



# Cofer

Collège Français des Enseignants en Rhumatologie Lettre semestrielle N° 18 – Mai 2009

|  | SO | M | MA1 | IRE |
|--|----|---|-----|-----|
|--|----|---|-----|-----|

| Editorial  | P1 |
|--|----|
| Christian MARCELL  | .I |
| Combien serons-nous en 2030 ?  |    |
| Maxime DOUGADOS  | S  |
| Compte-rendu de la Journée Nationale des DES                           |    |
| Comment entreprendre une carrière dans l'industrie pharmaceutique      | Р3 |
| Nadine MACKENZII   |    |
| • Quoi de neuf en 2009 dans la pathologie osseuse ?<br>Philippe ORCE   |    |
| Rhumatismes inflammatoires : les faits scientifiques marquants en 2008 |    |
| Formation et perfectionnement des rhumatologues étrangers en France    | P6 |
| Frédéric LIO   | ΤE |

## **QUELQUES DATES CLES des ACTIVITES du COFER**

- Mars 2009 (mercredi 11 mars) : Neuvième Journée des D.E.S. de Rhumatologie
- Juin 2009: 18<sup>ème</sup> lettre du COFER
- Septembre 2009 (vendredi 4) :
   Dixième Journée des Enseignants du COFER
- Novembre 2009 : 19<sup>ème</sup> lettre du COFER



#### **EDITORIAL**

Christian MARCELLI

En conséquence de la baisse prolongée du numerus clausus, nous avons vu fortement diminuer au cours des dernières années le nombre des internes DES dans les services de rhumatologie. Mais cette diminution du nombre des internes en rhumatologie, comme celle constatée également dans d'autres spécialités médicales, avait vraisemblablement d'autres explications que la seule baisse du numerus clausus. En effet, un sondage réalisé auprès de jeunes internes a montré que, si l'attrait « scientifique » d'une spécialité reste un motif important de leur choix, il n'en est plus la raison essentielle. Dorénavant, deux paramètres devancent cet attrait. Il s'agit tout d'abord de la rentabilité financière de la spécialité, suivie de la pénibilité du travail incluant la contrainte des gardes. Or, si la rhumatologie présente un profil avantageux concernant ce dernier paramètre, elle reste par contre relativement désavantagée pour le premier. Toutefois, une enquête récente de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)

(www.ladocumentationfrancaise.fr/rapportspublics/094000043/index.shtml) montre que, parmi les spécialités médicales et chirurgicales, la rhumatologie est l'une de celles ayant connu la plus forte augmentation de ses revenus, même si cette augmentation n'est que relative, les revenus des rhumatologues restant nettement inférieurs à ceux de beaucoup d'autres disciplines. Le développement de la pratique de l'échographie en rhumatologie et une revalorisation de certains actes jouent vraisemblablement un rôle dans cette augmentation des revenus du rhumatologue qui, malheureusement, risque fort d'être mise à mal par la programmée de certains dévalorisation actes radiodiagnostic. Osons croire également que d'autres motifs guident les jeunes internes vers la rhumatologie, tels son dynamisme scientifique avec, entre autres conséquences, le développement des biothérapies, ainsi que celui, déjà cité, de l'échographie ostéo-articulaire.

Fort heureusement, l'augmentation progressive du numerus clausus depuis quelques années commence à porter ses fruits et le nombre des internes augmente. Dans cette lettre, Maxime Dougados répond à cette importante question : « combien serons-nous en 2030 ? ». La dernière Journée Nationale d'Enseignement des DES de Rhumatologie a confirmé l'intérêt des jeunes internes pour notre spécialité. Ils étaient une trentaine de participants, actifs et curieux de connaître les différentes facettes de la discipline illustrées dans le programme établi par Erick Legrand. La « journée des DES » est dorénavant bien inscrite dans le calendrier du COFER et cette lettre en est l'écho.



1



#### Combien serons-nous en 2030 ?

La Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) vient de comprend 2 volets : d'une publier dans son n° 679 de Février 2009 les projections pombre de DES qui soutie

publier dans son n° 679 de Février 2009 les projections nationales et régionales de la démographie médicale à l'horizon de 2030.

Cette étude est très intéressante à plusieurs titres. Elle nous renseigne notamment sur l'évolution du nombre médecins, du rapport médecins de généralistes/spécialistes et de l'évolution pour chacune des disciplines. Par ailleurs, elle nous renseigne sur les modalités probables d'exercice (libéral hospitalier versus hospitalo-universitaire). Elle nous renseigne enfin sur les caractéristiques démographiques des médecins (âge, sex-ratio) et les lieux de travail (région par région). Ces chiffres doivent par ailleurs être examinés au vu d'un accroissement et d'un vieillissement de la population française avec notamment une augmentation notable de la demande de soins.

Si l'on résume la situation pour les rhumatologues, il faut s'attendre à une réduction de 30 % du nombre de rhumatologues qui seront plus souvent des femmes qui travailleront plus souvent dans une structure hospitalière avec toujours des divergences interrégionales.

Le rôle des enseignants de rhumatologie est d'anticiper cette situation. Pour cela, il me semble que 3 points doivent être privilégiés :

 Le COFER doit continuer ses efforts pour évaluer l'incidence annuelle des rhumatologues. Je vous rappelle que nous avons mis au point un système très Maxime DOUGADOS

performant pour évaluer cette incidence. Ce système comprend 2 volets : d'une part, l'évaluation du nombre de DES qui soutiennent leur mémoire et d'autre part l'évaluation du nombre de collègues étrangers qui obtiennent le diplôme de rhumatologue via le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

- le COFER doit continuer des actions pour attirer les étudiants du 3<sup>ème</sup> Cycle dans notre spécialité. En effet, les chiffres donnés par la DREES ne sont qu'indicatifs. Notre attractivité peut infléchir les tendances.
- 3. le COFER doit toutefois anticiper le mode de prise en charge des patients rhumatisants alors que nous serons 30 % de moins et que la demande de soins risque d'augmenter d'au moins 20 % pour notre spécialité en raison de l'augmentation de la population et aussi du vieillissement de cette population. Pour cela, il me semble que deux actions doivent être menées en parallèle :
  - d'une part collaborer avec nos confrères médecins généralistes et/ou nos partenaires dans la prise en charge des patients (médecins rééducateurs, kinésithérapeutes, podo-orthésistes mais peut-être aussi chiropracteurs, ...);
  - d'autre part, finaliser nos procédures en accord avec l'UEMS pour bien définir le rôle du rhumatologue.

Il faut probablement voir ce « challenge » à venir comme une opportunité pour améliorer l'enseignement de notre discipline et par voie de conséquence, améliorer la prise en charge des malades rhumatisants.

# Compte-rendu de la Journée Nationale des DES

Mathieu ROYER

Une trentaine d'internes et 7 conférenciers ont participé le 11/03/2009 à la 9<sup>ème</sup> journée nationale du DES de Rhumatologie se déroulant à l'hôpital Cochin et organisée par le Professeur Erick Legrand. Les thèmes abordés furent divers et variés, alternant entre sujets pratiques (la communication orale, les actualités du Cofer, les carrières dans l'industrie) et sujets fondamentaux (actualités sur l'arthrose, la pathologie inflammatoire et l'ostéoporose).

La journée a débuté par une intervention du Pr Orcel sur les faits scientifiques marquants dans l'ostéoporose en 2008. L'accent a été mis sur les pistes génétiques, l'importance et l'intérêt grandissant de la vitamine D, l'utilisation parfois controversée de l'outil FRAX et l'arrivée prochaine dans notre arsenal thérapeutique de l'anticorps anti-RANK ligand, le Denosumab.

Le Dr Mackenzie, médecin rhumatologue travaillant pour les Laboratoires Roche nous a présenté les différentes carrières médicales possibles dans l'industrie pharmaceutique quel que soit le degré d'expérience du postulant. On peut en retenir la diversité des postes possibles (recherche, relations scientifiques, marketing, communication, formation) ainsi que plusieurs sites Internet pouvant s'avérer utiles: les sites de l'ACIP, du LEEM et celui de l'AMIPS

Le Pr Berenbaum a poursuivi par les actualités cliniques et scientifiques de l'arthrose en 2008 et surtout par les connaissances physiopathologiques croissantes permettant d'envisager des traitements efficaces de l'arthrose dans les années à venir : rôle de la surexpression des métallo-protéases par le chondrocyte, perte de fonction et modifications du chondrocyte, communication os-cartilage-membrane synoviale.

La journée a continué par une intervention du Pr Ravaud concernant l'intérêt et les moyens pour se former à la recherche clinique : une intervention intéressante, valorisant ce domaine mal connu des internes, avec une présentation des différents MASTER accessibles aux internes de rhumatologie.

Le Pr Marcelli a ensuite fait le point sur les actualités du COFER en insistant sur les efforts du Collège dans la formation des internes avec notamment le livret de



l'interne en ligne. Il a également insisté sur l'obligation d'inscription de chaque interne, par un tuteur, sur le site du COFER pour un suivi régulier des connaissances théoriques et pratiques acquises.

Le Pr Legrand a présenté 10 conseils pour réaliser une bonne communication orale. De la forme du Power Point à la qualité de l'expression orale, tout a été exposé d'une façon très didactique appréciée des internes.

Le Pr Schaeverbeke a ensuite traité des faits scientifiques marquants pour les rhumatismes inflammatoires en 2008. Parmi la multitude de nouvelles données en 2008, le Pr Schaeverbeke a su faire une excellente synthèse en particulier sur le rôle de la citrulline et son lien avec la génétique, sur les facteurs environnementaux en particulier le tabac dans la PR, sur les nouveautés concernant les traitements

anti-TNFα et les traitements par inhibiteurs des voies de signalisation (inhibiteur de JAK et de Syk Kinase). Cette journée s'est terminée par une présentation-débat avec les internes sur l'évaluation et la prise en charge des lombalgies traînantes, co-animée par Christian Marcelli et Erick Legrand. Ce débat a permis de mettre l'accent sur les problèmes socio-économiques que posent les patients lombalgiques chroniques, sur les facteurs de risques de chronicisation des lombalgies et sur les pièges diagnostiques et thérapeutiques à éviter dans leur prise en charge.

Cette journée nationale 2009 a été, une fois de plus, un succès et les internes l'ont confirmé à travers un questionnaire d'évaluation remis en fin de session. Il en ressort une satisfaction générale tant sur le fond des exposés, la qualité des messages et des présentations que sur leur intérêt pratique.

# Comment entreprendre une carrière dans l'industrie pharmaceutique ?

Nadine MACKENZIE

L'industrie pharmaceutique offre un panel varié de métiers pour les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

Des phases de développement jusqu'à la commercialisation du médicament, les postes proposés aux débutants font appel à une expertise médicale mais ne réclament pas de formation particulière. Un diplôme de statistiques appliquées à la recherche clinique (le CESAM) est néanmoins un plus sur certains postes.

Dans les grands groupes industriels, les passages d'un métier à l'autre (au sein du département médical) ou les changements de département (du médical au marketing, par exemple) sont relativement faciles, parfois encouragés, et sont l'occasion d'exploiter des

talents potentiels, scientifiques ou autres (pédagogie, communication, créativité,...).

Pour résumer et s'il fallait ne retenir qu'un point : c'est essentiellement sur la base de l'expérience et des opportunités que se construisent les carrières les plus enrichissantes.

Quelques renseignements utiles:

- Association des cadres de l'industrie pharmaceutique : www.acip.asso.fr
- Les Entreprises du Médicament : <u>www.leem.org</u>
- Association des Médecins des Industries des Produits de Santé: <a href="https://www.amips.asso.fr">www.amips.asso.fr</a>
- CESAM (formation de Statistique appliquée à la Médecine): <a href="http://cesam.vjf.inserm.fr">http://cesam.vjf.inserm.fr</a>

# Quoi de neuf en 2009 dans la pathologie osseuse?

Faire un choix dans le foisonnement de la littérature médicale et scientifique d'une année est toujours difficile et hasardeux, même en le limitant aux articles qui paraissent les plus importants. Dans ce choix, il y a toujours une bonne part d'incontournable, une dose de provocation et une parcelle de coup de cœur...! C'est donc à cet exercice que je me suis livré avec délectation (et un peu de travail) pour le Congrès de décembre et dont je vous livre ici un résumé très bref.

L'incontournable en 2009 est l'évaluation du risque de fracture et la confirmation de l'irruption des biothérapies dans le paysage ostéologique. Le risque de fracture peut maintenant être évalué de manière quantitative par l'outil FRAX®. Son accès libre sur Internet (<a href="http://www.shef.ac.uk/FRAX/">http://www.shef.ac.uk/FRAX/</a>) permet une large diffusion dans les milieux médicaux, mais aussi dans le grand public. Il est simple et facile à renseigner, avec 12 items. Il indique, pour un patient donné, la probabilité à 10 ans de survenue d'une fracture ostéoporotique majeure (regroupant l'ensemble

#### Philippe ORCEL

'fracture vertébrale clinique, du col fémoral, du poignet et de l'humérus') et, spécifiquement, la probabilité à 10 ans de survenue d'une fracture du col fémoral. Malgré les limites de cet outil, il apparaît comme un outil pédagogique utile pour disséminer l'information sur le risque de fracture et sensibiliser tous les acteurs à la recherche des facteurs de risque. La réflexion en cours sur les seuils de risque pouvant conduire à une indication thérapeutique pourrait guider les cliniciens dans leur prescription, en particulier chez des femmes ostéopéniques chez lesquelles la décision est souvent difficile et ne doit pas être prise par excès.

L'outil FRAX, comme toutes les méthodes actuelles d'évaluation du risque de fracture, néglige les aspects qualitatifs osseux, pourtant très importants dans le déterminisme des fractures par fragilité. Des travaux récents, dont certains issus d'équipes françaises, suggèrent que l'utilisation d'analyses microstructurales ou d'évaluation de la résistance par analyse d'éléments finis pourraient contribuer à améliorer notre évaluation

COFER\_18.indd 3 7/09/09 12:20:41



de la fragilité osseuse et du risque de fracture. Même s'ils ne sont pas près de passer dans notre pratique des marqueurs génétiques l'ostéoporose semblent prometteurs, d'après travaux récents d'analyse de populations par « génome scan ». Des polymorphismes de gènes très pertinents d'un point de vue physiopathologique (LRP5, OPG) ont été ainsi mis en évidence. Parmi les autres facteurs de risque qui ont été soulignés ou confirmés dans des études de bonne qualité en 2008, mentionnons la carence en vitamine D (encore et toujours...!), les antiacides de type IPP (mais pas les anti H2), les inhibiteurs de recapture de la sérotonine, les anti aromatases, notamment l'anastrozole. Pour ce dernier, il faut toutefois mentionner que l'excès de risque de fracture observé pendant la période de traitement disparaît après la fin des 5 ans de traitement.

Les interactions entre cellules osseuses et cellules de l'immunité sont de plus en plus étudiées et constituent des pistes thérapeutiques extrêmement prometteuses. Le dénosumab (Dmab) est le plus proche d'une perspective de commercialisation. Cet anticorps anti-RANKL a fait l'objet d'un développement intensif, dans plusieurs indications. L'étude pivot pour la prévention des fractures ostéoporotiques n'est pas encore publiée (les résultats - très favorables - ont été présentés aux congrès de l'ASBMR et de l'ACR à l'automne 2008). Une étude de phase 2, chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, confirme que des injections semestrielles de Dmab sont associées à une diminution du score radiologique et IRM de progression des érosions à court terme, mais sans modification des pincements ni de l'activité de la PR. Il pourrait donc s'agir d'un traitement utile pour prévenir ou ralentir les destructions, en association avec un traitement de fond de l'inflammation rhumatoïde.

Autre nouvelle : le CTLA-4 Ig (abatacept) a une action anti-ostéoclastique... Tiens ! Ce régulateur de la costimulation, inhibiteur du lymphocyte T, exprimé par cellules dendritiques et monocytes, inhibe l'ostéoclastogenèse induite par RANKL ou TNF- $\alpha$  in vitro, inhibe le développement d'ostéoclastes in vivo dans un modèle d'arthrite dépendant du TNF, mais indépendant des cellules T, et diminue le développement d'érosions osseuses in vivo. Encore une piste pour limiter le risque de destruction osseuse au cours de la PR...

La cathepsine K est une protéase lysosomale de l'ostéoclaste, cible potentielle de traitements antirésorptifs. Pourrait-elle être aussi une cible thérapeutique pour certaines maladies auto-immunes? C'est ce que suggère un travail expérimental sur un modèle d'arthrite auto immune, dans lequel l'inhibition de la cathepsine K diminue l'inflammation et les érosions osseuses. De plus, les souris catK-/- sont résistantes à l'encéphalite expérimentale auto immune. L'étude des mécanismes moléculaires suggère l'implication d'un défaut de signalisation du Toll-like récepteur 9 dans les cellules dendritiques...

Les études scientifiques laissent parfois une petite part de rêve ou d'humour, même pour des travaux publiés dans des revues à fort facteur d'impact. Ainsi, le très sérieux « Proceedings of the National Academy of Sciences » (PNAS) nous révèle que la modification génétique de carottes peut leur faire sur-exprimer un transporteur calcique, ce qui, dans des études de biodisponibilité, multiplie par deux l'incorporation du calcium dans le squelette de souris et augmente de 40 % la quantité de calcium absorbé chez l'homme. Est-ce là une piste pour envisager de fabriquer des végétaux « fortifiés » en calcium bio-disponible...! Dans la même veine, des auteurs japonais ont rapporté dans « Bone » que de la poudre d'oignons diminue considérablement la résorption et la perte osseuse induite par l'ovariectomie chez la souris, ce qui pourrait être la conséquence d'une inhibition des facteurs de signalisation de RANKL...

Plus sérieusement pour finir, quoi de neuf du côté des traitements? Pas de grande nouveauté en 2008, si ce n'est la promesse du dénosumab, à confirmer par la publication. Quelques déceptions avec deux molécules mécanisme d'action hormonale. La tibolone, hormone stéroïde à action œstrogénique, progestative et aussi un peu androgénique, a été évaluée pour son effet sur les fractures. L'essai « LIFT » confirme l'augmentation connue avec ce produit de la DMO et la diminution du remodelage et révèle une diminution de l'incidence des nouvelles fractures vertébrales et non vertébrales ainsi qu'une diminution de l'incidence des cancers du sein et du colon, mais... aussi un doublement du risque d'accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique, obérant tout espoir de commercialisation dans l'indication ostéoporose. Le basedoxifène est un SERM qui diminue le risque de fracture vertébrale mais sans effet sur les fractures non vertébrales dans l'analyse en intention de traitement, ce qui diminue considérablement son intérêt clinique d'autant qu'un autre SERM, le lasofoxifène a fait l'objet de résultats plus favorables, montrés à l'ASBMR et non encore publiés.

Quelques articles sur l'observance thérapeutique soulignent que l'efficacité des traitements sur les fractures est très dépendante de cette observance. Une mauvaise adhésion est associée à une augmentation du risque de nouvelle fracture sous traitement et à une augmentation du risque de fracture de hanche chez les patientes après arrêt d'un traitement de deux ans par bisphosphonate.

N'oublions pas, en terminant, que 2008 a vu la disparition prématurée de l'un d'entre nous, le plus brillant et le plus productif dans le domaine de la recherche clinique en pathologie osseuse : Pierre Delmas. Que lui soit rendu ici un dernier hommage : Bye Pierre !



## Rhumatismes inflammatoires: les faits scientifiques marquants en 2008.

Thierry SCHAEVERBEKE

L'année 2008 aura indiscutablement été une année riche en informations dans le domaine de la pathologie inflammatoire. L'interrogation de Pubmed avec les items «rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, spondyloarthropathies et psoriatic arthritis » croisés avec l'année « 2008 » vous livre plus de 2500 références, auxquelles il faut ajouter communications des trois congrès majeurs de la spécialité : le congrès annuel de l'EULAR, celui de l'ACR et... le Congrès Français de notre SFR. Impossible bien entendu de tout résumer. Nous vous proposons une sélection nécessairement restrictive, et arbitraire.

Dans le domaine de la polyarthrite rhumatoïde, l'un des éléments marquant aura été un ensemble de publications concernant le rôle des facteurs d'environnement dans la genèse et l'entretien de l'activité de la maladie. C'est le tabac qui a fait l'objet de la majorité de ces travaux. Il a été montré que le tabagisme est étroitement associé au risque de développer une polyarthrite rhumatoïde anti-CCP positive, particulièrement chez les sujets porteurs de l'épitope partagé. Le tabac aurait un rôle direct sur la citrullination de peptides endogènes en augmentant l'expression de la peptidyl arginine déiminase au niveau des cellules de l'épithélium bronchique. Cette citrullination de peptides endogènes sous l'effet du tabac s'observe chez tous les fumeurs, les sujets porteurs de l'épitope partagés seraient plus enclins à développer une réaction immunitaire vis à vis de ces antigènes citrullinés, et à développer une polyarthrite rhumatoïde. Le travail de Carine Saillot, sur la cohorte ESPOIR, montre que les taux d'anticorps anti-CCP augmentent parallèlement à la consommation tabagique. Chez les patients poly-arthritiques, le tabagisme est par ailleurs associé à une consommation accrue d'anti-inflammatoires, de traitement de fond, et à un recours plus fréquent aux biothérapies. Enfin, il a été montré que le sevrage tabagique augmente les chances du patient de parvenir à la rémission clinique. Le rôle d'autres facteurs d'environnement a été discuté: dilatation des bronches, gingivite, cette dernière étant induite par Porphyromonas gingivalis (un germe qui tire son métabolisme énergétique de la dégradation de l'arginine en citrulline...), et, très curieusement, de l'alcool qui aurait quant à lui un effet protecteur...

Le poids des facteurs de co-morbidités de la PR a également été très étudié. Il se confirme que la PR constitue un facteur de risque indépendant de maladies cardiovasculaires, et que le poids du risque lié à la PR est au moins équivalent à celui du diabète de type 2. Ceci justifie amplement les recommandations édictées par l'EULAR à Paris en juin dernier, concernant la gestion du risque cardiovasculaire chez les patients atteints de polyarthrite.

De nombreux travaux ont bien entendu été consacrés aux traitements de la PR : optimisation de l'utilisation du méthotrexate avec l'étude CAMERA, stratégies thérapeutiques chez les patients en échec du méthotrexate avec l'étude SWEFOT, anti-TNF en première ligne avec l'étude COMET, les résultats spectaculaires du tocilizumab... impossible de les citer tous. Nous avons choisi de nous focaliser sur les études concernant les petites molécules inhibitrices des voies de signalisation, qui, pour la première fois, font état de résultats très spectaculaires. Ces produits, administrés par voie orale, seront certainement moins onéreux que les biothérapies. Toutefois, les produits évalués jusqu'à présent n'avaient montré qu'un effet limité, et surtout une iatrogénicité importante. Deux molécules plus ciblées (un inhibiteur de Syk, une tyrosine kinase spécifique des cellules de la lignée blanche, et des inhibiteurs de Jak, une tyrosine kynase particulièrement mise en jeu dans la production de cytokines proinflammatoires) ont montré un impact clinique très spectaculaire. Mais il est encore trop tôt pour qualifier leur profil de tolérance. Enfin, des travaux passionnants concernent le « reverse signaling », c'est à dire l'impact d'un récepteur soluble ou d'un médicament anti-cytokine sur la cellule productrice d'une cytokine lorsque cette substance se fixe sur la forme transmembranaire de la cytokine. Ce « reverse signaling » varie de façon notable d'une molécule à l'autre, ce qui pourrait expliquer une partie au moins des différences observées par exemple avec les trois anti-TNF actuellement commercialisés.

Concernant les spondylarthropathies, certainement les études d'imagerie qui ont fourni les données les plus surprenantes. Il a été montré que la sensibilité de l'IRM dans la détection des phénomènes inflammatoires aux sacro-iliaques ou au rachis était assez limitée, le nombre de faux négatifs pouvant dépasser les 50 %! Par ailleurs, la corrélation semble assez médiocre entre les phénomènes inflammatoires observés aux angles des corps vertébraux et la survenue ultérieure de syndesmophytes. Cependant, l'importance des lésions inflammatoires en IRM est corrélée à la réponse clinique aux anti-TNF. Mais les données structurales concernant les 3 anti-TNF sont décevantes : aucun de ces produits ne fait mieux que le placebo en ce qui concerne la prévention de la progression des syndesmophytes vertébraux ! Dernier point, les travaux génétiques montrent l'influence de polymorphismes du récepteur de l'IL-23 sur le risque de développer une spondylarthrite ankylosante, ce qui rejoint les données concernant la maladie de Crohn et le psoriasis, et fournit un argument de poids pour le développement d'essais cliniques utilisant des biothérapies ciblant l'IL-23.



Formation et perfectionnement des rhumatologues étrangers en France

Frédéric LIOTE

Toutes en nuances sémantiques, l'attestation de formation spécialisée ou AFS, et l'attestation de formation spécialisée <u>approfondie</u> (AFSA) vivent leur derniers mois, jusqu'à la rentrée de novembre 2009 incluse.

La première visait à offrir à de jeunes rhumatologues étrangers en formation déjà engagés dans le cursus dans leur pays d'origine, une formation de 2 à 4 semestres dans des services agréés en rhumatologie; la seconde à compléter la formation d'un jeune rhumatologue récemment diplômé dans son pays, et cela sur un période de 1 ou 2 semestres. Le retour dans le pays d'origine était un engagement du candidat, en fait largement mis à mal avec les nouvelles procédures de validation d'un diplôme étranger et les concours associés

La procédure était relativement simple au plan pédagogique : accords du coordonnateur et du chef de service d'accueil, lettre de soutien du chef de service ou du doyen d'origine du candidat et mise en phase des dates d'arrivée en France avec le cursus du candidat. Au plan administratif, étaient nécessaires une relative courte liste de documents (thèse, diplôme de rhumatologue, CV) que le candidat devait faire authentifier par un traducteur assermenté, ou obtenus des ambassades et consulats français (attestation de niveau d'expression en français).

Les candidats devaient certes trouver un poste rémunéré au mieux car le coût de la vie en France et à Paris en particulier est élevé, sans compter le prix du billet d'avion. Les postes de Faisant Fonction d'Interne avaient deux sources très différentes, soit un poste de FFI déjà en place, soit un poste de FFI libéré par un poste de DES non pourvu un semestre donné. Les coordonnateurs devaient alors soutenir, encourager et aider les étudiants AFS à effectuer des rotations de stage et non pas à rester comme FFI dans un service parfois éloigné de la spécialité... comme la MPR au sens large.

C'est dire que ce système est pour quelque temps encore dépendant du coordonnateur régional et des instances administratives et hospitalières locales. Des limites d'âge ont ainsi été mises en place à Paris par l'AP-HP. Les médecins généralistes ne peuvent avoir accès à l'AFS pour une raison évidente même si des demandes multiples nous parviennent et des « écarts » ont pu être constatés.

Depuis 2008, le système est en passe de changer. L'arrêté du 8 juillet 2008 crée le **Diplôme de Formation Spécialisé (DFMS)** et le **Diplôme de Formation Spécialisé Approfondi (DFMSA)** à la rentrée 2009-2010, **repoussée en fait à celle de 2010-2011** en raison d'un retard à l'organisation des épreuves, des banques de questions, etc. Ces diplômes mettent fin aux AFS et AFSA (<a href="http://www.legifrance.gouv.fr">http://www.legifrance.gouv.fr</a>: NOR ESRS0800237A). Le DFMS s'applique aux internes en

cours de cursus, celui du DFMSA à des rhumatologues déjà formés dans leur pays.

Les modalités de sélection des étudiants et leur répartition dans les facultés de médecine, la durée des études ont été profondément modifiées :

- La durée du DFMS est de 2 à 6 semestres, pour des médecins en cours de spécialisation dans leur pays, l'objectif étant d'achever le cursus dans le pays qui délivrera le diplôme de spécialiste. La durée du DFMSA est de 1 à 2 semestres. Une convention est signée entre les deux universités d'origine et d'accueil. L'activité hospitalière se fait dans des services agréés du DES.
- Toutes les démarches sont, dans un premier temps, centralisées à l'Université de Strasbourg. Un arrêté inter-ministériel fixera par discipline et spécialité pour chaque inter-région le nombre de places offertes.
- 3. Dans l'année qui précède l'arrivée en France, les candidats doivent satisfaire dans les services culturels français à l'étranger à : a) une épreuve nationale portant sur le programme des ECN, au plus tard le 15 mars, et b) une épreuve de connaissance linguistique TCF ou TEF (sauf pour les étudiants titulaires d'un DFMS). Un conseil scientifique (?) constitué en jury, dresse la liste, par discipline et spécialité, des candidats retenus, dans la limite du double des places ouvertes par spécialité, discipline et inter-région. Les candidats doivent avoir obtenu la movenne à chaque épreuve. La liste est valide un an. Le candidat dépose alors un dossier auprès de son université où il poursuit sa spécialité. Ce dossier, comparable à celui de l'AFS, est transmis à l'Université de Strasbourg qui centralise les dossiers et les adresse aux universités concernées. Chaque université classe les dossiers après avis du Doyen, du directeur de CHU (en accord avec le chef de service où seront effectués les stages) et du coordonnateur régional de la discipline. Ce classement est transmis à Strasbourg qui avertira les candidats, les répartira dans la limite des places ouvertes, et préviendra les candidats non retenus.

La validation se fera par une commission interrégionale de spécialité, avec la possibilité de non validation d'un ou deux stages.

Quelques commentaires du coordonnateur et d'un ancien « émigré volontaire » au Québec (Echanges France-Québec, 1983-1984) et aux USA (2001-2002) comme « post doc » tardif :

Notre façon d'accueillir les jeunes collègues étrangers est encore insuffisante par rapport à celle constatée, à 25 ans d'intervalle, dans des universités occidentales. Il y a là à faire un réel effort d'accueil et d'aide à l'intégration non seulement dans et par les services mais aussi des tutelles, depuis l'hôpital jusqu'à l'université. L'arrivée dans un pays étranger est un **choc culturel** (et thermique) réel



7/09/09 12:20:46



- comme, après la phase d'ajustement et de vie quotidienne, le retour au pays sera suivi d'un **contre-choc culturel**, ce dernier mettant en balance les avantages et les inconvénients des deux systèmes de vie. Les conditions d'hébergement sont le point principal et il faut souligner certains efforts des bureaux de personnel médical.
- Il en est de même à la fin du cursus, lorsqu'il est temps de remettre l'attestation attendue et de remercier le jeune rhumatologue. L'AP-HP organise ainsi une remise formelle de diplômes aux Boursiers du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris.
- Les modalités de validation des stages sont à améliorer et surtout à formaliser : peu savent que ces jeunes rhumatologues revenus dans certains pays, auréolés de ce séjour formateur (ou non), vont avoir qui une fonction hospitalière, qui une fonction universitaire en particulier un pied sur le marchepied de l'agrégation. C'est dire que collectivement les médecins titulaires des services, les enseignants, les coordonnateurs se doivent d'assurer une formation, un suivi pédagogique, une évaluation et une validation. Les règles du DES doivent, à mon sens, s'appliquer aux étudiants en AFS: tenue d'un portfolio intégrant les gestes techniques, séminaires, soutien et incitation pour les réunions de FMC et les congrès (y compris celui de la SFR), soutien pour les DU et DIU, évaluation formelle. C'est ce qui est mis en place sur ma Région. En revanche, je ne soutiens pas le mémoire type DIS ou DES pour ces étudiants mais je serais très partisan d'une épreuve de malade. Le COFER devrait se déclarer sur cet aspect.
- Ces pays sont ceux du Maghreb déjà largement pourvus en rhumatologues dont la formation est proche de la notre, mais aussi les pays du Golfe, du Moyen-Orient ou d'Afrique de l'Ouest, où pour beaucoup la rhumatologie n'est pas enseignée en tant que telle. Ce sont en effet des spécialistes en médecine interne qui, effectuant une AFS de deux ans en France, peuvent alors valider la double

- spécialité dans leur pays d'origine et apporter de réels soins à leurs compatriotes.
- Ces pays étaient jusqu'à peu de temps encore la Roumanie, la Hongrie! En effet, par « mesure dérogatoire », du fait de leur appartenance récente à la Communauté européenne, les internes de ces pays étaient redevables des mêmes fourches caudines que les non Européens. Ce scandale à mes yeux vient juste de cesser et nos collègues européens peuvent se prévaloir de formalités simplifiées, via l'Internet, comme les jeunes belges ou luxembourgeois francophones.
- C'est dire aussi que dans beaucoup de ces pays, l'attente est moins celle de la prise en charge d'une PR par une biothérapie... que des soins de qualités basés sur la clinique (« la clinique, encore la clinique et toujours la clinique »), sans oublier non plus la radiologie conventionnelle ou l'échographie, finalement peu coûteuses. Notre enseignement clinique depuis près d'un siècle est riche et peut nourrir cette demande.
- Le DFMS va avoir pour conséquence de réduire de façon brutale l'accès des jeunes rhumatologues étrangers en formation, et de même de réduire les FFI en nombre suffisant dans des services en mal de DES motivés par la spécialité. La répartition entre inter-régions sera sans doute améliorée. La centralisation sur Strasbourg et de vraies règles de sélection vont améliorer la qualité des candidats au prix d'une réduction de leur nombre. Surtout, c'est l'administration qui comme à l'hôpital (avec la loi HPST) va reprendre la main sur la formation et le nombre des spécialistes étrangers... nouvelle aberration de notre système.
- Le DFMSA, en revanche, va assurer une réelle formation post-universitaire aux rhumatologues étrangers qui, devant attendre 5 ans avant de (re)venir en France, devront avoir un réel objectif de stage éloigné d'une simple fonction de FFI: échographie, rhumatologie interventionnelle, recherche clinique par exemple.







Président: Christian MARCELLI CHU Côte de Nacre, Service de Rhumatologie avenue de la Côte de Nacre 14033 CAEN

> Tel: 02 31 06 31 06 Fax: 02 31 06 49 63 e-mail: marcelli-@chu-caen.fr

Secrétariat du COFER: Martine ROUTIER Hôpital Cochin, Service de Rhumatologie B 27 rue du Faubourg Saint Jacques 75014 PARIS

Tel: 01 58 41 25 62 e-mail: martine.routier@cch.aphp.fr



Le laboratoire AMGEN soutient financièrement le COFER pour l'organisation de la Journée Nationale des DES de Rhumatologie



Le laboratoire ABBOTT soutient financièrement le COFER pour l'édition de la Lettre du COFER