades précoces** — exérèse, reprise chirurgicale, ganglion sentinelle, suivi —, stade par stade (IA, IB, IIA, IIB…), hors traitements systémiques. Il peut être extrait des données de l'Assurance maladie et du PMSI. C'est la première extraction demandée : elle donnera l'ordre de grandeur en jeu, en millions ou en milliards d'euros.
2. **Le coût d'un dispositif de détection ciblée** sur les personnes à risque, et de la filière de soins en aval d'un examen positif. Aucune donnée française ne le documente. Des travaux comparables sont en cours pour le dépistage du cancer du poumon : le programme pilote IMPULSION, financé par l'Institut national du cancer, inclut depuis 2026 dans cinq régions 20 000 fumeurs et anciens fumeurs de 50 à 74 ans, afin de déterminer les conditions d'un futur programme national ; les coûts de mise en place de ce dépistage font l'objet de travaux médico-économiques, notamment une revue systématique des modèles coût-efficacité européens adaptée à la France, présentée au congrès ISPOR Europe 2026, dont la méthode pourra être transposée au mélanome.
3. **Le coût des faux positifs et des faux négatifs.** La seule référence disponible est la confrontation de l'examen dermatologique à l'histologie. Le rapport entre lésions excisées et cancers confirmés, et la proportion de cancers non reconnus à l'examen, permettent une première estimation, qui reste à conduire sur données françaises.

L'asymétrie est, elle, établie. L'exérèse d'un mélanome de stade précoce relève de la chirurgie ambulatoire ; la prise en charge d'un mélanome avancé représente plusieurs centaines de milliers d'euros par patient. La survie relative à cinq ans passe de 100 % au stade localisé à 34 % au stade métastatique (SEER, 2016-2022).

XIII.5 — Fiche n° 2 : les émollients et le service médical rendu des traitements locaux

Dépense	À chiffrer selon le taux et le périmètre retenus
Interlocuteur	Ministre chargé de la santé (saisine de la Commission de la transparence, art. R. 163-19 du code de la sécurité sociale) ; UNCAM pour le taux
Horizon de l'effet	Immédiat sur le reste à charge ; effet sur les poussées documenté de six semaines à six mois
Limite du chiffrage	Aucune donnée française ne relie le remboursement à une économie de soins

Un service médical rendu jugé faible en 2015. Un émollient générique est commercialisé et remboursé à 15 %. La Haute Autorité de santé lui a reconnu un service médical rendu faible le 18 février 2015.

Une efficacité démontrée. La revue Cochrane de 2017 consacrée aux émollients dans l'eczéma (77 essais randomisés, 6 603 participants) conclut que leur usage réduit le nombre de poussées par rapport à l'absence de traitement : **un patient traité sur quatre évite une poussée** sur six semaines à six mois (nombre de sujets à traiter : 4 ; intervalle de confiance à 95 % : 3 à 5).

Un traitement de fond, prescrit à chaque consultation. Aucun patient atteint de dermatite atopique ne quitte une consultation sans prescription d'émollient, traitement de fond de la maladie. Il en va de même de la plupart des traitements locaux en dermatologie — acné, psoriasis, kératoses actiniques, prurigo. Le service médical rendu attribué à ces produits ne reflète pas leur place dans les recommandations et dans les prescriptions.

La demande porte donc sur la réévaluation du service médical rendu, au vu des données postérieures à 2015, et sur ses conséquences : taux, périmètre d'indication, quantités prescriptibles. L'analyse coût-efficacité française publiée en 2021 dans *Acta Dermato-Venereologica* conclut à l'efficience des émollients. Deux de ses co-auteurs étant rattachés à un industriel, et l'étude ne fournissant pas de valeur de référence par année sans poussée, elle est citée pour mémoire et non comme fondement.

XIII.6 — Fiche n° 3 : la photoprotection des jeunes enfants et des populations à haut risque

Dépense	Dépend des populations retenues. Le précédent de 2009 plafonnait la prise en charge à 1 300 € par an et par patient
Interlocuteur	Ministre chargé de la santé ; HAS ; UNCAM, ou organismes complémentaires selon le véhicule retenu
Véhicule	Art. L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale (prise en charge dérogatoire, utilisée en 2009) ; ou prise en charge complémentaire sur prescription
Limite du chiffrage	Le rendement des politiques de prévention solaire va de 0,35 dollar à 3,60 euros par unité investie : la mesure n'est défendable que ciblée

Le vêtement avant l'écran solaire. La meilleure photoprotection est le vêtement couvrant ; l'écran solaire la complète. Limiter la demande au produit solaire contredirait le message de l'Institut national du cancer, selon lequel 58 % des parents croient à tort qu'une crème solaire à indice élevé suffit à protéger leur enfant.

Une prise en charge limitée aux populations qui en ont besoin. Rembourser des vêtements anti-UV à l'ensemble de la population ne serait ni crédible ni ciblé. La demande vise :

- **les populations à haut risque avéré** — xeroderma pigmentosum et génodermatoses photosensibles (déjà couverts depuis 2009), transplantés d'organe et personnes sous immunosuppression prolongée, antécédents de cancers cutanés multiples, photodermatoses ;
- **les jeunes enfants**, en deçà d'un âge à fixer par la Haute Autorité de santé ;
- **les personnes de phototype I**, qui « prennent des coups de soleil et ne bronzent pas ».

Pour ces populations, la prise en charge porterait sur l'écran solaire et les vêtements anti-UV, sur prescription.

Le phototype I, critère déjà retenu par l'Assurance maladie. La Haute Autorité de santé retient parmi les facteurs qui doublent le risque de mélanome le « phototype cutané de type I (coups de soleil et absence de bronzage) », ainsi que des « caractéristiques physiques (cheveux roux ou blonds et peau claires, éphélides) » (2006). L'Assurance maladie a repris le seul phototype I pour définir, dans la nomenclature, les sujets à risque éligibles à la consultation de dépistage du mélanome (NGAP, art. 15.2.1). La demande s'aligne sur ce critère conventionnel, déjà appliqué, plutôt que sur la définition plus large de la HAS. L'extension aux autres caractéristiques retenues par la HAS (peau claire, cheveux roux ou blonds, éphélides) est renvoyée à son instruction.

Une efficacité mesurée. L'essai randomisé de Nambour (1 621 participants, 1992-2006) a observé 11 mélanomes primitifs contre 22 dans le groupe témoin, soit un risque relatif de 0,27 pour le mélanome invasif.

XIII.7 — Fiche n° 4 : la téléexpertise dermatologique adossée à la consultation

Dépense actuelle	De l'ordre de 8 M€ par an pour l'activité libérale — *calcul dérivé : 267 000 téléexpertises facturées par les dermatologues libéraux en 2025, valorisées 20 € pour le requis (tarif 2025) et 10 € pour le requérant, en supposant une demande facturée par téléexpertise ; environ 8,8 M€ au tarif de 2026 (23 €) à volume constant. L'activité hospitalière n'est pas incluse*
Interlocuteur	UNCAM, voie conventionnelle
Horizon de l'effet	Immédiat
Limite du chiffrage	Le coût de la levée et du relèvement du plafond n'est calculable qu'à partir des données de l'Assurance maladie, seule à connaître la distribution du nombre d'actes par patient

Une dépense modeste pour un service rendu mesuré. Les dermatologues libéraux ont facturé **267 000 téléexpertises** en 2025, et l'activité totale, hôpital compris, approche 480 000 ; les équipes de soins spécialisés en ont traité plus de 32 000 au cours des douze der-

niers mois, avec un avis rendu en six heures médianes. Là où l'activité est structurée, un rendez-vous dermatologique sur deux est évité, et le délai médian d'accès spécialisé après diagnostic de mélanome est de quatre jours.

Quatre adaptations demandées. Le plafond de quatre actes par an, par médecin et pour un même patient, est une garantie : au-delà, le patient doit être vu en consultation par le spécialiste requis. La demande porte sur :

- la levée intégrale de ce plafond pour les patients résidant dans un département sans dermatologue, où le passage en consultation n'est pas possible à distance raisonnable, à la condition d'un parcours de soins protocolisé, validé par un dermatologue et les acteurs du territoire ;
- son relèvement pour les patients suivis pour une pathologie chronique, à un niveau et pour une liste de pathologies que fixera la mission de préfiguration ;
- la valorisation des échanges complémentaires nécessaires à un avis de qualité ;
- la création d'un forfait de coordination pour les équipes de soins spécialisés (Partie VIII).

XIII.8 — Six pistes d'évaluation à dépense constante

Les chiffrages qui précèdent portent sur des mesures nouvelles. Une part de la dépense publique consacrée aux maladies de peau est déjà engagée, mais elle est évitable ou mal placée. Six pistes permettraient de la mesurer, puis de la réaffecter à l'accès aux soins sans dépense supplémentaire. Elles sont formulées comme des questions d'évaluation, sans conclusion anticipée, et proposées aux économistes de la santé comme axes de travail prioritaires de la mission de préfiguration. Elles sont présentées par ordre de priorité.

1. Affecter à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles le coût des cancers cutanés d'origine professionnelle. L'expertise de l'Anses d'octobre 2026 établit le lien entre l'exposition professionnelle aux ultraviolets et les cancers cutanés (Partie V). Les cancers qui en résultent sont aujourd'hui financés par l'assurance maladie, sans incitation à la prévention en milieu de travail. *Question : combien de cancers cutanés d'origine professionnelle la branche maladie finance-t-elle, et quel financement de prévention leur reconnaissance permettrait-elle de mobiliser ? Données : Assurance maladie, branche accidents du travail et maladies professionnelles, Santé publique France. Précision : il s'agit d'affecter la dépense à la branche compétente, qui finance la prévention, et non d'une économie pour la sécurité sociale. Cette branche se finance « quasi-intégralement à partir de cotisations employeur » : la dépense y serait portée en partie par les employeurs, ce qui en fait la piste prioritaire. Le principe est déjà admis : la branche verse chaque année à l'assurance maladie environ 1 milliard d'euros au titre des maladies professionnelles non déclarées comme telles, dont le coût est estimé entre 815 millions et 1,53 milliard d'euros.*

2. La téléexpertise à la place d'actes plus coûteux. Une téléexpertise adossée à une consultation évite, selon les cas, une consultation, un transport sanitaire, un passage aux urgences ou, pour les personnes détenues, une extraction sous escorte. Là où l'activité est structurée, un rendez-vous dermatologique sur deux est évité (Partie VIII.1). *Question : quel est le coût évité par téléexpertise, net du coût de l'acte ? Données : Assurance maladie (consultations, transports, urgences) ; données d'activité des équipes de soins spécialisés ;*

administration pénitentiaire pour les extractions. Condition : la piste ne vaut que pour une téléexpertise adossée à une consultation. À défaut, la téléexpertise allonge le parcours au lieu de le raccourcir (Partie X.3).

3. Réaffecter la dépense du dépistage non indiqué au parcours ciblé des personnes à risque. Les examens de dépistage cutané réalisés hors indication, et les exérèses de lésions bénignes qu'ils entraînent, mobilisent une dépense que la Haute Autorité de santé ne justifie pas (Partie X.3). Cette dépense pourrait financer le parcours ciblé qu'elle recommande. *Question : combien coûtent les actes de dépistage cutané réalisés hors indication et leurs actes d'aval, et combien coûterait le parcours ciblé des personnes à risque ? Données : Assurance maladie ; rapport entre lésions excisées et mélanomes confirmés.*

4. Les plaies chroniques : le coût d'une cicatrisation tardive. Les plaies représentent un quart des dépenses de l'hospitalisation à domicile, et la dermatologie figure, avec la médecine vasculaire, parmi les spécialités qui en prennent le plus en charge à l'hôpital. Une expertise spécialisée précoce, en consultation ou par téléexpertise, pourrait raccourcir la durée de cicatrisation, et avec elle la consommation de pansements et de soins infirmiers. *Question : quel est le coût d'un mois de cicatrisation supplémentaire, et quel serait l'effet d'un avis spécialisé précoce sur la durée de cicatrisation ? Données : Assurance maladie (pansements, soins infirmiers), PMSI, hospitalisation à domicile.*

5. Le coût de l'errance diagnostique dans les maladies chroniques. Dans l'hidradénite suppurée, la dermatite atopique sévère ou les maladies rares de la peau, les années qui précèdent le diagnostic accumulent consultations répétées, traitements inadaptés, passages aux urgences et arrêts de travail (Partie IV). *Question : quel est le coût du parcours entre les premiers symptômes et le diagnostic, et quelle part en serait évitée par un diagnostic plus précoce ? Données : système national des données de santé, à partir des patients dont le diagnostic est aujourd'hui posé.*

6. Les arrêts de travail et les coûts indirects. Sur les 6,2 milliards d'euros de charge annuelle de la dermatite atopique, 3,7 milliards relèvent des coûts socio-économiques (Partie II). La part des indemnités journalières dans ces coûts, et pour les autres dermatoses chroniques, n'est pas connue. *Question : quelle part des indemnités journalières est attribuable aux dermatoses chroniques, et quel serait l'effet d'un accès plus rapide au traitement ? Données : Assurance maladie (indemnités journalières) ; étude financée par un acteur privé, à consolider sur données publiques.*

XIII.9 — Les effets attendus, par horizon de mandat

Horizon	Mesures	Coût public	Bénéfice attendu
J à J + 12 mois	Mission de préfiguration ; extractions de coûts (mélanome par stade, psoriasis) ; saisines sur les émollients et la photoprotection ; ouverture des postes ; levée du plafond de téléexpertise dans les départements sans dermatologue	Faible : 1,8 à 2,9 M€ par an pour les postes ; le reste relève de la procédure ou de la convention	Premiers chiffrages disponibles ; effet immédiat sur le reste à charge et sur l'accès
J + 1 à J + 5 ans	Financement pérenne des équipes de soins spécialisés ; généralisation des protocoles de coopération ; encadrement universitaire ; révision de la maquette ; loi-cadre	Modéré : 5,6 à 5,8 M€ par an en régime permanent pour l'encadrement universitaire	Délais réduits ; continuité de suivi pour les maladies chroniques ; détection plus précoce
J + 5 à J + 15 ans	Effets pleins de la trajectoire de formation et de la politique de photoprotection	Structurant, et connu d'avance	Reconstitution démographique ; réduction de l'incidence des cancers cutanés évitables

XIII.10 — Réponses aux principales objections

« Le rendement d'une détection plus précoce n'est pas connu. » C'est exact. Trois données manquent : le coût par stade, le coût du dispositif et de sa filière, le coût des faux positifs et des faux négatifs. Leur production est la première tâche demandée à la mission de préfiguration.

« Le budget ne le permet pas. » La mesure de formation représente 1,8 à 2,9 millions d'euros par an, quand deux dermatoses coûtent 13,8 milliards d'euros par an. Aucun seuil d'efficience n'est opposable.

« Le généraliste ou l'infirmier peuvent faire le travail. » Le premier recours doit être mieux formé, et la délégation développée (Parties VI et VII). Ces deux leviers supposent toutefois un dermatologue en aval, pour superviser, répondre aux téléexpertises et poser les diagnostics que le premier recours lui adresse.

« Il s'agit de rembourser des crèmes solaires. » La demande porte sur une photoprotection globale, vêtements compris, sur prescription et pour des populations définies.

Propositions

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Confier à la mission de préfiguration les chiffrages manquants : coût de la prise en charge du mélanome par stade, hors et avec traitements systémiques ; coût d'un dispositif de détection ciblée et de sa filière, faux positifs et faux négatifs compris ; coût national du psoriasis ; identification de la dermatologie dans le rapport charges et produits de l'Assurance maladie. *Bénéfice : des décisions budgétaires fondées sur un rendement calculé, et non estimé. Véhicule : mandat de la mission de préfiguration ; Assurance maladie et ATIH pour les extractions.*

2. Porter à 150 le nombre de postes ouverts au DES dès que les capacités d'encadrement le permettent, et au plus tard en 2030, pour 1,8 à 2,9 M€ par an. *Bénéfice : une offre reconstituée à l'horizon de quinze ans, et des diagnostics plus précoces. Véhicule : ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ; DGOS.*

3. Saisir la Commission de la transparence d'une réévaluation du service médical rendu des émollients, et en tirer les conséquences sur le taux, le périmètre et les quantités prescriptibles. *Bénéfice : un reste à charge réduit pour un traitement de fond qui évite des poussées. Véhicule : saisine ministérielle (art. R. 163-19 du code de la sécurité sociale) ; UNCAM pour le taux.*

4. Instruire la prise en charge de la photoprotection — écran solaire et vêtements anti-UV, sur prescription — pour les populations à haut risque et les jeunes enfants. *Bénéfice : moins de cancers cutanés évitables dans les populations les plus exposées. Véhicule : art. L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, ou prise en charge complémentaire ; avis de la HAS.*

5. Adapter les plafonds de la télémédecine dermatologique par voie conventionnelle (Partie VIII, proposition 2) : levée intégrale du plafond de téléexpertise dans les départements sans dermatologue, à la condition d'un parcours de soins protocolisé, validé par un dermatologue et les acteurs du territoire ; relèvement pour les pathologies chroniques, à un niveau et pour une liste fixés par la mission de préfiguration ; nouveau quota de téléconsultations de suivi après chaque consultation présentielle avec le dermatologue qui assure le suivi du patient (compteur remis à zéro, sans déplafonnement). Ailleurs, le plafond demeure la garantie du passage en consultation. *Bénéfice : un avis spécialisé accessible là où il n'existe plus de consultation à distance raisonnable. Véhicule : voie conventionnelle (UNCAM).*

6. Inscrire au mandat de la mission de préfiguration les six pistes d'évaluation à dépense constante (XIII.8), par ordre de priorité : prise en charge des cancers cutanés d'origine professionnelle par la branche compétente ; téléexpertise substituée à des actes plus coûteux ; réaffectation de la dépense de dépistage non indiqué ; coût d'une cicatrisation tardive des plaies chroniques ; coût de l'errance diagnostique ; part des arrêts de travail attribuable aux dermatoses chroniques. *Bénéfice : un accès*

aux soins amélioré par redéploiement d'une dépense existante, plutôt que par une dépense nouvelle. Véhicule : mandat de la mission de préfiguration (annexe 5, point 2), avec le concours d'économistes de la santé, de l'Assurance maladie et de la DREES.

PARTIE XIV

Une loi-cadre relative à la santé de la peau : l'appel du 19 novembre

L'essentiel

- Le 30 décembre 2025, le Conseil constitutionnel a censuré, comme « cavalier social », la mesure de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2026, qui concernait le plus directement la pratique dermatologique. Six mois plus tard, le Gouvernement la reprenait par décret.
- Les enjeux de la santé de la peau sont nombreux — démographie, formation, accès, prévention, numérique, financiarisation, recherche — et ne se régleront ni par quelques amendements au budget de la Sécurité sociale, ni par voie réglementaire.
- Seule une loi permet une consultation plus large, un travail plus approfondi et un débat au Parlement. Ce support existe : le 27 juillet 2026, le Parlement a adopté une loi qui organise une politique nationale autour d'un groupe de maladies et l'a codifiée dans le code de la santé publique. Les signataires demandent une loi-cadre relative à la santé de la peau, préparée par une mission de préfiguration dotée d'un mandat clair, avec des objectifs, des chiffrages et un calendrier.

XIV.1 — Une spécialité qui recule sans qu'aucune alerte ne soit entendue

La dermatologie est exemplaire d'une pratique qui dépasse la spécialité. Un champ qui ne produit pas d'urgences vitales immédiatement visibles sort peu à peu des priorités publiques, et son effacement laisse des patients sans recours et des soignants désarmés.

Ainsi, comment une spécialité médicale peut-elle **perdre 17,4 % de ses praticiens en activité régulière en dix ans**, **enregistrer au répertoire partagé la plus forte baisse d'effectifs de toutes les spécialités** tout en voyant dans le même temps, le nombre de postes ouverts à sa formation diminuer, et ce sans réaction politique (Parties III et VI) ?

XIV.2 — Une mission pour préparer la loi

Une mission ministérielle est un instrument d'instruction.

Elle prépare une décision, elle ne la prend pas. Elle n'a pas de portée normative propre, et sa traduction en droit n'est pas garantie. En faire l'objectif final du colloque réduirait l'ambition d'un plaidoyer porté, pour la première fois, par l'ensemble des composantes professionnelles et des patients de la spécialité.

C'est pourquoi la mission ministérielle est demandée comme un moyen, et non comme une fin.

Elle seule peut produire, dans un délai utile, ce qui est un préalable à une loi bien construite : les chiffrages, l'étude d'impact et l'inventaire des suites nécessaires à son application.

Cette mission doit avoir un mandat précis et ses travaux ont vocation à être repris, quel que soit le calendrier politique.

XIV.3 — La décision du Conseil constitutionnel du 30 décembre 2025 confirme la nécessité d'un véhicule législatif dédié

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 comportait un article 69 qui soumettait la pratique de la médecine esthétique à une autorisation préalable.

Le Conseil constitutionnel l'a censuré le 30 décembre 2025 en tant que « cavalier social » (décision n° 2025-899 DC).

Le Gouvernement a confirmé la mesure en la reprenant par voie réglementaire. Le décret n° 2026-611 du 9 juillet 2026 a créé le droit d'exercice complémentaire, et un décret propre à l'activité à visée esthétique, qui y ajoute un plafond de 30 % du temps travaillé, a été transmis aux organisations le 19 octobre 2026 (Partie IX).

Ce parcours montre, indépendamment de toute position sur le fond de la mesure, les limites des deux voies empruntées jusqu'ici.

Par sa nature même, la loi de financement de la sécurité sociale n'est pas le cadre adapté à la préparation et à la mise en œuvre d'une politique publique en santé.

Les enjeux de la spécialité — démographie, formation, accès aux soins, prévention, numérique, financiarisation, recherche — ne se régleront pas par quelques amendements budgétaires.

À la différence d'un projet de loi, **la voie réglementaire ne permet pas le nécessaire travail de concertation et d'expertise avant et de suivi après.**

XIV.4 — Les limites de la voie réglementaire

Les décisions récentes qui concernent la dermatologie sont toutes réglementaires ou conventionnelles :

- le décret du 9 juillet 2026 sur le droit d'exercice complémentaire et le projet de décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique (Partie IX) ;
- le décret du 27 juillet 2026 modifiant le code de déontologie médicale, qui l'étend aux sociétés d'exercice libéral et encadre l'usage de l'intelligence artificielle (Parties VIII et X) ;

- la revalorisation, au 1er janvier 2026, de la consultation de dépistage du mélanome, portée à 60 €, et de la téléexpertise requise, portée de 20 à 23 € (Partie VIII).

Ces décisions vont dans le bon sens mais ont aussi trois limites.

Elles ne fixent pas de trajectoire. L'arrêté annuel de répartition des postes peut être modifié chaque année sans justification. Seule la loi peut inscrire un objectif pluriannuel de formation et obliger les pouvoirs publics à en rendre compte (Partie VI).

Elles ne créent pas d'obligation de mesure. Aucun décret ne peut obliger l'Assurance maladie à isoler la dermatologie dans son rapport Charges et Produits. Aucun texte n'impose de suivre l'accès aux soins dermatologiques (Partie III). Et les instances existantes ne suffisent pas : le rapport remis au Premier ministre en juillet 2026 par la mission gouvernementale sur la prévention primordiale constate que le Comité interministériel pour la santé « ne s'est pas réuni depuis sept ans (25 mars 2019) », et ne mentionne pas les cancers cutanés.

Elles n'organisent pas de rendez-vous. Or, seule une telle clause peut transformer un ensemble de mesures en politique publique évaluable.

XIV.5 — Les précédents législatifs et de méthode

La loi n° 2026-668 du 27 juillet 2026 est le précédent le plus direct. Elle vise « à doter la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires » et l'introduit dans le code de la santé publique dont l'article L. 1411-6-6 dispose que « L'État conduit une politique de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires et leurs facteurs de risques. Il arrête […] une stratégie nationale pluriannuelle, qui définit les orientations prioritaires en matière de prévention, de dépistage et d'organisation des parcours de soins. »

Le Parlement a donc adopté, moins de quatre mois avant le colloque du 19 novembre 2026, une loi qui organise une politique publique autour d'un groupe de maladies. Elle inspire directement la loi-cadre que proposent les signataires.

La loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 relative aux soins palliatifs constitue la seconde source d'inspiration. Elle prévoit en effet :

- une stratégie nationale pluriannuelle codifiée à l'article L. 1110-9-1 du code de la santé publique, qui fixe « des domaines d'action prioritaires et des objectifs », « en indiquant les moyens financiers mobilisés », avec une instance de gouvernance placée auprès du ministre (article 4) ;
- une programmation pluriannuelle des crédits (article 5) ;
- un rapport au Parlement (article 6).

Pour leur part, le plan Alzheimer et les plans nationaux maladies rares sont des précédents de méthode : mission de préfiguration, comité de pilotage interministériel, clause de rendez-vous.

XIV.6 — Le contenu de la loi-cadre : trois volets

Le volet législatif direct :

- reconnaissance de la santé de la peau comme priorité de santé publique, et de la fonction d'interface de la dermatologie dans les parcours (Partie II) ;
- stratégie nationale pluriannuelle de santé de la peau, qui comprend notamment la prévention des risques liés aux ultraviolets (Partie V) et la déclinaison nationale du plan d'action mondial de l'Organisation mondiale de la santé (Partie XI) ;
- objectifs pluriannuels de formation, révisables sur la base de projections territoriales (Partie VI) ;
- consécration et financement pérenne des équipes de soins spécialisés (Partie VIII) ;
- calendrier d'extension nationale des protocoles de coopération dermatologiques éprouvés (Partie VII) ;
- régime d'autorisation, par spécialité, des équipements d'imagerie cutanée spécialisés, dont la liste est fixée par voie réglementaire, et dermatologue garant de toute offre numérique de diagnostic cutané (Parties VIII et X) ;
- dispositions sur la transparence et la maîtrise du capital des sociétés d'exercice, si elles ne sont pas adoptées auparavant par une autre voie (Partie X) ;
- tableau de bord national annuel, qui comprend un indicateur de délai d'accès selon le niveau de gravité (Parties III et IV) ;
- obligation de mesure périodique de la prévalence des maladies de peau (Partie II) ;
- place de droit des représentants des patients dans la gouvernance de la stratégie (Partie IV) ;
- clause de rendez-vous devant le Parlement.

La pleine application de la stratégie définie par la loi nécessitera des dispositions réglementaires et un volet conventionnel et d'organisation.

Par voie réglementaire :

- la révision de la maquette du diplôme d'études spécialisées, préparée par la mission et adoptée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ;
- option dermatologique dans les mentions existantes de pratique avancée, et instruction d'une mention dédiée (Partie VII) ;
- application de la garantie humaine aux dispositifs de détection cutanée automatisée (Partie VIII) ;
- décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique, sans plafond uniforme et avec reconnaissance de plein droit des dermatologues (Partie IX).

Par voie conventionnelle :

- règles de prise en charge des actes numériques de diagnostic cutané, liées à leur intégration dans un parcours (Parties VIII et X) ;
- adaptation des plafonds de la télémédecine dermatologique (Partie VIII, proposition 2) ;
- délais de réponse garantis ;
- financement du temps de supervision et de coordination de la délégation (Partie VII) ;

- identification de la dermatologie dans les données de l'Assurance maladie.

XIV.7 — La mission de préfiguration

La mission demandée a un objet unique et absolument essentiel : **préfigurer la loi-cadre relative à la santé de la peau.** Elle pourra notamment s'appuyer sur l'état des lieux réalisé par l'ensemble des parties prenantes dans la présente Contribution. La Fédération Française de la Peau y siège de droit, au nom des patients (Partie IV).

Ce mandat devrait comprendre neuf points :

1. **Actualiser l'estimation du besoin en dermatologues**, selon une méthode publique et contradictoire. Il s'agira ensuite d'en déduire la trajectoire pluriannuelle de formation et d'instruire l'allongement éventuel de la maquette sur la base d'un inventaire des capacités de formation (Parties III et VI).
2. **Produire les chiffrages économiques manquants** (Partie XIII) :
   - le coût de la prise en charge du mélanome par stade, hors et avec traitements systémiques ;
   - le coût d'un dispositif de détection ciblée et de sa filière, faux positifs et faux négatifs compris ;
   - le coût national du psoriasis ;
   - le coût et le rendement d'une politique nationale de prévention dermatologique (Partie V) ;
   - les six pistes d'évaluation à dépense constante (Partie XIII.8).
3. **Actualiser la mesure de la prévalence des maladies de peau en France**, et définir les indicateurs du tableau de bord annuel, dont le délai d'accès selon le niveau de gravité (Parties II, III et IV).
4. **Recevoir et exploiter l'analyse de la sinistralité des actes à visée esthétique**, selon la spécialité et la formation d'origine du praticien, ainsi que la cartographie publique de l'activité esthétique (Partie IX).
5. **Établir la place du capital extérieur dans la spécialité**, sociétés commerciales fournissant l'équipement, la plateforme ou le personnel comprises, évaluer les effets de cette financiarisation de la spécialité et, en tant que de besoin, proposer des mesures de correction.
6. **Préparer la révision de la maquette** du diplôme d'études spécialisées et l'**opportunité d'une mention de pratique avancée dédiée** à la dermatologie (Parties VI et VII).
7. **Obtenir l'identification de la dermatologie** dans les données de dépenses de l'Assurance maladie (Partie II). Envisager pour la télémédecine et l'imagerie (Partie VIII) :
   - **le niveau de relèvement du plafond de téléexpertise** pour les patients suivis pour une pathologie chronique, et **la liste de ces pathologies** ;
   - le chiffrage de l'adaptation des plafonds ;
   - la **liste des équipements** soumis au régime d'autorisation de l'imagerie cutanée.

8. **Arrêter la stratégie de prévention et le calendrier international** (Parties V et XI) :
   - la stratégie interministérielle de prévention des risques liés aux ultraviolets et le canal national unique de sensibilisation ;
   - la déclinaison nationale du plan d'action mondial de l'Organisation mondiale de la santé qui sera soumis à adoption en mai 2027 ;
   - la préparation de l'échéance européenne du 2 août 2028 pour les dispositifs médicaux intégrant de l'intelligence artificielle.
9. **Rédiger l'avant-projet de loi-cadre** et son étude d'impact.

Calendrier, en temps relatif au colloque :

- installation à **J + 3 mois** ;
- rapport intermédiaire public à **J + 9 mois** ;
- avant-projet de loi-cadre et étude d'impact à **J + 12 à 18 mois** ;
- dépôt à l'issue.

Véhicule. Les deux voies sont demandées, dans cet ordre :

- une **proposition de loi** pour ouvrir le débat et inscrire le sujet à l'ordre du jour ;
- puis un **projet de loi gouvernemental**, qui porte le texte et son étude d'impact.

Portage. Ce mandat s'adresse au Gouvernement en place à l'issue du colloque. Il a par ailleurs vocation à être soumis, sous forme d'un socle d'engagement, aux équipes chargées de la santé des candidats aux prochaines échéances nationales.

XIV.8 — L'appel du 19 novembre 2026

Les constats sont établis.

Seize millions de Français déclaraient être atteints d'une maladie de peau lors de la dernière mesure disponible, conduite en 2016, ce qui fait déjà dix ans, à l'initiative d'une société savante.

En dermatologie, l'offre recule plus vite que dans toute autre spécialité :

- une densité moyenne départementale en recul de **28,7 % en seize ans** ;
- **17,4 %** de praticiens en activité régulière en moins en dix ans ;
- **cinq départements** sans dermatologue en activité régulière ;
- un nombre de postes ouverts à la formation qui **diminue**.

L'accès se dégrade :

- les enquêtes déclaratives font état de délais de **trois à quatre mois et demi** ;
- les mesures plus courtes écartent les territoires où l'offre est la plus faible ;
- **aucune ne mesure le délai selon la gravité** (Partie IV) ;
- **46 % des patients** déclarent avoir renoncé à consulter un spécialiste pour leur problème de peau ;

- **54 %** ne sont plus suivis par un dermatologue après le premier diagnostic, et **40 %** ne sont plus suivis du tout.

Les cancers cutanés représentent près de 30 % des cancers invasifs diagnostiqués chaque année, et **83,5 % des mélanomes** des personnes de trente ans et plus sont attribuables au rayonnement UV solaire. Pourtant, aucun programme de dépistage organisé ne les couvre alors qu'il est démontré que la réponse adaptée est un repérage ciblé des personnes à risque (Parties V et XI).

Deux dermatoses inflammatoires coûtent 13,8 milliards d'euros par an. Par comparaison :

- porter à 150 le nombre de postes d'internes coûte **1,8 à 2,9 millions d'euros par an** ;
- l'encadrement universitaire coûte **5,6 à 5,8 millions d'euros par an** en régime permanent (Partie XIII).

Plus d'une personne sur deux atteinte d'une maladie de peau déclare de l'anxiété ou de la dépression, contre moins d'une sur trois dans le reste de la population.

La dermatologie a déjà fait l'effort d'organisation qui lui est demandé :

- **267 000 téléexpertises** facturées par les dermatologues libéraux en 2025, près de 480 000 avec l'hôpital, et plus de 32 000 traitées en douze mois par les équipes de soins spécialisés, avec un avis rendu en six heures médianes ;
- **six protocoles de coopération** portant sur des actes techniques, restés locaux.

Là où cette organisation est structurée, le délai médian d'accès spécialisé après une suspicion de mélanome est de quatre jours (Bretagne).

Le retard a un coût : sur la cohorte française MelBase, la prise en charge d'un mélanome avancé atteint **351 590 euros par patient sur dix ans** pour la séquence la plus intensive.

Des données essentielles manquent :

- le coût d'un mélanome pris en charge au stade I ;
- le coût national du psoriasis ;
- la part des dépenses de l'Assurance maladie consacrée aux maladies de peau ;
- la prévalence actuelle des maladies de peau ;
- le délai d'accès selon le niveau de gravité ;
- la sinistralité des actes esthétiques selon la spécialité d'origine ;
- la place du capital extérieur dans la spécialité.

Face à ce diagnostic, les signataires adressent au Gouvernement et au Parlement **quatre demandes**.

1. **Reconnaître la santé de la peau comme priorité de santé publique**, en l'inscrivant dans la stratégie nationale de santé puis dans le code de la santé publique.
2. **Créer, dans les trois mois suivant le colloque, une mission de préfiguration de la loi-cadre.** Elle serait interministérielle, dotée d'un mandat écrit en neuf points, d'un calendrier de douze à dix-huit mois et d'une responsabilité politique assignée. Les patients y siégeraient de droit.

3. **Engager le chantier législatif d'une loi-cadre relative à la santé de la peau**, porté par une proposition de loi puis par un projet de loi gouvernemental.
4. **Prendre trois mesures immédiates :**
   - porter à **150** le nombre de postes ouverts au diplôme d'études spécialisées dès que les capacités d'encadrement le permettent, et au plus tard en 2030 ;
   - saisir la Commission de la transparence d'une réévaluation du service médical rendu des émollients, évalué faible le 18 février 2015, et instruire la prise en charge de la photoprotection pour les populations à haut risque ;
   - adapter par voie conventionnelle les plafonds de la télémédecine dermatologique : levée intégrale du plafond de téléexpertise dans les départements sans dermatologue, dans un parcours de soins protocolisé ; relèvement pour les pathologies chroniques, au niveau que fixera la mission ; nouveau quota de téléconsultations de suivi après chaque consultation présentielle avec le dermatologue qui assure le suivi du patient (compteur remis à zéro, sans déplafonnement) (Partie VIII).

Ces demandes sont chiffrées lorsqu'elles peuvent l'être, datées, et attribuées à un porteur institutionnel identifié. **Aucune ne porte sur la rémunération des professionnels sans être justifiée par un bénéfice pour les patients.**

Pour chaque demande, la spécialité s'engage :

- la généralisation des protocoles de coopération suppose qu'elle forme les professionnels délégataires ;
- le financement pérenne de la téléexpertise suppose qu'elle en publie les indicateurs d'activité et de résultat ;
- la révision de la maquette suppose qu'elle forme ses internes à la supervision et au numérique.

Les signataires demandent à être évalués sur ces engagements.

En 2018, la Société Française de Dermatologie publiait un premier Livre Blanc et identifiait quatre défis. Huit ans plus tard, les mêmes constats reviennent, avec des indicateurs encore plus mauvais. **Ce qui a manqué depuis, c'est un instrument.**

Le colloque du 19 novembre 2026 marque la convergence de cette mobilisation. Il doit être le point de départ de l'engagement de tous au service de l'accès de chaque Français à une offre dermatologique efficiente.

Les organisations signataires : Société Française de Dermatologie (SFD), Fédération Française de la Peau (FFP) et ses vingt-trois associations de patients, Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF), Fédération Française de Formation Médicale Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie (FFFCEDV), Union Nationale des Équipes de Soins Spécialisés en Dermato-Vénéréologie (UNESS-DV), et Futurs Dermato-Vénéréologues de France (FDVF).

ANNEXE 1

Ce que nous demandons : les quatre demandes et l'ensemble des propositions

Les échéances sont exprimées en temps relatif au colloque du 19 novembre 2026.

Demande n° 1 — Reconnaître la santé de la peau comme priorité de santé publique

Porteur institutionnel	Ministre chargé de la santé
Véhicule juridique	Stratégie nationale de santé, puis code de la santé publique par la loi-cadre
Coût	Nul
Échéance	Annonce au colloque ; inscription à la prochaine actualisation de la stratégie nationale de santé
Bénéfice attendu	Une programmation pluriannuelle, et une spécialité identifiable dans les documents budgétaires et dans les données de l'Assurance maladie, où elle ne l'est pas aujourd'hui

Demande n° 2 — Créer une mission de préfiguration de la loi-cadre

Porteur institutionnel	Premier ministre, sur proposition du ministre chargé de la santé, avec les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la recherche, du travail et de l'éducation nationale
Véhicule juridique	Lettre de mission interministérielle
Coût	Fonctionnement
Échéance	Installation à **J + 3 mois** ; rapport intermédiaire public à **J + 9 mois** ; avant-projet de loi-cadre et étude d'impact à **J + 12 à 18 mois**
Bénéfice attendu	Le contenu du texte, et les chiffrages que personne ne détient : besoin en dermatologues, coût du mélanome par stade et du psoriasis, prévalence, sinistralité des actes esthétiques, place du capital extérieur, plafonds de téléexpertise (annexe 5)

Demande n° 3 — Engager le chantier de la loi-cadre relative à la santé de la peau

Porteur institutionnel	Parlement et Gouvernement
Véhicule juridique	Proposition de loi pour ouvrir le débat, puis projet de loi gouvernemental, sur le modèle de la loi du 27 juillet 2026
Coût	La programmation budgétaire relève du texte lui-même
Échéance	Dépôt à l'issue de la mission de préfiguration
Bénéfice attendu	Le véhicule que la voie budgétaire refuse à la santé de la peau : une trajectoire, des obligations de mesure, une clause de rendez-vous (annexe 7)

Demande n° 4 — Décider dès maintenant trois mesures qui n'ont pas besoin de la loi

Porteur institutionnel	Ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur (postes) ; ministre chargé de la santé (émollients, photoprotection) ; UNCAM (télémédecine)
Véhicule juridique	Arrêté de répartition des postes ; saisine de la Commission de la transparence (article R. 163-19 du code de la sécurité sociale) ; mécanisme dérogatoire de l'article L. 162-17-2-1 pour la photoprotection ; voie conventionnelle pour la télémédecine
Coût	Postes : **1,8 à 2,9 M€ par an** pour 21 postes de plus qu'en 2026 (part non couverte), encadrement universitaire en sus (5,6 à 5,8 M€ en régime permanent). Émollients et photoprotection : à chiffrer une fois les populations cibles arrêtées
Échéance	**150 postes dès que les capacités d'encadrement le permettent, et au plus tard en 2030.** Saisines à **J + 3 mois**. Télémédecine : prochaine négociation conventionnelle
Bénéfice attendu	Des dermatologues formés là où l'encadrement le permet. Un reste à charge qui ne décide plus du traitement (531 euros par an dans le psoriasis). Une photoprotection ciblée sur les populations à haut risque. La téléexpertise sans plafond, dans un parcours de soins protocolisé, dans les départements sans dermatologue, et un plafond relevé pour les patients chroniques

Les propositions des parties II à XIII

Les propositions qui concluent les parties II à XIII sont reprises ci-dessous à l'identique, dans l'ordre du document et avec leur numérotation d'origine.

▶ Propositions — Partie II : La peau, organe sentinelle : champ et poids de la dermatologie

MESURER

1. **Identifier la dermatologie dans le rapport annuel sur les charges et produits de l'Assurance maladie**, et y isoler le coût des cancers cutanés.
2. **Confier à Santé publique France une mesure actualisée et périodique de la prévalence des maladies de peau** en France.
3. **Produire une évaluation française du coût du mélanome par stade et du coût du psoriasis**, à partir des données de l'Assurance maladie.
4. **Documenter la survie du mélanome par stade sur données françaises**, plutôt que de recourir à un registre étranger.
5. **Actualiser les indicateurs de la recherche dermatologique française** : rang de publication, laboratoires, part des essais cliniques industriels et académiques conduits en France.

RECONNAÎTRE

6. **Reconnaître dans la loi-cadre la fonction d'interface de la dermatologie** dans l'organisation des parcours — oncologie, cardio-métabolisme, santé mentale, infectiologie, pharmacovigilance —, et non seulement la spécialité dans son périmètre propre.

▶ Propositions — Partie III : Une offre de soins en recul continu depuis 2010

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Porter à 150 le nombre de postes ouverts au diplôme d'études spécialisées dès que les capacités d'encadrement le permettent, et au plus tard en 2030, le maintenir dix ans, puis le réévaluer au regard des besoins de santé de la population (Partie VI). Coût des 21 postes supplémentaires par rapport à 2026 : **1,8 à 2,9 millions d'euros par an**. *Bénéfice : compenser les départs d'une offre dont près d'un cinquième est assuré par des praticiens en cumul emploi-retraite, et empêcher de nouveaux départements de perdre leur dernier dermatologue. Véhicule : arrêté annuel de répartition des postes (ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur) ; trajectoire pluriannuelle inscrite dans la loi-cadre (Partie XIV).*

2. Actualiser l'estimation du besoin en dermatologues selon une méthode publique et contradictoire, à l'échelle départementale, par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, en associant les instances de la spécialité, et en tenant compte du vieillissement de la population, de l'incidence des cancers cutanés et de l'allongement des suivis. *Bénéfice : une cible de formation fondée sur un besoin mesuré et non sur une position professionnelle ; une base partagée pour réévaluer les 150 postes au terme des dix ans. Véhicule : ONDPS et DREES ; mandat de la mission de préfiguration (annexe 5).*

3. Décliner la dermatologie dans l'Observatoire de l'accès aux soins et publier un tableau de bord annuel de l'accès aux soins dermatologiques : délai d'accès selon le niveau de gravité, en fixant l'objectif de l'indicateur de délai d'accès aux spécialistes encore en cours de définition ; densité, installations et file active par département ; reste à charge ; volume de téléexpertise. Santé publique France et l'Institut national du cancer y ajoutent la part des cancers cutanés diagnostiqués par stade. *Bénéfice : repérer à l'avance les départements qui basculent et mesurer l'effet des mesures décidées, à partir d'un outil qui existe déjà, sans structure nouvelle. Véhicule : Observatoire de l'accès aux soins (Assurance maladie et partenaires conventionnels), données ouvertes de l'Assurance maladie ; Santé publique France et INCa pour les données épidémiologiques ; obligation de mesure inscrite dans la loi-cadre (Partie XIV).*

4. Évaluer l'effet de la réforme du cumul emploi-retraite issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 sur l'offre de soins dans les spécialités en tension, dont la dermatologie, où près d'un cinquième de l'offre est assuré par des praticiens en cumul emploi-retraite. *Bénéfice : anticiper les cessations d'activité qu'une modification du régime pourrait provoquer avant que les nouveaux diplômés n'exercent, c'est-à-dire avant 2030. Véhicule : rapport du Gouvernement au Parlement ; indicateur du tableau de bord annuel (proposition 3).*

▶ Propositions — Partie IV : Les patients : le coût humain de l'attente

Les associations de patients formulent cinq demandes, reprises dans la loi-cadre (Partie XIV). Elles sont présentées par ordre de priorité.

1. Un accès dans des délais compatibles avec la gravité — c'est-à-dire une organisation graduée, et non la promesse d'un rendez-vous plus rapide. *Bénéfice : un patient atteint d'une lésion suspecte vu en quelques jours, comme le permettent déjà les réseaux organisés (huit jours pour un mélanome dans le réseau d'équipes de soins spécialisés d'Île-de-France). Véhicule : financement pérenne des équipes de soins spécialisés et de la téléexpertise (Partie VIII, proposition 1) ; indicateur public de délai selon la gravité dans l'Observatoire de l'accès aux soins (Partie III, proposition 3).*

2. Une continuité de suivi, alors que 40 % des patients diagnostiqués ne sont plus suivis par aucun médecin. *Bénéfice : des maladies chroniques et des cancers cutanés suivis dans la durée, au lieu d'un premier diagnostic sans lendemain. Véhicule : suivi partagé avec le médecin traitant et téléexpertise adaptée aux pathologies chroniques (Partie VIII, proposition 2) ; protocoles de coopération (Partie VII).*

3. Un reste à charge qui ne décide pas du traitement — demandes sur les émollients et sur la photoprotection, développées en Partie XIII. *Bénéfice : un traitement prescrit qui est effectivement suivi, quand le reste à charge lié au psoriasis atteint 531 euros par an selon l'enquête de France Psoriasis. Véhicule : saisine de la Commission de la transparence sur les émollients ; mécanisme dérogatoire de l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale pour la photoprotection (Demande n° 4).*

4. Une prise en charge globale — accès à l'éducation thérapeutique et à un soutien psychologique adossés au parcours dermatologique, accompagnement du maintien dans l'emploi et de la formation. *Bénéfice : une maladie prise en charge dans ses conséquences psychologiques, sociales et professionnelles — l'anxiété ou la dépression sont déclarées par plus d'une personne atteinte sur deux. Véhicule : programmes d'éducation thérapeutique autorisés par les agences régionales de santé ; services de prévention et de santé au travail ; stratégie nationale de santé de la peau inscrite dans la loi-cadre.*

5. Une place dans la gouvernance — présence de droit de la Fédération Française de la Peau à la mission de préfiguration de la loi-cadre et au comité de parties prenantes, indicateurs publics d'accès, clause de rendez-vous devant le Parlement. *Bénéfice : des décisions qui partent de ce que vivent les patients, et un suivi public de leurs effets. Véhicule : lettre de mission de la mission de préfiguration (Demande n° 2) ; loi-cadre (annexe 7).*

▶ Propositions — Partie V : La prévention : un cancer largement évitable, une politique à construire

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Une stratégie interministérielle de prévention des risques liés aux ultraviolets, solaires et artificiels — santé, éducation nationale, travail, environnement, sports, collectivités, tourisme —, préparée par la mission de préfiguration de la loi-cadre avec les collectivités, les associations, les partenaires sociaux, l'Assurance maladie et les mutuelles, assortie d'objectifs et d'indicateurs publiés et d'une programmation pluriannuelle. Un message national unique : la photoprotection raisonnée, fondée sur l'indice UV. Améliorer les registres permettant de mesurer l'incidence des cancers cutanés, mélanomes comme carcinomes. La mission dira si le suivi de cette stratégie requiert une structure interministérielle dédiée, et en chiffrera le coût. Cette stratégie s'inscrit dans les priorités « santé environnementale » et « comportements favorables à la santé » que le rapport de la mission gouvernementale sur la prévention primordiale propose pour la stratégie nationale de santé. *Bénéfice : une politique de prévention dotée d'objectifs et d'indicateurs, pour le cancer le plus fréquent de France, dont 83,5 % des mélanomes des personnes de trente ans et plus sont attribuables au rayonnement UV solaire. Véhicule : mission de préfiguration ; stratégie inscrite dans la loi-cadre (Partie XIV), avec la stratégie nationale de santé.*

2. PROTÉGER LES ENFANTS.

- Faire de la protection solaire des enfants une priorité sanitaire, par un plan national « Soleil-Enfance », et intégrer l'éducation à la photoprotection aux programmes scolaires : ombre, vêtements, chapeau et limitation des expositions aux heures de fort indice UV en constituent le socle, la crème solaire le complément.
- Former et outiller les enseignants, les animateurs, les éducateurs sportifs et les professionnels de la petite enfance, en s'appuyant sur les interventions reconnues efficaces.
- Inscrire la prévention solaire parmi les thématiques prioritaires du service sanitaire des étudiants en santé.
- Recenser les lieux accueillant des enfants dépourvus d'ombrage, et aider les collectivités à les équiper. *Bénéfice : protéger l'âge où se constituent l'essentiel des expositions et des comportements, alors que 58 % des parents pensent qu'une crème solaire à indice élevé suffit à protéger leur enfant. Véhicule : programmes scolaires (ministère chargé de l'éducation nationale) ; service sanitaire des étudiants en santé ; collectivités territoriales pour l'ombrage ; Union nationale du sport scolaire (UNSS) et fédérations sportives pour les sports de plein air.*

3. PROTÉGER LES TRAVAILLEURS EN EXTÉRIEUR.

- Évaluer d'abord l'exposition des travailleurs et l'efficacité des mesures de protection.

- Compléter le décret du 27 mai 2025, ou créer un programme national de prévention des ultraviolets professionnels, pour faire de la protection solaire un équipement de prévention à part entière — vêtements couvrants, couvre-chefs, ombre, organisation des horaires, information des travailleurs — et intégrer le risque ultraviolet à l'évaluation des risques professionnels, avec un indicateur national d'exposition.
- Former les services de prévention et de santé au travail, et organiser avec les dermatologues — notamment par les équipes de soins spécialisés et la téléexpertise — le repérage des lésions suspectes chez les travailleurs exposés.
- Systématiser l'examen cutané lors des visites de médecine du travail des salariés exposés, comme le recommande l'Anses.
- Inscrire le cancer cutané lié à l'exposition professionnelle aux ultraviolets aux tableaux de maladies professionnelles, du régime général et du régime agricole, comme l'expertise de l'Anses d'octobre 2026 en établit le fondement. *Bénéfice : reconnaître et prévenir un risque professionnel dont l'Anses a établi le fondement en octobre 2026, et repérer plus tôt les lésions chez les travailleurs exposés. Véhicule : décrets de création des tableaux de maladies professionnelles (ministères chargés du travail et de l'agriculture) ; code du travail ; services de prévention et de santé au travail.*

4. Réduire l'exposition aux ultraviolets artificiels : renforcer le contrôle de la réglementation des centres de bronzage, notamment l'interdiction d'accès des mineurs et de publicité ; engager l'interdiction de l'usage commercial et de la vente des appareils de bronzage, recommandée par l'Anses ; évaluer les lampes de séchage des vernis à ongles. *Bénéfice : supprimer une cause de mélanome évitable — environ 380 cas par an — sans dépense d'assurance maladie. Véhicule : loi pour l'interdiction de l'usage commercial et de la vente ; contrôle de la réglementation existante par les services de l'État.*

5. Intégrer la dermatologie aux autres politiques de prévention, et reconnaître la vénéréologie dans la politique de santé sexuelle : conseil au sevrage tabagique et repérage du surpoids dans le parcours dermatologique ; vérification et promotion des vaccinations contre des affections à expression cutanée (papillomavirus, zona, mpox pour les personnes exposées, rougeole-oreillons-rubéole) ; prévention collective des dermatoses professionnelles avec les services de santé au travail ; association des sociétés savantes de dermatologie au pilotage national et régional de la feuille de route santé sexuelle ; valorisation de la consultation de santé sexuelle en dermatologie ; compétence dermato-vénéréologique dans chaque CeGIDD, sur site ou par téléexpertise ; actualisation des recommandations françaises de prévention des IST. *Bénéfice : des parcours dermatologiques qui servent aussi les autres politiques de prévention — tabac, surpoids, vaccination, santé sexuelle, risques professionnels. Véhicule : ministère chargé de la santé (feuille de route santé sexuelle, calendrier vaccinal) ; Haute Autorité de santé pour les recommandations ; annexe 8.*

6. Instruire la prise en charge, sur prescription, d'une photoprotection globale — écran solaire et vêtements anti-UV — pour les populations à haut risque de cancer cutané et pour les jeunes enfants, sur le fondement du mécanisme dérogatoire de l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, déjà utilisé en 2009 (fiche n° 3, Partie XIII). *Bénéfice : un traitement préventif accessible aux pa-*

tients pour qui la photoprotection est une nécessité médicale, et non un produit de confort. Véhicule : article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale (Demande n° 4) ; populations cibles arrêtées avec la Haute Autorité de santé.

7. Confier à la mission de préfiguration le choix d'un canal national unique de sensibilisation au risque ultraviolet — message, calendrier, porteur —, mutualisant les initiatives existantes, et comprenant l'apprentissage de l'auto-examen cutané par la population. *Bénéfice : un message unique, identifiable et répété, au lieu d'initiatives dispersées (voir aussi Partie XI, proposition 2). Véhicule : mission de préfiguration ; Santé publique France et Institut national du cancer.*

8. Diffuser l'indice UV, accompagné d'une brève explication de sa signification et des gestes de protection qui y correspondent, dans les bulletins météorologiques et sur les supports d'information des collectivités, des lieux de baignade et de loisirs, des pharmacies et des entreprises. *Bénéfice : une information quotidienne, comprise, qui permet à chacun d'adapter sa protection au risque réel ; un indice cité sans explication n'a pas d'effet. Véhicule : ministère chargé de la santé, Météo-France, collectivités territoriales ; sans texte nouveau.*

9. Agir auprès des adolescents et des jeunes adultes : étudier les mécanismes d'influence des réseaux sociaux, puis concevoir et évaluer des actions de contre-influence. *Bénéfice : des actions qui répondent aux comportements à risque qui se diffusent par les réseaux sociaux, évaluées avant d'être généralisées. Véhicule : Santé publique France ; recherche en santé publique.*

10. Chiffrer le coût d'une politique française de prévention dermatologique, qui ne l'a jamais été, et en suivre l'effet par l'épaisseur des mélanomes au diagnostic. *Bénéfice : une politique dont le coût est connu avant d'être décidée, et dont l'effet est mesuré par un indicateur de résultat existant. Véhicule : mission de préfiguration (annexe 5).*

▶ Propositions — Partie VI : Former les dermatologues et les professionnels de premier recours

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Porter progressivement à 150 le nombre de postes ouverts au diplôme d'études spécialisées, au plus tard en 2030, en renforçant parallèlement les capacités d'encadrement. Maintenir ce chiffre pendant dix ans, puis le réévaluer au regard des besoins de santé de la population. Coût des 21 postes supplémentaires par rapport à 2026 : **1,8 à 2,9 millions d'euros par an** de part non couverte par les forfaits de financement des études médicales, 2,9 à 4,1 millions d'euros en coût brut chargé. *Bénéfice : reconstituer l'offre de soins dermatologiques et la capacité de former les autres professionnels de santé. Véhicule : arrêté annuel des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé fixant le nombre de postes ouverts ; trajectoire inscrite dans la loi-cadre (proposition 2).*

2. Inscrire dans la loi une trajectoire pluriannuelle de formation, révisable sur la base de projections territoriales et d'une étude publique de l'adéquation entre l'offre et le besoin, que l'arrêté annuel de répartition exécute ; **fonder la répartition annuelle des postes entre spécialités sur des critères objectifs et publics de prévision des besoins de santé de la population**. *Bénéfice : une formation pilotée sur dix ans, et non décidée chaque année sans visibilité. Véhicule : loi-cadre (trajectoire et critères) ; arrêté annuel de répartition ; étude d'adéquation confiée à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.*

3. Rendre plus attractive la carrière hospitalo-universitaire, en faisant évoluer les statuts hospitalo-universitaires, à commencer par celui des chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires, conformément aux propositions de la conférence des doyens du 21 janvier 2026 — le statut freine aussi l'attractivité des carrières de maître de conférences et de professeur —, et publier leurs effectifs par spécialité. *Bénéfice : un vivier d'enseignants pour former les internes supplémentaires. Véhicule : décret statutaire des personnels enseignants et hospitaliers ; publication annuelle par le Centre national de gestion.*

4. Prescrire la révision de la maquette du diplôme d'études spécialisées par un arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, en y intégrant les sept évolutions décrites en VI.4, et **confier à la mission de préfiguration l'instruction de l'allongement à dix semestres**, par une seconde année de consolidation sous le statut de docteur junior, adossée à une hausse des stages libéraux, sur la base d'un inventaire, par subdivision, des capacités de formation hospitalières et libérales ; l'allongement ne serait retenu que si ce travail en établit la faisabilité. *Bénéfice : des dermatologues formés à l'exercice actuel de la spécialité (VI.4) ; une année de soins supplémentaire assurée en cabinet libéral par des internes de fin de cursus, sans dégarnir les services hospitaliers ; un allongement décidé sur des ca-*

pacités de formation vérifiées. Véhicule : loi-cadre (prescription de la révision) ; arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ; mission de préfiguration (instruction).

5. Financer des postes d'enseignants titulaires et de chefs de clinique en dermatologie, en garantissant en priorité une masse critique suffisante aux centres hospitalo-universitaires qui n'ont aucun titulaire et à ceux dont le seul titulaire a plus de soixante ans. Un encadrement au moins équivalent à la moyenne des spécialités (VI.3) suppose 50 postes de titulaires et 36 postes de chefs de clinique sur la durée du plan, pour **5,6 à 5,8 millions d'euros bruts par an** en régime permanent ; ce minimum sera précisé par la mission de préfiguration, en tenant compte de la charge d'enseignement auprès des autres professionnels. *Bénéfice : une hausse des postes d'internes qui ne dégrade pas la qualité de leur formation. Véhicule : révision des effectifs hospitalo-universitaires par les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ; centres hospitalo-universitaires.*

6. Inscrire un enseignement de dermatologie obligatoire dans le diplôme d'études spécialisées de médecine générale — pathologies courantes, dermoscopie, repérage des lésions à risque, téléexpertise — et encourager les stages de trois à six mois en dermatologie libérale ou hospitalière. *Bénéfice : des dermatoses courantes prises en charge dès le premier recours, et des lésions suspectes repérées plus tôt. Véhicule : arrêté fixant la maquette du diplôme d'études spécialisées de médecine générale ; agrément des terrains de stage.*

7. Inscrire un enseignement de dermatologie obligatoire dans la formation des pharmaciens d'officine. *Bénéfice : un conseil officinal sûr pour les dermatoses courantes, et l'orientation rapide vers un médecin des lésions qui le justifient. Véhicule : arrêté relatif aux études en vue du diplôme d'État de docteur en pharmacie.*

8. Renforcer la formation à la dermatologie des autres professionnels qui agissent comme sentinelles de la peau : former les infirmiers à la délégation de tâches en dermatologie et intégrer la dermatologie à la formation des infirmiers en pratique avancée ; renforcer la formation des kinésithérapeutes, des sages-femmes et des podologues. *Bénéfice : des professionnels capables de reconnaître les situations à orienter, condition de la délégation et du recours organisés en Partie VII. Véhicule : référentiels de formation de chaque profession (arrêtés ministériels) ; articulation avec la Partie VII, proposition 3.*

9. Développer l'encadrement dans les territoires : faciliter la formation et l'agrément de maîtres de stage universitaires en dermatologie libérale, condition du développement des stages ambulatoires, et soutenir la création de postes d'enseignants associés (professeurs et maîtres de conférences associés). *Bénéfice : des internes formés aussi à l'exercice de ville, et une offre de stage qui accompagne la hausse des postes dans tous les territoires. Véhicule : agrément des maîtres de stage par les universités ; postes d'enseignants associés (ministère chargé de l'enseignement supérieur, universités).*

10. Encadrer les diplômes universitaires et les actions de développement professionnel continu présentés comme des formations à la dermatologie, afin que leur contenu soit validé par la spécialité et dispensé avec des dermatologues, dans l'intérêt de la qualité des soins. *Bénéfice : des médecins généralistes mieux formés à*

la dermatologie courante, qui orientent à bon escient vers le dermatologue ; un diplôme universitaire de dermatologie ne fait pas de son titulaire un dermatologue. L'Ordre des médecins affirme qu'un simple diplôme universitaire ne permet pas, par exemple, à un médecin généraliste de coter un avis ponctuel de consultant (Partie X. 3.a). Véhicule : orientations prioritaires et critères d'enregistrement des actions de l'Agence nationale du développement professionnel continu ; avis du Conseil national professionnel et du Collège des enseignants sur les diplômes universitaires de dermatologie.

11. Publier un bilan chiffré national des praticiens entrant dans la spécialité par d'autres voies que l'internat — diplômés de l'Union européenne, praticiens diplômés hors Union en parcours de consolidation, reconversions —, sur la base des données du Centre national de gestion. *Bénéfice : une projection complète des effectifs futurs, sur laquelle fonder la trajectoire de formation (proposition 2). Véhicule : publication annuelle du Centre national de gestion.*

▶ Propositions — Partie VII : Coordination des soins, délégation de tâches et nouveaux métiers

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Former les infirmiers en accès direct aux situations dermatologiques qu'ils rencontrent, et associer des dermatologues à l'évaluation de l'expérimentation. La formation porte sur les situations qui doivent conduire à orienter le patient vers un médecin. L'évaluation confiée à la Haute Autorité de santé et à l'Académie nationale de médecine mesure, pour les patients atteints d'une maladie de peau, les orientations vers le dermatologue, les délais, les retards diagnostiques et les erreurs d'orientation. *Bénéfice : une généralisation décidée sur des données, et non sur des présomptions. Véhicule : cahier des charges de l'évaluation (HAS, Académie nationale de médecine).*

2. Porter au niveau national les protocoles de coopération dermatologiques éprouvés. La procédure d'extension existe (VII.5). La mission de préfiguration devra établir, avec la profession, la liste des protocoles locaux à soumettre au Comité national des coopérations interprofessionnelles et le calendrier de leur soumission ; chaque protocole devra être évalué au moins trois ans avant son extension, puis étendu par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé. *Bénéfice : les patients de toutes les régions accèdent aux actes délégués, et plus seulement à ceux des établissements qui les ont construits. Véhicule : mission de préfiguration ; Comité national des coopérations interprofessionnelles ; avis de la Haute Autorité de santé ; arrêté du ministre chargé de la santé.*

3. Former avant de déléguer, et organiser le recours dermatologique des nouvelles compétences infirmières dans une coordination locale. Préciser par voie réglementaire les situations que l'arrêté du 26 juin 2026 exclut du champ infirmier (délai et critères d'une plaie « qui ne cicatrise pas »). Renforcer la formation initiale et continue des infirmiers dans les champs délégués, avec des enseignants de dermatologie (Partie VI). Orienter les situations exclues et les dépistages positifs d'infections sexuellement transmissibles vers le médecin traitant, ou, là où elle existe et en a les moyens, vers une équipe de soins spécialisés ou un établissement de santé, dans une coordination locale à définir avec les dermatologues. *Bénéfice : l'orientation prévue par l'arrêté devient effective, et le patient est vu au bon niveau sans délai supplémentaire. Véhicule : arrêté modifiant l'arrêté du 26 juin 2026 ; référentiel de formation infirmière ; agences régionales de santé ; financement prévu en Partie VIII, proposition 1, pour les équipes qui assurent ce recours.*

4. Ouvrir, dans les territoires sous-dotés, l'accès au dermatologue sur adressage de tout médecin généraliste, au sein d'un parcours coordonné. Aujourd'hui, seul l'adressage par le médecin traitant fait entrer le patient dans le parcours de soins coordonné. En dehors des exceptions prévues par la loi (urgence, consultation hors du lieu de résidence, année qui suit le départ à la retraite ou le changement de département du médecin traitant), le patient sans médecin traitant, ou adressé par un autre généraliste, supporte une participation majorée (article L.

162-5-3 du code de la sécurité sociale) ; il est aussi exclu de l'avis ponctuel des équipes de soins spécialisés (VII.3). Lorsque le patient n'a pas de médecin traitant ou réside dans un territoire sous-doté, l'adressage par tout médecin généraliste qui en fait la demande, dans le cadre d'un parcours coordonné par une équipe de soins spécialisés, doit être reconnu comme entrant dans le parcours de soins coordonné, sans pénalité pour le patient. *Bénéfice : un patient sans médecin traitant ou éloigné de lui accède au dermatologue au même titre que les autres, sans renoncer à la coordination médicale. Véhicule : règles du parcours de soins coordonné (code de la sécurité sociale et convention médicale) ; cahier des charges des équipes de soins spécialisés.*

5. Faire des équipes de soins spécialisés le cadre de référence de la coordination dermatologique. Les doter d'un cahier des charges national propre ou adapté à la spécialité ; publier leurs indicateurs d'activité et de résultat ; les associer à toute expérimentation territoriale de repérage ou de délégation en dermatologie. *Bénéfice : un recours dermatologique organisé sur tout le territoire, sans parcours parallèles ni doublons. Véhicule : cahier des charges conventionnel des équipes de soins spécialisés ; agences régionales de santé ; financement prévu en Partie VIII, proposition 1.*

6. Préparer, avec la profession, l'ouverture de la pratique avancée au suivi des maladies chroniques de la peau. Trois conditions préalables : définir, avec les instances de la dermatologie, la liste des suivis et des actes qui peuvent être confiés ; construire la formation correspondante, validée par le Conseil national professionnel et le Collège des enseignants ; garantir que l'infirmier en pratique avancée exerce toujours en lien direct avec un dermatologue. Ces conditions remplies, une option pourrait être ouverte au sein de la mention « pathologies chroniques stabilisées ». La mission de préfiguration devra en instruire l'opportunité et le calendrier. *Bénéfice : un suivi rapproché des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques stabilisées, par un professionnel formé, sous la supervision du dermatologue. Véhicule : mission de préfiguration ; puis règlement (article R. 4301-2 du code de la santé publique et arrêtés de formation).*

7. Clarifier le cadre de l'aide opératoire ambulatoire et le périmètre de l'assistant médical en dermatologie, et en faciliter le recrutement. Définir l'aide qu'un professionnel formé peut apporter au dermatologue qui opère en cabinet ; préciser, dans le référentiel de l'assistant médical, la préparation des actes techniques et la gestion des images. La Société Française de Dermatologie a engagé à cet effet un programme de formation non diplômante des assistants de dermatologie, au-delà de la seule chirurgie, dispensé par un organisme de formation sous son égide. *Bénéfice : davantage de patients reçus et de cancers cutanés opérés dans les mêmes délais, avec la même sécurité. Véhicule : règlement (actes infirmiers) ; référentiel de formation des assistants médicaux ; voie conventionnelle.*

8. Former à la supervision, à la délégation et à l'exercice coordonné dans la maquette du diplôme d'études spécialisées (Partie VI). *Bénéfice : des dermatologues préparés à encadrer les professionnels délégués. Véhicule : arrêté de maquette.*

UNE CONTREPARTIE QUE LES SIGNATAIRES ASSUMENT.

La généralisation des protocoles suppose que la spécialité forme les professionnels délégués et communique les résultats obtenus. Les signataires s'y engagent, à condition que les moyens correspondants soient prévus.

▶ Propositions — Partie VIII : Le numérique : téléexpertise, intelligence artificielle et imagerie cutanée

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Financer durablement les organisations de téléexpertise adossées à une offre présentielle. Il s'agit de consacrer le financement pérenne des équipes de soins spécialisés en dermato-vénéréologie et des organisations hospitalières qui réalisent la téléexpertise, et de créer un forfait de coordination de téléexpertise, en sus des actes. Ce forfait rémunère l'organisation de l'aval selon la gravité, et non le nombre de consultations générées ; il est conditionné à des indicateurs de pertinence, tels que les adressages évités et les délais de prise en charge. *Bénéfice : un avis rendu en quelques heures et un rendez-vous présentiel effectivement organisé quand il est nécessaire. Véhicule : voie conventionnelle (UNCAM) ; fonds d'intervention régional (FIR) pour l'amorçage.*

2. ADAPTER LES PLAFONDS DE LA TÉLÉMÉDECINE DERMATOLOGIQUE.
Les plafonds sont adaptés en trois points :

- **téléexpertise, départements sans dermatologue** : le plafond de quatre actes par an est levé intégralement pour les patients qui y résident, le passage en consultation présentielle n'y étant pas possible à distance raisonnable, à la condition d'un parcours de soins protocolisé, validé par un dermatologue et les acteurs du territoire ;
- **téléexpertise, pathologies chroniques** : pour les patients suivis pour une pathologie chronique relevant de la spécialité requise, le plafond est relevé ; ailleurs, la règle de quatre actes par an pour un même patient demeure la garantie du passage en consultation présentielle, appréciée pour la spécialité requise ;
- **téléconsultation, suivi spécialisé** : les téléconsultations de suivi des maladies inflammatoires chroniques sous traitement spécialisé, et celles qui répondent à une réévaluation ou à une prescription spécialisée requise plus de quatre fois par an, ouvrent droit à un nouveau quota après chaque consultation présentielle avec le dermatologue qui assure le suivi du patient : le compteur est remis à zéro, sans déplafonnement.

Bénéfice : un avis de qualité, un patient vu en consultation dès que le suivi l'exige, et un recours spécialisé continu là où il n'y a plus de dermatologue. Véhicule : voie conventionnelle ; niveau de relèvement et liste des pathologies chroniques fixés par la mission de préfiguration. Contrepartie assumée : la spécialité publiera des indicateurs d'activité et de résultat (volume, délai de réponse, taux d'évitement d'adressage, cancers détectés).

3. CONDITIONNER LA PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DES ACTES NUMÉRIQUES DE DIAGNOSTIC CUTANÉ À LEUR INTÉGRATION DANS UN PARCOURS DERMATOLOGIQUE, DANS LE RESPECT D'UN PARCOURS DE SOINS TERRITORIALISÉ.
Une téléexpertise dermatologique prise en charge doit remplir trois conditions :

- la demande émane d'un médecin qui a lui-même examiné le patient ; une téléexpertise demandée à la suite d'un examen d'imagerie réalisé sans médecin, dans une structure sans dermatologue, n'est pas prise en charge ;

- elle est rendue par un dermatologue, ou par un médecin formé sous la supervision d'un dermatologue ;
- le médecin qui signe l'avis est en capacité de recevoir le patient en consultation, à son cabinet, au sein d'un établissement de santé ou d'une organisation de dermatologues, notamment une ESS. *Bénéfice : aucun patient renvoyé, après un avis à distance, vers une consultation introuvable. Véhicule : voie conventionnelle (conditions de facturation) et cahier des charges des ESS.*

4. Identifier un dermatologue garant pour toute offre numérique de diagnostic cutané. Toute entreprise ou structure qui propose au public un service de diagnostic ou de dépistage cutané doit identifier un dermatologue garant. Ce dermatologue est responsable de la pertinence médicale du service, de l'analyse des clichés et de son articulation avec une offre présentielle. Il peut confier la prise des clichés à un professionnel de santé, par délégation ou dans le cadre d'un protocole de coopération ; il ne délègue jamais leur analyse. Il doit, au choix, recevoir lui-même le patient en consultation pour l'examiner, ou appartenir à un réseau de soins dermatologique coordonné et programmer un rendez-vous présentiel avec un confrère dermatologue au plus près du domicile du patient. *Bénéfice : un interlocuteur médical responsable pour le patient. Véhicule : loi-cadre ; à préparer par la mission de préfiguration.*

5. SOUMETTRE À L'AUTORISATION DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ L'INSTALLATION DES ÉQUIPEMENTS D'IMAGERIE CUTANÉE LOURDS OU SPÉCIALISÉS, ET EN RÉSERVER L'USAGE AUX DERMATOLOGUES DANS LES INDICATIONS VALIDÉES.

Sont visés les systèmes de cartographie corporelle totale et de vidéodermoscopie numérique, dont la liste serait fixée par voie réglementaire, et non les dermatoscopes manuels ni les logiciels, qui relèvent de la proposition 8. Le modèle est celui des équipements matériels lourds. L'autorisation serait délivrée au regard du besoin du territoire, après avis d'une commission associant l'Assurance maladie, la profession et les représentants des usagers, et subordonnée à trois conditions :

- les images sont interprétées par un dermatologue ;
- l'indication de chaque examen est posée par un médecin ;
- l'exploitant justifie d'un lien formalisé avec un établissement de santé disposant d'une activité de dermatologie ou une équipe de soins spécialisés du territoire, en capacité de recevoir en consultation les patients examinés.

Un dermatologue qui lit les images à distance, sans pouvoir voir le patient, ne remplit pas la troisième condition. En attendant, le dépistage de masse en population générale, que la Haute Autorité de santé ne recommande pas, ne doit pas être pris en charge.

Compte tenu de leur mésusage, l'utilisation des systèmes de cartographie corporelle totale doit en outre être réservée aux dermatologues, dans les seules indications validées par les données scientifiques, comme la surveillance des patients à haut risque de mélanome. Le médecin qui les utilise doit pouvoir prendre en charge le patient à l'issue de l'examen et appartenir à un réseau de soins labellisé (proposition 6). Le code de la santé publique le permet sans attendre la loi : l'utilisation d'un dispositif médical qui nécessite un encadrement pour des raisons de santé publique, ou qui est susceptible d'entraîner des dépenses injustifiées, peut être soumise à des règles de formation et de qualification des professionnels, fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Auto-

rité de santé (article L. 1151-1). *Bénéfice : un examen dont l'indication est vérifiée, interprété par le spécialiste formé à le lire, et un patient vu près de chez lui lorsqu'une lésion est suspecte ; moins d'exérèses inutiles et de téléexpertises sans valeur ajoutée. Véhicule : arrêté pris sur le fondement de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique, préparé par la Direction générale de la santé après avis de la Haute Autorité de santé (restriction d'usage, dès maintenant) ; loi-cadre (création du régime d'autorisation), liste des équipements fixée par décret, préparée par la mission de préfiguration ; règles de prise en charge dès maintenant.*

6. Créer, avec l'Institut national du cancer, un label pour le dépistage des cancers cutanés assisté par le numérique. Ce label serait exigé des structures qui exercent cette activité. Il serait subordonné à un rattachement territorial : le dermatologue qui rend l'avis doit pouvoir recevoir le patient en consultation à une distance raisonnable, fixée par le cahier des charges du label. Il s'inscrirait dans une campagne d'information et de prévention, complément indispensable de toute stratégie de dépistage (Partie V). *Bénéfice : un repère de qualité lisible pour le patient. Véhicule : INCa, dans le cadre de la stratégie décennale.*

7. Former les utilisateurs non dermatologues aux outils de dépistage, et en organiser l'usage sous la supervision d'un dermatologue là où l'accès à un dermatologue fait défaut. Une formation au bon usage des outils doit être exigée des professionnels de santé de premier recours, médicaux ou paramédicaux, qui les utilisent. Pour les médecins, elle porte aussi sur la reconnaissance des lésions suspectes. Pour les professionnels non médecins, elle porte uniquement sur la prise de photographies cliniques et dermoscopiques de qualité, réalisées dans un parcours protocolisé : ils ne qualifient jamais une lésion de bénigne ou de suspecte, et l'analyse dermoscopique comme le diagnostic restent des actes médicaux (Partie VII). Ces professionnels exercent sous la supervision d'un dermatologue, dont ils peuvent constituer la porte d'entrée ou le relais de proximité ; ils n'organisent pas d'activité en lien avec la dermatologie sans y associer d'emblée un dermatologue. Le contenu de la formation doit être validé par la SFD et le Collège des enseignants. La télédermatologie, l'intelligence artificielle et les outils numériques doivent par ailleurs être inscrits dans la maquette du DES de dermato-vénéréologie. *Bénéfice : une orientation juste dès le premier recours. Véhicule : règlement (formation) ; arrêté de maquette.*

8. Appliquer la garantie humaine aux dispositifs de détection cutanée automatisée. L'article L. 4001-3 du code de la santé publique doit être effectivement appliqué à ces dispositifs, et la Haute Autorité de santé chargée d'une évaluation publique de leur performance en conditions réelles avant le 2 août 2028. *Bénéfice : une information loyale du patient et des outils évalués avant d'être diffusés. Véhicule : saisine de la HAS ; doctrine de la Délégation au numérique en santé.*

▶ Propositions — Partie IX : L'activité à visée esthétique : sécuriser les patients, préserver l'offre de soins

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Faire respecter le monopole médical existant. Les injections à visée esthétique sont des actes médicaux ; la demande porte sur les moyens du contrôle et des poursuites à l'encontre des injecteurs non habilités — non sur une nouvelle réserve d'activité. *Bénéfice : moins d'accidents graves, comme les cas de botulisme liés à des injections illégales recensés par l'Agence nationale de sécurité du médicament (IX.2). Véhicule : moyens de contrôle des agences régionales de santé et de l'Ordre ; signalement au procureur de la République au titre de l'exercice illégal de la médecine.*

2. Retirer le plafond de 30 % et réguler par la compétence, le risque des actes et le flux d'autorisations. Rendre public l'examen de proportionnalité exigé par le droit de l'Union ; suivre le nombre d'autorisations délivrées par spécialité d'origine et par territoire. *Bénéfice : une régulation qui protège l'accès aux soins, sans contracter l'offre légale au profit de l'exercice illégal. Véhicule : décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique (article D. 1152-3 du projet) ; suivi par l'Ordre et les agences régionales de santé ; loi-cadre.*

3. Reconnaître de plein droit les dermatologues, au même titre que les chirurgiens plasticiens, avec le soutien de ces derniers, en inscrivant les médecins qualifiés en dermatologie et vénéréologie au premier alinéa de l'article D. 1152-2 du projet, pour l'ensemble des actes à visée esthétique non chirurgicaux que leur maquette de formation nomme, sans formation spécialisée transversale ni droit d'exercice complémentaire. Pour l'injection de toxine botulique, s'en tenir aux cinq spécialités que l'Agence nationale de sécurité du médicament reconnaît déjà habilitées, dans leur champ de compétence. *La reconnaissance ne crée aucune réserve d'activité : les autres médecins conservent l'accès par la formation ou le droit d'exercice complémentaire. Bénéfice : des formations et des commissions concentrées sur les médecins dont la formation initiale ne couvre pas ces actes, des formateurs maintenus dans le dispositif, et aucune formation supplémentaire, pendant ou après l'internat, imposée aux dermatologues. Véhicule : article D. 1152-2 du projet de décret (ajout des mots « et en dermatologie et vénéréologie »).*

4. Interdire la publicité et les promotions commerciales des actes à visée esthétique, sur le modèle de la loi belge du 23 mai 2013, dont la Cour constitutionnelle a jugé l'interdiction de publicité conforme à la Constitution : soldes, offres groupées, opérations promotionnelles, parrainage par des influenceurs. *Bénéfice : une demande qui n'est plus suscitée par des offres commerciales, et une indication posée dans l'intérêt du patient. Véhicule : loi, en étendant aux actes de médecine esthétique l'encadrement des communications commerciales que l'article L. 6322-1 du code de la santé publique et le décret n° 2026-891 du 23 septembre 2026 relatif aux communications*

commerciales en faveur des installations de chirurgie esthétique appliquent déjà à la chirurgie esthétique (art. R. 6322-49 à R. 6322-51) ; contrôle par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

5. Protéger les mineurs : interdire les actes à visée esthétique sur les personnes de moins de dix-huit ans, sauf indication médicale ou réparatrice, et encadrer leur promotion sur les réseaux sociaux. Le droit français interdit déjà, pour la chirurgie esthétique, les communications qui ciblent les mineurs ou les incitent à y voir un besoin de santé ; l'Angleterre prévoit une limite à dix-huit ans dans son futur régime. *Bénéfice : des adolescents protégés de gestes irréversibles suscités par les réseaux sociaux. Véhicule : loi ; décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique (article D. 1152-7 du projet, qui prévoit déjà l'information des titulaires de l'autorité parentale) ; Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique.*

6. Tracer chaque produit injecté, de la chaîne de distribution jusqu'au patient. Traçabilité et conditions de délivrance des produits de comblement et de la toxine botulique ; responsabilité des plateformes qui en assurent la promotion ; remise au patient, après chaque injection, d'une carte indiquant le produit, son numéro de lot, la date et le médecin, à l'image de la carte d'implant que le règlement européen sur les dispositifs médicaux prévoit pour les dispositifs implantés (article 18). *Bénéfice : un patient qui sait ce qu'il a reçu, une complication rattachable à un produit et à un lot, et des données utilisables pour l'analyse de sinistralité. Véhicule : conditions de délivrance fixées sous le contrôle de l'Agence nationale de sécurité du médicament ; décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique ; loi pour la responsabilité des plateformes.*

7. Créer une vigilance esthétique publique et conduire l'analyse de sinistralité. Rendre obligatoire la déclaration des complications graves liées aux actes à visée esthétique, en s'appuyant sur la matériovigilance (produits de comblement), la pharmacovigilance (toxine botulique) et la cosmétovigilance (produits cosmétiques appliqués lors des soins) existantes, et publier un bilan annuel de l'Agence nationale de sécurité du médicament ; analyser la sinistralité selon la spécialité et la formation d'origine du praticien, à partir de ces déclarations et des données des assureurs en responsabilité civile professionnelle. *Bénéfice : les données qui manquent aujourd'hui pour évaluer toute régulation, y compris un plafond, et une règle d'accès fondée demain sur la sécurité des patients. Véhicule : décret ; Agence nationale de sécurité du médicament ; mandat de la mission de préfiguration.*

8. Mesurer l'activité esthétique réelle avant de la réguler. Recenser rapidement les ventes de produits injectables auprès des fournisseurs et des officines, et identifier les professionnels qui les commandent ; créer une codification des actes à visée esthétique, à porter obligatoirement sur une feuille de soins même lorsqu'elle n'ouvre droit à aucun remboursement, afin de compter le nombre d'actes par praticien et par territoire ; publier une cartographie de l'activité esthétique par spécialité. Le recensement des ventes et des acheteurs touche au secret des affaires et à la protection des données personnelles des professionnels : il doit être prévu par un texte réglementaire, qui en fixe la finalité de santé publique, les destinataires, la durée de conservation et les garanties, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ; seules des données agrégées sont publiées. *Bénéfice : une mesure objective du temps médical en jeu, là où les estimations disponibles ne comptent que des praticiens, et*

une régulation qui peut être évaluée. Véhicule : décret en Conseil d'État pris après avis de la CNIL pour le recensement des ventes ; Assurance maladie (codification non tarifante, sur le modèle de l'acte traceur envisagé par le ministère, mais par acte et non par patient) ; Agence nationale de sécurité du médicament et fournisseurs ; mandat de la mission de préfiguration.

9. Encadrer les structures commerciales de médecine esthétique comme le sont les installations de chirurgie esthétique, notamment pour la maîtrise médicale du plateau technique et des données. *Bénéfice : une indication posée dans le seul intérêt du patient, par un médecin qui maîtrise son outil. Véhicule : loi-cadre ; articulation avec la Partie X, proposition 4.*

10. Publier les textes d'application dans un calendrier connu et catégoriser les actes selon leur risque : publication par la Haute Autorité de santé de la liste des actes exclusivement esthétiques, distincts des actes correcteurs et thérapeutiques réalisés avec les mêmes techniques, et de leur classement par niveau de risque, conformément à la saisine de 2019 — les signataires versent à ce travail la catégorisation de l'annexe 10 ; étude conjointe de la DREES et de la Direction générale des finances publiques, à partir des déclarations de TVA, mesurant la part de l'activité esthétique selon la spécialité et le secteur, préalable à la fixation de tout plafond ; référentiel national d'évaluation des compétences, cohérent avec ces travaux ; arrêté de formation ; nomination des commissions de qualification ; suivi public des autorisations délivrées, par spécialité d'origine et par territoire. *Bénéfice : une assiette connue pour toute régulation, des compétences exigées à la mesure du risque de chaque acte, et des autorisations délivrées selon les mêmes critères dans tous les départements. Véhicule : arrêtés d'application du décret n° 2026-611 et du décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique ; Haute Autorité de santé ; Conseil national de l'ordre des médecins.*

11. Informer le public des risques liés aux produits non tracés et aux injections pratiquées par des personnes non habilitées. *Bénéfice : des patients en mesure de vérifier qui les injecte, et avec quel produit. Véhicule : campagnes de Santé publique France et de l'Agence nationale de sécurité du médicament.*

> **Une piste soumise à la réflexion.** Plutôt qu'un plafond uniforme, une contrepartie territoriale pourrait être examinée : le médecin qui exerce une activité esthétique dans un territoire sous-doté participerait à la permanence des soins, à des consultations avancées ou à une équipe de soins spécialisés. Cette piste répondrait à l'objectif d'accès aux soins sans contracter l'offre légale. Les signataires ne la portent pas à ce stade ; ils la versent au débat de la mission de préfiguration.

▶ Propositions — Partie X : La financiarisation : capital extérieur et offres commerciales de dépistage

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Mesurer la place du capital extérieur dans la dermatologie. Nombre de sociétés d'exercice libéral et de structures de dermatologie détenues majoritairement ou contrôlées par des tiers non professionnels, **ainsi que des sociétés commerciales qui fournissent aux dermatologues l'équipement, la plateforme ou le personnel**, évolution sur cinq ans, répartition par territoire et par type d'activité (médicale, chirurgicale, esthétique, imagerie). La mesure s'appuie notamment sur les contrats communiqués à l'Ordre en application de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique. *Bénéfice : savoir, avant qu'il ne soit trop tard pour choisir, si l'indépendance de la décision médicale est menacée dans la spécialité. Véhicule : Ordre des médecins, avec le concours de l'Assurance maladie ; mandat de la mission de préfiguration.*

2. Doter l'Ordre des moyens de contrôler le décret du 27 juillet 2026, et examiner sans attendre les dispositions qui traduisent les recommandations du Sénat — contrôle par les ordres du financement des sociétés d'exercice, déclaration des participations, encadrement des actions de préférence, durée minimale de détention —, telles qu'elles figurent dans la proposition de loi n° 2956 du 23 juin 2026. **La déclaration des participations devrait viser aussi les participations des médecins dans les sociétés commerciales avec lesquelles ils contractent pour l'exercice de leur profession**, faute de quoi elle ne capterait pas les montages observés en dermatologie. *Bénéfice : une décision médicale prise par le médecin, au regard de ce qui est nécessaire au patient. Véhicule : loi (dispositions de la PPL n° 2956 ou de la loi-cadre) ; moyens des conseils départementaux de l'Ordre.*

3. FIXER DES RÈGLES EXPLICITES DE PRISE EN CHARGE ET DE CONTRÔLE POUR LES OFFRES DE DÉPISTAGE CUTANÉ HORS PARCOURS.

- Subordonner la prise en charge des actes réalisés dans un cadre de dépistage cutané à une indication conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé (patients à risque), sur le fondement de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, sur le modèle de la consultation de dépistage du mélanome. **La règle vise l'indication, non la structure** : elle s'applique à tous les médecins, dermatologues compris.
- Instruire les dossiers déjà transmis et conduire un contrôle ciblé de l'Assurance maladie sur les téléexpertises dermatologiques déclenchées depuis des officines et sur les conditions de facturation des structures de dépistage cutané, puis en publier le bilan.
- Rappeler les conditions de la consultation de dépistage du mélanome, de l'avis ponctuel de consultant et de la dermatoscopie de surveillance aux médecins qui affichent ces cotations pour des dépistages cutanés.
- Préciser par écrit si un service où la plateforme, et non le professionnel requérant, choisit le médecin requis puis le médecin d'aval relève encore de la téléexpertise au sens du code de la santé publique.
- Faire appliquer à ces structures l'information écrite préalable du patient sur ses frais.

Bénéfice : aucun patient ne paie, et l'Assurance maladie ne finance pas, un examen dont la HAS ne reconnaît pas le bénéfice ; les créneaux de dermatologie vont aux patients qui en ont besoin. Véhicule : conditions d'inscription des actes (UNCAM, HAS) ; programme de contrôle de l'Assurance maladie ; Ordre pour le respect des articles R. 4127-19-1, R. 4127-20 et R. 4127-25. Articulation : complète les propositions 3, 4 et 5 de la Partie VIII, qui adossent la téléexpertise à un médecin en capacité de recevoir le patient, sans les répéter.

4. GARANTIR LA MAÎTRISE DE L'ÉQUIPEMENT D'IMAGERIE CUTANÉE ET DES DONNÉES DES PATIENTS PAR UNE STRUCTURE DE SOINS ET UN DERMATOLOGUE RESPONSABLE.

L'autorisation de l'agence régionale de santé demandée en Partie VIII (proposition 5) est définie par spécialité, et comporte, pour les équipements d'imagerie cutanée, trois conditions supplémentaires :

- l'équipement est exploité sous la responsabilité d'une structure de soins et d'un médecin dermatologue identifié, qui répond de son usage et des images qu'il produit ;
- le patient peut obtenir, à sa demande et sans frais, la transmission de ses images au médecin de son choix, afin que son suivi ne dépende pas de la structure qui les a produites ;
- aucune image ne peut être réutilisée, notamment pour l'entraînement d'un algorithme, sans information et consentement éclairé du patient, dans le respect de l'interdiction de cession à titre onéreux des données de santé identifiantes (art. L. 1111-8 du code de la santé publique).

Bénéfice : un suivi comparatif possible chez le dermatologue de son choix, un médecin compétent qui répond de l'examen, et des images qui restent celles du patient. Véhicule : loi-cadre (régime d'autorisation, préparé par la mission de préfiguration) ; Ordre pour le respect des règles déontologiques. Critère assumé : la compétence d'interprétation (art. R. 4127-70), non l'actionnariat. La règle ne réserve pas la propriété de ces équipements aux médecins ; elle s'applique à tout exploitant, structures dermatologiques comprises.

5. Instruire, dans le cadre de la mission de préfiguration, l'hypothèse selon laquelle la sous-cotation des actes de dermatologie médicale et chirurgicale rend plus attractive la reprise des cabinets par des tiers dont le modèle repose sur l'activité non remboursée ou industrialisée. *Il s'agit d'une hypothèse à instruire, et non d'une demande tarifaire ; c'est la seule affirmation causale de cette partie. Bénéfice : savoir si la nomenclature favorise, sans le vouloir, la reprise des cabinets par des tiers, avant toute décision. Véhicule : mission de préfiguration (mandat, point 5).*

▶ Propositions — Partie XI : Perspectives comparatives internationales

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Soutenir l'adoption du plan d'action mondial de l'OMS relatif aux maladies de peau à l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2027, et en préparer dès maintenant la déclinaison nationale. La déclinaison nationale porterait sur les sept objectifs du plan (XI.6), avec des cibles, un calendrier, des responsabilités et des lignes budgétaires, comme le projet de plan le prévoit. *Bénéfice : inscrire la santé de la peau dans un cadre international qui fixe des objectifs et des indicateurs. Véhicule : position française à l'Assemblée mondiale de la santé (ministère chargé de la santé), préparée avec les sociétés savantes françaises présentes dans les instances européennes et internationales ; loi-cadre pour la déclinaison nationale.*

2. Fonder la politique de détection précoce sur le repérage ciblé des patients à risque, organisé dans un parcours, et sur l'apprentissage de l'auto-examen cutané par la population générale, plutôt que sur un dépistage systématique en population générale, conformément aux enseignements de l'expérience allemande et à la réorientation qu'elle engage. Une campagne nationale apprendrait à reconnaître les signes d'une lésion suspecte — lésion qui change, saigne ou ne ressemble pas aux autres — et à consulter sans délai, en s'appuyant sur un accès organisé selon la gravité (Parties IV et VIII). *Bénéfice : des cancers trouvés tôt, chez les patients à risque comme chez les personnes qui repèrent elles-mêmes une lésion, sans dépense ni exérèses inutiles en population générale. Véhicule : saisine de la Haute Autorité de santé prévue en Partie V ; règles de prise en charge prévues en Partie X ; campagne portée par le canal national unique de sensibilisation (Partie V) avec l'Institut national du cancer.*

3. Anticiper l'échéance européenne du 2 août 2028 en confiant à la Haute Autorité de santé une évaluation publique, en conditions réelles et à durée définie, des dispositifs de détection cutanée automatisée utilisés en France, sur le modèle de l'évaluation conditionnelle conduite en Angleterre. **Dans l'attente, encadrer sans délai les déploiements en cours** : tout dispositif de tri automatisé des lésions cutanées proposé en France s'inscrit au minimum dans une expérimentation autorisée au titre de l'article 51, avec une évaluation publique qui mesure les cancers manqués ; aucune lésion n'est écartée d'un parcours sans avis médical ; l'autorité sanitaire vérifie la conformité réglementaire des dispositifs déjà en service. *Bénéfice : des outils évalués avant d'être diffusés, aucun patient renvoyé chez lui sans avis médical, une responsabilité identifiée en cas d'erreur, et des parcours existants préservés. Véhicule : HAS ; expérimentation au titre de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ; ANSM pour la conformité des dispositifs ; articulation avec la proposition 8 de la Partie VIII.*

▶ Propositions — Partie XII : Recherche et innovation : une recherche reconnue, des données à construire

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Publier tous les deux ans des indicateurs de la recherche dermatologique française : publications et leur impact, essais cliniques par aire thérapeutique, dermatologie identifiée, financements publics obtenus. *Bénéfice : savoir si les patients français accèdent aux essais et aux innovations, et orienter les financements là où ils manquent. Véhicule : ministère chargé de la recherche (Observatoire des sciences et techniques du Hcéres), avec l'ANSM pour les essais ; tableau de bord de la loi-cadre.*

2. Identifier les maladies de peau dans la cartographie des pathologies de l'Assurance maladie : cancers cutanés, psoriasis, dermatite atopique, hidradénite suppurée, maladies bulleuses. *Bénéfice : mesurer la dépense, suivre les parcours et rendre possible l'évaluation des politiques publiques demandées (Parties II et XIII). Véhicule : Assurance maladie ; obligation de mesure inscrite dans la loi-cadre (Partie XIV).*

3. Inscrire les cohortes et registres nationaux en dermatologie dans la stratégie nationale de santé de la peau, avec un financement pluriannuel et un appariement avec le Système national des données de santé, y compris pour les maladies rares de la peau, où ils contribuent à réduire l'errance diagnostique. *Bénéfice : des données françaises sur l'efficacité, la sécurité, la durée et la dose des traitements en vie réelle, et les chiffrages que la mission de préfiguration doit produire (coût du mélanome par stade, coût du psoriasis). Véhicule : DGOS et Institut national du cancer ; loi-cadre ; chiffrage par la mission de préfiguration.*

4. Faire de la santé de la peau un axe identifié des appels à projets nationaux — programmes hospitaliers de recherche clinique, programme de recherche « Santé numérique », Health Data Hub —, conformément à la résolution WHA78.15. *Bénéfice : une recherche publique programmée, qui ne dépende plus des seuls appels à projets successifs ni du financement de la spécialité. Véhicule : DGOS, ministère chargé de la recherche, Agence nationale de la recherche.*

▶ Propositions — Partie XIII : Le rendement de l'investissement

Les propositions sont présentées par ordre de priorité.

1. Confier à la mission de préfiguration les chiffrages manquants : coût de la prise en charge du mélanome par stade, hors et avec traitements systémiques ; coût d'un dispositif de détection ciblée et de sa filière, faux positifs et faux négatifs compris ; coût national du psoriasis ; identification de la dermatologie dans le rapport charges et produits de l'Assurance maladie. *Bénéfice : des décisions budgétaires fondées sur un rendement calculé, et non estimé. Véhicule : mandat de la mission de préfiguration ; Assurance maladie et ATIH pour les extractions.*

2. Porter à 150 le nombre de postes ouverts au DES dès que les capacités d'encadrement le permettent, et au plus tard en 2030, pour 1,8 à 2,9 M€ par an. *Bénéfice : une offre reconstituée à l'horizon de quinze ans, et des diagnostics plus précoces. Véhicule : ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ; DGOS.*

3. Saisir la Commission de la transparence d'une réévaluation du service médical rendu des émollients, et en tirer les conséquences sur le taux, le périmètre et les quantités prescriptibles. *Bénéfice : un reste à charge réduit pour un traitement de fond qui évite des poussées. Véhicule : saisine ministérielle (art. R. 163-19 du code de la sécurité sociale) ; UNCAM pour le taux.*

4. Instruire la prise en charge de la photoprotection — écran solaire et vêtements anti-UV, sur prescription — pour les populations à haut risque et les jeunes enfants. *Bénéfice : moins de cancers cutanés évitables dans les populations les plus exposées. Véhicule : art. L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, ou prise en charge complémentaire ; avis de la HAS.*

5. Adapter les plafonds de la télémédecine dermatologique par voie conventionnelle (Partie VIII, proposition 2) : levée intégrale du plafond de téléexpertise dans les départements sans dermatologue, à la condition d'un parcours de soins protocolisé, validé par un dermatologue et les acteurs du territoire ; relèvement pour les pathologies chroniques, à un niveau et pour une liste fixés par la mission de préfiguration ; nouveau quota de téléconsultations de suivi après chaque consultation présentielle avec le dermatologue qui assure le suivi du patient (compteur remis à zéro, sans déplafonnement). Ailleurs, le plafond demeure la garantie du passage en consultation. *Bénéfice : un avis spécialisé accessible là où il n'existe plus de consultation à distance raisonnable. Véhicule : voie conventionnelle (UNCAM).*

6. Inscrire au mandat de la mission de préfiguration les six pistes d'évaluation à dépense constante (XIII.8), par ordre de priorité : prise en charge des cancers cutanés d'origine professionnelle par la branche compétente ; téléexpertise substituée à des actes plus coûteux ; réaffectation de la dépense de dépistage non indiqué ; coût d'une cicatrisation tardive des plaies chroniques ; coût de l'errance diagnostique ; part des arrêts de travail attribuable aux dermatoses chroniques. *Bénéfice : un accès*

aux soins amélioré par redéploiement d'une dépense existante, plutôt que par une dépense nouvelle. Véhicule : mandat de la mission de préfiguration (annexe 5, point 2), avec le concours d'économistes de la santé, de l'Assurance maladie et de la DREES.

ANNEXE 2

Chronologie des alertes et des décisions, 2014-2026

Alertes, réponses publiques et décisions relatives à la dermatologie depuis la première question parlementaire de décembre 2014 (Partie I).

Tableau A2-1 — Chronologie des alertes et des décisions, 2014-2026

Date	Événement	Origine
11 décembre 2014	Question écrite n° 14114 de Mme Patricia Schillinger, « Pénurie de dermatologues ». L'effectif y est jugé « notoirement insuffisant » ; il faut prendre rendez-vous « six mois à l'avance, voire une année »	Sénat
7 mai 2015	Réponse du Gouvernement : 97 postes ouverts en 2014, soit « une augmentation de 21 % depuis 2011 »	Sénat
Automne 2016	Recueil de l'étude *Objectifs Peau* auprès de 20 012 personnes, financée par la Société Française de Dermatologie (Partie IV)	SFD
13 septembre 2018	Livre Blanc *Les défis de la dermatologie en France* : quatre défis, dont l'accès aux soins et la formation	SFD
16 janvier 2024	Arrêté fixant les programmes de dépistage organisé des cancers : sein, côlon-rectum, col de l'utérus. La peau n'y figure pas (Partie V)	Ministère chargé de la santé
11 avril 2024	Proposition de loi n° 2481 de M. Yannick Neuder, « visant à limiter la fuite des médecins vers la médecine esthétique »	Assemblée nationale
25 septembre 2024	Rapport d'information n° 776, *Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ?*, dix-huit recommandations (Partie X)	Sénat
21 février 2025	Communiqué sur la pénurie : « seuls 94 internes ont été formés » en 2024 ; « il en faudrait au moins 125 par an »	SFD
3 avril 2025	États généraux de la dermatologie : premiers résultats du réseau francilien d'équipes de soins spécialisés	Organisations professionnelles
27 mai 2025	Résolution WHA78.15, *Skin diseases as a global public health priority* (Partie XI)	Assemblée mondiale de la santé
27 juin 2025	Loi n° 2025-581 sur la profession d'infirmier : consultation, diagnostic infirmier, expérimentation d'accès direct (Partie VII)	Journal officiel
9 juillet 2025	Rapport *Causes et effets de la financiarisation du système de santé* (Partie X)	IGAS et IGF
2 décembre 2025	Question écrite n° 11348 : l'ANSM a signalé « huit cas graves de botulisme » en 2024 après des injections pratiquées par des non-médecins	Assemblée nationale
3 décembre 2025	Dépôt de la pétition n° 4828, « Urgence Pénurie de Dermatologues » (Partie IV)	Assemblée nationale
22 décembre 2025	Annonce de la revalorisation de la consultation de dépistage du mélanome à 60 € en 2026	Assurance maladie
24 décembre 2025	Décret n° 2025-1306 relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier (Partie VII)	Journal officiel
30 décembre 2025	Censure de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, qui soumettait la pratique de la médecine esthétique à une autorisation préalable, comme étranger au domaine de la loi de financement	Conseil constitutionnel

Date	Événement	Origine
8 janvier 2026	La ministre de la santé indique que les délais d'accès à un dermatologue « s'améliorent » : de 61 jours en 2017 à 40 jours (ce que mesure ce chiffre est discuté en Partie IV)	Sénat
5 et 10 février 2026	Deux réponses ministérielles à cinq jours d'intervalle (questions écrites n° 07059 de Mme Laurence Garnier et n° 11817 de M. Hervé Saulignac) : « hausse progressive du nombre de postes d'internes ouverts chaque année », « diversification des terrains de stage », téléexpertise	Sénat et Assemblée nationale
26 février 2026	Conférence *More than just skin* (Partie XI)	Parlement européen
Mars 2026	Selon l'Ordre des médecins, cité par l'AFP, un record de 213 signalements d'actes illégaux à visée esthétique en 2025	CNOM, dépêche AFP
24 mars 2026	Question écrite n° 13769 de M. Stéphane Peu : la Seine-Saint-Denis compte « 5,7 fois moins » de dermatologues que la moyenne nationale. Selon l'Atlas de l'Ordre, la densité y est passée de 4,2 à 1,8 pour 100 000 habitants entre 2010 et 2026 (Partie III)	Assemblée nationale
19 mai 2026	Question orale de Mme Élisabeth Doineau. Le Gouvernement confirme que les mesures « ont été censurées par le Conseil constitutionnel » et annonce des textes transmis au Conseil d'État pour définir un cadre « d'ici à l'été »	Sénat
3 juin 2026	Échange de vues de la commission de la santé publique sur la prévention des maladies de peau, première séance qui leur est consacrée selon l'organisateur (Partie XI)	Parlement européen
23 juin 2026	Question écrite n° 16302 de M. Jacques Oberti : « 477 jours à Montauban », et demande d'une mission ministérielle	Assemblée nationale
26 juin 2026	Deux arrêtés d'application de la loi sur la profession d'infirmier, dont la liste des actes et soins infirmiers (Partie VII)	Journal officiel
9 juillet 2026	Décret n° 2026-611 relatif au droit d'exercice complémentaire, et arrêté du même jour inscrivant l'« activité médicale à visée esthétique » parmi les activités concernées (Partie IX)	Journal officiel
13 juillet 2026	Rapport de la mission gouvernementale sur la prévention primordiale, remis au Premier ministre : six priorités proposées pour la stratégie nationale de santé, aucune mention des cancers cutanés ni des ultraviolets ; le Comité interministériel pour la santé ne s'est pas réuni depuis le 25 mars 2019	Mission confiée à M. Cyrille Isaac-Sibille, député du Rhône
27 juillet 2026	Loi n° 2026-668 dotant la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires ; décret n° 2026-691 modifiant le code de déontologie médicale (Partie X)	Journal officiel
28 juillet 2026	Question écrite n° 17348 : « les professionnels de santé estiment qu'il en faudrait au moins 150 par an pendant 10 ans pour compenser les départs à la retraite »	Assemblée nationale
5 août 2026	Communiqué conjoint après l'ouverture de 129 postes : demande d'« un plan pluriannuel pour atteindre au moins 150 postes par an d'ici 2030 »	SFD et CEDEF
2026	Postes ouverts au diplôme d'études spécialisées portés à 129 pour l'année universitaire 2026-2027 (Partie VI)	Ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur
Octobre 2026	Expertise de l'Anses : lien avéré entre l'exposition professionnelle aux ultraviolets et les cancers cutanés, « argument fort en faveur de la création d'un tableau de maladie professionnelle » (Partie V)	Anses

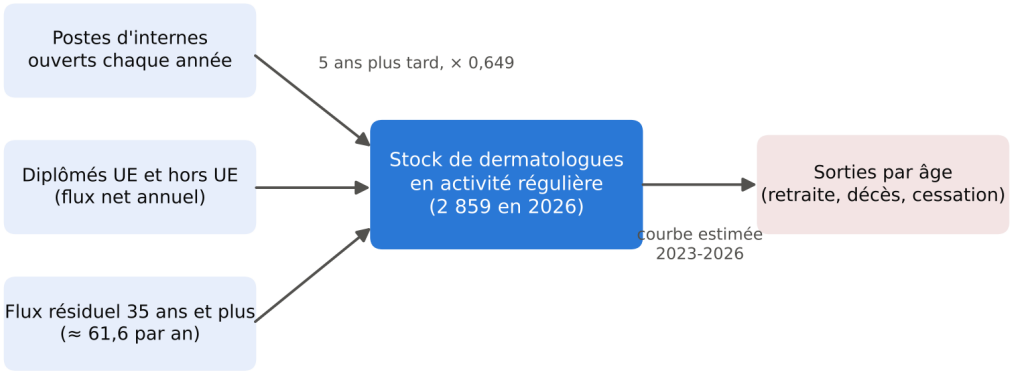
Date	Événement	Origine
19-22 octobre 2026	Projet de décret relatif à la pratique médicale à visée esthétique transmis aux organisations, avec un plafond de 30 % du temps travaillé (19 octobre) ; observations communes des organisations de la dermatologie au ministère (20 octobre) ; communiqué commun des signataires (22 octobre)	Ministère chargé de la santé ; organisations de la dermatologie
19 novembre 2026	**Colloque « La Santé en Débats », salle Colbert**	**Assemblée nationale**

ANNEXE 3

Projections des effectifs de dermatologues à l'horizon 2040 : méthode et scénarios

Modèle construit par Marian Hristache, maître de conférences à l'École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (ENSAI), à la demande du groupe démographie de la spécialité, présidé par le Dr Isabelle Le Hir-Garreau. Résultats transmis au coordinateur de la Contribution et publiés avec l'accord de leur auteur. Les projections sont des simulations conditionnelles aux hypothèses retenues ; elles ne constituent pas des prévisions.

Méthode



Source : modèle de projection de M. Hristache (ENSAI) pour le groupe démographie de la spécialité ; présentation simplifiée.

Figure A3. Principe du modèle : un stock de praticiens alimenté par l'internat, les diplômés de l'Union européenne et hors Union européenne et un flux de calibration, et diminué par les sorties estimées par âge.

Élément	Hypothèse retenue
Champ	Dermatologues en activité régulière inscrits à l'Ordre des médecins (série de l'Atlas de la démographie médicale)
Stock initial	2 859 praticiens au 1er janvier 2026
Sorties	Courbe de sortie par âge estimée sur les transitions observées entre 2023 et 2026, hommes et femmes regroupés ; la sortie couvre retraite, décès, cessation d'activité, mobilité ou autre sortie du champ
Entrées par l'internat	Postes ouverts au diplôme d'études spécialisées, avec un décalage de cinq ans et un coefficient de conversion de 0,649, calibré sur les entrées nettes des moins de trente-cinq ans entre 2024 et 2026
Diplômés de l'Union européenne et hors Union européenne	Contributions nettes annuelles au stock, et non nombres bruts de diplômés
Flux de calibration	Flux net constant de praticiens de 35 ans et plus, estimé à 61,6 par an à partir des transitions 2023-2026, correspondant aux écarts non expliqués par le vieillissement et les sorties
Âge de cessation	Paramètre de décalage de la courbe de sortie, de − 5 à + 5 ans
Densité	Effectif rapporté à la population France : estimations de l'Insee jusqu'en 2026, projection centrale de population de l'Insee ensuite

Scénarios

Scénario	Postes par an	Diplômés UE (net)	Diplômés hors UE (net)	Décalage de cessation	Effectif 2035	Effectif 2040	Densité 2040
1 — central	102	7	4,5	0	3 031	3 238	4,64
2 — central	129	7	4,5	0	3 101	3 396	4,87
4 — central	150	7	4,5	0	3 156	3 518	5,05
3 — variante	129	15	15	0	3 268	3 653	5,24
5 — variante	150	15	15	0	3 322	3 776	5,42
6 — variante	150	15	15	− 0,5 an	3 269	3 716	5,33
Référence 2010 (observé)						*3 742*	*5,79*

Les scénarios centraux retiennent les apports nets de diplômés étrangers proposés par défaut dans le modèle. Les variantes à quinze diplômés de l'Union européenne et quinze hors Union européenne par an supposent un apport deux à trois fois supérieur, qui ne repose pas sur une série observée. Le scénario 6 simule une cessation d'activité avancée de six mois, en lien avec la réforme du cumul emploi-retraite applicable au 1er janvier 2027.

Limites

- La courbe de sortie repose sur trois transitions annuelles seulement (2023-2026).
- Le flux de calibration, tenu constant sur toute la période, représente une part importante des entrées : il explique pour une large part la remontée de l'effectif après 2030. Un flux plus faible conduirait à des effectifs inférieurs dans tous les scénarios.

- Le modèle projette des effectifs, et non un volume de soins : il ne tient pas compte de l'évolution du temps de travail par praticien.
- La densité est une densité nationale rapportée à la population : elle ne renseigne pas sur la répartition territoriale (III.1 et III.5) et ne tient pas compte du vieillissement de la population, qui accroît les besoins.

Ces limites justifient la proposition 2 de la Partie III : une projection publique et contradictoire, conduite par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

ANNEXE 4

Fiches territoire

Fiches établies à partir du tableau des densités départementales de l'Atlas de la démographie médicale 2026 du Conseil national de l'Ordre des médecins. Les densités sont exprimées en dermatologues en activité régulière pour 100 000 habitants.

Les départements sans dermatologue

Département	Densité 2010	Densité 2026	Variation
Ariège	2,6	0,0	−100,0 %
Indre	2,2	0,0	−100,0 %
Lozère	1,3	0,0	−100,0 %
Nièvre	1,8	0,0	−100,0 %
Creuse	1,6	0,9, puis aucun praticien depuis	—

La Creuse comptait encore un praticien à la date de l'Atlas ; il a cessé son activité depuis. Mayotte ne figure pas au tableau départemental de l'Atlas.

Les effondrements les plus rapides

Département	Densité 2010	Densité 2026	Variation
Lot-et-Garonne	3,9	0,6	−84,6 %
Aube	4,0	1,0	−75,0 %
Val-d'Oise	5,1	1,3	−74,5 %
Eure	2,7	0,7	−74,1 %
Yonne	2,3	0,6	−73,9 %
Cher	2,2	0,7	−68,2 %
Alpes-de-Haute-Provence	3,7	1,2	−67,6 %
Seine-et-Marne	4,2	1,5	−64,3 %
Landes	3,9	1,4	−64,1 %
Seine-Saint-Denis	4,2	1,8	−57,1 %

Les départements où la moitié des dermatologues au moins ont soixante ans et plus

Département	Densité 2010	Densité 2026	Part des 60 ans et plus (2026)
Gers	2,7	1,0	100 %

Département	Densité 2010	Densité 2026	Part des 60 ans et plus (2026)
Lot-et-Garonne	3,9	0,6	80 %
Mayenne	2,9	1,6	80 %
Eure-et-Loir	3,0	1,4	77 %
Haute-Corse	3,0	1,6	66,7 %
Orne	2,4	1,4	66,7 %
Cher	2,2	0,7	66 %
Oise	2,5	1,0	61,5 %
Eure	2,7	0,7	60 %
Hautes-Alpes	5,1	2,1	60 %
Val-d'Oise	5,1	1,3	59,3 %
Ardèche	3,5	1,5	55,6 %
Vaucluse	4,8	2,3	55,6 %
Drôme	4,3	3,1	55 %
Corse-du-Sud	5,6	6,0	53,8 %
Essonne	5,4	2,2	52,6 %
Aisne	3,1	2,3	50 %
Aube	4,0	1,0	50 %
Aude	4,2	2,1	50 %
Corrèze	2,9	2,5	50 %
Loir-et-Cher	3,3	1,8	50 %
Territoire de Belfort	2,8	3,6	50 %

Parts établies par le groupe démographie de la spécialité à partir des données de l'Ordre des médecins au 1er janvier 2026, sur l'ensemble des praticiens en exercice, cumul emploi-retraite compris ; densités de l'Atlas. Dans plusieurs de ces départements, la part porte sur quelques praticiens seulement : un départ suffit à la modifier fortement. Ces départements sont ceux où le risque de perdre le dernier dermatologue est le plus proche.

Le cas de la Seine-Saint-Denis

Département parmi les plus peuplés de France, la Seine-Saint-Denis voit sa densité de dermatologues en activité régulière passer de **4,2 pour 100 000 habitants en 2010 à 1,8 en 2026**. Un député du département relève qu'elle compte « 5,7 fois moins » de dermatologues que la moyenne nationale (Partie I). Le recul du maillage touche ainsi des territoires urbains très peuplés et jeunes, et pas seulement les territoires ruraux.

Le cas de Montauban

Un délai de **477 jours** a été signalé au Gouvernement pour la ville de Montauban, en Tarn-et-Garonne. Cette valeur est un cas individuel rapporté par un parlementaire. Elle illustre l'amplitude des situations et n'entre dans aucune série de délais.

La téléexpertise, seul accès spécialisé dans les départements sans dermatologue

Dans les cinq départements sans dermatologue, **la téléexpertise est le seul accès spécialisé disponible**. Elle y est pourtant soumise au même plafond de quatre actes par an et par patient que partout ailleurs. C'est pourquoi la mesure 4.2 de l'annexe 12 en demande la levée intégrale pour les patients qui y résident, dans un parcours de soins protocolisé validé par un dermatologue et les acteurs du territoire.

ANNEXE 5

Mandat détaillé proposé pour la mission de préfiguration

Mandat proposé en Partie XIV.7. La mission est interministérielle, et la Fédération Française de la Peau y siège de droit. Calendrier, compté à partir du colloque : installation à J + 3 mois, rapport intermédiaire public à J + 9 mois, avant-projet de loi-cadre et étude d'impact à J + 12 à 18 mois.

#	Travail demandé	Raison de le confier à la mission	Livrable attendu
1	Actualiser l'estimation du besoin en dermatologues et en déduire la trajectoire de formation. Instruire, sans a priori, l'opportunité d'un allongement de la maquette, à partir d'un inventaire des capacités de formation	La seule estimation publiée date de 2005 ; le besoin de 150 internes par an est une position professionnelle	Méthode publique, valeur datée, trajectoire, inventaire par subdivision
2	Produire les chiffrages économiques manquants : coût du mélanome par stade ; coût d'un dispositif de détection ciblée et de sa filière, faux positifs et faux négatifs compris ; coût national du psoriasis ; coût d'une politique de prévention dermatologique ; instruire les six pistes d'évaluation à dépense constante (Partie XIII.8)	Aucune donnée française en vie réelle n'est publiée : ce sont les termes manquants de toute analyse coût-bénéfice (Partie XIII)	Coûts, périmètres et intervalles
3	Actualiser la prévalence des maladies de peau et définir les indicateurs du tableau de bord annuel, dont le délai d'accès selon la gravité	La seule mesure date de 2016 et a été financée par une société savante ; les mesures de délai divergent (Partie IV)	Protocole d'étude publique ; liste d'indicateurs
4	Exploiter l'analyse de sinistralité des actes à visée esthétique et la cartographie de l'activité esthétique	Aucune publication n'existe ; sans elle, aucune règle d'accès ne peut être fondée sur la sécurité des patients	Rapport fondé sur les données des assureurs
5	Établir la place du capital extérieur dans la spécialité, sociétés commerciales comprises ; instruire l'hypothèse de la sous-cotation ; adresser à l'UNCAM et aux syndicats signataires de la convention des recommandations sur les points tarifaires qui affectent l'accès aux soins (valorisation, pour le remboursement des patients, de la chirurgie dermatologique et des consultations de suivi des cancers et des maladies inflammatoires chroniques ; minoration de moitié de la biopsie associée à un avis ponctuel de consultant)	Seul l'Ordre détient les contrats ; seule l'Assurance maladie connaît les facturations ; la tarification relève de la convention médicale	État des lieux par territoire et par activité ; conclusion sur l'hypothèse ; recommandations tarifaires aux partenaires conventionnels
6	Préparer la révision de la maquette et l'opportunité d'une mention de pratique avancée dédiée	La maquette relève d'un arrêté, et non de la loi	Projets d'arrêté
7	Obtenir l'identification de la dermatologie dans les données de dépenses. Fixer le niveau de relèvement du plafond de téléexpertise et la liste des pathologies chroniques concernées, et chiffrer l'adaptation des plafonds. Proposer la liste des équipements soumis au régime d'autorisation de l'imagerie cutanée	Seule l'Assurance maladie connaît la distribution des actes par patient ; la liste suppose un inventaire des équipements proposés en France	Poste identifié ; niveau, liste et chiffrage ; liste des équipements
8	Arrêter la stratégie interministérielle de prévention des risques liés aux ultraviolets et le canal national unique ; préparer la déclinaison du plan d'action mondial de l'OMS (mai 2027) et l'échéance européenne du 2 août 2028	Les initiatives sont dispersées ; le calendrier international précède le calendrier national	Projet de stratégie ; feuille de route
9	Rédiger l'avant-projet de loi-cadre et son étude d'impact	Aucune administration n'en est aujourd'hui chargée	Texte et étude d'impact

ANNEXE 6

Le Livre noir de l'eczéma (Association française de l'eczéma, septembre 2026) : extraits

Présentation. *Le Livre noir de l'eczéma*, publié en septembre 2026 par l'Association française de l'eczéma, membre de la Fédération Française de la Peau, à l'occasion de ses quinze ans, préfacé par Mme Sarah El Haïry, haute-commissaire à l'Enfance, réunit les contributions de trente-cinq dermatologues, pédiatres, allergologues, psychologues, infirmiers et pharmaciens, et des témoignages de patients. Ces extraits sont reproduits avec l'accord de l'association. L'ouvrage a été édité avec les Éditions EMMA et soutenu par six entreprises : NAOS-Bioderma, LEO Pharma, Galderma, Almirall, Incyte et Sanofi-Regeneron. L'édition intégrale est disponible sur le site de l'association.

1. Le retentissement de la maladie : données publiées

Tableau A6-1 — Retentissement de la dermatite atopique selon la sévérité

Indicateur	Forme légère	Forme modérée	Forme sévère	Source
Évitement fréquent des événements sociaux	8 %	19 %	33 %	Taieb et coll., *Clin Exp Dermatol*, 2025
Risque de dépression	33 %	42 %	53 %	Études citées par l'ouvrage (p. 40), sans référence primaire précisée
Besoin de soutien psychologique	18 %	29 %	42 %	idem
Sommeil du partenaire perturbé	38 %	52 %	65 %	Misery et coll., *Acta Derm Venereol*, 2023
Reste à charge annuel moyen	—	247 €	462 €	Launois et coll., *JEADV*, 2019

Vie professionnelle. 26 % des patients atteints de dermatite atopique ont été absents de leur travail à cause de leur maladie, pour une durée moyenne d'environ vingt et un jours par an (Ezzedine et coll., *Acta Derm Venereol*, 2025). Pour l'eczéma chronique des mains, première dermatose professionnelle, 19,5 % des 395 patients étudiés ont dû changer de métier et 12,5 % ont rencontré des difficultés pour trouver un emploi (Halioua et coll., *Clin Exp Dermatol*, 2025).

Enfants et adolescents. 15 % des enfants de 6 à 11 ans subissent des moqueries de leurs camarades (51 % dans les formes sévères) ; 20 % des adolescents ont été mis à l'écart ou chahutés à l'école au cours de la semaine écoulée (47 % dans les formes sévères) (EclA Junior, 2020 ; Ezzedine et coll., *Acta Derm Venereol*, 2020).

Santé mentale. 13 % des adultes atteints de dermatite atopique rapportent des idées suicidaires au cours des vingt-quatre derniers mois, contre 8 % des témoins (étude cas-témoins internationale, 23 191 adultes, Seneschal et coll., *JEADV*, 2025). Moins de 15 % des patients interrogés avaient bénéficié d'un soutien psychologique.

Accès à l'éducation thérapeutique. Il n'existe qu'une trentaine de centres d'éducation thérapeutique consacrés à l'eczéma en France. 11 % des patients adultes et 18 % des parents d'enfants atteints se sont vu proposer un programme (enquêtes citées par l'ouvrage, p. 74, sans référence primaire précisée) ; 12 % seulement des enfants atteints y ont eu accès (Barbarot et coll., *JEADV*, 2021).

2. Les cinq propositions de l'Association française de l'eczéma

1. Donner aux patients les moyens de devenir acteurs de leur santé.
2. Développer une prise en charge dermatologique coordonnée partout en France.
3. Garantir la cohérence des recommandations médicales délivrées aux malades.
4. Structurer une prise en charge globale des patients.
5. Soutenir les initiatives innovantes pour lutter contre les inégalités territoriales.

L'association appelle en outre à « l'inscription de la dermatologie dans l'agenda national de santé » et à une « stratégie nationale dermatologie » (préface d'Alexandre Cuvello, président).

Précautions de lecture. Les données sont déclaratives. Elles proviennent pour la plupart d'enquêtes conduites avec l'Association française de l'eczéma et le cabinet EMMA, financées par l'industrie pharmaceutique et publiées dans des revues à comité de lecture. Deux séries (p. 40 et p. 74 de l'ouvrage) ne sont rattachées à aucune référence primaire identifiable ; elles sont reproduites comme telles. Le chiffre de « 4 millions de personnes atteintes d'eczéma en France » figurant dans l'ouvrage n'y est rattaché à aucune source et n'est pas repris dans le corps du texte.

ANNEXE 7

Avant-projet d'architecture de la loi-cadre relative à la santé de la peau

Architecture indicative, destinée à nourrir les travaux de la mission de préfiguration. Elle s'inspire de deux lois de 2026 :

- *la loi n° 2026-668 du 27 juillet 2026, qui confie à l'État une politique et une stratégie nationale pluriannuelle de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires ;*
- *la loi n° 2026-404 du 26 mai 2026, qui articule une stratégie codifiée, une instance de gouvernance, une programmation des crédits et un rapport au Parlement.*

Titre I — Politique et stratégie nationales de santé de la peau

- Reconnaissance de la santé de la peau comme priorité de santé publique, par modification du code de la santé publique.
- Politique conduite par l'État et stratégie nationale pluriannuelle de santé de la peau : prévention, repérage ciblé, organisation des parcours, recherche. Elle reconnaît la fonction d'interface de la dermatologie dans les parcours.
- Déclinaison nationale du plan d'action mondial de l'Organisation mondiale de la santé relatif aux maladies de peau.
- Instance de gouvernance placée auprès du ministre chargé de la santé, associant de droit les représentants des patients ; comité de parties prenantes.

Titre II — Mesurer

- Tableau de bord national annuel de l'accès aux soins dermatologiques, publié par Santé publique France : densité et effectifs par département, délais d'accès selon le niveau de gravité, reste à charge, volume de téléexpertise, part des cancers cutanés diagnostiqués par stade.
- Obligation de mesure périodique de la prévalence des maladies de peau.
- Obligation d'identification de la dermatologie et des maladies de peau dans les données de dépenses et dans la cartographie des pathologies de l'Assurance maladie.
- Indicateurs bisannuels de la recherche dermatologique ; inscription des cohortes et registres nationaux dans la stratégie.
- Évaluation médico-économique des parcours, notamment des pistes de redéploiement de la dépense existante vers l'accès aux soins (Partie XIII.8).

Titre III — Former

- Objectifs pluriannuels de formation, révisables sur la base de projections territoriales : la loi fixe la trajectoire, l'arrêté annuel de répartition l'exécute.

- **La loi prescrit la révision de la maquette du diplôme d'études spécialisées et en confie la préparation à la mission ; elle n'en fixe pas le contenu**, qui relève d'un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.
- Objectif de développement des capacités hospitalo-universitaires, en priorité dans les centres dépourvus d'encadrement.
- Socle dermatologique dans les formations de premier recours.

Titre IV — Organiser les soins

- Consécration législative et financement pérenne des équipes de soins spécialisés en dermato-vénéréologie.
- Cadre de la téléexpertise : délais de réponse garantis par niveau d'urgence, responsabilité médicale, interopérabilité. Adaptation des plafonds de télémédecine selon trois règles :
  - levée intégrale du plafond de téléexpertise dans les départements sans dermatologue, dans un parcours de soins protocolisé ;
  - relèvement pour les pathologies chroniques, dans des conditions fixées par voie réglementaire ou conventionnelle ;
  - pour les téléconsultations de suivi spécialisé, nouveau quota de téléconsultations de suivi après chaque consultation présentielle avec le dermatologue qui assure le suivi du patient (compteur remis à zéro, sans déplafonnement).
- Calendrier d'extension nationale des protocoles de coopération locaux éprouvés, selon la procédure existante ; habilitation relative à la pratique avancée en dermatologie.
- Régime d'autorisation, par spécialité, des équipements d'imagerie cutanée spécialisés, dont la liste est fixée par voie réglementaire, avec maîtrise de l'équipement et des images par une structure de soins et un dermatologue responsable.
- Médecin garant de toute offre numérique de diagnostic cutané ; renvoi exprès à l'article L. 4001-3 du code de la santé publique pour les dispositifs algorithmiques, en articulation avec le règlement européen sur l'intelligence artificielle applicable aux dispositifs médicaux au 2 août 2028.
- Dispositions relatives à la transparence et à la maîtrise du capital des sociétés d'exercice, si elles ne sont pas adoptées auparavant par une autre voie.

Titre V — Prévenir et prendre en charge

- Stratégie interministérielle de prévention des risques liés aux ultraviolets, incluant l'ombrage des espaces collectifs et l'éducation à la photoprotection.
- Base légale de la prise en charge de la photoprotection pour les populations à haut risque, par extension du dispositif de l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale.
- Financement du temps de supervision et de coordination dans les dispositifs de délégation.

Titre VI — Évaluer

- Programmation pluriannuelle des moyens.

- **Clause de rendez-vous** : rapport d’application au Parlement à dix-huit mois, puis à trois ans.

Cette architecture devra être confrontée à la répartition constitutionnelle des compétences entre la loi et le règlement, et relue par un juriste parlementaire. Plusieurs dispositions relèvent probablement du domaine réglementaire et devront être converties en habilitations.

ANNEXE 8

Prévention des infections sexuellement transmissibles en 2026 : actualisation et rôle des dermatologues-vénéréologues

Cinq messages clés

1. **Les IST bactériennes progressent toujours en France, malgré l'essor du dépistage.** La gonococcie, et la syphilis chez les femmes, sont les signaux les plus préoccupants.
2. **La prévention est désormais « combinée » :** préservatif, dépistage répété, traitement comme prévention, prophylaxie pré-exposition (PrEP), vaccinations et, pour certaines personnes, doxycycline post-exposition. Aucun outil ne suffit seul.
3. **Les inégalités d'accès sont le principal frein :** personnes migrantes et précaires, personnes trans, travailleurs et travailleuses du sexe, jeunes, Outre-mer.
4. **Les dermatologues-vénéréologues sont les spécialistes cliniques des IST**, historiquement et aujourd'hui encore, en ville comme à l'hôpital : diagnostic des formes cutanéo-muqueuses, consultations de vénéréologie, CeGIDD, recommandations nationales et européennes.
5. **Cette expertise doit être mieux reconnue et mobilisée** dans les politiques publiques de santé sexuelle.

1. Situation épidémiologique : les évolutions depuis 2016

Les IST bactériennes continuent d'augmenter en France, au-delà de l'effet d'un meilleur dépistage, lui-même en forte hausse depuis 2006 [4, 5].

Tableau A8-1 — Indicateurs IST et VIH, France, 2024 [4]

Indicateur	Valeur	Tendance
Diagnostics de chlamydiose (Assurance maladie + CeGIDD)	≈ 61 100 + 22 200	Hausse marquée chez les 15-25 ans (+13 % femmes, +21 % hommes en un an)
Diagnostics de gonococcie	≈ 25 800 + 13 500	+35 % depuis 2022 (+40 % chez les hommes)
Diagnostics de syphilis	≈ 6 500 + 2 500	+12 % ; hausse plus forte chez les femmes (+24 %) : risque de syphilis congénitale
Découvertes de séropositivité VIH	≈ 5 100	Stabilisation ; 43 % de diagnostics tardifs
Personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées	≈ 9 700	En baisse

Trois points méritent l'attention des décideurs.

- **Les inégalités.** 56 % des découvertes de séropositivité VIH concernent des personnes nées à l'étranger, dont 43 % ont été contaminées après leur arrivée en France. La Guyane, Mayotte, les Antilles et l'Île-de-France concentrent les taux les plus élevés.

- **Les femmes et les jeunes.** La syphilis progresse chez les femmes ; la chlamydiose explose chez les jeunes. Les 18-25 ans représentent près de la moitié des personnes dépistées par le dispositif « Mon test IST », ce qui montre à la fois le besoin et l'appétence.
- **Les résistances.** Des souches de gonocoque résistantes à la ceftriaxone ont été isolées en France ; *Mycoplasma genitalium* est souvent résistant aux macrolides. Toute stratégie préventive reposant sur les antibiotiques doit en tenir compte.

Depuis 2016, l'épidémie de mpox de 2022 a rappelé que des infections d'expression d'abord cutanéo-muqueuse se transmettent par voie sexuelle : leur diagnostic relève naturellement du dermatologue [19].

2. La prévention combinée : état des outils en 2026

En 2016, la prévention reposait surtout sur le préservatif et le dépistage [1, 2]. En 2026, elle combine des outils comportementaux, biomédicaux et structurels, choisis avec la personne selon son exposition.

Préservatifs et matériel barrière. Ils restent le seul outil protégeant à la fois du VIH, des IST bactériennes et des grossesses non désirées. Leur efficacité est moindre pour les infections à transmission cutanéo-muqueuse (syphilis, HPV, herpès, mpox), mais reste nette. Les règles d'usage de 2016 restent valides. Le préservatif masculin est gratuit en pharmacie, sans ordonnance, pour les moins de 26 ans depuis 2023. Le préservatif interne et la digue dentaire restent sous-utilisés et coûteux.

Le dépistage, outil de prévention à part entière. L'accès s'est profondément simplifié : sérologie VIH en laboratoire sans ordonnance (20 % des sérologies en 2024) ; depuis septembre 2024, « Mon test IST » (chlamydia, gonocoque, syphilis, VHB, VIH), sans ordonnance et gratuit pour les moins de 26 ans ; PCR multisites (gorge, anus, vagin ou urètre) remboursées ; autotests VIH. Le dépistage doit être répété — tous les trois mois chez les plus exposés — et étendu aux partenaires.

Le traitement comme prévention (« I = I »). Une personne vivant avec le VIH sous traitement efficace, avec une charge virale indétectable, ne transmet pas le virus par voie sexuelle. Ce message, absent du texte de 2016, est un levier majeur de déstigmatisation.

Le traitement post-exposition au VIH. Inchangé dans son principe [6] : trithérapie de 28 jours, débutée au mieux dans les 4 heures et au plus tard 48 heures après l'exposition.

Les vaccinations [3].

- Hépatite B : rattrapage systématique ; contrôle de l'immunité chez les personnes exposées. Hépatite A : recommandée chez les hommes ayant des relations avec des hommes (HSH).
- Papillomavirus (Gardasil 9) : vaccination de tous les adolescents, filles et garçons ; remboursement étendu jusqu'à 26 ans inclus pour tous depuis décembre 2025 ; campagnes dans les collèges depuis 2023.
- Mpox : vaccination préventive proposée aux HSH et personnes trans multipartenaires, et aux travailleurs et travailleuses du sexe.

- Méningocoque B (4CMenB) contre la gonococcie : malgré des données observationnelles encourageantes, les essais randomisés — dont l'essai français ANRS DOXYVAC [8], puis un grand essai australien présenté en 2026 — ne montrent pas de protection significative. Ce vaccin ne doit pas être présenté comme un outil de prévention de la gonococcie.

La doxycycline post-exposition (DoxyPEP). Nouveauté majeure. L'essai ANRS DOXYVAC, conduit chez des HSH sous PrEP avec la participation de dermatologues-vénéréologues, a montré une réduction de 83 % du risque de chlamydiose et de syphilis [8]. La recommandation de la Haute Autorité de santé de janvier 2025 l'encadre strictement [7] : 200 mg de doxycycline dans les 72 heures suivant un rapport sans préservatif, au plus trois prises par semaine, hors autorisation de mise sur le marché, réservée aux HSH et aux femmes trans ayant eu au moins deux partenaires et au moins deux épisodes de chlamydiose, gonococcie ou syphilis dans les douze derniers mois. La prise préventive en continu n'est pas recommandée. L'efficacité est faible sur le gonocoque, déjà largement résistant aux tétracyclines, et l'impact sur l'antibiorésistance doit être surveillé.

Moyens inefficaces (inchangé depuis 2016). Spermicides et microbicides, coït interrompu et contraception ne protègent pas des IST.

3. La prophylaxie pré-exposition du VIH en 2026

Environ 124 000 personnes ont initié une PrEP depuis 2016, et 67 500 l'utilisaient au premier semestre 2025 [10]. Depuis juin 2021, tout médecin, dermatologue libéral compris, peut l'initier et la renouveler. Elle se prend en continu ou « à la demande », schéma validé par l'essai français ANRS IPERGAY [9] (non adapté aux femmes cisgenres ni aux personnes trans sous œstrogènes). Depuis le 2 mars 2026, la PrEP injectable par cabotégravir — une injection tous les deux mois — est remboursée à 100 % : la France est le premier pays de l'Union européenne à la prendre en charge, en alternative à la PrEP orale. Le suivi trimestriel inclut un dépistage des IST bactériennes, ce qui explique en partie la hausse des diagnostics.

L'efficacité de l'outil étant établie, l'enjeu est désormais son accès équitable. Les utilisateurs restent majoritairement des HSH nés en France, résidant en Île-de-France (35 %) ou dans une métropole. Les femmes, les personnes migrantes, les personnes trans et les habitants des zones rurales et d'Outre-mer y accèdent peu. En zone rurale ou ultramarine, le dermatologue-vénéréologue est parfois le seul spécialiste de santé sexuelle accessible.

4. Approche individuelle : la consultation comme moment de prévention

Toute consultation, y compris de dermatologie générale en cabinet libéral, peut devenir un temps de prévention. Les principes de 2016 restent valides [1].

- **Repérer** : aborder la sexualité de façon systématique et neutre, sans présupposer l'orientation ni l'identité de genre. Une formulation normalisante facilite l'échange : « certains de mes patients ont du mal à utiliser le préservatif à chaque fois ; comment ça se passe pour vous ? ».
- **Évaluer** : nombre et type de partenaires, pratiques, usage de produits psychoactifs en contexte sexuel, antécédents d'IST, statut vaccinal, vulnérabilités (précarité, violences, situation administrative).

- **Proposer un « bouquet » adapté** : préservatif, dépistage à rythme défini, vaccinations à jour, PrEP, information sur le traitement post-exposition, DoxyPEP le cas échéant.
- **Accompagner** : entretien motivationnel (questions ouvertes, reformulation, clarification), sans jugement ni culpabilisation, en respectant les choix de vie. Rassurer les personnes excessivement inquiètes fait aussi partie de la prévention.
- **Notifier les partenaires** : aider la personne à informer ses partenaires, y compris par des outils anonymes en ligne ou par la notification assistée. Ce levier efficace reste sous-utilisé en France.

En cabinet libéral, les consultations d'adolescents — par exemple le suivi mensuel d'une acné traitée par isotrétinoïne — sont une occasion privilégiée de vérifier et de proposer la vaccination contre les papillomavirus.

Cette approche suppose du temps médical, une formation à l'abord de l'intimité et une rémunération adaptée. Une consultation longue dédiée à la santé sexuelle a été créée pour les jeunes ; elle mériterait d'être ouverte aux personnes les plus exposées, quel que soit leur âge, et accessible aux spécialistes.

5. Approche collective : expériences françaises

La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 repose sur un « universalisme proportionné ». Les expériences françaises les plus convaincantes associent « aller vers », pairs et médiateurs en santé, et lien avec des soignants spécialisés.

- **HSH et lieux de sexualité collective.** Dans les lieux de convivialité gay, l'association ENIPSE mène depuis 1992 prévention, dépistage rapide (TROD VIH et syphilis) et orientation vers la PrEP. Quatre centres de santé sexuelle d'approche communautaire (Paris, Marseille, Montpellier, Lyon), expérimentés depuis 2021 et jugés pertinents en 2023, sont en voie de pérennisation.
- **Chemsex.** Il concernerait 100 000 à 200 000 personnes en France. Les rapports du Pr Benyamina [11] recommandent de relier santé sexuelle, addictologie et santé mentale, ce que décline la feuille de route 2026-2030. Une consultation pour IST est un moment de repérage à ne pas manquer.
- **Personnes trans.** Le partenariat entre l'association Acceptess-T et le CeGIDD de l'hôpital Bichat (médiatrices, permanence hors les murs) a fortement augmenté l'accès des femmes trans à la PrEP [12]. Le dépistage doit être adapté à l'anatomie, et non au genre déclaré.
- **Travailleurs et travailleuses du sexe, migrants, précarité.** Entre 35 et 49 % des migrants d'Afrique subsaharienne suivis pour un VIH en Île-de-France ont été contaminés après leur arrivée [13]. Les programmes d'« aller vers » — Lotus Bus de Médecins du Monde, projets ANRS Makasi en Île-de-France et FASSETS à Marseille — montrent l'intérêt de l'*empowerment* communautaire et de la médiation interculturelle.
- **Jeunes et milieu scolaire.** Le programme d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS) est en vigueur depuis la rentrée 2025. À La Réunion, un programme de promotion de la vaccination contre les papillomavirus dans les collèges en a évalué l'impact [14].

- **Outre-mer.** Guyane, Mayotte et Antilles ont les taux les plus élevés et une faible densité de spécialistes ; les actions mobiles et la médiation y sont indispensables.

6. Le rôle des dermatologues-vénéréologues

La vénéréologie fait partie intégrante de la spécialité, dont le diplôme porte le nom de « dermatologie et vénéréologie ». La plupart des IST ont une expression cutanéo-muqueuse, et le dermatologue est souvent le premier à les voir.

Une expertise clinique irremplaçable. Syphilis primaire et secondaire, herpès génital, condylomes et lésions précancéreuses liées aux papillomavirus, mpox, lymphogranulomatose vénérienne, gale, dermatoses génitales non infectieuses à distinguer des IST : le diagnostic repose d'abord sur l'examen clinique, complété aujourd'hui par la biologie moléculaire [15]. La recrudescence de la syphilis, y compris chez les femmes, rend cette compétence plus nécessaire qu'en 2016.

Une présence à tous les niveaux de l'offre.

- **Centres de dépistage** : les dermatologues-vénéréologues ont historiquement animé les dispensaires antivénériens, puis les CIDDIST ; ils exercent aujourd'hui dans de nombreux CeGIDD et en assurent souvent la coordination médicale.
- **Hôpital** : consultations de vénéréologie, centres de recours pour les situations complexes (syphilis de la femme enceinte, lésions HPV récidivantes, gonocoques résistants).
- **Ville** : les dermatologues libéraux voient une grande part des lésions génitales et anales. Chaque consultation de ce type est une occasion de dépistage combiné, de mise à jour vaccinale (HPV, VHB) et de proposition de PrEP. En contexte de pénurie, où la consultation est souvent centrée sur un motif précis, cela suppose des outils simples (auto-questionnaire, appui d'un assistant médical) et une valorisation spécifique.

Une production scientifique de référence, française et internationale. Au-delà des recommandations SFD de 2016 [1-3, 6], élaborées avec des dermatologues hospitaliers et libéraux, des dermatologues-vénéréologues français ont notamment :

- coordonné les recommandations européennes de l'IUSTI sur la syphilis [16] ;
- conduit des méta-analyses sur le traitement local des condylomes ano-génitaux [17, 18] ;
- participé à la description du mpox de clade IIb en France en 2023-2024 [19] ;
- participé à l'essai ANRS DOXYVAC [8] et à la surveillance nationale du dépistage des IST bactériennes [5].

Une actualisation des recommandations françaises s'impose désormais pour intégrer la DoxyPEP, la PrEP injectable, le mpox et les nouvelles résistances.

Des fragilités à corriger.

- La démographie dermatologique baisse, avec des délais d'accès longs, surtout en zone rurale et en Outre-mer. La santé sexuelle, peu valorisée dans la nomenclature, recule dans l'activité de ville.
- La formation initiale et continue en vénéréologie, en santé sexuelle et en entretien motivationnel est inégale.

- La place des dermatologues est peu visible dans les instances de pilotage (feuille de route santé sexuelle, COREVIH, ARS).

7. Propositions

1. Reconnaître explicitement la vénéréologie dans la feuille de route santé sexuelle 2026-2030, et associer la Société Française de Dermatologie et le Conseil national professionnel de dermatologie à son pilotage national et régional.
2. Valoriser la consultation de santé sexuelle en dermatologie (dépistage combiné, conseil, vaccination, prescription de PrEP), y compris en secteur libéral, et l'ouvrir à toute personne exposée, quel que soit son âge.
3. Garantir une compétence dermato-vénéréologique dans chaque CeGIDD, sur site ou par téléexpertise, notamment pour l'examen des lésions génitales et anales.
4. Renforcer la formation : vénéréologie et santé sexuelle dans le DES et le DPC ; entretien motivationnel ; accueil des personnes LGBT+, trans, migrantes et travailleuses du sexe.
5. Pérenniser les dispositifs d'« aller vers » qui ont fait leurs preuves, avec des financements pluriannuels et des liens formalisés avec les spécialistes.
6. Encadrer la DoxyPEP par une surveillance nationale de l'antibiorésistance associant les centres nationaux de référence et les cliniciens.
7. Réduire les inégalités d'accès à la PrEP (femmes, personnes trans, migrants, zones rurales et Outre-mer).
8. Financer l'actualisation des recommandations de la SFD, en lien avec la HAS, l'ANRS-MIE et la SFLS.

ANNEXE 9

Protocoles de coopération en dermatologie

Protocoles locaux portant sur des actes techniques, recensés par la Société Française de Dermatologie (page « Protocoles de coopération », ouverte le 23 août 2026). Chacun ne vaut que pour l'équipe et l'établissement qui l'ont déclaré. Les protocoles relevant principalement de l'éducation thérapeutique ne sont pas repris.

Domaine	Objet du protocole	Établissement
Photothérapie	Séances, enfants et adultes	CHU de Nice
Photothérapie	Séances réalisées par l'infirmier	CHU de Grenoble
Photothérapie	Séances d'UVA et d'UVB par l'infirmier	Hôpital Henri-Mondor (AP-HP)
Photothérapie dynamique	Séances conventionnelles	CH de Dunkerque
Chirurgie	Biopsie cutanée réalisée par l'infirmier	Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP)
Chirurgie	Greffe cutanée en pastilles par un infirmier en pratique avancée	CHU de Grenoble

Protocoles nationaux mobilisables après déclaration à l'agence régionale de santé : administration d'anticancéreux à domicile ; prise en charge des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par l'infirmier ; évaluation et suivi des plaies complexes par un infirmier expert, avec recours possible à la télémédecine ; consultation de santé sexuelle par l'infirmier en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic.

ANNEXE 10

Catégorisation des actes à visée esthétique, correctrice et thérapeutique en dermatologie : contribution aux travaux de la Haute Autorité de santé

Cette annexe est une contribution des signataires aux travaux engagés par la Haute Autorité de santé sur saisine de la Direction générale de la santé du 12 juin 2019. Elle ne prétend pas fixer la nomenclature, qui relève de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Elle montre qu'une même technique relève de catégories différentes selon l'indication, et que la classification commune des actes médicaux (CCAM) fait déjà cette distinction pour plusieurs actes. Les libellés, conditions de prise en charge et tarifs sont ceux de la CCAM en vigueur au 1er janvier 2026, relevés sur la base officielle de l'Assurance maladie le 8 novembre 2026. Les actes, parcours et propositions présentés sont des exemples : ils ne sont pas exhaustifs et ont vocation à être complétés et approfondis par la mission de préfiguration.

Principe. La CCAM distingue déjà l'indication du geste. Pour plusieurs actes de dermatologie, elle précise que l'acte est « remboursable ou non suivant circonstances » et que « les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés » ; pour d'autres, elle fixe une indication précise ou impose une entente préalable. Le critère retenu ici est celui de la Haute Autorité de santé : est esthétique l'acte « à visée non thérapeutique, réalisé dans le seul objectif d'amélioration de l'apparence physique », « sans lien avec une pathologie, un traumatisme ou une malformation ».

A — Actes thérapeutiques ou correcteurs inscrits à la CCAM et pris en charge

Acte (code CCAM)	Libellé CCAM	Indication ou condition fixée par la CCAM	Prise en charge	Tarif 2026
QCLB222	Injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau du creux axillaire	« hyperhidrose axillaire sévère résistante aux traitements locaux et à l'origine d'un retentissement psychologique et social important, chez l'enfant de plus de 12 ans et chez l'adulte »	Remboursable, entente préalable	33,39 €
QZLP001	Séance d'ionophorèse pour hyperhidrose	—	Remboursable	11,13 €
QZLB002	Séance d'injection intradermique ou hypodermique de produit de comblement de dépression cutanée	Acide polylactique ; « lipoatrophie faciale de patients séropositifs sous antirétroviraux » ; formation spécifique	Remboursable sous conditions	62,70 €
YYYY067 à YYYY005	Suppléments pour utilisation d'un laser à colorant pulsé pour destruction d'angiome plan, de moins de 30 cm² à plus de 700 cm²	Angiome plan	Remboursable	24,96 € (< 30 cm²)
QZNP029, QZNP028, QZNP030	Séance d'épilation cutanée avec laser ou lampe flash (< 50 cm², 50 à 150 cm², > 150 cm²)	« hypertrichose pathologique, hirsutisme confirmé et documenté », transidentité (libellé CCAM : « transsexuel ») ; « les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés »	Remboursable sous conditions	18,55 € à 45,26 €
BANP003, BANP001	Destruction d'une lésion d'une paupière (ou de lésions multiples) avec laser	« Destruction d'un xanthélasma par laser » ; « les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés »	Remboursable sous conditions	41,80 € / 57,88 €
QZNP020	Destruction de lésion cutanée sur moins de 5 cm², avec laser CO2 ou erbium-YAG	Acte thérapeutique ; formation spécifique	Remboursable, entente préalable	41,80 €
QANP001	Abrasion du visage entier, avec laser CO2 ou erbium-YAG	Acte thérapeutique ; formation spécifique	Remboursable, entente préalable	188,47 €
QANP009	Dermabrasion du visage entier (la CCAM prévoit aussi QANP006, QANP008 et QZNP006 selon la surface et la localisation)	Acte thérapeutique	Remboursable, entente préalable	187,73 €
QANP003	Exfoliation épidermique [peeling] du visage entier, par agent chimique	Acte thérapeutique ; formation spécifique	Remboursable, entente préalable	34,13 €
QZNP086	Destruction de lésion cutanée par photothérapie dynamique après application topique de produit photosensibilisant, sur moins de 10 cm²	Notamment « carcinome cutané superficiel en cas de lésion cutanée étendue ou de lésions cutanées multiples, après confirmation diagnostique par biopsie, selon les indications retenues par l'AMM »	Remboursable sous conditions	51,94 €
QZFA036	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm²	L'exérèse « comprend » celle de cicatrice ou de tatouage ; « les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés »	Remboursable sous conditions	28,80 €

B — Même technique, double visée : l'indication décide

Technique	Visée thérapeutique ou correctrice (prise en charge)	Visée esthétique (non facturable à l'Assurance maladie, soumise à la TVA)
Toxine botulique	Hyperhidrose axillaire sévère (QCLB222) ; indications neurologiques et ophtalmologiques	Rides d'expression ; l'injection au niveau de la face (LCLB001) n'est pas prise en charge
Produit de comblement	Lipoatrophie faciale sous antirétroviraux (QZLB002, acide polylactique)	Comblement des rides et volumétrie, notamment par acide hyaluronique
Laser vasculaire	Angiome plan (YYYY067 à YYYY005)	Couperose et télangiectasies sans indication retenue
Épilation par laser ou lampe flash	Hypertrichose pathologique, hirsutisme, transidentité (QZNP029, QZNP028, QZNP030)	Épilation de confort
Laser ablatif, dermabrasion, peeling	Lésions cutanées, cicatrices, actes thérapeutiques sous entente préalable (QZNP020, QANP001, QANP009, QANP003)	Rajeunissement cutané, photovieillissement
Destruction ou exérèse cutanée	Xanthélasma (BANP003), tumeur, cicatrice (QZFA036)	Détatouage et retouches de confort

C — Actes exclusivement esthétiques

Relèvent de cette catégorie les actes sans pathologie, traumatisme ni malformation sous-jacents : injection de toxine botulique et de produits de comblement pour les rides et les volumes ; peelings, lasers, lumière pulsée et radiofréquence de rajeunissement ; épilation de confort ; mésothérapie et lipolyse à visée esthétique ; détatouage de confort. La Haute Autorité de santé inclut dans son champ des pratiques réalisées hors du cadre médical, comme l'épilation à la lumière pulsée, le tatouage, le détatouage, la cryolipolyse et les cabines de bronzage.

D — Ce que montre cette catégorisation

1. **La frontière passe par l'indication, et la CCAM la trace déjà** pour plusieurs actes : même code, prise en charge si l'indication est thérapeutique, facturation interdite si la visée est esthétique.
2. **La plupart des techniques esthétiques ont un usage médical pris en charge** et sont enseignées comme telles dans le diplôme de dermatologie (Partie IX.4). Un plafond défini par la seule technique, ou par une définition large de l'« activité esthétique », toucherait des actes de soin.
3. **L'assiette d'un plafond suppose une liste.** Seule une liste d'actes exclusivement esthétiques, publiée par la Haute Autorité de santé et classée par niveau de risque, permettrait de déclarer et de contrôler une part d'activité (proposition 10).
4. **Plusieurs de ces actes exigent déjà une formation spécifique** selon la CCAM (QZLB002, QZNP020, QANP001, QANP003) : la compétence est déjà reconnue acte par acte, ce qui ouvre une voie de régulation par le risque plutôt que par le temps de travail.

5. **La nomenclature traite différemment une même technique selon la maladie ou la localisation** : le laser vasculaire est pris en charge pour l'angiome plan, non pour les télangiectasies de la rosacée ; l'épilation au laser l'est pour l'hirsutisme, non pour la maladie de Verneuil ; la dermopigmentation l'est pour l'aréole après cancer du sein, non pour les sourcils après chimiothérapie ou pelade ; la toxine botulique l'est pour l'hyperhidrose axillaire, non palmaire ou plantaire ; le comblement par injection l'est pour la lipoatrophie liée au VIH, non après la chirurgie d'un cancer cutané (section E).

E — Parcours de soins : quand une technique dite esthétique finalise une prise en charge médicale

Les parcours présentés sont des exemples. Ils ne sont pas exhaustifs et ont vocation à être complétés et approfondis par la mission de préfiguration, avec la Haute Autorité de santé, l'Assurance maladie, la profession et les associations de patients.

Parcours	Technique	Situation dans la nomenclature (CCAM ou LPP, 2026)	Constat
1. Acné sévère traitée par isotrétinoïne, puis cicatrices	Laser CO2 ou erbium (QZNP020, QZNP003 ; visage entier QANP001)	Pris en charge comme acte thérapeutique : la CCAM inclut la « destruction de cicatrice cutanée » ; formation spécifique ; entente préalable pour QZNP020 et QANP001	Couvert, sous conditions
2. Rosacée avec télangiectasies	Laser vasculaire (QZNP001 et suivants)	Indications limitées à « angiome plan, hémangiome sévère ou ulcéré, radiodermite »	Non pris en charge
3. Hyperpigmentation séquellaire d'un eczéma, d'un psoriasis ou d'un lupus discoïde	Laser pigmentaire cristal commuté (QZNP023 et suivants)	Pris en charge comme « acte thérapeutique » (48 € sous 30 cm²)	Couvert
4. Pelade	Prothèse capillaire (LPP, réforme de 2019) ; dermopigmentation des sourcils (BAMB001)	La réforme de 2019 (classe 1 : prix limite 350 €, remboursement 350 € ; classe 2 : prix limite 700 €, remboursement 250 €) concerne les alopécies liées à un traitement du cancer ; une question parlementaire relève que la pelade n'est pas couverte par ce dispositif ; dermopigmentation des sourcils non prise en charge	Non pris en charge dans les conditions de 2019
5. Mélasma, à visée adjuvante après échec des traitements de première intention	Laser pigmentaire (QZNP023)	Couvert par le libellé général « acte thérapeutique »	Couvert ; indication à réserver aux échecs, compte tenu du risque de rebond
6. Séquelles de la chirurgie d'un cancer cutané	Laser CO2 sur la cicatrice (QZNP020, QZNP003) ; lipofilling (QZEA045) ; comblement par injection	Laser et lipofilling pris en charge ; comblement injectable pris en charge pour la seule lipoatrophie liée au VIH (QZLB002)	Lacune pour les injectables
7. Maladie de Verneuil	Épilation au laser (QZNP029 à QZNP030)	Indications limitées à « hypertrichose pathologique, hirsutisme confirmé et documenté » et transidentité ; la Société Française de Dermatologie indique que le laser épilatoire Nd:YAG « peut être proposé à visée préventive » (accord d'experts)	Non pris en charge
8. Rhinophyma de la rosacée	Laser (GAFA001)	Pris en charge (107,16 €)	Couvert
9. Alopécie cicatricielle, posttraumatique ou postthérapeutique	Greffe de cuir chevelu (QAEA001 et suivants)	Prise en charge pour « pseudopelade stabilisée, alopécie posttraumatique ou postthérapeutique » ; non facturable à visée esthétique	Couvert
10. Après un cancer du sein, une chimiothérapie ou une pelade	Dermopigmentation (QEMB001 aréole ; BAMB001 sourcil ; HAMB001 lèvre)	Aréole prise en charge (125,40 €) ; sourcil et lèvre non pris en charge	Traitement différent d'une même technique
11. Cicatrices de brûlure du visage, radiodermite	Lampe flash, laser vasculaire (QZNP001 et suivants)	Pris en charge	Couvert
12. Hyperhidrose palmaire ou plantaire sévère	Toxine botulique	La CCAM ne comporte pas d'acte d'injection de toxine pour ces localisations, sans exclusion explicite ; seule l'hyperhidrose axillaire est prise en charge (QCLB222)	Non pris en charge, faute d'acte
13. Vitiligo	Photothérapie (QZRP003) ; camouflage, greffe de mélanocytes	Photothérapie prise en charge (19,20 €) ; la CCAM ne comporte pas d'acte de camouflage ni de greffe de mélanocytes, sans exclusion explicite	Couverture partielle, faute d'acte

Le coût pour le patient n'est pas documenté. Aucune donnée publique ne renseigne les prix pratiqués pour ces actes lorsqu'ils ne sont pas pris en charge, le coût d'amortissement des équipements ni le renoncement aux soins qui en résulte. Les remontées des dermatologues et des associations de patients vont pourtant dans le même sens : lorsque l'indication n'est pas prise en charge, ou que le tarif opposable ne couvre pas le coût de l'équipement, le patient dont la demande est médicale paie l'acte au prix d'un acte esthétique, ou y renonce.

Références de l'annexe : Société Française de Dermatologie, recommandations de prise en charge de l'hidradénite suppurée, texte court, août 2019, § 4.3 ; réforme de la prise en charge des prothèses capillaires de 2019 (arrêté du 18 mars 2019), montants rappelés dans la réponse ministérielle publiée au JO Sénat le 28 mars 2019 (question de M. Patrick Chaize) ; question écrite AN n° 26226 (JO du 4 février 2020) sur la pelade, non couverte par ce dispositif ; Assurance maladie, classification commune des actes médicaux, base ameliccam.fr, fiches des actes QCLB222, QZLP001, QZLB002, YYYY067, YYYY063, QZNP029, QZNP028, QZNP030, BANP003, BANP001, QZNP020, QANP001, QANP009, QANP003, QZNP086, QZFA036, LCLB001, QZNP001, QZNP024, QZNP023, QZNP016, QZNP003, GAFA001, QAEA001, QEMB001, BAMB001, HAMB001, QZRP003, QZEA045, version du 1er janvier 2026, consultées le 8 novembre 2026.

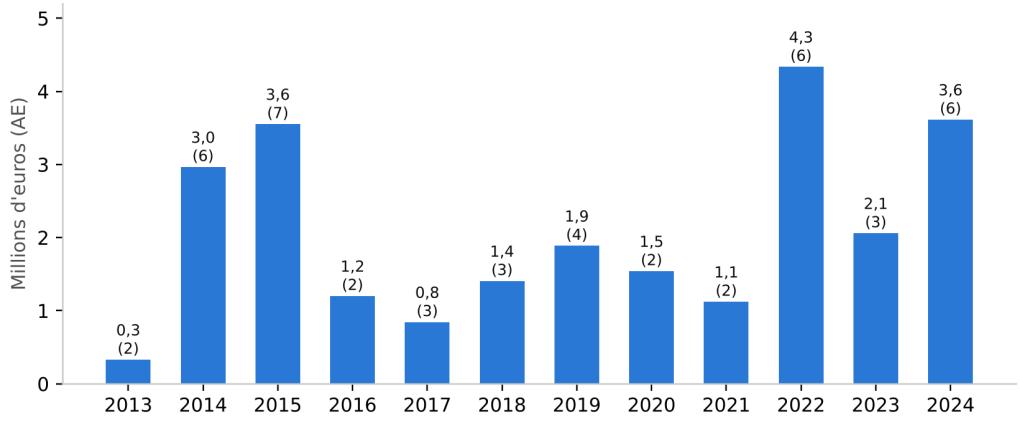
ANNEXE 11

Les projets de dermatologie retenus au programme hospitalier de recherche clinique national, 2013-2024

Extraction réalisée par la direction générale de l'offre de soins (bureau de l'innovation et de la recherche clinique) dans la base SIRANo, à la demande des signataires, le 2 novembre 2026. Elle porte sur les projets sélectionnés entre la campagne 2012 et la campagne 2024-2025 ; aucun projet de la campagne 2012 ne relève du périmètre retenu. Les résultats de la campagne 2025-2026 n'étaient pas publiés. Montants : autorisations d'engagement (AE), en euros.

Méthode

Les projets ont été repérés par une recherche de mots-clés et de racines de mots-clés couvrant les maladies de la peau et les infections sexuellement transmissibles (dermato, eczéma, psoriasis, hidradénite, mélanome, carcinomes cutanés, pemphigus, lymphomes cutanés, syphilis, papillomavirus, entre autres), puis vérifiés un par un. Le périmètre a ensuite été restreint aux projets portés par des dermatologues, et un projet d'ophtalmologie directement lié à la spécialité a été conservé. Ne sont pas comptés les projets de dermatologie financés par les autres appels à projets du ministère (programme hospitalier de recherche clinique interrégional et en cancérologie, PHRIP, PREPS, PRME, PRT-K, ReSP-IR), ni les financements européens et internationaux.



Entre parenthèses : nombre de projets retenus. Source : DGOS, extraction SIRANo du 2 novembre 2026.

Figure A11. Projets de dermatologie retenus au programme hospitalier de recherche clinique national et montants engagés, par année de campagne, 2013-2024.

Synthèse

	Valeur
Projets retenus	46
Autorisations d'engagement	24 879 384 €
En cours / terminés / abandonnés	38 / 6 / 2

Établissements coordonnateurs

Établissement	Projets	AE (€)
AP-HP	19	9 955 504
CHU de Rouen	7	4 346 912
CHU de Tours	6	3 543 890
CHU de Nantes	5	2 366 995
CHU de Nice	1	1 054 465
CHU de Rennes	1	918 420
Institut Pasteur (centre de santé)	1	869 860
AP-HM	1	796 677
CHU de Brest	1	531 010
Hospices civils de Lyon	2	266 037
CHU de Bordeaux	2	229 614

Liste des projets

Année	Acronyme	Titre
2013	LEVURE-PLUS	Étude de l'efficacité et de la tolérance du quadruplement posologique de la lévocétirizine dans le traitement de l'urticaire
2013	ViTac-17	Etude multicentrique randomisée évaluant l'efficacité du Tacrolimus pommade 0,1 % versus placebo dans le vitiligo non-
2014	EDU-DA	Etude multicentrique, randomisée, en simple aveugle évaluant l'impact d'une session individuelles d'éducation thérapeuti
2014	GALE-CRUS-TED	Essai contrôlé randomisé en double insu évaluant l'efficacité de l'ivermectine à 400 µg/kg versus ivermectine à 200 µg/k
2014	METHO-BIO	Etude multicentrique randomisée double aveugle contrôlée évaluant l'intérêt du méthotrexate versus placebo dans la pot TNFalpha dans le psoriasis modéré à sévère de l'adulte

Année	Acronyme	Titre
2014	PERFORMUS	Traitement par sirolimus des malformations vasculaires superficielles de bas-débit volumineuses et compliquées : essai
2014	PRADA	Essai PRAgmatique randomisé multicentrique en double-aveugle contre placebo dans la Dermatite Atopique, testant le c additionnel au traitement standard, couplé à un essai exploratoire sur la photothérapie UV à doses filées pendant la péric
2014	PSORIASYS	Traitements systémiques du psoriasis en plaque : une méta-analyse en réseau
2015	CICAFAST	Comparaison contrôlée et en double aveugle d'un pansement traditionnel versus un pansement biologique constitué de f donneurs de greffes
2015	CONDYVAC	Étude de l'efficacité de la vaccination anti-PVH (Papilloma Virus Humain) quadrivalente sur la prévention secondaire de la guéris en premier lieu
2015	EVEROST	Traitement topique par évérolimus des angiofibromes faciaux chez les patients atteints de sclérose tubéreuse de Bourne insu, contre placebo
2015	LYSYME	Traitement du syndrome de Lyell par les cellules stromales mésenchymateuses : étude pilote ouverte de phase 1-2
2015	PIDPrev	Dépistage précoce et traitement des infections à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes pour prévenir les infect
2015	RituxMMP	Etude randomisée contrôlée en double insu, comparant l'efficacité et la tolérance du rituximab et du cyclophosphamide c
2015	SHAREII	Etude randomisée, de non infériorité, comparant un traitement court de l'érysipèle de jambe par amoxicilline per os à un t eRysipElas) II
2016	FASCE	Etude randomisée en double aveugle de l'intérêt de la spironolactone pour le traitement de l'acné de la femme adulte
2016	PIMOC	Personnalisation des traitements de Pathologies Inflammatoires Multi Organes Complexes (PIMOC)
2017	BRASS	Etude multi-centrique, en double aveugle, randomisée, contrôlée contre placebo, en groupes parallèles pour évaluer l'eff une sclérodermie systémique chez l'adulte
2017	TOPICAL	Évaluation de l'efficacité et de la tolérance du sirolimus topique 0,1% dans les malformations cutanées lymphatiques micr comparaison intra-individuelle versus véhicule
2017	ViTac-17	Etude multicentrique randomisée évaluant lefficacité du Tacrolimus pommade 0,1,versus placebo dans le vitiligo non-seg

Année	Acronyme	Titre
2018	ABCESS2	Traitement de l'Hidrosadénite Suppurée de stade 2 de Hurley active: un essai de phase 3 multicentrique randomisé en do doxycycline
2018	LIVEPSOriaSYS	Traitements systématiques du psoriasis en plaque : living méta-analyse en réseau
2018	SY-DOXY	Essai randomisé de non infériorité de la doxycycline à la BPG dans le traitement de la syphilis précoce
2019	EMMCORTICO	Erythème polymorphe majeur : étude contrôlée randomisée comparant une corticothérapie systémique courte à un place
2019	PREMS	Etude randomisée en double insu comparant l'efficacité et la tolérance de l'aprémilast versus placebo dans les aphtoses
2019	VACWARTS	Efficacité du vaccin nonavalent anti-HPV dans la guérison des verrues résistantes aux traitements usuels
2019	VACATION	Pansement aspiratif versus pansement conventionnel dans la prise en charge des infections nécrosantes de la peau et d
2020	RITUX4	Comparaison d'une stratégie de traitement d'entretien personalisée basée sur l'évolution des taux d'anticorps anti-desmo tement standard (rituximab + corticoïdes) au cours du pemphigus
2020	TOPPER	Tofacitinib topique 2% versus placebo en adjonction du propionate de clobétasole 0,05% pour le traitement des pelades multicentrique
2021	MADULO	Gestion du traitement par dupilumab au long cours chez les patients adolescents et adultes bons répondeurs au traiteme maintien du traitement tous les 14 jours
2021	THERAMAV	Évaluation de l'efficacité de thérapies ciblées pour les Malformations Artério-Veineuses Superficielles fondées sur le prof
2022	BOOSTER	Biologiques dans la folliculite décalvante
2022	CANNABITCH	Efficacité et tolérance du cannabidiol chez des patients présentant un prurit sévère : étude multicentrique, en double ave
2022	ETHNIC	Etude ETHNIC (Essai Thérapeutique au cours de l'acné modérée chez les personnes ayant un Phototype foncé ("peau N
2022	PERSOBUL	Essai en deux phases évaluant différents traitements d'entretien chez les patients atteints de pemphigoïde bulleuse, selo

Année	Acronyme	Titre
2022	PRESENT	Prévention des érysipèles récidivants de jambe : Traitement par Compression vs Antibiotics
2022	RAPSODY	Traitement systémique du psoriasis en plaques : Méta-analyses en réseau sur données individuelles
2023	AFTER	Traitement de d'acné vulgaire chez la femme - Efficacité de l'isotretinoïne faible dose versus spironolactone en phase d'a étapes.
2023	LEISURE	Lenalidomide vs méthotrexate dans le lupus cutané difficile à traiter : essai contrôlé randomisé
2023	ThoracSPA	Evaluation dans le cadre d'un essai ouvert, randomisé, contrôlé de l'efficacité et de la tolérance des inhibiteurs de l'IL-17A des douleurs de la paroi thoracique antérieure chez des patients ayant une spondyloarthrite active résistante aux AINS e riorité du bimékizumab.
2024	BOLERO	Efficacité et tolérance du baricitinib en association aux corticoïdes locaux chez les patients adultes ayant un lichen plan
2024	ERLO-PC	Étude randomisée en double aveugle de phase 2 multicentrique évaluant l'efficacité et la sécurité de l'erlotinib oral dans
2024	JACKO	Efficacité et tolérance du baricitinib associé à de la prednisone à faible dose par rapport au baricitinib seul chez les patie
2024	OPTIMAD	Intervention thérapeutique optimale pour la prise en charge de la dermatite atopique modérée à sévère : un essai clinique
2024	TINEA-TINEA	Terbinafine à dose élevée versus dose standard pour les teignes de l'enfant
2024	WHARTEN	Évaluation de l'efficacité du collyre à la gelée de Wharton dans la prévention des séquelles graves ophtalmologiques des

ANNEXE 12

Matrice des mesures, de leurs véhicules et de leurs porteurs

Les mesures demandées dans le corps du texte sont rassemblées ici, avec la Partie qui les justifie. Chaque mesure porte l'indication de son véhicule :

- ***L** pour la loi ;*
- ***R** pour le pouvoir réglementaire ;*
- ***C** pour la voie conventionnelle avec l'Assurance maladie ;*
- ***O** pour l'organisation, le financement et les décisions des agences.*

Demander à la loi ce qu'un arrêté peut faire retarde la mesure. Demander à un arrêté ce que seule la loi peut garantir la rend réversible.

1. Connaître et mesurer

#	Mesure	Partie	Véhicule	Porteur
1.1	Identifier la dermatologie dans le rapport annuel sur les charges et produits de l'Assurance maladie, et y isoler le coût des cancers cutanés	II, XIII	**O**, obligation inscrite en **L**	Assurance maladie
1.2	Identifier les maladies de peau dans la cartographie des pathologies : cancers cutanés, psoriasis, dermatite atopique, hidradénite suppurée, maladies bulleuses	XII	**O**, obligation inscrite en **L**	Assurance maladie
1.3	Mesurer de façon actualisée et périodique la prévalence des maladies de peau	II	**L** puis **O**	Santé publique France
1.4	Décliner la dermatologie dans l'Observatoire de l'accès aux soins et publier un tableau de bord annuel de l'accès aux soins dermatologiques, avec les délais d'accès selon le niveau de gravité	III, IV	**C** et **O**, obligation inscrite en **L**	Assurance maladie et partenaires conventionnels ; Santé publique France et INCa
1.5	Produire le coût du mélanome par stade, hors et avec traitements systémiques, et le coût national du psoriasis	II, XIII	**O**	Mission de préfiguration, Assurance maladie
1.6	Documenter la survie du mélanome par stade sur données françaises	II	**O**	INCa
1.7	Actualiser l'estimation du besoin en dermatologues, sur une méthode publique et contradictoire, à l'échelle départementale	III	**O**	ONDPS, DREES, mission de préfiguration
1.8	Publier le nombre de praticiens entrant dans la spécialité par d'autres voies que l'internat	VI	**O**	Centre national de gestion
1.9	Mesurer la place du capital extérieur dans la spécialité, sociétés commerciales comprises	X	**O**	Ordre des médecins, Assurance maladie, mission de préfiguration
1.10	Instruire six pistes d'évaluation à dépense constante, par ordre de priorité : prise en charge des cancers cutanés d'origine professionnelle par la branche compétente ; téléexpertise substituée à des actes plus coûteux ; réaffectation de la dépense de dépistage non indiqué ; cicatrisation tardive des plaies chroniques ; errance diagnostique ; arrêts de travail attribuables aux dermatoses chroniques	XIII	**O**	Mission de préfiguration, économistes de la santé, Assurance maladie, DREES
1.11	Évaluer l'effet de la réforme du cumul emploi-retraite (LFSS 2026) sur l'offre de soins dans les spécialités en tension	III	**O** (rapport au Parlement)	Gouvernement, DREES

2. Prévenir

#	Mesure	Partie	Véhicule	Porteur
2.1	Stratégie interministérielle de prévention des risques liés aux ultraviolets, avec objectifs, indicateurs publiés et programmation pluriannuelle ; registres des cancers cutanés	V	**L** puis **O**	Premier ministre, ministre chargé de la santé, mission de préfiguration
2.2	Plan national « Soleil-Enfance » et éducation à la photoprotection dans les programmes scolaires	V	**R** puis **O**	Éducation nationale, collectivités
2.3	Inscrire le cancer cutané lié à l'exposition professionnelle aux ultraviolets aux tableaux de maladies professionnelles, comme l'expertise de l'Anses d'octobre 2026 en établit le fondement ; faire de la protection solaire un équipement de prévention ; systématiser l'examen cutané en médecine du travail	V	**R**	Ministères chargés du travail et de l'agriculture
2.4	Diffuser l'indice UV, avec une brève explication de sa signification et des gestes associés, dans les bulletins météorologiques et sur les supports d'information	V	**O**	Ministère chargé de la santé, collectivités
2.5	Agir auprès des adolescents face à l'influence des réseaux sociaux	V	**O**	Santé publique France
2.6	Réduire l'exposition aux ultraviolets artificiels, jusqu'à l'interdiction de l'usage commercial des appareils de bronzage recommandée par l'Anses	V	**L** et **R**	Ministère chargé de la santé
2.7	Choisir un canal national unique de sensibilisation au risque ultraviolet, comprenant l'apprentissage de l'auto-examen cutané	V	**O**	Mission de préfiguration
2.8	Fonder la détection précoce sur le repérage ciblé des patients à risque, organisé dans un parcours, et sur l'apprentissage de l'auto-examen cutané par la population, et non sur un dépistage systématique en population générale	V, XI	**O**	HAS, INCa
2.9	Intégrer la dermatologie aux autres politiques de prévention, et reconnaître la vénéréologie dans la politique de santé sexuelle	V	**O**	Ministère chargé de la santé

3. Former

#	Mesure	Partie	Véhicule	Porteur
3.1	**Porter à 150 le nombre de postes ouverts au diplôme d'études spécialisées dès que les capacités d'encadrement le permettent, et au plus tard en 2030**, le maintenir dix ans puis le réévaluer — 1,8 à 2,9 M€ par an	III, VI, XIII	**R**, trajectoire inscrite en **L**	Ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur
3.2	Financer des postes d'enseignants titulaires et de chefs de clinique, en priorité dans les centres qui n'en ont aucun, pour un encadrement au moins équivalent à la moyenne des spécialités : 50 et 36 postes, 5,6 à 5,8 M€ par an en régime permanent	VI	**O**	Ministères, CHU
3.3	Faire évoluer le statut des chefs de clinique et publier leurs effectifs par spécialité ; postes d'enseignants associés ; maîtres de stage universitaires	VI	**R** et **O**	Ministères, universités, ARS
3.4	Prescrire la révision de la maquette du diplôme d'études spécialisées ; instruire, sans a priori, l'opportunité d'un allongement à dix semestres (seconde année de docteur junior, stages libéraux)	VI, VII, VIII	**L** prescrit, **R** exécute	Ministres ; mission de préfiguration
3.5	Enseignement de dermatologie obligatoire dans le diplôme de médecine générale et dans la formation des pharmaciens ; formation des autres professionnels de premier recours	VI	**R**	Ministère chargé de l'enseignement supérieur
3.6	Former les utilisateurs non dermatologues des outils de dépistage	VIII	**R**	Ministère chargé de la santé
3.7	Encadrer les diplômes universitaires et les actions de développement professionnel continu présentés comme des formations à la dermatologie : contenu validé par la spécialité, dispensé avec des dermatologues	VI	**O**	Agence nationale du DPC, universités, Conseil national professionnel

4. Organiser, déléguer, outiller

#	Mesure	Partie	Véhicule	Porteur
4.1	Financement pérenne des équipes de soins spécialisés et des organisations hospitalières de téléexpertise, et forfait de coordination de téléexpertise	VIII	**L** puis **C** et **O**	Législateur, UNCAM, ARS
4.2	**Adapter les plafonds de la télémédecine** : levée intégrale du plafond de téléexpertise dans les départements sans dermatologue, dans un parcours de soins protocolisé validé par un dermatologue et les acteurs du territoire ; relèvement pour les pathologies chroniques, au niveau et pour la liste fixés par la mission de préfiguration ; nouveau quota de téléconsultations de suivi après chaque consultation présentielle avec le dermatologue qui assure le suivi du patient (compteur remis à zéro, sans déplafonnement) ; revalorisation de l'acte requis	VIII, XIII	**C**	UNCAM
4.3	Conditionner la prise en charge de la téléexpertise dermatologique à une demande émanant d'un médecin qui a examiné le patient, et à un dermatologue en capacité de recevoir le patient	VIII	**C**	UNCAM

#	Mesure	Partie	Véhicule	Porteur
4.4	Porter au niveau national, selon un calendrier établi par la mission de préfiguration, les protocoles de coopération dermatologiques éprouvés, après une évaluation d'au moins trois ans (procédure d'extension existante)	VII	**R**	Mission de préfiguration, CNCI, HAS, ministre chargé de la santé
4.5	Préparer avec la profession l'ouverture de la pratique avancée au suivi des maladies chroniques de la peau : liste des actes, formation validée par la spécialité, supervision par un dermatologue	VII	Mission de préfiguration, puis **R**	Ministère chargé de la santé, CNP
4.6	Former avant de déléguer ; préciser les situations exclues du champ infirmier ; organiser le recours dermatologique des infirmiers dans une coordination locale dotée de moyens	VII	**R** et **O**	Ministère chargé de la santé, ARS
4.8	Clarifier le cadre de l'aide opératoire et le périmètre de l'assistant médical en dermatologie	VII	**R** et **C**	Ministère chargé de la santé, UNCAM
4.9	Formation des infirmiers en accès direct aux situations dermatologiques et association des dermatologues à l'évaluation de l'expérimentation	VII	**O**	HAS, Académie nationale de médecine
4.10	Identifier un dermatologue garant pour toute offre numérique de diagnostic cutané	VIII	**L**	Législateur
4.11	Autorisation de l'ARS, par spécialité, des équipements d'imagerie cutanée spécialisés, dont la liste est fixée par voie réglementaire, avec maîtrise de l'équipement et des images par un dermatologue responsable	VIII, X	**L**	Législateur, ARS ; seuil fixé par la mission de préfiguration
4.11 bis	Réserver l'utilisation des systèmes de cartographie corporelle totale aux dermatologues, dans les indications validées, au sein d'un réseau de soins labellisé (article L. 1151-1 du code de la santé publique)	VIII	**R**	Ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, DGS, HAS
4.12	Label de dépistage des cancers cutanés assisté par le numérique	VIII	**O**	INCa
4.13	Appliquer la garantie humaine et confier à la HAS une évaluation publique en conditions réelles des dispositifs de détection automatisée, avant le 2 août 2028 ; dans l'attente, inscrire tout dispositif de tri automatisé dans une expérimentation au titre de l'article 51, sans sortie de parcours sans avis médical	VIII, XI	**L** en vigueur ; **O**	HAS, ANSM, comité technique de l'article 51
4.14	Ouvrir, dans les territoires sous-dotés, l'accès au dermatologue sur adressage de tout médecin généraliste, au sein d'un parcours coordonné par une équipe de soins spécialisés	VII	**L** ou **C**	Législateur, UNCAM
4.15	Faire des équipes de soins spécialisés le cadre de référence de la coordination dermatologique : cahier des charges national, indicateurs publics, association aux expérimentations territoriales	VII	**C** et **O**	UNCAM, ARS

5. Protéger l'exercice et le patient

#	Mesure	Partie	Véhicule	Porteur
5.1	Faire respecter le monopole médical existant ; informer le public des risques des injections non habilitées	IX	**O**	Ordre des médecins, parquets, Santé publique France, ANSM
5.2	Retirer le plafond de 30 % du temps travaillé ; rendre public l'examen de proportionnalité ; réguler par la compétence, le risque et le flux d'autorisations	IX	**R**	Ministre chargé de la santé, Ordre des médecins, ARS
5.3	Reconnaître de plein droit les dermatologues pour les actes à visée esthétique non chirurgicaux, sans FST ni DEC	IX	**R**	Ministre chargé de la santé
5.4	Interdire la publicité et les promotions commerciales des actes esthétiques ; protéger les mineurs ; encadrer les structures commerciales	IX	**L**	Législateur, DGCCRF, Arcom
5.5	Tracer chaque produit jusqu'au patient (carte de traçabilité) ; vigilance esthétique et analyse de sinistralité ; mesurer l'activité (ventes de produits, codification obligatoire non tarifante) ; textes d'application	IX	**R** et **O**	ANSM, Assurance maladie, HAS, Ordre des médecins, mission de préfiguration
5.6	Doter l'Ordre des moyens de contrôler le décret du 27 juillet 2026 ; examiner les dispositions issues des recommandations du Sénat, y compris la déclaration des participations dans les sociétés commerciales	X	**L** et **O**	Législateur, Ordre des médecins
5.7	Règles de prise en charge liées à l'indication ; instruction des dossiers transmis et contrôle ciblé des téléexpertises déclenchées en officine et des structures de dépistage cutané ; position écrite sur les plateformes qui choisissent le médecin requis	X	**C** et **O**	UNCAM, HAS, Assurance maladie
5.8	Instruire l'hypothèse d'un lien entre sous-cotation des actes et reprise des cabinets par des tiers	X	**O**	Mission de préfiguration
5.9	Adresser à l'UNCAM et aux syndicats signataires de la convention médicale des recommandations sur les points tarifaires qui affectent l'accès aux soins dermatologiques, dont la valorisation insuffisante, pour le remboursement des patients, de la chirurgie dermatologique et des consultations de suivi des cancers cutanés et des maladies inflammatoires chroniques, et la minoration de moitié de la biopsie lorsqu'elle est associée à un avis ponctuel de consultant	X	**O**, décision en **C**	Mission de préfiguration ; négociation conventionnelle

6. Accès aux traitements et reste à charge

#	Mesure	Partie	Véhicule	Porteur
6.1	Saisir la Commission de la transparence d'une réévaluation du service médical rendu des émollients : taux, périmètre, quantités	XIII	**R**	Ministre chargé de la santé
6.2	Instruire la prise en charge, sur prescription, de la photoprotection pour les populations à haut risque et les jeunes enfants (article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale)	V, XIII	**R**	Ministre chargé de la santé, HAS

7. Recherche et international

#	Mesure	Partie	Véhicule	Porteur
7.1	Publier tous les deux ans des indicateurs de la recherche dermatologique française	II, XII	**O**	Ministère chargé de la recherche (OST-Hcéres), ANSM
7.2	Inscrire les cohortes et registres nationaux dans la stratégie, avec financement pluriannuel et appariement au SNDS	XII	**L** puis **O**	DGOS, INCa
7.3	Faire de la santé de la peau un axe identifié des appels à projets nationaux	XII	**O**	DGOS, ministère chargé de la recherche, ANR
7.4	Soutenir l'adoption du plan d'action mondial de l'OMS en mai 2027 et en préparer la déclinaison nationale sur ses sept objectifs	XI	**O** puis **L**	Ministère chargé de la santé

8. Décider et gouverner

#	Mesure	Partie	Véhicule	Porteur
8.1	Reconnaître la santé de la peau comme priorité de santé publique, et la fonction d'interface de la dermatologie dans les parcours	II, XIV	**L**	Gouvernement, Parlement
8.2	Créer, dans les trois mois suivant le colloque, une mission de préfiguration interministérielle dotée d'un mandat en neuf points (annexe 5)	XIV	**O**	Premier ministre, ministre chargé de la santé
8.3	Engager une loi-cadre relative à la santé de la peau, par une proposition de loi puis un projet de loi (annexe 7)	XIV	**L**	Parlement, Gouvernement
8.4	Place de droit des patients dans la mission et dans la gouvernance de la stratégie ; clause de rendez-vous devant le Parlement	IV, XIV	**L**	Législateur

ANNEXE 13

Fiches pathologies

Ces fiches reprennent uniquement des valeurs présentées et sourcées dans le corps du texte. Les prévalences de la dermatite atopique et du psoriasis sont déclaratives (étude Objectifs Peau*, 2016, personnes de quinze ans et plus) ; celles de la pelade, du vitiligo et de l'hidradénite suppurée proviennent de la littérature européenne et internationale (tableau 1, Partie II).*

Dermatite atopique

Maladie inflammatoire chronique la plus fréquente en dermatologie.

- Prévalence déclarée : **4,65 %**, soit **2,5 millions de personnes**.
- Formes modérées à sévères : **900 000 à 1,1 million de personnes**.
- Charge annuelle : **6,2 milliards d'euros**, dont 3,7 milliards de coûts socio-économiques, soit un coût annuel moyen de **6 870 euros par patient**.

Les biothérapies et les inhibiteurs de JAK ont transformé le pronostic des formes sévères ; leur prescription et leur suivi sont spécialisés (Parties XII et XIII).

Eczéma chronique des mains

Pathologie à l'interface de la dermatologie et de la médecine du travail.

- **1,7 million de personnes** vivent avec une forme modérée à sévère, soit 62,7 % des 2,6 millions de personnes atteintes.
- Charge annuelle : **7,6 milliards d'euros**, soit un coût annuel moyen de **4 580 euros par patient**.

Psoriasis

Maladie inflammatoire systémique.

- Prévalence déclarée : **4,42 %**, soit **2,4 millions de personnes**.
- Excès de risque documenté : **cardiovasculaire (risque relatif 1,20)** et **cérébrovasculaire (1,56)**. L'hétérogénéité entre études est élevée, et l'excès est concentré sur les formes modérées à sévères.

Pelade, vitiligo et hidradénite suppurée

- Prévalences mesurées chez l'adulte (tableau 1, Partie II) : **pelade 0,58 %** (Royaume-Uni), **vitiligo 0,73 %** (France), **hidradénite suppurée 0,99 %** (23 pays), soit des ordres de grandeur de **300 000**, **375 000** et **510 000** adultes en France.

- Ces trois affections ont en commun un retentissement psychosocial sans commune mesure avec leur fréquence, et un diagnostic souvent tardif.

Mélanome cutané

- **17 922 nouveaux cas en 2023** et **1 975 décès en 2018**.
- Entre 1990 et 2023, le nombre annuel de nouveaux cas a été multiplié par **5,4 chez les hommes et 3,4 chez les femmes**.
- Chez les personnes de trente ans et plus, **83,5 %** des mélanomes sont attribuables au rayonnement UV solaire, et **3,1 %** au rayonnement UV artificiel.
- Survie relative à cinq ans : **100 % au stade localisé, 76 % au stade régional, 34 % au stade métastatique**. *Données du registre américain SEER, diagnostics 2016-2022, faute de données françaises publiées par stade (Partie II).*
- L'essai randomisé de Nambour (1 621 participants) a observé un risque relatif de **0,27** pour le mélanome invasif chez les personnes ayant appliqué quotidiennement un écran solaire.

Carcinomes cutanés

- **127 200 à 226 500 cas par an**, sur **141 200 à 243 500** cancers de la peau. L'amplitude tient à l'absence de registre national exhaustif.
- Les cancers de la peau représentent près de **30 % des cancers invasifs** diagnostiqués chaque année.
- L'Anses a établi en octobre 2026 un lien avéré entre l'exposition professionnelle aux ultraviolets et les carcinomes épidermoïdes et basocellulaires (Partie V).

Toxidermies sous immunothérapie

Trente à cinquante pour cent des patients traités par inhibiteurs de points de contrôle immunitaire présentent un effet indésirable cutané. La majorité de ces réactions sont légères et n'imposent pas l'arrêt du traitement. Dans les formes sévères, l'accès rapide à un avis dermatologique conditionne la poursuite du traitement anticancéreux.

Toxidermies graves et maladies rares cutanées

- Les réactions cutanées sévères aux médicaments figurent parmi les urgences dermatologiques qui engagent le pronostic vital. Les travaux français disponibles ne convergent pas sur leur incidence et leur mortalité : aucune valeur n'est donc retenue ici, et les signataires demandent qu'une référence faisant autorité soit établie.
- Plus de 400 maladies dermatologiques rares sont répertoriées. Elles sont prises en charge par la filière FIMARAD et ses centres de référence (Partie XII).

ANNEXE 14

Cartographie des acteurs

Les numéros renvoient à la matrice des mesures de l'annexe 12.

Acteur	Rôle	Mesures relevant de sa décision
Premier ministre	Portage interministériel	2.1, 8.2
Ministre chargé de la santé	Organisation des soins, saisine de la Commission de la transparence, tutelle des agences, position française à l'OMS	2.6, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 7.4, 8.2
Ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche	Postes d'internat, maquettes, effectifs hospitalo-universitaires, indicateurs de la recherche	3.1 à 3.5, 7.1, 7.3
Ministres chargés du travail et de l'agriculture	Tableaux de maladies professionnelles, prévention des risques professionnels	2.3
Parlement	Proposition de loi, examen du projet de loi, contrôle	8.1, 8.3, 8.4
Assurance maladie et UNCAM	Tarification conventionnelle, plafonds de télémédecine, données de dépenses, Observatoire de l'accès aux soins, contrôle	1.1, 1.2, 1.4, 1.10, 4.1 à 4.3, 4.8, 4.14, 5.7, 5.9
Haute Autorité de santé	Service médical rendu, évaluation des dispositifs numériques, protocoles de coopération	2.8, 4.4, 4.13, 6.1, 6.2
ANSM	Conditions de prescription, produits injectables, essais cliniques	5.1, 5.4, 7.1
Santé publique France	Prévalence, tableau de bord, prévention	1.3, 1.4, 2.5
Institut national du cancer	Survie par stade, label de dépistage, cohortes	1.6, 2.8, 4.12, 7.2
Centre national de gestion	Personnels hospitalo-universitaires, autres voies d'entrée	1.8, 3.3
ONDPS et DREES	Projections démographiques, évaluation économique	1.7, 1.10, 1.11
Ordre des médecins	Droit d'exercice complémentaire, déontologie, contrats et sociétés d'exercice	1.9, 5.1, 5.2, 5.5, 5.6
Agences régionales de santé	Financement territorial des ESS, autorisation de l'imagerie, recours infirmier	4.1, 4.6, 4.11
Mission de préfiguration	Chiffrages, pistes d'évaluation à dépense constante, mandat en neuf points, avant-projet de loi	1.5, 1.7, 1.9, 1.10, 5.5, 5.8, 5.9 ; annexe 5

ANNEXE 15

Organisations signataires

Société Française de Dermatologie (SFD) · **Fédération Française de la Peau (FFP)**, qui fédère vingt-trois associations de patients · **Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF)** · **Fédération Française de Formation Médicale Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie (FFFCEDV)** · **Union Nationale des Équipes de Soins Spécialisés en Dermato-Vénéréologie (UNESS-DV)** · **Futurs Dermato-Vénéréologues de France (FDVF)**

Associations membres de la Fédération Française de la Peau

Liste publiée par la Fédération Française de la Peau (août 2026).

Afsam · Association des Brûlés de France · Association du Naevus Géant Congénital · Association Française de l'Eczéma · Association Française du Lupus · Association Française du Vitiligo · Association Française pour la Prévention des Allergies · Association Française Sturge-Weber · Association France Prurigo Nodulaire · Association Ichtyose France · Association Incontinentia Pigmenti · Association Mélanome Sans Angoisse · Association Pemphigus Pemphigoïde France · Association SpaVer22 · Cutis Laxa Internationale · Debra France – Association française de l'épidermolyse bulleuse · Enfants de la Lune · France 3A · France Psoriasis · France Asso Cancer et Peau · Genespoir · Solidarité Verneuil · Verneuil Grand Ouest

ANNEXE 16

Programme du colloque

« La Santé en Débats » — Crise de l'accès aux soins en dermatologie *Des patients et une spécialité, oubliés des politiques publiques de santé ?* Jeudi 19 novembre 2026, 8 h 45 – 13 h 00 — Assemblée nationale, salle Colbert

Ouverture officielle — Jean-Carles Grelier, député de la Sarthe.

Table ronde n° 1 (8 h 50 – 10 h 30) — *Une spécialité invisibilisée*. Modérateur : Valentin Bitker.

- Une spécialité riche, complexe, transversale — Pr Saskia Oro, présidente de la SFD.
- Le baromètre de l'accès aux soins : les chiffres qui obligent — Dr Isabelle Le Hir-Garreau, présidente du groupe démographie CNP / CNOM.
- « Fake news » et idées reçues qui égarent l'action publique — Clément Frehring (FDVF) et Dr Pierre Hamann (UNESS-DV).
- Impact sur la santé mentale et physique — Stéphanie Merhand, présidente de la Fédération Française de la Peau.
- Impact socio-professionnel — Marion Moulin, présidente de Solidarité Verneuil.
- Financiarisation de la dermatologie : quels impacts pour les patients ? — Pascale Benaksas (France Asso Cancer et Peau) et Dr Pierre Hamann.
- Le rendement et le coût d'investir sur les maladies de peau — Pr Isabelle Durand-Zaleski, directrice de l'URC-Éco, AP-HP.

Table ronde n° 2 (10 h 30 – 13 h 00) — *Les solutions existent et nécessitent une action immédiate des pouvoirs publics*. Modérateur : Valentin Bitker.

- Levier 1 — La prévention des maladies de peau — Dr Caroline Biver-Dalle (FFFCEDV) et Marion Moulin.
- Levier 2 — Numérique et intelligence artificielle — Pr Tu-Anh Duong, groupe TELDES, SFD.
- Levier 3 — La formation des professionnels — Clément Frehring (FDVF) et Pr Caroline Gaudy-Marqueste, présidente du CEDEF.
- Levier 4 — Recherche et innovations diagnostiques et thérapeutiques — Pr Frédéric Caux, vice-président de la SFD.
- Levier 5 — Délégation de tâches, nouvelles compétences, nouveaux métiers — Pr Caroline Gaudy-Marqueste et Dr Pierre Hamann.
- Levier 6 — Coordination des parcours : les équipes de soins spécialisés — Pascale Benaksas et Dr Pierre Hamann.

Synthèse et appel à l'action politique — Jean-Carles Grelier. **Conclusion** — Mme Stéphanie Rist, ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.

Programme sous réserve de modifications.

Glossaire

Sigle	Signification
ANR	Agence nationale de la recherche
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CEDEF	Collège des Enseignants en Dermatologie de France
CESP	Contrat d'engagement de service public
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNG	Centre national de gestion
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNP-DV	Conseil national professionnel de dermatologie-vénéréologie
CRMR	Centre de référence maladies rares
DES	Diplôme d'études spécialisées
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EADV	Académie européenne de dermatologie et vénéréologie
ESS	Équipe de soins spécialisés en dermato-vénéréologie
FDVF	Futurs Dermato-Vénéréologues de France, association des internes et jeunes dermatologues
FFFCEDV	Fédération Française de Formation Médicale Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie
FFP	Fédération Française de la Peau
FIMARAD	Filière de santé des maladies rares dermatologiques
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fonds d'intervention régional
HAS	Haute Autorité de santé
Hcéres	Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur

Sigle	Signification
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INCa	Institut national du cancer
IPA	Infirmier en pratique avancée
Leem	Les Entreprises du médicament (organisation professionnelle)
MCU-PH	Maître de conférences des universités – praticien hospitalier
MSU	Maître de stage universitaire
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (agence d'évaluation, Angleterre)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
OPTAM	Option de pratique tarifaire maîtrisée
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PIH	Prescription initiale hospitalière
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPL	Proposition de loi
PU-PH	Professeur des universités – praticien hospitalier
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SEL	Société d'exercice libéral
SFD	Société Française de Dermatologie
SNDS	Système national des données de santé
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNESS-DV	Union Nationale des Équipes de Soins Spécialisés en Dermato-Vénéréologie
URPS	Union régionale des professionnels de santé
WHA	Assemblée mondiale de la santé (*World Health Assembly*)

Références

Les sources citées dans le document sont regroupées ici, par partie et dans l'ordre du document.

Partie I — Introduction

- Sénat, question écrite n° 14114 de Mme Patricia Schillinger, JO Sénat du 11 décembre 2014 ; réponse publiée le 7 mai 2015.
- Assemblée nationale, proposition de loi n° 2481 (16e législature) de M. Yannick Neuder, visant à limiter la fuite des médecins vers la médecine esthétique, 11 avril 2024.
- Assemblée nationale, question écrite n° 11348 de Mme Sandrine Lalanne, JO du 2 décembre 2025, p. 9670.
- Sénat, question écrite n° 07059 de Mme Laurence Garnier, réponse du 5 février 2026 ; Assemblée nationale, question écrite n° 11817 de M. Hervé Saulignac, réponse du 10 février 2026.
- Assemblée nationale, question écrite n° 13769 de M. Stéphane Peu, JO du 24 mars 2026, p. 2489.
- Sénat, question orale n° 1113S de Mme Élisabeth Doineau, réponse en séance du 19 mai 2026, JO du 20 mai 2026, p. 3571.
- Assemblée nationale, question écrite n° 16302 de M. Jacques Oberti, JO du 23 juin 2026, p. 5636.
- Société Française de Dermatologie, communiqué du 13 septembre 2018 et Livre blanc « Les défis de la dermatologie en France », 2018.
- Société Française de Dermatologie, communiqué « Pénurie de dermatologues », 21 février 2025.
- Dépêche AFP du 18 mars 2026, reprise par Vidal le 19 mars 2026 (signalements reçus par l'Ordre des médecins).
- Assemblée nationale, question écrite n° 17348 de M. Karim Benbrahim, JO du 28 juillet 2026.
- Société Française de Dermatologie et Collège des Enseignants en Dermatologie de France, communiqué du 5 août 2026.

Partie II — La peau, organe sentinelle

- Barbarot S., Auziere S., Gadkari A. et coll., « Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey », *Allergy*, 2018, 73(6) : 1284-1293. doi:10.1111/all.13401.
- Parisi R., Iskandar I. Y. K., Kontopantelis E. et coll., « National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study », *BMJ*, 2020, 369 : m1590. doi:10.1136/bmj.m1590.

- Harries M., Macbeth A. E., Holmes S. et coll., « The epidemiology of alopecia areata: a population-based cohort study in UK primary care », *British Journal of Dermatology*, 2022, 186(2) : 257-265. doi:10.1111/bjd.20628.
- Desai S. R., Ezzedine K., Böhm M. et coll., « Validation of Self-Reported Vitiligo Prevalence among Adults in the USA and Europe Using the 2024 National Health and Wellness Survey », *Dermatology and Therapy*, 2026, 16(5) : 2557-2567. doi:10.1007/s13555-026-01715-z.
- Bouazzi D., Nielsen S. M., Hagan P. G. et coll. (GHiSA Group), « Prevalence of Hidradenitis Suppurativa: A Meta-Analysis of Global Hidradenitis Suppurativa Atlas Studies », *JAMA Dermatology*, 2025. doi:10.1001/jamadermatol.2025.2373.
- Insee, *Bilan démographique*, estimations de population au 1er janvier 2025 (provisoires), France métropolitaine, reprises par l'Ined, « Population par âge », mars 2025.
- Jabet A., Brun S., Normand A.-C. et coll., « Extensive Dermatophytosis Caused by Terbinafine-Resistant *Trichophyton indotineae*, France », *Emerging Infectious Diseases*, 2022, 28(1) : 229-233. doi:10.3201/eid2801.210883.
- Jabet A., Chiarabini T., Hennequin C. et coll., « Autochthonous transmission of *Trichophyton indotineae* through sexual contact, France, 2024 », *Eurosurveillance*, 2025, 30(26). doi:10.2807/1560-7917.ES.2025.30.26.2500416.
- Jabet A., Bérot V., Chiarabini T. et coll., « *Trichophyton mentagrophytes* ITS genotype VII infections among men who have sex with men in France: An ongoing phenomenon », *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2025, 39(2) : 407-415. doi:10.1111/jdv.20439.
- Degreze M., Durupt F., Ibranosyan M. et coll., « Suspected Sexual Transmission of Dermatophilosis among Men Who Have Sex with Men, Lyon and Paris, France, 2025-2026 », *Emerging Infectious Diseases*, 2026, 32(6) : 959-963. doi:10.3201/eid3206.260401.
- White J. M. L., Lui H., Chute C. G., Jakob R., Chalmers R. J. G., « The WHO ICD-11 Classification of Dermatological Disorders: a new comprehensive online skin disease taxonomy designed by and for dermatologists », *British Journal of Dermatology*, 2021 ; International League of Dermatological Societies, « International Classification of Diseases (ICD)-11 ».
- Société Française de Dermatologie, appel à projets « Formation à la recherche », 2023.
- National Cancer Institute, SEER, « Cancer Stat Facts: Melanoma of the Skin », données SEER 21, diagnostics 2016-2022.

Partie III — Une offre de soins en recul continu

- Assurance maladie, communiqué de presse du 11 juin 2026 sur l'Observatoire de l'accès aux soins.
- Assurance maladie, ameli.fr, « Les engagements conventionnels collectifs liés à l'accès aux soins », 17 mars 2026.
- Système national des données de santé, extraction de la CPAM d'Ille-et-Vilaine transmise par le groupe démographie de la spécialité (cabinets principaux au 31 décembre 2025 et au 30 septembre 2026).
- Egora, « Optam : 80 % des médecins ont renouvelé leur contrat », 23 décembre 2025.

- DREES, « La démographie des professionnels de santé depuis 2012 », fichier « Médecins RPPS 2012-2026 », data.drees.
- Haute Autorité de santé, Commission de la transparence, avis Yervoy (ipilimumab), 6 novembre 2013.
- Wolchok J. D. et coll., « Long-Term Outcomes With Nivolumab Plus Ipilimumab or Nivolumab Alone Versus Ipilimumab in Patients With Advanced Melanoma » (CheckMate 067, 6,5 ans), Journal of Clinical Oncology, 2022.
- Insee Première n° 2108, « Projections de population à l'horizon 2070 », 8 juin 2026.
- Insee, « Projections de population par grand groupe d'âges », exercice 2026, scénario central, juin 2026.

Partie V — La prévention

Volet 1 — ultraviolets

- Santé publique France, « Cancers de la peau — données », mise à jour du 13 juillet 2023.
- Institut national du cancer, communiqué du 22 mai 2025 ; « Les mélanomes cutanés », mise à jour du 27 juillet 2026.
- Centre international de recherche sur le cancer, communiqué du 28 mai 2025 (*International Journal of Cancer*).
- Organisation mondiale de la santé et Organisation internationale du travail, *Environment International*, 2023 : cancers cutanés non mélaniques attribuables à l'exposition professionnelle au rayonnement UV solaire, 183 pays, 2000-2019.
- Guignard R. et coll., évaluation médico-économique de Mois sans tabac, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 22, 12 novembre 2024.
- Collins L. G. et coll., *Health Promotion International*, 2024 (SunSmart) ; *Applied Health Economics and Health Policy*, 2024, 22(5) (revue systématique).
- Green A. C. et coll., *Journal of Clinical Oncology*, 2011, 29(3) (essai de Nambour).
- Santé publique France, « UV — notre action » (intervention « Vivre avec le soleil »).
- ARPANSA, étude publiée dans *Health Policy*, avril 2020 (interdiction des cabines en Australie).
- Anses, « Les dangers du bronzage artificiel », avis de 2018.
- European Cancer Organisation, réponse à la consultation de la Commission européenne, 2 février 2024.
- Conseil d'État, éclairage sur le décret n° 2025-482 du 27 mai 2025.
- C. Isaac-Sibille, *Construire un système de prévention primordiale*, rapport au Premier ministre, 13 juillet 2026.
- Anses, « Cancers de la peau : mieux prendre en compte l'exposition professionnelle aux UV », actualité d'octobre 2026 (expertise du groupe de travail « Maladies professionnelles »).
- FHF, « Mai violet », 5 juin 2025 ; Asfoder, « Juin Jaune ».
- France Asso Cancer et Peau, « Mai Violet — derniers ajustements », note transmise au coordinateur, novembre 2026.

- macommune.info, « Cancer de la peau : journée d'information et de prévention au CHU de Besançon », juin 2026 (campagne « initiée par l'Asfoder et l'association À fleur de peau », « en partenariat avec le CHU Besançon Franche-Comté » ; renvoi à la « Campagne nationale Juin Jaune », juin-jaune.fr).
- macommune.info, « Campagne de prévention 2026 : Juin Jaune cible les jeunes cette année », 2026 (« Portée par l'Asfoder, l'Association des Dermatologues de Franche-Comté »).
- « Patients et dermatologues unis pour l'accès aux soins dermatologiques », dossier de presse « Pénurie de dermatologues : quand la prévention et les patients se heurtent au mur de l'accès aux soins », mai 2026 (« la campagne « Mai Violet » pilotée par France Asso Cancer et Peau membre de la Fédération Française de la Peau » ; « Le slogan 2026 : « J'aime la vie, je protège ma peau. »… »).

Volet 2 — autres préventions

- Armstrong A. W. et coll., *British Journal of Dermatology*, 2014, 170(2) : 304-314 (psoriasis et tabac).
- Acharya P., Mathur M., *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2020, 82(4) : 1006-1011 (maladie de Verneuil et tabac).
- Arafa A. et coll., *Cancer Causes & Control*, 2020, 31(8) : 787-794 (tabac et cancers cutanés).
- Yosipovitch G. et coll., *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2007, 56(6) : 901-916 (obésité et peau).
- Mahil S. K. et coll., *British Journal of Dermatology*, 2019, 181(5) : 946-953 (perte de poids et psoriasis).
- Tejada R. A. et coll., *Salud Pública de México*, 2017, 59(1) : 84-94 (vaccin HPV et condylomes).
- Mbinta J. F. et coll., revue systématique de l'efficacité du vaccin recombinant contre le zona, 2022.
- Hou W. et coll., *Virulence*, 2025, 16(1) (mpox).
- Alfonso J. H. et coll., *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2017, 31 suppl. 4 : 31-43 (dermatoses professionnelles, StanDerm).
- Santé publique France, « VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2024 », 23 octobre 2025.
- Molina J.-M. et coll., *Lancet Infectious Diseases*, 2024, 24(10) : 1093-1104 (ANRS 174 DOXYVAC).
- Haute Autorité de santé, « Doxycycline en prévention des infections sexuellement transmissibles bactériennes », janvier 2025.
- EPI-PHARE (ANSM-CNAM), suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH, données au 30 juin 2025, 27 novembre 2025.
- Derancourt C., « Prévention des IST en 2026 : actualisation et rôle des dermatologues-vénéréologues », FFFCEDV, octobre 2026 (annexe 8) — source des données sur la PrEP et le remboursement du vaccin HPV.
- Derancourt C. et coll., recommandations de la Section MST/SIDA de la SFD, *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 2016, 143(11).

- Fédération hospitalière de France, « Mai violet : le mois pour lutter contre les cancers de la peau », 5 juin 2025 ; Association des maires de France, « Mai Violet : les communes en première ligne pour prévenir les cancers de la peau », 7 avril 2026.

Partie VI — Former les dermatologues

- DREES, *Études et résultats* n° 767 (ECN 2010), 802 (2011), 852 (2012), 937 (2014) et 1006 (2016), « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales », tableaux des postes ouverts par spécialité.
- ONDPS, *Les flux d'internes de médecine — Suivi de la filiarisation 2013-2018*, n° 2, 2021 (A. Bocognano, R. Charrier), figure 4 et tableau 4.
- Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 (statut de « docteur junior » pour les étudiants de troisième cycle « en phase 3, dite de consolidation »), présentation de Santé mentale, juillet 2018 ; texte à ouvrir sur Légifrance avant impression.
- Maquette du DES de dermatologie et vénéréologie (arrêté du 21 avril 2017), présentation de l'université de Lille : phase socle « 2 semestres », approfondissement « 4 semestres », consolidation « 1 an ».
- ARS Hauts-de-France, « 4ème année d'internat de médecine générale : ce qu'il faut savoir » : « Novembre 2026 : Prise de poste des premiers docteurs juniors en médecine générale » ; « en autonomie supervisée aux côtés d'un médecin généraliste maître de stage universitaire (MSU) ».

Partie VII — Coordination des soins, délégation de tâches et nouveaux métiers

1. Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier, article 6.
2. Décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier.
3. Arrêté du 26 juin 2026 fixant la liste des actes et soins pouvant être réalisés par les infirmiers diplômés d'État, JORF n° 0149 du 27 juin 2026, texte n° 25 (NOR : SFHH2610764A).
4. Arrêté du 26 juin 2026 fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'État sont autorisés à prescrire ou à renouveler (NOR : SFHH2617311A).
5. Code de la santé publique, article R. 4301-2 ; Ordre national des infirmiers, note sur les infirmiers en pratique avancée, juin 2025.
6. Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 (accès direct et prescription des infirmiers en pratique avancée) ; Caducée.net, « Infirmiers en pratique avancée : la montée en charge freinée par une formation restée figée depuis 2018 », 27 janvier 2026, d'après le recensement de l'UNIPA.
7. Société Française de Dermatologie, « Protocoles de coopération ».
8. Ingen-Housz-Oro S., Fournier P., Lebas D. et coll., « Activité des dermatologues français en 2025 : enquête nationale de pratiques », *Annales de dermatologie et de vénéréologie — FMC*, 2026, DOI 10.1016/j.fander.2026.03.006.

9. Syndicat national des dermato-vénéréologues, état des lieux de la dermatologie libérale, *réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*, n° 328, février 2024.
10. MACSF, « Assistant médical : emploi, formation, salaire », 16 juillet 2026.
11. Répartition des dermatologues libéraux par secteur, SNDS au 31 décembre 2025, repris dans les Focus régionaux du groupe démographie CNOM / CNP-DV.
12. Caisse nationale de l'assurance maladie, circulaire CIR-25/2024 du 31 juillet 2024 (convention médicale du 4 juin 2024, articles 33 à 39, annexes 10 et 11).
13. Assemblée nationale, commission des affaires sociales, rapport d'information n° 1649 du 30 juin 2025 (Printemps social de l'évaluation), évaluation des dispositifs d'aide directe à l'installation des jeunes médecins, rapporteurs Jean-François Rousset et Yannick Monnet, recommandation n° 4.
14. Code de la sécurité sociale, article L. 162-5-3, dans sa rédaction issue de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023, article 10 (Légifrance, consulté le 7 novembre 2026).
15. Décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024 (actes d'aide opératoire des infirmiers) ; Fédération hospitalière de France, note du 3 février 2025 ; Assemblée nationale, question écrite n° 2880, réponse au JO du 1er juillet 2025.
16. Assurance maladie, « Dispositif assistants médicaux — points de repère n° 55 », décembre 2024.
17. Conseil national de l'ordre des médecins, « Télémédecine : recommandations du Conseil national », 2026, section 10 « La téléexpertise ».
18. Assurance maladie, ameli.fr, « Le rôle du médecin traitant et le parcours de soins coordonnés ».
19. ARS Île-de-France, « Les équipes de soins spécialisés (ESS) », 25 juin 2025.
20. ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, « Équipe de soins spécialisés (ESS) », 21 avril 2026.
21. UNESS-DV, « Bilan des équipes de soins spécialisés en dermatologie et accès aux soins », support présenté à la CNAM et compte rendu de la réunion, 15 octobre 2026.
22. Assurance maladie, circulaire CIR-15/2017 du 22 septembre 2017 (NGAP, art. 18 B).
23. CPAM du Rhône, « Communautés professionnelles territoriales de santé », 2023.
24. NGAP, art. 18 B, version en vigueur au 1er janvier 2026 ; décision de l'UNCAM du 29 octobre 2024.
25. CPAM de Loire-Atlantique, courrier d'observations du 5 octobre 2026, et observations des dermatologues concernés, octobre 2026 (pièces non publiques).
26. Code de la santé publique, art. L. 4011-3, L. 4011-4 (III) et L. 4011-4-6 ; décret n° 2025-936 du 8 septembre 2025.
27. Haute Autorité de santé, « Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement », juin 2006.
28. Comité national des coopérations interprofessionnelles, appel à manifestation d'intérêt « Consultation infirmière en santé sexuelle, en lieu et place du médecin », 17 juin 2020.

Partie VIII — Le numérique

1. Groupe démographie CNOM / CNP-DV, présentation 2026, diapositives 10 et 12.

2. URPS Médecins libéraux de Bretagne, OncoBreizh Télédermato, infographie du 3 octobre 2025.

3. Liddy C. et coll., service d'e-consultation de l'Ontario, 2022.

4. Assurance maladie (Caisse nationale, département télésanté et innovation numérique), nombre de téléexpertises (TE2) facturées en activité libérale, hors hôpitaux publics, 2022-2025, données transmises aux signataires le 6 novembre 2026. 4 bis. Omnidoc, volumes de téléexpertise en dermatologie sur la plateforme (2024, 2025, 2026 au 3 novembre ; mois de septembre 2024 à 2026), données transmises aux signataires le 3 novembre 2026.

5. Vidal, « Télésanté : téléexpertise (médecins libéraux) », mis à jour le 12 septembre 2024 ; Weblex, « Organisation et tarification de la télémédecine ».

6. Karimzadhagh S., Ghodous S., Robati R. M. et coll. « Performance of Artificial Intelligence in Skin Cancer Detection: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. » *Int J Dermatol*. 2026;65(1):69-85.

7. Zhang Y., Chung J., Chen R., Malhotra S., Nguyen D., Levin N. A. « Testing the ability of artificial intelligence chatbots and dermatologic diagnosis mobile applications to diagnose melanoma and seborrheic keratosis. » *J Am Acad Dermatol*. 2025;92(1):161-3. 7 bis. Anriot J. et coll. « Limits of Artificial Intelligence Models for Skin Cancer Diagnosis in Realistic Settings. » *JAMA Dermatol*, publié en ligne le 3 juin 2026, doi:10.1001/jamadermatol.2026.1492 ; recensé par l'Institut national du cancer, *Nota Bene Cancer* n° 688, 15 juin 2026. 7 ter. Stang A., Jöckel K.-H., Heidinger O., « Skin cancer rates in North Rhine-Westphalia, Germany before and after the introduction of the nationwide skin cancer screening program (2000-2015) », *European Journal of Epidemiology*, 2018, 33(3) : 303-312, doi:10.1007/s10654-017-0348-6. 7 quater. Haute Autorité de santé, *Premières clefs d'usage de l'IA générative en santé*, guide, 30 octobre 2025. 7 quinquies. Lew K. L., Sim K. S., Chan W. T., « Artificial intelligence in three-dimensional total-body photography for skin cancer surveillance », *Frontiers in Medicine*, 2026, 13 : 1882075, doi:10.3389/fmed.2026.1882075. 7 sexies. Marchetti M. A., Nazir Z. H., Nanda J. K. et coll., « 3D Whole-body skin imaging for automated melanoma detection », *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2023, 37(5) : 945-950, doi:10.1111/jdv.18924. 7 septies. Kurtansky N. R., Gillis M. C., Codella N. C. F. et coll., « Automated triage of cancer-suspicious skin lesions with 3D total-body photography », *npj Digital Medicine*, 2025, 8 : 708, doi:10.1038/s41746-025-02070-7.

8. Code de la santé publique, article L. 4001-3, issu de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.

9. Code de la santé publique, article R. 4127-13-1, créé par le décret n° 2026-691 du 27 juillet 2026 (CNOM, commentaire de l'article 13-1).

10. Règlement (UE) 2024/1689 du 13 juin 2024 sur l'intelligence artificielle, modifié par le règlement (UE) 2026/1744 du 8 juillet 2026, publié au JOUE le 24 juillet 2026.

11. Soyer H. P. et coll. *JAMA Dermatol*. 2025. doi:10.1001/jamadermatol.2025.0211.

12. Lindsay D. et coll. *JAMA Dermatol*. 2025. doi:10.1001/jamadermatol.2025.0219.

13. Code de la santé publique, articles L. 6122-1 et R. 6122-26, dans sa rédaction issue du décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022, en vigueur depuis le 1er juin 2023 (Légifrance).

14. Code de la santé publique, article R. 4127-70 (article 70 du code de déontologie médicale), en vigueur depuis le 8 août 2004 (Légifrance).

- Données d'activité des équipes de soins spécialisés en dermato-vénéréologie (répertoire FINESS, crédits d'amorçage), UNESS-DV, octobre 2026.
- Données d'activité des équipes de soins spécialisés en dermato-vénéréologie, extraction de la plateforme de téléexpertise Omnidoc, octobre 2026 (sept équipes, hors Île-de-France).

Partie IX — L'activité à visée esthétique

- Haute Autorité de santé, *Élaboration d'un guide méthodologique de gestion des risques des actes à visée esthétique hors actes chirurgicaux — note de cadrage*, mai 2025 (saisine de la Direction générale de la santé du 12 juin 2019).
- Classification commune des actes médicaux, libellés QZNP029 (« Séance d'épilation cutanée sur moins de 50 cm², avec laser ou avec lampe flash ») et YYYY063 (« Supplément pour utilisation d'un laser à colorant pulsé pour destruction d'angiome plan sur 200 cm² à 350 cm² »), consultés le 7 novembre 2026.
- DREES, « Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation », *Études et résultats*, n° 1322, décembre 2024 (tableau 1).
- CARMF, « Bénéfices non commerciaux (BNC) 2022 par spécialité », fichier arrêté au 31 octobre 2023.
- Assurance maladie (Cnam/DSES/DEOS), fiche PS « Dermatologues libéraux », année 2023, mise à jour le 2 août 2024.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux*, annexe 2, 2 octobre 2025, tableau 1 (source CNAM, calculs HCAAM).
- Tarifs de la consultation de dépistage du mélanome (CDE) : 47,50 € avant le 22 décembre 2024, 54 € puis 60 € au 1er janvier 2026 (revalorisations de la convention médicale de 2024, report des mesures du 1er juillet 2025 après l'avis du comité d'alerte du 18 juin 2025).
- Convention médicale de 2024, avis ponctuel de consultant (APC) porté à 60 € (tarifs conventionnels au 22 décembre 2024).
- BOFiP, BOI-TVA-CHAMP-30-10-20-10, §§ 40-48 (actes à visée esthétique non thérapeutiques soumis à la TVA ; tempérament pour les actes antérieurs au 1er octobre 2012).
- Académie nationale de médecine, avis 23-08, *Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXIe siècle ?*, 2023, état des lieux.
- Classification commune des actes médicaux, ameli-ccam.fr, historique des tarifs par date d'effet : QZFA036 (28,80 € à chaque date d'effet du 1er septembre 2005 au 1er janvier 2026), QZQP001 (54,10 € du 16 septembre 2006 au 1er janvier 2026), consulté le 7 novembre 2026.

- Insee, indice annuel des prix à la consommation, base 2015, ensemble des ménages, France (série 001764363) : 87,90 en 2005, 120,95 en 2025.
- Assurance maladie, classification commune des actes médicaux, base ameli-ccam.fr, version du 1er janvier 2026 (fiches des actes cités en annexe 10), consultée le 8 novembre 2026.
- Université Paris Cité, offre de formation, « DIU Dermatologie esthétique, laser et cosmétologie », consultée le 7 novembre 2026.
- Décret n° 2026-611 du 9 juillet 2026 relatif au droit d'exercice complémentaire des docteurs en médecine dans leur spécialité, JO du 10 juillet 2026.
- Arrêté du 9 juillet 2026 fixant la liste des activités soumises au droit d'exercice complémentaire.
- Projet de décret relatif à la pratique médicale des actes, des procédés, des techniques et des méthodes à visée esthétique, version transmise par la DGOS le 19 octobre 2026 (document de concertation).
- Egora, « Médecine esthétique : le Gouvernement veut plafonner à 30 % l'activité des praticiens », 22 octobre 2026.
- Social Mag, 25 octobre 2026, citant 20 Minutes du 24 octobre 2026.
- CNP de dermatologie et vénéréologie, SFD, SNDV, CEDEF et FFFCEDV, courrier à la DGOS, 20 octobre 2026.
- CNP de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, « Observations sur le projet de décret », 20 octobre 2026.
- SFD, CEDEF, FFFCEDV, FDVF et UNESS-DV, communiqué de presse commun, 22 octobre 2026.
- Public Sénat, « Le Sénat adopte des mesures contre la fuite des médecins vers la médecine esthétique », 23 novembre 2025.
- Ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, support de la réunion sur la régulation et le contrôle des activités de médecine esthétique, 12 octobre 2026 (document de séance).
- Correspondance de la concertation sur le projet de décret, 20 octobre 2026 (cabinet ministériel ; Fédération des spécialités médicales), non publique.
- Code de l'éducation, art. R. 632-22 ; Fédération hospitalière de France, « Troisième cycle des études médicales : la mise à jour de la liste des DES, des options et des formations spécialisées transversales », 8 juin 2026.
- Cour constitutionnelle de Belgique, arrêt n° 110/2015 du 17 septembre 2015 ; loi belge du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique.
- Clyde & Co, « Non-Surgical Cosmetic Procedures – Ripe for Regulation? », 1er juin 2026.
- Université Côte d'Azur, faculté de médecine, « Formations spécialisées transversales (FST) ».
- Freeman E. E. et coll., « Global Disparities in Access to Dermatological Care: the Skin Health Observatory », JAMA Dermatology, 2026, doi:10.1001/jamadermatol.2026.3112.
- Règlement (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux, article 18.

- Décret n° 2026-891 du 23 septembre 2026 relatif aux communications commerciales en faveur des installations de chirurgie esthétique, JORF n° 0224 du 25 septembre 2026.
- Conseil national de l'Ordre des médecins et Conseil national professionnel de dermatologie-vénéréologie, « État des lieux de l'exercice de la dermatologie-vénéréologie : enquête CNOM-CNP DV », questionnaire adressé aux dermatologues, courriel de diffusion du 26 octobre 2026 (664 réponses à cette date).

Partie X — La financiarisation

- Sénat, commission des affaires sociales, rapport d'information n° 776 (2023-2024), « Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? », 25 septembre 2024.
- IGAS et IGF, « Causes et effets de la financiarisation du système de santé », mai 2025, publié le 9 juillet 2025.
- Assemblée nationale, proposition de loi n° 2956 portant mesures visant à lutter contre les excès de la financiarisation en santé, enregistrée le 23 juin 2026.
- Caducée.net, « Dépistage cutané par IA : entre promesse d'accès et risque de marché de la prévention », 6 juillet 2026.
- Futurs Dermato-Vénéréologues de France (FDVF), communiqué de presse du 20 avril 2026.
- Haute Autorité de santé, « Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la détection précoce du mélanome cutané », 25 janvier 2013.
- Code de la santé publique, art. R. 4127-1, version issue du décret n° 2026-691 du 27 juillet 2026.
- Code de la santé publique, art. R. 4127-5, R. 4127-8, R. 4127-19, R. 4127-19-1, R. 4127-20 et R. 4127-25.
- Code de la sécurité sociale, art. L. 162-1-7, version issue de la loi n° 2025-1403.
- Conseil national de l'ordre des médecins, « Informer sur les honoraires », 1er octobre 2024 ; code de la santé publique, art. R. 4127-53 ; arrêté du 30 mai 2018.
- Code de la santé publique, art. L. 1111-8, version issue de la loi n° 2024-449.
- Code de la santé publique, art. L. 4113-9.
- Code de la sécurité sociale, art. L. 162-31-1, version issue de la loi n° 2026-797.
- Documents commerciaux et convention de collectivité recueillis par la cellule d'investigation de la profession (pièces non publiques, tenues à la disposition des autorités).
- Actes déposés au Registre national des entreprises (statuts, décisions d'associé, rapport du commissaire aux apports), 2023-2025.
- Décision de l'UNCAM du 20 décembre 2011, art. 2 (NGAP, art. 15.2.1, consultation de dépistage du mélanome).
- Règlement (UE) 2016/679 (RGPD), considérant 26.
- Commission nationale de l'informatique et des libertés, référentiel relatif aux entrepôts de données de santé.
- UNESS-DV, note à l'attention de la CNAM, « Dépistage cutané et téléexpertise hors parcours de soins », 17 octobre 2026, et pièces annexées (copies caviardées).
- UNESS-DV, compte rendu de la réunion UNESS-DV–CNAM du 15 octobre 2026.

Partie XI — Perspectives comparatives internationales

- Étude publiée du service ontarien d'e-consultation (60 474 demandes sur deux ans), revue à comité de lecture.
- Gouvernement australien, réponse au rapport parlementaire sur le cancer de la peau, mai 2017.
- European Academy of Dermatology and Venereology, « More than just skin: Turning global commitments on skin diseases into EU and national action », conférence du 26 février 2026 au Parlement européen.
- Hübner et coll., « Population Skin Cancer Screening and Melanoma Mortality Rates », JAMA Dermatology, 2026, doi:10.1001/jamadermatol.2026.1527.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), guidance HTE24, « Digital technologies for assessing suspected skin cancer ».
- Organisation mondiale de la santé, consultations sur le projet de plan d'action mondial pour la santé de la peau (2025-2026) ; International League of Dermatological Societies, 21 mai 2026.
- European Academy of Dermatology and Venereology, « Skin health at the European Parliament », 5 juin 2026.
- Organisation mondiale de la santé, résolution WHA78.15 « Skin diseases as a global public health priority », 27 mai 2025.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), communiqué et décision du 15 octobre 2026 (saisine de l'IQWiG sur le dépistage du cancer cutané adapté au risque).
- Techniker Krankenkasse, « Gesundheitsreform 2026/2027 », mise à jour du 19 octobre 2026.
- Organisation mondiale de la santé, « Global Action Plan on Skin Diseases 2026–2035: Skin Health for All », projet soumis à consultation.
- European Academy of Dermatology and Venereology, « Leadership & Committees » ; « Vol 40, issue 8 of the JEADV is online », 1er août 2026.
- Genentech, communiqué du 7 juin 2018 (approbation du rituximab dans le pemphigus par la FDA).
- Hôpital Saint-Louis, notice historique (fondation par Henri IV, 1607).
- Société Française de Dermatologie, appels à candidatures « bourses francophones FFI 2026 » et « bourses JDP 2026 ».
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), HTE24, chapitre « 1 Recommendations ».
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Evidence generation plan HTE24, 1er mai 2025.
- Code de la santé publique, art. L. 4161-1.
- Le Quotidien du pharmacien, « Dépistage dermatologique : l'Ordre appelle à encadrer l'usage de l'intelligence artificielle », 18 septembre 2025 ; Ordre national des pharmaciens, « Dépistage cutané en officine : l'Ordre alerte ».

Partie XII — Recherche et innovation

- SCImago Institutions Rankings 2026, dermatologie, institutions françaises.
- T. Passeron, « Les maladies de peau : une révolution en marche ! », tribune libre, *Nice-Matin* (Science Azur), 5 juillet 2026.
- Société Française de Dermatologie, Livre Blanc *Les Défis de la Dermatologie en France*, 2018.
- SFD, fonds de dotation, actualités de septembre 2025.
- SFD, fonds de dotation, brochure 2026.
- Leem, 15e enquête « Attractivité de la France pour la recherche clinique », communiqué du 19 mai 2026, étude et baromètre 360 (juin 2026).
- Leem, « Santexpo 2026. La France face au défi de l'attractivité en recherche clinique », compte rendu de la session de présentation de l'enquête 2026, mai 2026.
- Leem, synthèse 2018 « Attractivité de la France pour la recherche clinique ».
- ANSM, procédure accélérée d'autorisation des essais, 20 novembre 2025, mise à jour du 24 février 2026.
- Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, annonce du 18 septembre 2026.
- Nomenclature des spécialités de l'Assurance maladie (TRE-G100), code 05.
- Cartographie des pathologies de l'Assurance maladie, présentation reprise par la MSA, octobre 2025.
- Étude DUPIXAM, communication ISPOR Europe 2023.
- MelBase (AP-HP) ; fiche NCT01617018 (PSOBIOTEQ) ; registre de la dermatite atopique, actualisation du 6 octobre 2023.
- Filière FIMARAD, site officiel.
- ERN-Skin, site officiel.
- EFPIA, *Patients W.A.I.T. Indicator* (mai 2026, cohorte 2021-2024), d'après le baromètre 360 du Leem ; moyenne de l'Union européenne lue sur le rapport de l'EFPIA.
- HAS, décisions d'accès précoce du dupilumab, 7 septembre 2022 et 5 octobre 2023.
- ANSM, 17 avril 2024, conditions de prescription des biothérapies ; Commission de la transparence, avis du 17 juillet 2024.
- Vidal, monographie Rinvoq, mise à jour du 31 août 2026.
- SFD, communiqué du 17 juillet 2025 sur l'encadrement de l'intelligence artificielle.
- PSOBIOTEQ : *Impact of methotrexate administration route on drug survival in psoriasis: Results from PSOBIOTEQ*, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2026 (PMID 41024667).
- Amiot M. et coll., « When to stop immunotherapy for advanced melanoma: the emulated target trials », *EClinicalMedicine*, 2024, 78 : 102960 (DOI 10.1016/j.eclinm.2024.102960).
- *Biologic tapering for patients with psoriasis with low disease activity: data from the French PsoBioTeq Registry*, *British Journal of Dermatology*, 2023 (PMID 36689510).

- Assurance maladie, « Pathologies : dépenses remboursées affectées à chaque pathologie », data.gouv.fr, mise à jour du 6 juillet 2026 (données 2015-2024).
- OMS, résolution WHA78.15, paragraphe 1(10).
- Banque nationale de données maladies rares (BNDMR), note d'information des patients, FAI2R, 2022.
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, « Modification des conditions de prescription d'inhibiteurs de Janus kinase (JAKi) indiqués dans le traitement de maladies inflammatoires chroniques », 22 octobre 2026.
- Direction générale de l'offre de soins, extraction de la base SIRANo des projets de dermatologie retenus au programme hospitalier de recherche clinique national, campagnes 2013 à 2024, 2 novembre 2026.
- Délégation au numérique en santé, correspondance du 7 octobre 2026.
- Roche, communiqué du 15 mars 2019 (autorisation européenne du rituximab dans le pemphigus vulgaire).
- Société Française de Dermatologie, « Centre of Evidence of Dermatology » (Centre de preuves en dermatologie).
- Sbidian E., Vicaut É., Chidiack H. et coll., « A Randomized-Controlled Trial of Oral Low-Dose Isotretinoin for Difficult-To-Treat Papulopustular Rosacea », Journal of Investigative Dermatology, 2016, 136:1124-1129.
- ANSM, comité scientifique permanent de dermatologie, ordre du jour du 28 mai 2024 et compte rendu de la séance du 13 juin 2025.
- Chosidow O., van Zuuren E. J., « Low-dose isotretinoin for difficult-to-treat rosacea: Enough evidence to be convinced—What's next? », JEADV, 2025, 39:713-714.
- Boralevi F., Simon G., Bernigaud C. et coll., essai en grappes ivermectine contre perméthrine dans la gale, BMJ, 2026;392:e086277.
- Bernigaud C., Do-Pham G., Guichard E. et coll., « Combined Oral Ivermectin and 5% Permethrin Cream to Treat Severe Scabies », N Engl J Med, 2026;394:1814-23.

Partie XIII — Le rendement de l'investissement

- Cohen J. T., Neumann P. J., Weinstein M. C., « Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates », *New England Journal of Medicine*, 2008, 358(7) : 661-663, doi:10.1056/NEJMp0708558.
- Health Data Hub, *Prise en charge des plaies en établissements sanitaires*, rapport d'étude n° 20047229, mis en ligne en mars 2026 (données 2022).
- AP-HP, « Dépistage du cancer du poumon : les inclusions du programme de recherche IMPULSION », mai 2026.
- Simon L. et coll., « Cost-effectiveness models of lung cancer screening by LDCT in Europe from 2015 to 2026: a systematic review and methodological assessment adapted for France », poster n° 3861, session de posters 3, ISPOR Europe 2026.
- Sénat, rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Partie XIV — Une loi-cadre relative à la santé de la peau

- Conseil constitutionnel, décision n° 2025-899 DC du 30 décembre 2025, cons. 96 et dispositif.
- Loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 relative aux soins palliatifs, articles 4 à 6 (Légifrance).
- Loi n° 2026-668 du 27 juillet 2026 visant à doter la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires, article créant l'article L. 1411-6-6 du code de la santé publique (Légifrance).
- Assurance maladie, communiqué de presse du 22 décembre 2025 sur les mesures conventionnelles de 2026 (texte reproduit par le GPM).
- Pour les chiffres rappelés en XIV.1 et XIV.8, voir les sources des parties auxquelles ils renvoient.

Annexe 2 — Chronologie

- Sénat, compte rendu de la séance du 8 janvier 2026, réponse de la ministre de la santé à la question de M. Jean-Marc Delia.

Annexe 8 — Prévention des infections sexuellement transmissibles

Recommandations de la Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie

1. Derancourt C., Vernay-Vaïsse C., Spenatto N., Dupin N. et coll. Prévention des MST/IST. *Ann Dermatol Venereol* 2016 ; 143(11) : 786-791.
2. Vernay-Vaïsse C., Spenatto N., Derancourt C., Timsit F. J. et coll. Dépistage des MST/IST. *Ann Dermatol Venereol* 2016 ; 143(11) : 703-709.
3. Derancourt C., Spenatto N., Vernay-Vaïsse C., Timsit F. J. et coll. Vaccinations. *Ann Dermatol Venereol* 2016 ; 143(11) : 782-785.

Épidémiologie et surveillance

4. Santé publique France. VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2024. Bulletin national, 23 octobre 2025.
5. Viriot D., Lucas E., de Barbeyrac B., Bébéar C., Fouéré S., Dupin N., Bertolotti A. et coll. Use of healthcare reimbursement data to monitor bacterial sexually transmitted infection testing in France, 2006 to 2020. *Euro Surveill* 2022 ; 27.

Prophylaxies et prévention biomédicale

6. Timsit F. J., Vernay-Vaïsse C., Derancourt C., Viraben R. et coll. Conduite à tenir après exposition sexuelle au VIH, VHB et VHC. *Ann Dermatol Venereol* 2016 ; 143(11) : 773-775.
7. Haute Autorité de santé. Doxycycline en prévention des infections sexuellement transmissibles bactériennes. Recommandation de bonne pratique (label), janvier 2025.
8. Molina J.-M., Bercot B., Assoumou L., Rubenstein E., …, Dupin N. et coll. Doxycycline prophylaxis and meningococcal group B vaccine to prevent bacterial sexually transmitted infections in France (ANRS 174 DOXYVAC). *Lancet Infect Dis* 2024 ; 24(10) : 1093-1104.

9. Molina J.-M., Capitant C., Spire B. et coll. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection (ANRS IPERGAY). *N Engl J Med* 2015 ; 373 : 2237-2246.
10. EPI-PHARE (ANSM-CNAM). Suivi de l'utilisation de Truvada ou génériques pour une PrEP au VIH, données au 30 juin 2025. 27 novembre 2025.

Populations prioritaires et approche collective

11. Benyamina A., Basset B., Ohayon M. et coll. Rapport « Chemsex », remis au ministre de la Santé, mars 2022.
12. Isernia V., Phung B., Lepretre A. M. et coll. Pre-exposure HIV prophylaxis (PrEP) among transgender women: 3 years of follow-up in a university hospital in Paris. *Sex Transm Infect* 2021 ; 97(6) : 465.
13. Desgrées-du-Loû A., Pannetier J., Ravalihasy A. et coll. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Euro Surveill* 2015 ; 20(46).
14. Tran P. L., Chirpaz E., Boukerrou M., Bertolotti A. PROM SSCOL: impact of a papillomavirus vaccination promotion program in middle schools (Reunion Island). *Vaccines* 2022 ; 10.

Exemples d'articles de diffusion internationale impliquant des dermatologues-vénéréologues français

15. Hembert R., Salle R., Grange P. A., …, Fouéré S., Bertolotti A., Dupin N. Evaluation of the usefulness of routine molecular biology for the diagnosis of primary syphilis by assessing the serological status of patients with PCR-confirmed syphilitic ulcers. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2024 ; 38 : e590-e592.
16. Janier M., Unemo M., Dupin N., Tiplica G. S., Potočnik M., Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021 ; 35(3) : 574-588.
17. Bertolotti A., Dupin N., Bouscarat F., Milpied B. et coll. Cryotherapy to treat anogenital warts in nonimmunocompromised adults: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2017 ; 77(3) : 518-526.
18. Bertolotti A., Ferdynus C., Milpied B., Dupin N., Huiart L., Derancourt C. Local management of anogenital warts in non-immunocompromised adults: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020 ; 10(2) : 249-262.
19. Rahi M., Fouéré S., Gilbert M., Bachelard A. et coll. ; MPV 23-24 Study group. Monkeypox clade IIb in France in 2023-2024. *Lancet Reg Health Eur* 2024 ; 47 : 101114.

Annexe 10 — Catégorisation des actes

- Société Française de Dermatologie, recommandations de prise en charge de l'hidradénite suppurée, texte court, août 2019.
- Arrêté du 18 mars 2019 (prothèses capillaires) ; Sénat, réponse ministérielle publiée au JO du 28 mars 2019 ; Assemblée nationale, question écrite n° 26226, JO du 4 février 2020.