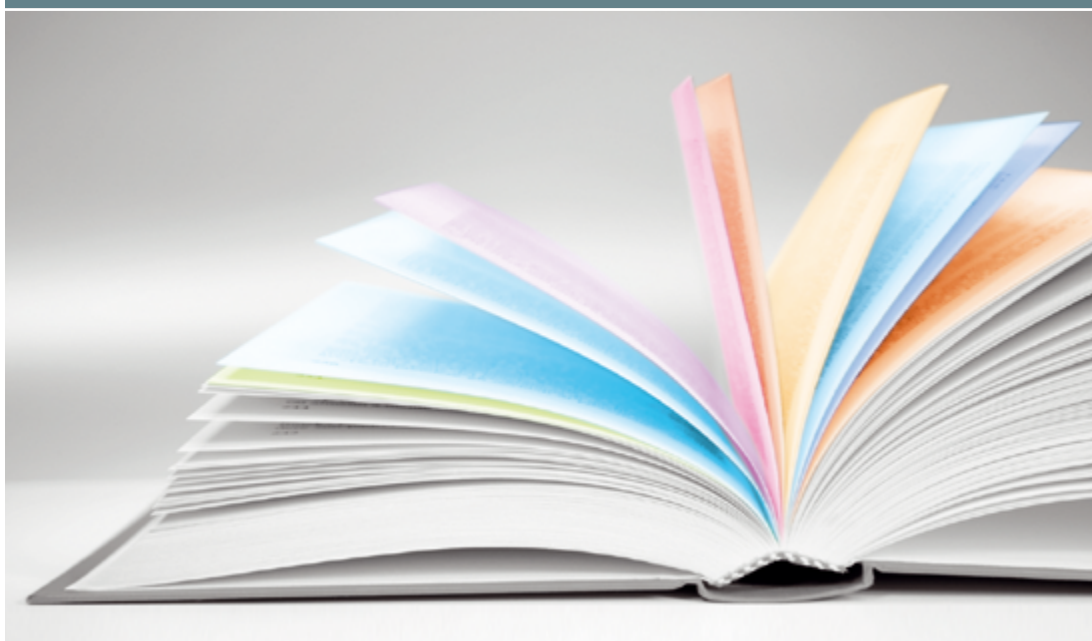


# LIVRE BLANC de la RHUMATOLOGIE FRANÇAISE 2015

## À L'INITIATIVE :

du Syndicat National des Médecins Rhumatologues  
de la Société Française de Rhumatologie  
du Collège Français des Médecins Rhumatologues



Voici enfin la version 2015 du livre blanc de la rhumatologie. Le travail fut long et laborieux, tout d'abord parce que le sujet est vaste, qu'il a fallu entreprendre analyser dépouiller et interpréter plusieurs enquêtes, mais aussi parce que la communauté rhumatologique a fait le choix de l'indépendance totale et que tout le travail a été réalisé par des rhumatologues praticiens en sus de leur activité clinique et administrative, bénévolement.

Les structures à l'origine et à la conclusion de cet ouvrage que sont la Société Française de Rhumatologie, le Collège Français des Médecins Rhumatologues et le Syndicat National des Médecins Rhumatologue ont donc optés pour l'autofinancement de l'intégralité du coût de l'ouvrage, de la réalisation des enquêtes réalisées par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, de la coordination et rédaction des articles, du long et fastidieux travail de relecture jusqu'à la mise en page et à la publication en ligne et sur papier du livre blanc. Ainsi aucun lien ou conflit d'intérêt avec une quelconque structure industrielle ou institutionnelle n'est à déclarer. Nous sommes fiers du travail accompli grâce à la participation massive des nombreux contributeurs qui a titre gracieux ont donné de leur temps et de leur compétence pour cet ouvrage dont l'objectif est de mieux connaître et faire connaître notre spécialité, tant par les rhumatologues eux-mêmes que par les institutionnels que sont l'assurance maladie, le ministère de la santé, les agences régionales de santé, la haute autorité de santé et toute structure s'intéressant de près ou de loin à notre noble spécialité qui sait prendre en charge, de façon originale dans le monde, toutes les pathologies de l'appareil locomoteurs sur le plan médical.

**Puisse cet ouvrage faire comprendre l'importance, la complexité, la spécificité de la rhumatologie dans toute sa diversité. Puisse cette analyse donner envie à tous, médecins, institutionnels et décideurs de s'intéresser à notre spécialité et mieux en apprécier l'absolue nécessité dans la prise en charge des patients dans notre pays.**

# I TABLE DES MATIÈRES

<b>Préface</b> .....	<b>1</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>2</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>Chapitre 1. La démographie des rhumatologues</b> .....	<b>9</b>
I. État des Lieux .....	10
II. Effectifs globaux .....	10
III. Répartition selon le sexe, l'âge et l'activité .....	10
IV. Densité départementale des Rhumatologues .....	13
V. Impact prévisible de la formation actuelle des Rhumatologues Diplôme d'études Spécialisées: DES .....	13
<b>Chapitre 2. Champs d'activité en rhumatologie</b> .....	<b>17</b>
I. Histoire de la rhumatologie .....	18
II. épidémiologie des affections rhumatologiques .....	18
1. Qu'en est-il du poids des affections rhumatologiques en France et dans le monde ? .....	18
2. Focus sur les rhumatismes inflammatoires: Polyarthrite Rhumatoïde (PR), Spondylarthrite Ankylosante (SA) .....	21
3. Focus sur le lupus .....	22
4. Focus sur la goutte .....	22
5. Focus sur la Maladie de Dupuytren (MD) .....	22
6. Focus sur la gonarthrose .....	23
7. Focus sur l'ostéoporose .....	23
III. Champ de compétence de la rhumatologie à la française .....	25
IV. La rhumatologie en Europe et l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) .....	25
<b>Chapitre 3. Les instances de la Rhumatologie</b> .....	<b>27</b>
I. Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale (AFLAR) et Associations de malades .....	28
II. CFMR: Du Conseil National de Rhumatologie au Collège Français des Médecins Rhumatologues .....	30
III. Collège Français des Enseignants en Rhumatologie (COFER) .....	31
IV. Club Rhumatisme Inflammatoire (CRI) .....	33
V. Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO) .....	34
VI. Rhumato DPC .....	36
VII. La section des rhumatologues en formation (REF) Structure de soutien à la formation des jeunes rhumatologues .....	37

VIII. Société Française de Rhumatologie (SFR) . . . . .	39
IX. Syndicat National des Médecins Rhumatologues (SNMR) . . . . .	42

#### **Chapitre 4. Formation initiale du rhumatologue . . . . . 45**

I. Du futur médecin rhumatologue :	
formation pratique, théorique, formation complémentaire . . . . .	47
1. La formation pratique . . . . .	47
2. La formation théorique . . . . .	47
3. La formation complémentaire . . . . .	48
II. Référentiel métier . . . . .	48
III. La CNIPI et la réforme du 3ème cycle et du post-internat . . . . .	49
IV. Le stage chez les rhumatologues libéraux . . . . .	49
V. Enquête auprès des jeunes rhumatologues . . . . .	50
1. Comment envisagez-vous votre mode d'exercice ? . . . . .	50
2. Dans quel lieu géographique ? . . . . .	51
3. Quelles formations complémentaires avez-vous suivies ? . . . . .	51
4. Estimez-vous que votre formation vous permet de prendre en charge les différentes pathologies ? . . . . .	51

#### **Chapitre 5. La formation médicale continue . . . . . 53**

I. Le Développement Professionnel Continu (DPC),	
une démarche qualité pour tous . . . . .	54
1. Le DPC, une idée originale et pertinente . . . . .	54
2. Quel avenir pour le DPC ? . . . . .	58
II. Le DPC pour les rhumatologues . . . . .	63
1. Pourquoi choisir RHUMATO DPC pour votre obligation de DPC ? . . . . .	63
2. En quoi consiste un programme de DPC ? . . . . .	64
3. Les programmes de DPC proposés . . . . .	64
4. Comment s'inscrire / organiser / proposer un programme ? . . . . .	66
III. La FMC associative : Evolution de l'activité et de la structure d'une association de formation médicale continue en 10 ans . . . . .	67
IV. La Société Française de Rhumatologie et la Formation Médicale Continue . . . . .	68

#### **Chapitre 6. Actes techniques diagnostiques et thérapeutiques   en rhumatologie . . . . . 70**

I. Imagerie en Rhumatologie . . . . .	71
1. La radiologie conventionnelle ostéo-articulaire . . . . .	71
2. L'échographie . . . . .	73
3. L'ostéodensitométrie . . . . .	74
4. Le scanner . . . . .	74
5. L'IRM . . . . .	75

6. Zones d'ombre et problèmes à prendre en compte dans l'avenir .....	75
II. La Rhumatologie interventionnelle .....	76
III. Pratique des explorations électro Neuro Myographique (ENMG) par les rhumatologues .....	77
IV. Onde de choc .....	78

## **Chapitre 7. Les médicaments et thérapeutiques non médicamenteuses en Rhumatologie ..... 80**

I. Traitement biologiques et non biologiques des rhumatismes inflammatoires ..	81
1. Les challenges des biothérapies .....	82
2. La réalité des biothérapies en France .....	84
3. Quelle évolution dans le futur ? .....	83
II. Les traitements de fond de l'arthrose .....	87
III. Les autres médicaments en rhumatologie .....	92
1. Pathologie rachidienne .....	92
2. Médicaments de l'ostéoporose .....	93
3. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens .....	96
4. Les infiltrations de corticostéroïdes .....	97
IV. Thérapeutiques non médicamenteuses .....	99
1. Hypnose thérapeutique .....	99
2. Thérapie cognitivo-comportementale .....	100
V. Le Thermalisme en rhumatologie .....	101
VI. Relation avec industrie .....	103

## **Chapitre 8. Exercice de la rhumatologie en France aujourd'hui et demain ... 105**

I. Résultats de l'enquête sur la démographie et l'activité des rhumatologues ...	106
1. Conclusions de l'enquête médecin .....	107
a) L'exercice salarié attire davantage les jeunes et les femmes .....	107
b) La rhumatologie libérale est davantage masculine (63 %) que la rhumatologie salariée .....	107
c) Une spécialité de proximité comme en 2003 .....	107
d) Description des rhumatologues et de leur activité en exercice libéral ...	107
e) Les rhumatologues salariés .....	108
f) Participation à un tour de gardes ou d'astreintes .....	109
g) Pratique des actes techniques et thérapeutiques .....	109
2. Données d'activité .....	110
a) Activité libérale 2013 des rhumatologues .....	110
b) Actes CCAM .....	111
c) Associations les plus fréquentes cotées en milieu rhumatologique .....	114
d) Répartition du temps de travail, revenus, appartenance syndicale et société. ....	114
II. Principaux résultats de l'enquête consultation .....	115

1. Caractéristiques des patients . . . . .	115
2. Mode de recours à la consultation rhumatologique . . . . .	116
3. Caractéristiques de la consultation . . . . .	116
4. Prises en charges lors de la consultation . . . . .	118
5. Prescriptions thérapeutiques et orientations diagnostiques . . . . .	119
III. Activité rhumatologique en centre hospitaliers . . . . .	119
1. Caractéristiques des patients . . . . .	120
2. Caractéristiques de l'hospitalisation . . . . .	120
3. Prises en charge lors de l'hospitalisation rhumatologique (enquête) . . . . .	121
4. Pathologies prises en charge en hospitalisation . . . . .	121
IV. Avenir des services hospitaliers de Rhumatologie en France . . . . .	122
V. Télémédecine et rhumatologie . . . . .	124
VI. Les centres de rhumatologie libéraux . . . . .	127

## **Chapitre 9. Environnement socio-économique . . . . . 130**

I. Impact des dernières conventions médicales pour les rhumatologues . . . . .	131
1. La Convention de 2005 . . . . .	131
2. La Convention de 2011 et l'avenant 8 . . . . .	132
3. De la CCAM clinique à la consultation complexe . . . . .	134
4. De l'évolution de la CCAM technique . . . . .	137
5. Rémunération sur Objectif de Santé Publique (RSOP) . . . . .	137
II. Coût de la rhumatologie et du handicap des malades ostéo-articulaire: le rhumatologue est-il pourvoyeur d'économies de santé? . . . . .	141
1. Rôle et impact des rhumatologues dans les principales maladies rhumatologiques . . . . .	141
2. Challenges médicaux et sociétaux posés par les principales maladies rhumatologiques . . . . .	144
3. Impact sociétal des maladies musculosquelettiques . . . . .	145
III. Éducation thérapeutique en rhumatologie . . . . .	148
IV. De la qualité et de la gestion des risques en rhumatologie . . . . .	150
V. Médias et rhumatologie . . . . .	153
VI. La pharmacopée des rhumatologues est-elle particulièrement mal traitée? . . . . .	155
VII. Ostéopathie : impact sur les rhumatologues des évolutions législatives . . . . .	156

## **Chapitre 10. Recherche et innovation . . . . . 159**

I. Les moyens de la recherche en Rhumatologie . . . . .	160
II. Valorisation de l'activité de recherche . . . . .	161
III. La SFR et la Recherche . . . . .	161
IV. La recherche en activité libérale . . . . .	162
V. L'innovation en Rhumatologie . . . . .	164
VI. La recherche en rhumatologie... une nécessité et un gage d'excellence ! . . . . .	165



<b>Conclusion</b> .....	<b>168</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>169</b>
<b>Contributeurs</b> .....	<b>170</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>171</b>

1. Résultats de l'enquête sur les médecins et leur pratique — PAGE 172
2. Résultats de l'enquête sur les consultations en rhumatologie — PAGE 224
3. Résultats de l'enquête sur les hospitalisations en rhumatologie — PAGE 250
4. Résultats du sondage auprès des jeunes rhumatologues — PAGE 273



## Livre blanc 2015, à quoi bon un deuxième livre blanc ?

À quoi bon un livre blanc ? Cette question que nous nous posions en 2003, nous nous la posons à nouveau en 2015. Loin d'un regard nostalgique sur dix années de glorieuses innovations tant au plan technologique que thérapeutique, ce livre blanc est l'occasion de s'arrêter un instant, de faire le point sur notre spécialité, ses atouts et ses faiblesses et de se projeter avec confiance et détermination dans l'avenir.

Trois défis majeurs nous attendent :

- l'explosion des pathologies rhumatismales surtout du fait du vieillissement de la population—on parle d'épidémie pour l'arthrose ;
- la démographie médicale—défi majeur qui n'a toujours pas trouvé de réponse cohérente ;
- les contraintes médico-économiques, habitués que nous sommes à une médecine « du meilleur ».

Notre rhumatologue, spationaute et alors ministre déléguée à la recherche et aux nouvelles technologies, Claudie Haigneré écrivait en préface du premier livre blanc en 2003 : *« si la spécificité de la rhumatologie française est ancrée dans son histoire, elle l'est aussi dans l'étendue de ses champs d'application. Loin d'être centrée uniquement sur les pathologies inflammatoires, la « rhumatologie à la française », selon l'expression consacrée par la communauté scientifique internationale, explore des domaines aussi variés que les pathologies osseuses malignes, dans le cas des métastases osseuses, mais aussi les pathologies « bénignes », comme l'ostéoporose, mécaniques comme l'arthrose ou encore les pathologies du voisinage des articulations comme pour les tendinites et les affections musculaires ».*

Cette spécificité, cette rhumatologie à la française, nous devons la promouvoir au quotidien mais également l'exporter. Le succès du congrès de la SFR, 3<sup>ème</sup> congrès rhumatologique mondial, le facteur d'impact de Joint Bone Spine, la version internationale de notre revue du rhumatisme, en témoignent, ne relâchons pas notre effort.

Comme en 2003, ce livre blanc a pour ambition de délivrer un message :

Aux institutionnels : consciente des coûts sociaux et économiques des affections qu'elle prend en charge, la profession s'est engagée très tôt dans une démarche qualité fondée sur l'évaluation de ses pratiques, l'élaboration de recommandations et la richesse de sa formation médicale continue. La communauté rhumatologique entend être un partenaire responsable et exigeant en particulier en matière de démographie, défi majeur trop longtemps éludé qui ne peut se résumer au partage de compétences ou délégation de tâches. La profession, aussi bien universitaire que libérale, insiste sur la nécessité de soutenir bien plus qu'aujourd'hui la recherche, fondamentale et clinique, dans un domaine où l'on sait qu'il n'y aura pas



d'innovation sans un fort soutien à la recherche.

A nos patients : nous leur devons information, écoute et compétence. Notre dialogue s'est enrichi de leurs légitimes exigences. Si le « colloque singulier » est pour nous toujours aussi enrichissant, nous devons au plan collectif les mettre en garde contre des dérives pseudo scientifiques voire commerciales.

Aux médecins généralistes : nos « correspondants » avec qui nous partageons souvent la médecine dite de « premier recours », puisse ce Livre Blanc, au-delà d'un état des lieux d'une spécialité qu'ils connaissent bien, leur permettre de mieux appréhender le champ du service que nous pouvons leur apporter, compte tenu des exigences de plus en plus contraignantes de leur métier.

Aux entreprises du médicament : après des années de mise à disposition pluriannuelles de nouvelles molécules, les contraintes économiques et réglementaires qui leur sont opposées nous font craindre un recul de leurs efforts de recherche et développement. Nous avons toujours milité pour une vraie gestion du risque, fondée sur une définition professionnelle du service médical rendu. Rappelons ici et très clairement, le soutien essentiel des entreprises du médicament dans la formation médicale continue.

Et enfin aux rhumatologues - et tout particulièrement pour les plus jeunes - que ce Livre Blanc soit l'occasion pour eux d'avoir une vision globale de leur spécialité et les encourage à construire la rhumatologie de demain.

Ni autosatisfaction, ni défaitisme, ce Livre Blanc se veut un témoignage de femmes et d'hommes fiers de leur métier et qui entendent mériter la confiance de leurs patients.

Merci à tous les auteurs d'avoir partagé cet enthousiasme.

# 1 | LA DEMOGRAPHIE DES RHUMATOLOGUES

## CHAPITRE 1. LA DEMOGRAPHIE DES RHUMATOLOGUES

Combien de Rhumatologues exercent en France aujourd'hui et quelles sont leurs caractéristiques? Quelle répartition hommes/femmes, par région, par tranches d'âge, par secteur d'activité (libéral, salarié, mixte)? Quelles perspectives pour les 10 ans à venir?

### I. État des lieux

Afin de répondre à ces questions, sur la démographie des médecins exerçant en France et plus particulièrement des rhumatologues, nous nous sommes basés essentiellement sur les données publiées chaque année par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).<sup>(1)</sup>

Les dernières statistiques ont été publiées en avril 2014 et ont concerné les effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Elles sont élaborées à partir du Répertoire Partagé des Professions de Santé (RPPS) auxquels tous les médecins sont tenus de s'inscrire.

### II. Effectifs globaux

Les Rhumatologues étaient **2598** à exercer en France au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Cela représente 1,18 % de l'ensemble des médecins, 2,2 % des spécialistes et 3,08 % au sein des spécialités médicales.

### III. Répartition selon le sexe, l'âge et l'activité

a) L'âge moyen est de 52,8 ans pour l'ensemble des Rhumatologues (56,4 ans pour les hommes et 48 ans pour les femmes) avec :

- Pour les libéraux, l'âge moyen des hommes est de 58,2 ans et des femmes de 51,3 ans ;
- Pour les salariés, l'âge moyen des hommes est de 50,6 ans et des femmes de 42,4 ans.

**TABLEAU 1 :**  
**ÂGE MOYEN<sup>(1)</sup>**

	Homme	Femme
<b>Ensemble</b>	56,4	48
<b>Salariés</b>	50,6	42,4
<b>Libéraux</b>	58,2	51,3

**TABLEAU 2 :  
EFFECTIFS DES RHUMATOLOGUES SELON L'ÂGE ET LE SEXE <sup>(1)</sup>**

	< 34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-65 ans	>65 ans
<b>Hommes 1 486</b>	51	50	56	128	258	338	369	236
<b>100 %</b>	3,43 %	3,36 %	3,77 %	8,61 %	17,36 %	22,75 %	24,83 %	15,88 %
<b>Femmes 1 112</b>	164	110	129	186	165	204	112	42
<b>100%</b>	14,74%	9,89%	11,60%	16,73%	14,84%	18,35%	10,07%	3,78%

Le pourcentage moyen de femmes parmi les Rhumatologues est de **42,8%**.

Ce pourcentage est de **37,3%** pour les femmes ayant une activité libérale, et de **56,0%** pour les femmes ayant une activité salariée hospitalière.

Il existe une nette prépondérance féminine avant l'âge de 50 ans.

**b) Répartition selon l'activité.**

Activité libérale exclusive, activité hospitalière salariée, activité mixte libérale et hospitalière, activité salariée autre.

**TABLEAU 3 :  
RÉPARTITION DES RHUMATOLOGUES SELON L'ÂGE, LE SEXE ET L'ACTIVITÉ <sup>(1)</sup>**

	Hommes Femmes Activité libérale		Hommes Femmes Activité mixte		Hommes Femmes Salariés hôpital		Hommes Femmes Salariés autres	
<b>&lt;35 ans</b>	6	29	5	25	39	107	1	3
<b>35-39 ans</b>	17	30	12	26	19	51	2	3
<b>40-44 ans</b>	22	56	17	26	16	46	1	1
<b>45-49 ans</b>	65	77	27	40	33	62	3	7
<b>50-54 ans</b>	129	81	55	26	71	36	3	22
<b>55-59 ans</b>	215	118	73	37	43	26	7	23

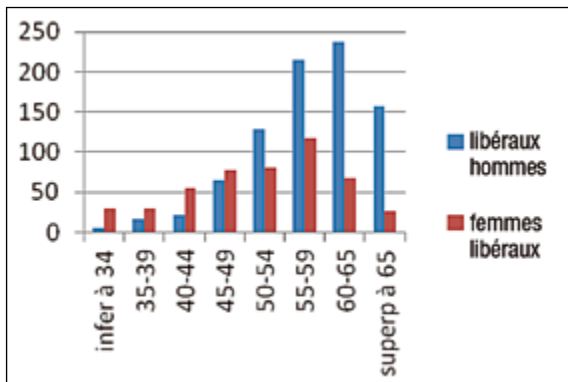
	Hommes Activité libérale	Femmes libérale	Hommes Activité mixte	Femmes mixte	Hommes Salariés hôpital	Femmes hôpital	Hommes Salariés autres	Femmes autres
60-64 ans	238	68	87	17	31	21	13	6
>65 ans	157	26	28	6	30	4	21	6

**1334** rhumatologues ont une activité libérale exclusive, **635** une activité hospitalière exclusive, **507** une activité mixte, **122** une activité salariée autre que hospitalière.

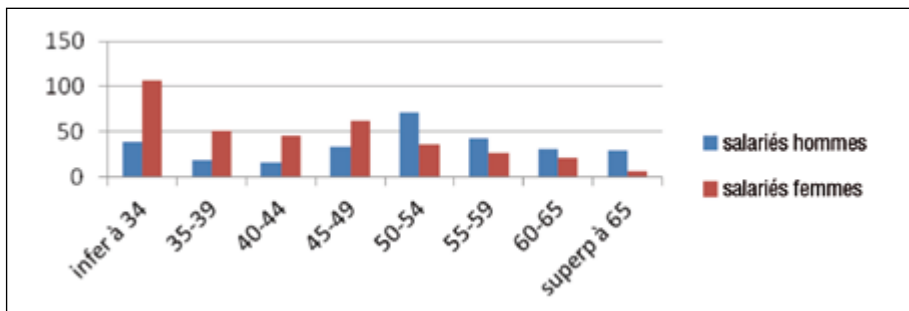
Soit : **1841** Rhumatologues ayant une **activité libérale - 70,86%** ;

**757** Rhumatologues ayant une **activité salariée - 29,14%**.

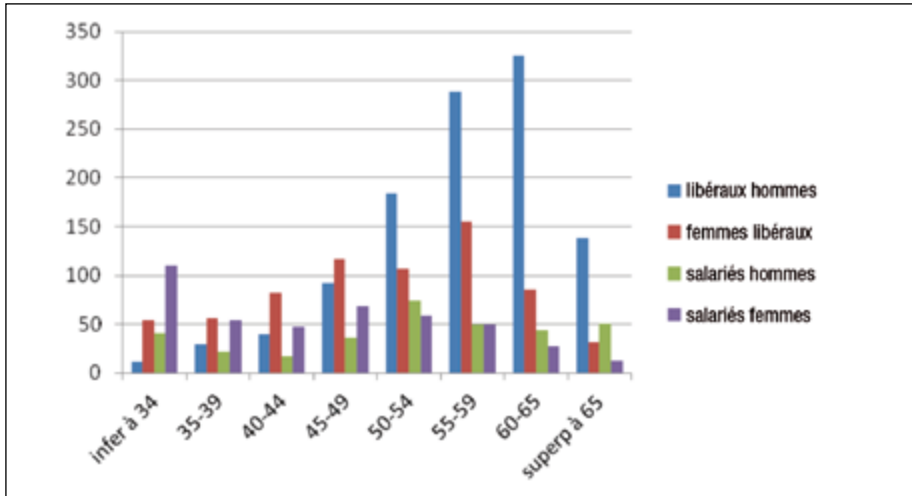
**FIGURE 1 : RÉPARTITION DES RHUMATOLOGUES LIBÉRAUX EXCLUSIFS SELON ÂGE ET SEXE <sup>(1)</sup>**



**FIGURE 2 : RÉPARTITION DES RHUMATOLOGUES SALARIÉS HOSPITALIERS SELON ÂGE ET SEXE <sup>(1)</sup>**



**FIGURE 3 : RÉPARTITION DES RHUMATOLOGUES LIBÉRAUX ET DES SALARIÉS SELON L'ÂGE ET LE SEXE <sup>(1)</sup>**



#### IV. Densité départementale des Rhumatologues

La densité moyenne est de 3/100 000 habitants pour les rhumatologues libéraux et de 4/100 000 habitants pour les hospitaliers.

Il existe une concentration plus importante dans huit départements : Paris, Val de Marne, Rhône, Savoie, Haute-Vienne, Haute-Garonne, Hérault, Alpes Maritimes.

La concentration la moins importante est observée dans les DOM-TOM et 11 départements : Ardennes, Eure, Haute-Saône, Saône et Loire, Vosges, Sarthe, Deux-Sèvres, Haute Loire, Lozère, Dordogne et Haute Corse.

La répartition est homogène dans les autres départements.

#### V. Impact prévisible de la formation actuelle des Rhumatologues Diplôme d'études Spécialisées : DES

Le nombre de DES inscrits en rhumatologie a régulièrement décliné entre 1995 et 2007, passant de 54 rhumatologues en formation à 24 par année. Ceci explique largement la baisse démographique attendue et les difficultés des rhumatologues libéraux partant à la retraite pour trouver un successeur.<sup>(2)</sup>

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) va modifier la démographie de nombreuses spécialités. Il a été constaté une disparité des internes formés dans certaines spécialités telles que la radiologie, la cardiologie ou la médecine nucléaire, et cela en défaveur de spécialités telles que la pédiatrie, l'endocrinologie mais aussi la rhumatologie. Il a donc été décidé d'établir une « filiarisation » des internes de DES dès l'Examen Classant National (ECN) passé.

Le dispositif de « filiarisation » vise à mieux répartir le flux des internes de médecine pour chacune des spécialités, afin de disposer dans chaque région du nombre de spécialistes nécessaires afin de :

- Tenir compte des besoins de renouvellement des professionnels en exercice ;
- S'assurer du développement d'une offre de soins adaptée.

Ceci implique que les nouveaux internes DES choisiront leur spécialité dès leur nomination à l'ECN avec néanmoins un droit de remord possible mais limité. Chaque année depuis 2010, un arrêté ministériel parait au Journal Officiel en juillet, et précise la « cible », c'est-à-dire le nombre d'internes à former, par spécialité et par subdivision territoriale pour une période de 5 an.<sup>(3)</sup> La « cible » est révisable chaque année par nouvel arrêté ministériel en fonction du nombre exact d'internes qui entrent en 3ème cycle et au fur et à mesure des inscriptions aux différents diplômes dans les régions. Le nombre d'internes à former par spécialité et par subdivision tient compte de plusieurs facteurs dont les départs à la retraite, les besoins de prise en charge de la population et les capacités de formation. Ceci fait que de 2010 à 2017, il y a non pas 25 à 50 internes mais 74 à 87 internes à former par an en France, comme l'illustre la figure 4, suite à l'arrêté ministériel du 14 juillet 2012.<sup>(3)</sup>

**TABLEAU 4 :**  
**NOMBRE D'INTERNES EN RHUMATOLOGIE À FORMER EN FRANCE POUR**  
**LA PÉRIODE 2012-2016 PAR SUBDIVISIONS TERRITORIALES**  
**(ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 14 JUILLET 2012) <sup>(3)</sup>**

INTERREGIONS ET SUBDIVISION	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	TOTAL 2012-2016
Ile-de-France	14	14	15	15	15	73
<b>Nord-Est</b>						
Strasbourg	2	3	3	3	3	14
Nancy	3	3	3	3	3	15
Besançon	1	2	2	2	1	8
Dijon	1	2	1	2	1	7
Reims	3	2	3	2	3	13



INTERREGIONS ET SUBDIVISION	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	TOTAL 2012-2016
<b>Nord-Ouest</b>						
Caen	2	3	4	4	4	17
Rouen	4	4	4	4	4	20
Lille	4	4	4	4	4	20
Amiens	2	2	2	2	2	10
<b>Rhone-Alpes Auvergne</b>						
Clermont-Ferrand	2	2	2	2	2	10
Grenoble	2	2	2	2	2	10
Lyon	4	4	5	5	5	23
Saint-Etienne	2	2	3	2	3	12
<b>Ouest</b>						
Brest	2	2	2	2	2	10
Rennes	3	2	2	2	2	11
Angers	2	2	2	2	2	10
Nantes	2	2	2	2	2	10
Tour	2	3	3	3	3	14
Poitiers	3	3	3	3	3	15
<b>Sud</b>						
Montpellier	5	4	4	4	4	21
Aix Marseille	3	3	3	3	3	15
Nice	2	2	2	2	2	10
<b>Sud-Ouest</b>						
Bordeaux	4	4	4	4	4	20
Toulouse	4	4	4	4	5	21
Limoges	2	1	2	1	2	8
<b>Autres</b>						
Océan Indien	0	0	0	0	0	0
Antilles-Guyane	1	1	1	1	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>82</b>	<b>87</b>	<b>85</b>	<b>87</b>	<b>422</b>

---

**RÉFÉRENCES:**

(1) [www.drees.sante.gouv.fr/](http://www.drees.sante.gouv.fr/)

(2) [www.lecofer.org](http://www.lecofer.org)

(3) Arrêté du 10 juillet 2012 déterminant pour la période 2012-2016 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision.JO du 14/07/2012 texte : 0163; 19 pages 11573/11589

---

**En conclusion**

---

La population des Rhumatologues français vieillit passant de **47,4 ans** (précédente étude de 2003), à **52,8 ans d'âge moyen**.

La féminisation de la profession se précise, notamment dans les tranches d'âge inférieures à 50 ans.

Dans ces tranches d'âge, le nombre de femmes entrant dans la profession progresse lentement mais on y constate surtout une forte diminution du nombre d'hommes. Il y a actuellement 80 % d'hommes de plus de cinquante ans !

L'effectif global est conservé (2607 en 2002, 2598 en 2014) mais devrait subir une diminution importante dans les années à venir en raison de l'arrêt d'activité de plus de 50 % des Rhumatologues (actuellement dans la tranche d'âge supérieure à 55 ans). Un déséquilibre va se produire en raison de la féminisation relative et de la diminution du nombre de Rhumatologues aboutissant à une diminution de l'offre de soins en regard de l'augmentation de la demande, induite notamment par le vieillissement de la population.

La filiarisation des spécialités médicales mise en place depuis 5 ans commencera à produire ses effets à partir de 2016. Ceux-ci seront cependant progressifs et ne compenseront que partiellement la baisse démographique en rhumatologie et donc l'offre de soins dans les maladies ostéo-articulaires d'ici à 2025.

# 2 | CHAMPS D'ACTIVITÉ EN RHUMATOLOGIE

## CHAPITRE 2. CHAMPS D'ACTIVITÉ EN RHUMATOLOGIE

### I. Histoire de la rhumatologie

La rhumatologie est née avec le thermalisme: Jacques Forestier (1890-1978), un nom bien connu des rhumatologues, en a été l'un des pionniers.

La rhumatologie est une spécialité «jeune». En effet, il existait depuis 1928 la «Ligue Française Contre le Rhumatisme» dont la vocation était d'inciter la recherche et de venir en aide aux malades. S'ouvrait cette même année, à l'hôpital Cochin, la 1<sup>ère</sup> consultation de rhumatologie par les docteurs Jacques Forestier, Jacques Lacapère et Florent Coste. Ce n'est qu'en 1949 que la première chaire de Rhumatologie Clinique et Sociale, à la Faculté de Médecine de Paris est attribuée à Florent Coste. En 1955 deux postes pour l'Agrégation de rhumatologie sont à pourvoir à Paris et à Toulouse.

Stanislas de Sèze, neurologue et rhumatologue, l'un des Pères fondateurs de la rhumatologie, a été nommé professeur d'Histoire de la Médecine, puis de Rhumatologie. Il a découvert les attitudes antalgiques de la sciatique par hernie discale considérée comme des formes d'hystérie. Revenant sur le rachis, Stanislas de Sèze, neurologue à la Pitié Salpêtrière, a décrit le premier le conflit disco-radiculaire ouvrant la voie à la prise en charge chirurgicale par discectomie.

En parallèle Jacques Forestier découvre l'usage des sels d'or dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. Il décrit aussi la pseudopolyarthrite rhizomélique et le canal lombaire étroit, puis la maladie qui porte son nom, encore appelée hyperostose vertébrale ankylosante. Il utilise avec son maître le Lipiodol comme agent de contraste radiologique qu'il arrive à disséminer aux USA.

Il faut ensuite attendre l'année 1969 pour assister à la naissance de la Société Française de Rhumatologie qui aura une vocation de société savante.

Dausset, père de Jean Dausset, prix Nobel de Médecine, le fondateur de La Revue du Rhumatisme, a passé la main à Stanislas de Sèze, ce qui explique que cette revue soit le plus ancien journal de rhumatologie sur la planète.

### II. Epidémiologie des affections rhumatologiques

#### 1. Qu'en est-il du poids des affections rhumatologiques en France et dans le monde ?

Une enquête réalisée auprès de 29 931 sujets représentatifs de la population française montre que 27,7 % (Intervalle de confiance IC : 26,9 %-28,4 %) de la population, soit environ 17,3 millions d'individus, a rapporté une affection rhumatologique. On peut noter le poids majeur de la lombalgie et de l'arthrose avec leur prévalence respective de 12,5 % (IC 12,1 %-13,1 %) et

de 12,3 % (IC 11,8 %-12,7 %). L'arthrose est à l'origine d'une limitation de l'activité avec une fraction attribuable moyenne de 22 % pour les difficultés lors de la marche (ou encore 22 % de l'incapacité pourrait être évitée par élimination de l'arthrose dans la population) et un changement professionnel est attribué à la douleur du rachis cervical et lombaire avec une fraction attribuable moyenne respective de 13 % et de 11,5 %.<sup>(1)</sup>

Dans une autre étude, a été ciblée les années de vie avec incapacité de 1 160 séquelles de 289 maladies et blessures entre 1990 et 2010 à partir des données de la littérature internationale.<sup>(2)</sup> Dans le **tableau 1**, on retrouve les séquelles rhumatologiques décrites parmi les 50 premières les plus importantes en termes de prévalence.

**TABLEAU 1 :**  
**RANG ET PRÉVALENCE PARMIS LES 50 SÉQUELLES DE MALADIES**  
(À PARTIR DES DONNÉES DE LA RÉFÉRENCE 2)

RANG	Type de séquelles	Prévalence globale %	Prévalence chez la femme %	Prévalence chez l'homme %
		population par millier	population par millier	population par millier
9	Douleur lombaire	9,17	8,70	9,64
		632 045	297 252	334 793
12	Autre trouble musculosquelettique	8,14	8,73	7,56
		560 978	298 199	262 779
16	Douleur cervicale	4,82	5,77	3,89
		332 049	196 915	
23	Gonarthrose	3,64	4,74	2,56
		250 785	161 900	88 885

Les auteurs ont utilisé la notion d'années globales de vie avec incapacité (AGVI) correspondant à la prévalence de la séquelle multipliée par le poids de l'incapacité pour cet état de santé associé à une séquelle. Pour une pathologie donnée, AGVI correspond à la somme des AGVI de chaque séquelle associée à cette pathologie. Entre 1990 et 2010, le nombre AGVI pour tout âge et quel que soit le sexe en milliers et pour 100 000 a augmenté pour les affections musculosquelettiques respectivement de 44,7 % (de 114 719 à 165 955) et de 11,3 % (de 2 164 à 2 409). Le **tableau 2** détaille ces deux indicateurs. On notera particulièrement le poids représenté par la douleur lombaire, la douleur cervicale et la gonarthrose.

**TABLEAU 2:**  
**POIDS DES AGVI DANS LES AFFECTIONS MUSCULOSQUELETTIQUES**

(À PARTIR DES DONNÉES DE LA RÉFÉRENCE 2)

	Nombre AGVI pour tout âge et quel que soit le sexe en milliers			Nombre AGVI pour 100 000		
	En 1990	En 2010	%Δ	En 1990	En 2010	%Δ
AUTRES	19517	28226	44,6	368	410	11,3
COXARTHROSE	1821	2917	60,2	34	42	23,2
DOULEUR CERVICALE	23866	33640	41,0	450	488	8,5
DOULEUR LOMBAIRE	58245	83063	42,6	1099	1206	9,7
GONARTHROSE	8627	14218	64,8	163	206	26,8
GOUTTE	76	114	49,3	1	2	14,9
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE	2566	3776	47,1	48	55	13,2

**AGVI:** *Années Globales de Vie avec Incapacité*

Parmi les 25 séquelles retrouvées entre 1990 et 2010, la douleur lombaire, la douleur cervicale, les autres troubles musculosquelettiques et l'arthrose occupent respectivement en 2010 la 1<sup>ère</sup>, 4<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> place.

Le rang selon le pourcentage des AGVI pour les 21 séquelles majeures en 2010 dans les différentes régions du monde est de :

- 1 à 4 pour la douleur lombaire (rang 1 dans l'Europe de l'Ouest) ;
- 3 à 8 pour la douleur cervicale (rang 4 dans l'Europe de l'Ouest) ;
- 2 à 12 pour les autres troubles musculosquelettiques (rang 5 dans l'Europe de l'Ouest) ;
- 6 à 26 pour l'arthrose (rang 13 dans l'Europe de l'Ouest) ;
- et 24 à 63 pour la polyarthrite rhumatoïde (rang 24 dans l'Europe de l'Ouest).

Un rapport portant sur l'état de la santé de la population mentionne que les affections ostéo-articulaires viennent au 2<sup>ème</sup> rang de fréquence des maladies déclarées (32 % après les maladies oculaires) avec la répartition suivante selon l'âge : 6 % pour les moins de 25 ans, 35 % pour les 25-64 ans, et 64 % pour les 65 ans et plus. Le motif de recours ou de diagnostic pour 100 séances médecin pour motif ostéo-articulaire augmente avec l'âge et est plus important chez la femme. Par exemple pour les 65 ans et plus, il est de 27,2 chez la femme versus 16,8 chez l'homme. <sup>(3)</sup>

**RÉFÉRENCES :**

(1) Palazzo C, Ravaud JF, Papelard A, Ravaud P, S Poiraudreau. The burden of musculoskeletal conditions. *Plos One*.2014; 9(3):e90633

(2) Vos T et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*.2012; 380:2163-96

(3) DREES. Etat de santé de la population en France. Rapport 2011. <http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html>

## 2. Focus sur les rhumatismes inflammatoires : Polyarthrite Rhumatoïde (PR), Spondylarthrite Ankylosante (SA)

La prévalence de la PR a été estimée en 2001 à 0,31 % (0,18-0,48 % IC 95 %) chez les sujets âgés de 18 ans et plus avec une prévalence plus importante chez la femme (0,51 %) que chez l'homme (0,9 %).<sup>(3)</sup>

En utilisant la population métropolitaine française estimée au 1<sup>er</sup> janvier 2015 par l'INSEE<sup>(4)</sup>, on peut évaluer à 133 493 femmes et 21 496 hommes ayants une PR. Les données 2012 de l'Assurance Maladie en rapport avec l'affection correspondante de longue durée (ALD) dénombrent 200 774 patients (73,3 % de femmes, âge moyen de 61 ans, taux de décès de 2,2 %) avec un taux de prévalence de 342 pour 100 000. Pour cette même année, le nombre d'incident déclaré en ALD était de 17 323 (70,4 % de femmes, âge moyen de 57 ans) avec un taux d'incidence de 29,4 pour 100 000.<sup>(5)</sup> Le nombre de nouveau cas déclarés en ALD pour la PR a augmenté de 55 % (12 389 en 2000 à 19 156 en 2009).<sup>(7)</sup> Le nombre de patients et la prévalence de l'ALD en 2013 restent stables (respectivement 207 550 et 343 pour 100 000).<sup>(8)</sup> Le nombre de patients ayant une PR traité par biothérapie a pu être évalué en Alsace et a été en 2012 estimé à 19%.<sup>(9)</sup>

En 2001, la prévalence de la SA était de 0,30 % (0,17 %-0,46 %) chez les sujets de 18 ans et plus avec une prévalence légèrement plus importante chez l'homme de 0,31 % comparée à celle de la femme (0,29 %).<sup>(6)</sup>

En utilisant les données de la population française estimées en 2015, cela aboutit à 149 951 souffrant de SA (51 % de femmes). Les données ALD 2012 en rapport avec la spondylarthrite ankylosante grave montrent une prévalence de 147 pour 100 000 (86 129 patients; 52,3 % d'hommes, âge moyen de 51 ans, taux décès 0,7 %) et une incidence de 14,7 pour 100 000 (8 656 patients; 45,2 % d'hommes).<sup>(5)</sup> Le nombre de nouveau cas déclarés en ALD de 2000 à 2009 pour la SA a augmenté de 4 195 à 7 705, soit une augmentation de 84 %.<sup>(7)</sup> Concernant l'ALD en 2013, le nombre de patients est de 91 730 (+ 6,5%) et la prévalence passe à 152 pour 100 000.<sup>(8)</sup>

### RÉFÉRENCES :

(3) Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux CH et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001.

*Ann Rheum Dis.* 2005; 64:1427-1430

(4) INSEE. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

(5) AMELI: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/>

(6) Saraux A, Guillemin F, Guggenbuhl P, Fardellone P et al. Prevalence of spondylarthropathy in France - 2001. *Ann Rheum Dis.* 2005; 64:1431-1435

(7) DREES. Etat de santé de la population en France. Rapport 2011. <http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html>

(8) AMELI: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/>

(9) Morgane B, Velten M, Rybarczyk-Vigouret MC, Covassin J, Sordet C, Michel B. Analysis and Breakdown of Overall 1-Year Costs Relative to Inpatient and Outpatient Care Among Rheumatoid Arthritis Patients Treated with Biotherapies Using Health Insurance Claims Database in Alsace. *Drugs - Real World Outcomes.* DOI 10.1007/s40801-015-0030-9. Published online: 16 July 2015

### 3. Focus sur le lupus

La prévalence et l'incidence brutes du lupus érythémateux systémique (évaluées en 2010 à partir de la base SNIIRAM couvrant 86 % de la population française soit environ 58,2 millions d'habitants) ont été respectivement de 47 / 100 000 et de 3,32 / 100 000. Concernant l'incidence, il a été retrouvé un pic chez la femme âgée de 30-39 ans (incidence de 9,11 pour 100 000) et chez l'homme âgé de 50-59 ans (incidence de 1,78 / 100 000). Des différences régionales de prévalence et d'incidence de la maladie ont été observées.<sup>(10)</sup>

#### RÉFÉRENCE:

(10) Arnaud L, Fagot JP, Mathian A, Paita M, Fagot-Campagna A, Amoura Z. Prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus in France: a 2010 nation-wide population-based study. *Autoimmunity Reviews* 2014; 13:1082-1089

### 4. Focus sur la goutte

La prévalence de la goutte estimée chez les sujets âgés de 18 ans et plus en France est de 0,9 %<sup>(11)</sup> fixant ainsi la population goutteuse de 450 539 (en utilisant la population française estimée début 2015).<sup>(12)</sup>

10 966 patients (âge moyen de 72,5 ans, 73 % d'hommes) ont été hospitalisés durant les périodes 2009-2011 à l'origine d'un coût hospitalier de 37 millions d'euros.<sup>(13)</sup> À partir des données de prévalence et en prenant en considération la population française âgée de plus de 18 ans en 2014, le nombre de patients hospitalisés correspondait à 2,4 % des patients goutteux.

#### RÉFÉRENCES:

(11) Bardin T. Estimation de la prévalence de la goutte en 2013. Communication orale ; 26ème Congrès de la Société Française de Rhumatologie, 1-3/12/2013 <http://sfr.larhumatologie.fr/congres/comment/commentList.phtml?strTheme=Arthrose%2C+cartilage%2C+arthropathies+microcristallines>

(12) INSEE. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

(13) M Maravic, K Ea. Hospital burden of gout, pseudogout and other crystal arthropathies in France. *Joint Bone Spine*. 2015 Apr 13. pii: S1297-319X(15)00029-9. doi: 10.1016/j.jbspin.2015.01.011. [Epub ahead of print]

### 5. Focus sur la Maladie de Dupuytren (MD)

Le nombre moyen d'hospitalisation pour MD pour la période 2002-2009 obtenu à partir des données PMSI était de 16 487. La prise en charge a été réalisée essentiellement en hospitalisation de jour (68,3 % en 2009 par exemple). L'acte chirurgical le plus fréquent était l'aponévrectomie (89 % des séjours). L'aponévrotomie et l'approche percutanée ont été respectivement décrites pour 2 087 et 877 des 17 686 séjours en 2009.<sup>(14)</sup>

Les données 2013 issues de la base SNIIRAM montrent que parmi les 1 898 rhumatologues ayant un exercice libéral (quel que soit l'importance de ce dernier), 4 % ont codé l'acte MJPB001 relatif à la fasciotomie palmaire par voie transcutanée avec un nombre total de 3 084 actes (41 actes réalisés en moyenne par rhumatologue).<sup>(15)</sup>

#### RÉFÉRENCES:

(14) Maravic M, Lasbleiz S, Roulot E, Beaudreuil J. Hospitalization fo Dupuytren's disease: A French national descriptive analysis, 2002 to 2009. *Orthop Traumatol Surg Res*.2014; 100:589-592

(15) Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), Institut statistique des professionnels de santé libéraux, analyse des données de l'année 2013 à partir des actes facturés par les rhumatologues à exercice libéral



## 6. Focus sur la gonarthrose

La gonarthrose est une maladie fréquente. En France, on estime à plus de 2,5 millions le nombre personnes de plus de 65 ans souffrant de gonarthrose.<sup>(16)</sup> La prévalence de la gonarthrose radiographique était de 19,2 % chez les adultes d'âge  $\geq 45$  ans dans la cohorte de Framingham, de 27,8 % dans le projet Johnston County Osteoarthritis et d'environ 37 % des participants âgés de plus de 60 ans dans la 3<sup>ème</sup> National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) Américaine.<sup>(17)</sup> La gonarthrose symptomatique est la plus fréquente des localisations arthrosiques symptomatiques.<sup>(17)</sup> Le risque sur une vie de développer une gonarthrose symptomatique a été évalué à environ 40 % chez les hommes et 47 % chez les femmes.<sup>(17)</sup> C'est une maladie invalidante dans un nombre non négligeable de cas. Aux USA, 10 % des patients ont du mal à aller de leur chambre à la salle de bains. Sa prévalence est en augmentation ces dernières années, du fait du vieillissement croissant des populations, de l'augmentation de la fréquence de l'obésité ou du surpoids, et également de celle des blessures traumatiques. Mais elle croit aussi chez les non-obèses ayant la cinquantaine.<sup>(18)</sup> Elle « pèse » en France, si l'on se base sur le registre hospitalier français entre 2002 et 2007, environ 70 000 prothèses, dont 5 000 reprises chirurgicales par an, soit un taux d'environ 106 prothèses / 100 000 habitants<sup>(19)</sup>, ce qui est un taux bas comparativement à la plupart des pays qui nous sont économiquement comparables : USA 234,2 ; Allemagne 215,8 ; Suisse 193,1 ; Finlande 190,9 ; Australie 180,2 ; Danemark 160,1 ; Angleterre-Pays de Galles 154,1 ; Canada 153,1 ; Nouvelle Zélande 152,6. Les seuls pays ayant des taux proches du nôtre sont l'Italie 100,4, la Norvège 92,5 et l'Espagne 92,8.<sup>(19)</sup>

### RÉFÉRENCES :

(16) Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Enquête Santé Protection Sociale 2006. <http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/ComPresseAutre/DossierPresseESPS2006.pdf>

(17) Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clin Geriatr Med.* 2010; 26:355-69.

(18) Reichmann WM, Katz JN, Burbine SA et al. Trends in the prevalence of symptomatic knee osteoarthritis from 2002 to 2009 (abstract). *Arthritis Rheum* 2011; 63 (suppl 10): 877.

(19) Kurtz SM, Ong KL, Lau E, et al. International survey of primary and revision total knee replacement. *Intern Orthop* 2011; 35:1783-9.

## 7. Focus sur l'ostéoporose

L'ostéoporose est reconnue comme une des priorités de santé publique concernant les affections de l'appareil locomoteur. Nous disposons en France de données populationnelles relatives au poids de cette affection. Le marqueur-clé défini pour son suivi est la fracture de hanche (FH). Cette dernière nécessite une prise en charge hospitalière pour la mise en place d'une prothèse de hanche ou d'un matériel d'ostéosynthèse selon la typologie de la fracture. Les données présentées ci-dessous sont issues des données du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI).

Entre 2002 et 2013, le nombre moyen d'hospitalisation pour FH était de 49 298 et de 13 942 respectivement chez la femme et chez l'homme âgés de 60 ans et plus avec une incidence moyenne pour un million d'habitant de 6 364 et 2 383 respectivement chez la femme et chez l'homme. Le nombre de FH a augmenté de 5 % et de 22 % respectivement chez la femme

(49 287 en 2002 à 51 661 en 2013) et chez l'homme (12 716 en 2002 à 15 482 en 2013), mais beaucoup moins que la population française (+ 21 % chez la femme et + 29 % chez l'homme). La résultante mécanique est une diminution nette de l'incidence de la FH chez la femme de -14 % (versus -1 % chez l'homme). Cette diminution d'incidence est plus nettement marquée dans les classes d'âges les plus âgées (75-84ans et 85 ans et plus). La raison de cette diminution est sûrement multifactorielle et on peut probablement la mettre en lien avec une amélioration globale de la santé de la population française.<sup>(20-21)</sup> La mortalité hospitalière liée au séjour pour prise en charge de la FH est loin d'être négligeable même si elle a diminué en France sur la période 2002-2008 de 3,9 % à 2,8 % chez la femme de 40 ans et plus et de 7,4 % à 5,4 % chez l'homme de 40 ans et plus.<sup>(22)</sup> L'incidence de la FH chez le sujet dialysé est environ 4 fois plus importante que chez le sujet non dialysé et le poids de cette fracture est associé à une mortalité et des coûts hospitaliers plus importants chez le sujet dialysé (données PMSI 2010). Le coût hospitalier de la prise en charge de la FH quelque soit le sexe ou le statut dialysé ou non est de 477 millions d'euros. Il est à noter la fréquence plus élevée de la démence dans cette population (72 % versus 26 %).<sup>(23)</sup>

D'autres fractures ont été évaluées à partir des données hospitalières, mais ces données ne sont pas exhaustives en raison d'une prise en charge possible hors hospitalisation. Il s'agit notamment des fractures proximales de l'humérus (FE) et des fractures vertébrales (FV) considérées également comme des fractures majeures de l'ostéoporose et des fractures du poignet (FP). En 2009, ont été identifiées 10 874 hospitalisations pour FE (77 % de femmes, âge moyen de 72,5 ans). L'incidence de FE augmente avec l'âge et est de 163 et 477 pour un million d'habitants respectivement chez l'homme et la femme âgés de 40 ans et plus. Leur mortalité hospitalière est de 1,1 % et le coût hospitalier est 34 millions d'euros. Parmi ces patients, 8 % d'entre eux vont être ré-hospitalisés pour une FH survenant en moyenne 353 jours après FE.<sup>(24)</sup> La même année, 13 624 patients âgés de 60 ans et plus étaient hospitalisés pour une FV. La mortalité hospitalière était de 0,9 %. Seuls 6,4 % des patients ont bénéficié d'une vertébroplastie.<sup>(25)</sup> En 2006, 38 979 séjours ont été comptabilisés pour la FP avec un coût hospitalier de 79 millions d'euros.<sup>(26)</sup>

Une modélisation du poids de l'ostéoporose chez la femme ménopausée adaptée à la France a prédit pour 2020 une augmentation des fractures ostéoporotiques de 18 % (de 204 234 en 2010 à 241 261 en 2020) avec la répartition suivante selon les fractures (+20 % pour la FH, +19 % pour la FV +17 % pour les autres fractures).<sup>(27)</sup>

---

#### RÉFÉRENCES:

- (20) M Maravic, Taupin P, Landais P, Roux C. Change in hip fractures over the last 6 years in France. *Osteoporos Int.* 2011; 22:797-801
- (21) Briot K, Maravic M, Roux C. La diminution de la prescription des traitements anti-ostéoporotiques n'a pas d'impact sur l'incidence des fractures de hanche en France. *Rev Rhum.* 2014; 81S: A120
- (22) Maravic M, Taupin P, Landais P, Roux C. Decrease of inpatient mortality for hip fractures in France. *Joint Bone Spine?* 2011; 78:506-509
- (23) Maravic M, Ostertag A, Torres PU, Cohen-Solal M. Incidence and risk factors for hip fractures in dialysis patients. *Osteoporos Int.* 2015; 25:159-65.
- (24) Maravic M, Briot K, Roux C. Burden of proximal humerus fractures in the French National Hospital Database. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2014; 100:931-934

(25) Maravic M, Taupin P, Roux C. Hospital burden of vertebral fractures in France: influence of vertebroplasty. *Osteoporos Int.* 2013; 24:2001-2006

(26) Maravic M, Taupin P, Landais P, Roux C. Hospitalized wrist fractures in France: incidence and burden trend changes. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2010; 96:662-666

(27) Cawston H, Maravic M, Fardellone P, Gauthier et al. Epidemiological burden of postmenopausal osteoporosis in France from 2010 to 2020: estimations from a disease model. *Arch Osteoporos.* 2012; 7:237-246

## Conclusion

**Les affections musculosquelettiques ont une prévalence élevée qui augmente dans le temps. Elles ont un impact significatif en termes d'incapacité. La prise en compte de leur poids épidémiologique est importante afin que le système de santé puisse répondre de façon efficace avec leur partenaire incontournable que sont les rhumatologues.**

### III. Champ de compétence de la rhumatologie à la française

La rhumatologie a ainsi débuté avec la médecine thermique, la neurologie et la médecine générale. Le démembrement des pathologies articulaires mais aussi rachidiennes explique en quoi la rhumatologie à la française prend en charge les affections rachidiennes, les pathologies articulaires et péri-articulaires (tendons, capsules, ligaments) mais aussi les maladies osseuses (tumeurs, myélome, métastases, ostéopathies fragilisantes à risque fracturaire) et musculaires. L'arthrose périphérique est l'une des affections articulaires phares de notre spécialité. Les maladies systémiques à expression articulaire sont aussi l'un des modes d'entrée dans le giron de la rhumatologie.

Cela rend le paysage de notre spécialité plus large que celui de nos collègues Européens ou Nord-Américains. Par exemple, au Royaume-Uni, le faible nombre de spécialistes rhumatologues les fait se centrer essentiellement sur les maladies inflammatoires et l'arthrose périphérique. À l'inverse les affections rachidiennes et péri-articulaires sont prises en charge par les orthopédistes ou les rééducateurs. L'ostéoporose est, elle, prise en charge par les endocrinologues ou les gynécologues.

Ce large champ de compétence de notre spécialité contribue aussi à la qualité de prise en charge en France des affections osteo-articulaires, les capacités de diagnostic en particulier différentiel venant en contrepoint de la culture rhumatologique à la française.

### IV. La rhumatologie en Europe et l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

La France est représentée à l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) pour ses deux composantes, le Syndicat des Médecins Rhumatologues, représentant les professionnels libéraux (Dr Jean-Philippe Sanchez) et la Société Française de Rhumatologie (SFR) représentant les rhumatologues dits académiques (Pr Frédéric Lioté).

**L'UEMS Section et Board of Rheumatology a pour but**

- D'améliorer et d'harmoniser les standards de formation et de compétence des médecins rhumatologues en Europe. Certains pays européens ont encore des formations très courtes, du fait de la jeunesse de la spécialité. Un audit systématique des durées de formation en Europe vient d'être réalisé sous l'égide de l'UEMS et de EMEUNET, l'association des jeunes rhumatologues européens en formation (Ramiro S et al, ARD 2015).
- De préparer les programmes de formation et d'évaluation des rhumatologues en formation. Ceux-ci viennent d'être validés en commission plénière de l'UEMS en 2014. Ces modalités de formation mettent en avant une formation de médecin interne suivie d'une formation de rhumatologie, le tout sur une période de 6 ans. Nous sommes bien en deçà en France (4 ans actuellement) et les nouvelles discussions entre le CNU, le COFER et les ministères font craindre que la durée de l'internat ne sera pas augmentée. Les modalités d'évaluation des résidents en formation qui pourraient être recommandées sont actuellement l'objet de travaux. Il en est de même de la qualité des formateurs.
- De préparer à terme les conditions d'un examen final européen pour la qualification de rhumatologue comme cela se fait déjà pour plusieurs spécialités comme l'anesthésie, la pneumologie.
- De mettre en place les conditions de mobilité des médecins en Europe en termes de validation des examens et des compétences des spécialistes.
- De faciliter la prise en charge transfrontalière des malades en Europe.
- De participer à l'évaluation et à la certification des programmes de formation médicale continue et de développement personnel continu (DPC). En particulier cela concerne des *live educational events* (LEE) c'est-à-dire des congrès, workshops et symposiums d'institutions reconnues (EULAR) et de compagnies pharmaceutiques. La reconnaissance des formations de DPC passe par la structure EACCME pour l'accréditation des formations médicales continues.

**La question de l'UEMS central est souvent posée : elle pourrait jouer un rôle dans la défense de spécialités face aux autorités européennes mais aussi nationales.**

# 3

## LES INSTANCES DE LA RHUMATOLOGIE

## CHAPITRE 3. LES INSTANCES DE LA RHUMATOLOGIE

### I. Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale (AFLAR) et Associations de malades

#### Associations : acteurs de santé !

La loi **du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)**, renforce les outils de la démocratie sanitaire en officialisant la participation de représentants des patients aux décisions qui les concernent directement, en concertation avec les tutelles et les professionnels de santé. Naturellement, les associations de patients font partie intégrante de ce dispositif et la rhumatologie ne fait pas exception avec pourtant ses particularités.

#### Les associations de patients en Rhumatologie, un monde pluriel

L'ensemble des associations partage des objectifs communs : **soutien aux malades et à leur famille**, information voire formation, défense des droits des malades et représentation des usagers dans les instances lorsque la structure est agréée par le Ministère, **sensibilisation des pouvoirs publics** et du grand public, participation à l'élaboration des politiques de santé et collecte de fonds pour favoriser la recherche.

Plus concrètement, le travail accompli est à la fois considérable et de grande qualité. Elles animent toutes des numéros d'écoute, des sites Internet et des blogs, sont aussi actives sur les réseaux sociaux. Elles sont un **relai essentiel du message médical**.

Certaines participent activement à l'**Education Thérapeutique du Patient (ETP)** en étant à l'initiative de projets novateurs, en créant des outils d'éducation thérapeutique ou d'information. Toujours dans l'idée de permettre au patient d'être autonome et de faire face à sa maladie, les associations peuvent contribuer à des services innovants à destination des patients (service gratuit et sécurisé SANOIA pour suivre la santé, stocker des données, et contribuer à la recherche médicale avec le partenariat de la SFR, l'ANDAR, l'AFS et l'AFLAR). [www.sanoia.com/e-sante](http://www.sanoia.com/e-sante)

Les associations de patients sont aussi des acteurs de la **recherche par la récolte de fonds** (bourses ANDAR, AFS, AFLAR en partenariat avec la SFR au profit de France Rhumatismes) mais aussi par la promotion d'études et enquêtes en collaboration avec des experts. Acteurs de formation initiale pour les médecins et les paramédicaux (programme Patient Partenaire de l'AFLAR). Les associations organisent également des réunions scientifiques dédiées aux patients (salon de la PR de l'AFPric ou journées nationales des spondyloarthrites de l'ACS).

Pour sensibiliser le grand public aux problématiques liées aux maladies rhumatismales, les associations peuvent créer ou participer à des **campagnes de communication** (campagne

pour changer l'image de l'arthrose « Stop arthrose » de l'AFLAR).  
[www.stop-arthrose.org](http://www.stop-arthrose.org)

Enfin elles ont aussi un rôle important de **lobbying politique** pour favoriser une meilleure prise en compte de la place des rhumatismes dans notre société. Les structures associatives en rhumatologie sont devenues des acteurs incontournables et une richesse pour la spécialité, ressources pour les patients et les professionnels de santé, mettant à profit leur savoir expérientiel et leur force bénévole.

Leur grand nombre implique cependant un morcellement des actions avec peu de démarches concertées qui permettraient pourtant un impact plus fort et une efficacité augmentée dans l'intérêt des malades. Les associations de patients sont multiples et ne sont pas toutes affiliées à l'AFLAR.

L'avenir est probablement à la fédération ou la mutualisation entre associations pour une collaboration, comme le montrent les Rencontres Nationales sur les Rhumatismes (RNR), résultat du travail conjoint de trois associations de patients (AFLAR, AFS, ANDAR), de la société savante (SFR) et de France Rhumatisme, permettant depuis 2013 d'organiser à Paris des journées originales de haut niveau pour les patients et les professionnels de santé, en invitant l'ensemble des associations à participer. [www.rencontres-rhumatismes.org](http://www.rencontres-rhumatismes.org)

### L'AFLAR, l'Association Française de Lutte Anti - Rhumatismale

Parmi les nombreuses associations œuvrant dans le champ des pathologies rhumatismales, une fait figure de précurseur. Fondée en 1928, la « Ligue Française Contre le Rhumatisme » (LFCR) était une entité mixte patients et professionnels. À l'aube des années 1970, la volonté de séparer la recherche et l'approche scientifique du côté ligue sociale et patient a amené la création de la SFR (Société Française de Rhumatologie) et de l'AFLAR (Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale) qui prendra son nom définitif en 1972.

Avant tout association à but non lucratif (loi 1901), l'AFLAR se compose de patients (avec 2/3 de patient siégeant à son conseil d'administration) et de professionnels de santé (médecins et paramédicaux) s'intéressant à la rhumatologie. Reconnue d'utilité publique (depuis 1937), elle défend la prise en charge de l'ensemble des maladies des os et des articulations. Elle a pour objectif de coordonner et d'optimiser la lutte contre les douleurs et les handicaps d'origine ostéo-articulaire, les actions de toutes les personnes physiques et morales concernées qu'ils soient malades ou acteurs de santé. Elle soutient les personnes touchées par plus de 200 maladies qui vont de la goutte à la lombalgie en passant par les Rhumatismes Inflammatoires Chroniques (RIC) et des maladies plus rares, mais aussi et surtout, l'arthrose et l'ostéoporose, dont les patients n'ont pas d'autre soutien associatif.

L'action de l'AFLAR s'étend au niveau européen par la représentation des patients souffrant de rhumatismes à l'EULAR (European Union League Against Rheumatism), en tant que membre fondateur de la branche patient de cet organisme européen (PARE—People with Arthritis/Rheumatism in Europe). L'AFLAR se veut être une organisation ombrelle qui rassemble l'ensemble des associations de patients voulant s'affilier pour une représentation nationale et européenne (dix associations affiliées actuellement).

### Sites des associations de patients en Rhumatologie :

- <http://sfr.larhumatologie.fr/Liens/SitesAssociationsPatients/index.phtml> et la liste AFLAR 2015
- AFLAR - Association Française de Lutte Anti-Rhumatisme. [www.aflar.org](http://www.aflar.org)
- ACS - Action Contre les Spondylarthropathies. [www.acsac.france.free.fr](http://www.acsac.france.free.fr)
- ACSAC - FRANCE Fédération Nationale des Associations Contre la Spondylarthrite Ankylosante et les Spondylarthropathies. <http://acsac.france.free.fr/WEB2006/index1.html>
- Association Fibromyalgie France. [www.fibromyalgie-france.org](http://www.fibromyalgie-france.org)
- AFF - Association Française des Fibromyalgiques. <http://aff.monsite-orange.fr>
- AFGS - Association Française du Gougerot Sjögren. [www.afgs-syndromes-secs.org](http://www.afgs-syndromes-secs.org)
- AFL + - Association Française du Lupus et autres maladies auto-immunes. [www.lupusplus.com](http://www.lupusplus.com)
- AFPric - Association Française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques. [www.polyarthrite.org](http://www.polyarthrite.org)
- AFS - Association France Spondylarthrites. [www.spondylarthrite.org](http://www.spondylarthrite.org)
- AFSED- Association Française contre le Syndrome d'Ehlers Danlos. [www.afsed.com](http://www.afsed.com)
- AFVD Association Francophone pour Vaincre les Douleurs. [www.association-afvd.com](http://www.association-afvd.com)
- AIRSS Association pour l'Information et la Recherche sur le Syndrome SAPHO. <http://airss-sapho.org/>
- AISMS - Association d'Informations et de Soutien aux Malades de SAPHO et spondylarthropathies. <http://maladiesdesapho.e-monsite.com/>
- ANDAR - Association Nationale de Défense contre l'Arthrite Rhumatoïde. [www.polyarthrite-andar.com](http://www.polyarthrite-andar.com)
- Association Lupus France. [www.lupusplus.com/cgi-bin/](http://www.lupusplus.com/cgi-bin/)
- Association Française de la maladie de Behçet. [www.association-behçet.org](http://www.association-behçet.org)
- FibromyalgieFrance. [www.fibromyalgie-france.org](http://www.fibromyalgie-france.org)
- FibromyalgieSOS. [www.fibromyalgiesos.fr](http://www.fibromyalgiesos.fr)
- France psoriasis. [www.francepsoriasis.org](http://www.francepsoriasis.org)
- KOURIR. [www.kourir.org](http://www.kourir.org)

### Associations locales et régionales (liste non exhaustive) :

- A.C.S.A.C.-Centre. <http://acsac.centre.free.fr/web-centre/>
- A.C.S.A.C.-Normandie. <http://acsac.normandie.free.fr/web-normandie>
- APNO-Association des polyarthritiques du Nord Ouest. Mail : [apno.rh@orange.fr](mailto:apno.rh@orange.fr)
- AIPRRA-Association Indépendante des Polyarthritiques de la Région Rhône-Alpes. <http://polyarthrite.isere.pagesperso-orange.fr/>

## II. CFMR: Du Conseil National de Rhumatologie au Collège Français des Médecins Rhumatologues

Voilà plus de dix ans, une structure a été créée, ni syndicat ni société savante, pour aborder les sujets transversaux de la rhumatologie.

L'émergence des biothérapies risquait de créer des rhumatologues des villes et des rhumatologues des champs, des hospitaliers et des libéraux. Ce risque n'est pas encore totalement éradiqué mais jeter des ponts entre l'hôpital et la ville, plaider pour un champ de compétence commun est important pour la lisibilité de la rhumatologie, grand public, médias, autorités.



**Des progrès restent à accomplir :**

- La prescription initiale hospitalière des biothérapies, dossier qui concerne tous les rhumatologues et qui n'a pas été porté collectivement ;
- Aux stages en cabinet de ville trop confidentiels et pourtant si formateurs à l'heure où les pouvoirs publics réduisent les lits ;
- À la rhumatologie interventionnelle qu'il faut promouvoir par la pratique du geste mais aussi, et c'est le rôle du rhumatologue, par l'indication, privilège qu'il a sur le radiologue.

Philippe Orcel (les statuts du collège font alterner tous les 4 ans hospitalier et libéral à la présidence) a su avec persévérance se faire l'ambassadeur de la démarche qualité, la rhumatologie se devant d'être en avance. Cette vision, vécue par nos confrères comme une contrainte technocratique, et pourtant comprise et mise en œuvre par tous les métiers à haute responsabilité.

La Fédération des Spécialités Médicales est née en fédérant les nouveaux Conseils Nationaux Professionnels de spécialité reconnus par les pouvoirs publics et en particulier la Haute Autorité de Santé comme étant des interlocuteurs « crédibles ».

**Plusieurs missions sont désormais identifiées :**

- Promotion de la démarche qualité avec le Développement Professionnel Continu. Le CFMR a été à l'origine de Rhumato DPC, opérateur de DPC conçu par, et pour les rhumatologues ;
- Réponse à sollicitation des autorités, ministère de la santé, Haute Autorité de Santé pour désignation d'experts siégeant dans des groupes de travail et commissions. Un modèle commun de répertoire des experts dans chaque spécialité est en cours de finalisation par la Fédération des Spécialités Médicales ;
- Enfin saisine directe du collège par la Haute Autorité de Santé comme cela a été le cas pour les acides hyaluroniques.

Le collège, au-delà de ses statuts, doit rester un lieu d'échange entre toutes les composantes de la rhumatologie, société savante (SFR), syndicat (SNMR), collège des enseignants (COFER), association de patients (AFLAR) et associations régionales de rhumatologues.

**III. Collège Français des Enseignants en Rhumatologie (COFER)**

**Le COFER (Collège Français des Enseignants en Rhumatologie) est une Association loi 1901 dont l'objet est l'amélioration constante de l'organisation, du développement et de l'évaluation de l'enseignement dans le domaine de la rhumatologie.**

L'association est composée de membres de droit que sont les professeurs des universités-praticiens hospitaliers, les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et les praticiens hospitalo-universitaires en activité, non retraités de l'université, nommés dans la sous-section de rhumatologie du Conseil National des Universités. Peuvent également être membres, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux en exercice dans les

services de rhumatologie, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers, les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et les praticiens hospitalo-universitaires, en activité, non retraités de l'université, nommés dans d'autres sous-sections que celle de la rhumatologie, et dont les activités cliniques se font dans des services de rhumatologie, les praticiens hospitaliers nommés en rhumatologie qui sont chargés d'enseignement ou responsables d'enseignement à l'université.

L'association est administrée par un Bureau constitué par les coordonnateurs des 7 commissions inter-régionales du DES de rhumatologie, élus par les membres des dites commissions, tous membres du COFER, 6 membres élus par l'Assemblée Générale du COFER et dirigée par un président, membre du bureau également élu par cette assemblée.

## 1. Les objectifs du COFER

---

a) Améliorer l'enseignement universitaire de la rhumatologie par :

- La définition d'objectifs pédagogiques pour l'enseignement de la rhumatologie dans le DCEM et le TCEM (DES);
- Une réflexion sur les méthodes pédagogiques;
- L'élaboration collective de supports pédagogiques : livres, CD Rom, cours en ligne.

b) Etre l'organe de réflexion de la sous-section du CNU par :

- L'élaboration d'une grille d'évaluation des candidats à l'inscription sur les listes d'aptitude (PHU, MCU, PU);
- L'élaboration d'une grille d'évaluation des services validants pour le DES de rhumatologie.

## 2. Le site internet du COFER

---

### • La diapotheque du COFER :

Elle comporte plus de 1 000 diapositives téléchargeables, examens d'imagerie, photos, schémas, concernant toutes les pathologies intéressant le rhumatologue.

### • L'Abrégé du COFER :

L'Abrégé est la version numérique du livre de rhumatologie de référence pour les étudiants du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales, rédigé de manière collégiale par l'ensemble des enseignants de la spécialité. Il est en ligne sur le site, en lien avec le site de l'UMVF (Université Médicale Virtuelle Francophone). Il rassemble les réponses à tous les items de l'ECN concernant le rhumatologue, ainsi que de nombreux cas cliniques. La 5<sup>ème</sup> édition de l'Abrégé a été réalisée pour l'année universitaire 2014/2015.

### • L'Abrégé de séméiologie de l'appareil locomoteur :

Il s'agit d'un document multimedia couvrant par des images, des vidéos, des schémas interactifs, les différents aspects de la séméiologie de l'appareil locomoteur par articulation.

**• Les unités de valeur du DES de rhumatologie :**

Récapitulant les points clés de l'enseignement des internes DES de Rhumatologie, les 17 unités de valeur du DES de rhumatologie définissent les objectifs pédagogiques théoriques et pratiques rédigés par les membres du COFER couvrant l'ensemble des items de la maquette officielle du DES de rhumatologie ; ces objectifs pédagogiques ont pour but de guider l'interne durant son apprentissage tout au long de son DES.

**• Les séminaires du COFER :**

Il s'agit de cours téléchargeables (diaporama + son) portant sur des sujets cliniques et de recherche.

### 3. La Journée Nationale d'Enseignement des DES de rhumatologie

---

Organisée chaque année au mois de mars par le COFER, elle rassemble les nouveaux internes inscrits au DES de rhumatologie, avec pour objectifs d'apporter aux internes des informations concernant l'exercice de la rhumatologie.

### 4. Le Livret de l'interne

---

Accessible en ligne sur le site du COFER, il permet un véritable suivi de la progression de l'interne au cours de sa formation et facilite son évaluation semestrielle par son tuteur. L'interne peut notamment renseigner ses stages, sa participation à des formations théoriques, son acquisition de compétences en gestes pratiques, ses publications, etc.

### 5. Les ouvrages du COFER

---

- Abrégé du COFER pour le DFASM, *cité précédemment*;
- La rhumatologie pour le praticien (*Textbook*).

**COFER**

80, rue de l'Abbé Groult, 75015 Paris.

[www.lecofer.org](http://www.lecofer.org)

Secrétariat administratif : Martine Routier [martine.routier@free.fr](mailto:martine.routier@free.fr)

## IV. Club Rhumatisme Inflammatoire (CRI)

**Le CRI, un réseau généreux et ambitieux pour une meilleure connaissance des maladies inflammatoires et auto-immunes !**

Le CRI est un groupe coopérateur créé il y a près de 20 ans à l'initiative de rhumatologues hospitaliers passionnés d'immunopathologie ! Rapidement, ce groupe s'est constitué en réseau d'investigation (recherche) et de formation avec un succès qui ne s'est jamais démenti. Ainsi, différents spécialistes d'autres horizons... des internistes, des immunologistes, des dermatologues, des hématologues, des pédiatres sont venus renforcer ses rangs. Aujourd'hui,

le CRI, fort de près de 2500 membres francophones, communique et travaille avec des experts français, mais aussi belges, suisses, italiens, tunisiens, algériens, marocains et canadiens... Sa réputation dépasse donc largement nos frontières. Cette notoriété formidable dont la rhumatologie peut être fière se traduit par une consultation du site du CRI qui a été de 34 407 visites avec 101 004 pages vues en 2014 !

Les grands succès du CRI dans le domaine de la recherche sont ses études collaboratives qui, par une collecte de cas et un partage d'expériences, répondent à des questions scientifiques souvent très simples. Actuellement, plus de 30 études sont en cours reposant sur des modalités pratiques et une générosité collective qui expliquent leur réussite. Ainsi, le CRI publie chaque année près d'une dizaine de travaux dans d'excellentes revues de rhumatologie ou de médecine.

Dans le domaine de la formation, le CRI a acquis ses principales « lettres de noblesse » grâce aux célèbres « fiches pratiques » consacrées aux biomédicaments dont nous disposons dans les maladies inflammatoires. Ces fiches, construites avec l'aide de collègues de nombreuses autres disciplines sont « un must » particulièrement apprécié pour leur pragmatisme et leur utilité quotidienne. Le CRI s'est aussi engagé dans de nombreuses actions de formation avec, depuis 4 ans, les Rencontres d'Immunologie Pratiques (RIIP) qui sont un formidable succès collectif. Ces journées qui abordent des aspects pratiques, mais aussi scientifiques, rassemblent 300 à 400 experts et praticiens qui ont le plaisir, le soir de la première journée, d'assister à la célèbre soirée « Maladies Systémiques ». Dans cette dynamique, le CRI a su innover avec de nombreux autres projets de formation comme les programmes « PR et organes », les programmes « Free », les webconférences et des documents comme les Maladies Auto-Immunes en 100 questions.

Le CRI de demain s'est engagé à continuer à promouvoir la recherche et la formation en immunopathologie en se donnant les moyens d'être encore plus professionnel, comme l'atteste sa récente reconnaissance comme réseau expert national (CRI IMIDIATE) par F-CRIN (financement du grand emprunt). Toutes les actions et tous les projets sont toujours développés dans l'esprit du CRI qui est de partager et de travailler ensemble pour faire progresser les connaissances pour une meilleure prise en charge de nos patients. Cet état d'esprit d'ouverture et de créativité a bénéficié à tous... Ainsi tout le monde est membre du CRI s'il décide de rejoindre cette organisation dans une dynamique collective et généreuse. Longue vie au CRI !

## V. Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO)

**Le GRIO**, Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses, Association loi de 1901, a été créé il y a plus de 25 ans dans une démarche de multidisciplinarité, avec pour objectifs de mieux connaître et mieux faire connaître les ostéoporoses au sein des professionnels de santé et du grand public.

Le GRIO compte ainsi parmi ses adhérents des représentants de l'ensemble des spécialités amenées à participer à la prise en charge de malades ostéoporotiques avec au premier rang

des rhumatologues, mais aussi des endocrinologues, gériatres, gynécologues, médecins de médecine physique ou nucléaire, nutritionnistes, orthopédistes, pédiatres, radiologues, des biologistes et des pharmaciens et bien sûr des médecins généralistes.

**Comité Scientifique** : il est composé de 25 membres choisis pour leurs compétences complémentaires. Soutenu de manière institutionnelle par de nombreux partenaires industriels également impliqués dans la prise en charge de ces pathologies osseuses, le comité scientifique décide et conduit ses projets en totale indépendance.

**Parmi les actions** spécifiques du GRIO destinées à répondre à ses objectifs fondateurs, on peut citer :

#### Pour les professionnels de santé :

- Une journée scientifique annuelle originale mêlant des communications de mise au point allant de mises au point sur des aspects scientifiques fondamentaux de la physiopathologie osseuse à des sujets de pratique clinique décrivant l'état de l'art dans la prise en charge des pathologies osseuses ;
- La remise d'une bourse de recherche annuelle destinée à financer tout ou partie d'un projet innovant ;
- L'élaboration et la publication de recommandations issues de sociétés savantes regroupées autour du GRIO comme celles sur la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique ou l'ostéoporose cortico-induite récemment publiées ;
- La publication d'articles scientifiques de mise au point ou de position scientifique ;
- La publication d'articles de formation dans les revues de La Lettre du Rhumatologue, du Gynécologue ou de l'Endocrinologue ;
- La mise à disposition via le site internet d'informations, de textes clés, de diaporamas de formation, de documents facilitant la communication entre médecins et malades, d'outils de prise en charge tels qu'un questionnaire en ligne ;
- L'animation d'une plate-forme interne dédiée à un enseignement universitaire en ligne.

#### Pour le grand public :

- Des actions de communication autour des ostéoporoses destinées aux médias santé et aux médias généralistes à l'occasion de la Journée Mondiale de l'Ostéoporose, le 20 octobre ;
- L'élaboration et la diffusion gratuite de dépliants d'information sur divers aspects des ostéoporoses participant à l'éducation thérapeutique des malades et de leur entourage ;
- La mise à disposition sur le site internet de nombreux éléments d'information sur les ostéoporoses.

Par ailleurs, le GRIO est engagé en collaboration avec d'autres associations notamment l'AFLAR, dans des actions de lobbying auprès des autorités de santé avec lesquelles elle collabore pour améliorer l'identification et le traitement des malades atteints d'ostéoporose.

---

#### **GRIO**

Centre d'Évaluation des Maladies Osseuses  
Hôpital Cochin  
27, rue du Faubourg St Jacques - 75014 PARIS  
Fax. : 01.44.07.01.07  
[www.grio.org](http://www.grio.org)  
Secrétariat administratif: Mme Patricia HALOUZE  
E-mail : [patricia.halouze@cch.Ap-hop-paris.fr](mailto:patricia.halouze@cch.Ap-hop-paris.fr)

## VI. Rhumato DPC

### 1. Création et objet de Rhumato DPC

L'organisme RHUMATO DPC a été fondé par la volonté commune de toutes les instances de notre spécialité : la société savante (Société Française de Rhumatologie), les Fédérations Régionales de FMC de Rhumatologues, le Syndicat National des Médecins Rhumatologues (SNMR), le Collège Français des Enseignants en Rhumatologie (COFER), et le Collège Français des Médecins Rhumatologues (CFMR).

Début 2014, RHUMATO DPC s'est naturellement substitué au Collège Français des Médecins Rhumatologues (CFMR) pour concevoir, organiser et promouvoir des programmes de Développement Professionnel Continu (DPC) dédiés à la Rhumatologie.

Le CFMR reste le Conseil National de Spécialité de la Rhumatologie, membre de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM), interface entre la spécialité et les institutionnels.

**RHUMATO DPC se consacre exclusivement au Développement Professionnel Continu des Rhumatologues. Il est le seul organisme de la spécialité à être agréé par l'Organisme Gestionnaire du DPC (L'OGDPC) pour proposer des programmes validants et indemnisés.**

Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur (Décret du 12/12/2012, arrêté du 19 Juillet 2013) : RHUMATO DPC veille à garantir l'indépendance du contenu de ses programmes DPC vis-à-vis des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé.

### 2. Composition de Rhumato DPC

L'association est dirigée et gérée uniquement de Rhumatologues.

**Pour l'année 2015, le bureau est constitué de 4 personnes :**

- Président
- Secrétaire Général
- Vice-Secrétaire
- Trésorier

**Le Conseil d'Administration est composé de :**

- 2 représentants de la SFR ;
- 2 représentants des Fédération Régionales de Formation Continue ;
- 2 représentants du SNMR ;
- 2 représentants du COFER.

**Les membres fondateurs sont représentés en Assemblée Générale par :**

- 3 représentants de la SFR ;

- 6 représentants pour l'ensemble des fédérations régionales de FMC ;
- 3 représentants du COFER ;
- 3 représentants pour le SNMR.

### 3. En quelques chiffres

11	39	975	11 700
Programmes proposés	Sessions organisées	Rhumatologues inscrits	Dossiers patients saisis pour autoévaluation

Chiffres pour la période entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2014 et le 1<sup>er</sup> Septembre 2015.

### 4. Demain...

RHUMATO DPC s'est engagé à continuer d'œuvrer à l'amélioration de la pratique de la rhumatologie pour une meilleure prise en charge de nos patients. L'organisme propose un large éventail de programmes et, pour cela, est sans cesse à la recherche de concepteurs souhaitant partager leur connaissances entre confrères. Si vous souhaitez proposer un programme de DPC, contacter notre secrétariat qui vous indiquera les modalités de soumission d'un programme: [webmaster@rhumatodpc.fr](mailto:webmaster@rhumatodpc.fr)

De plus, à l'ère du numérique, Rhumato DPC se donne les moyens de développer des programmes E-Learning 100 % réalisables sur le site internet [rhumatodpc.fr](http://rhumatodpc.fr) sans bouger de chez vous.

Voir le CHAPITRE 5 pour comprendre le DPC en général et découvrir l'éventail des programmes de Rhumato DPC.

#### RHUMATO DPC

1 Cours Victor Hugo - 42 000 Saint-Étienne

Contact secrétariat: [webmaster@rhumatodpc.fr](mailto:webmaster@rhumatodpc.fr)

Site internet: [www.rhumatodpc.fr](http://www.rhumatodpc.fr)

## VII. La section des rhumatologues en formation (REF) Structure de soutien à la formation des jeunes rhumatologues

**La REF est une section à part entière de la société française de rhumatologie (SFR), créée en janvier 2014. Elle prend la succession de l'association des rhumatologues en formation (ARF) qui avait été formée selon la loi de 1901 par des internes et des chefs de cliniques, pour apporter une aide logistique et une source de formation complémentaire aux rhumatologues fraîchement nommés.**

La REF a pour objectifs de promouvoir l'enseignement et la formation continue en rhumatologie, d'aider au financement de participations à des congrès et de favoriser les rencontres entre les internes et les jeunes rhumatologues de tous horizons.

#### Chaque année, la section REF développe de nombreux projets :

- **Les journées de la REF**: séminaire annuel autour de thématiques originales (un exemple

récent à Tours : monitoring des biomédicaments, thérapeutiques en rhumatologie et grossesse, pathologies du sportif, exercices en cure thermale). Ce week-end de travail est organisé chaque année dans des villes différentes permettant d'ouvrir nos portes dans toute la France. Il est l'occasion de se réunir dans un cadre convivial pour aborder des sujets pratiques et transversaux de notre spécialité ;

- **Soirées thématiques (séminaires) :** au cours de l'année, la REF organise plusieurs soirées, en partenariat avec l'industrie pharmaceutique, ou d'autres associations d'internes sur de nouvelles thérapeutiques d'intérêt. Ainsi la section REF a organisé récemment un séminaire intitulé « la podologie pour les nuls » permettant d'aborder des thèmes sur lesquels les jeunes rhumatologues se sentent moins à l'aise ;
- **Mise à disposition d'invitations pour les congrès :** depuis cette année, les adhérents de la section REF bénéficient d'invitations pour assister au congrès de la SFR. Cette nouveauté permet de limiter la charge financière d'une participation à un congrès qui est non négligeable pour un interne ;
- **Accès à la mailing list :** cela permet de relayer aux principaux intéressés les offres de postes hospitaliers, de remplacement, ainsi que toutes les informations et manifestations relatives à notre section ;
- **Aide dans le cursus des internes :** dès l'épreuve nationale classante (ECN) terminée, la REF est disponible pour aiguiller et aider les jeunes diplômés dans le choix de leur spécialité et de leur ville de formation. La section étant nationale, chaque question posée par un étudiant obtient une réponse personnalisée. Cette aide est également disponible tout au long de leur cursus d'interne, avec diverses formes d'informations fournies comme celle de notre ouvrage intitulé « l'internat en rhumatologie, 41 questions pratiques » ;
- **Partenariat avec le collège de rhumatologie (COFER) :** un dialogue constant entre les 2 structures permet d'améliorer l'enseignement donné aux internes ;
- **Partenariat avec les rhumatologues libéraux :** à l'occasion d'une soirée commune 1 fois par an et le développement d'une mailing list de rhumatologues libéraux prêts à recevoir des jeunes rhumatologues en formation pour qu'ils s'aguerrissent à l'exercice libéral.

Ces différents objectifs s'appuient sur une structure « classique », avec un bureau composé, d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire général, d'un chargé de communication, d'un chargé de l'événementiel, de chargés syndicaux et d'un chargé international, et d'un président d'honneur. Le bureau est réélu chaque année. L'ensemble des membres de la section (bureau et adhérents) se réunit en assemblée générale une fois par an, pour confronter les points de vue sur les missions de la REF.

Les membres du bureau sont bénévoles et les adhérents à la REF doivent s'acquitter d'une cotisation annuelle reversée à la SFR.

LA REF est une section dynamique qui n'hésite pas à utiliser les nouvelles technologies pour communiquer et se faire connaître. L'ensemble des informations concernant les actions de la section sont mises en ligne sur le site internet de la SFR, section REF, et des avertissements sont envoyés via une mailing list des membres. Dernièrement, un groupe Facebook a été créé « section REF », dans une volonté d'augmenter les liens avec les autres associations de spécialité.



**RÉFÉRENCES:**

Pour plus d'information, consulter le site Internet :

<http://sfr.larhumatologie.fr/sections/rhumatologie-en-formation-ref-/presentation/index.phtml>

Comment contacter le bureau :

Mail: [contact@arf-asso.com](mailto:contact@arf-asso.com)

## VIII. Société Française de Rhumatologie (SFR)

**L'Association dite « Société Française de Rhumatologie » fondée en 1969 est une société savante regroupant des personnes s'intéressant aux maladies de l'appareil locomoteur.**

### 1. Elle a pour objet

- a) L'étude des maladies de l'appareil locomoteur, le développement, l'amélioration, la promotion et l'enseignement des connaissances les concernant, par le biais notamment de : la réalisation d'expertises sur des problèmes d'intérêt général touchant l'épidémiologie, la réalisation de prestations d'études relatives aux maladies de l'appareil locomoteur, la mise en oeuvre d'actions de formation professionnelles, notamment d'actions de développement professionnel continu, l'organisation de réunions scientifiques et de congrès, la prévention, le droit et l'information des malades, et plus généralement, l'étude de toutes questions ayant trait à la recherche, à la pratique, à la connaissance ou à l'enseignement de la rhumatologie et tout ce qui peut y concourir, et par tous moyens appropriés ;
- b) De favoriser et de soutenir les recherches, les travaux et la formation en rhumatologie ;
- c) De répondre et susciter des demandes spécifiques d'organismes de portée nationale ou internationale.

### 2. Les moyens d'action de l'Association sont

- Le Portail Internet ;
- L'organisation de réunions scientifiques et de congrès, de conférences et de cours notamment dans le cadre de la formation professionnelle continue et du développement professionnel continu ;
- L'organisation de projets de recherche et éventuellement la recherche de leur financement ;
- La publication de travaux scientifiques, de documents d'enseignement et d'outils pédagogiques adaptés concernant les maladies de l'appareil locomoteur et les moyens de les combattre ;
- Le soutien à la réalisation d'études scientifiques et de recherche notamment par l'attribution de bourses et subventions de recherche affectées à des travaux entrant dans l'objet de l'Association ;
- Le soutien aux actions de formation ainsi qu'à toute action en accord avec l'objet de l'Association ;

- Les actions de toute forme en relation avec les associations françaises ou étrangères, ayant des buts analogues, notamment la Ligue Européenne contre le Rhumatisme (EULAR) et la Ligue Internationale des Associations de Rhumatologie (ILAR). L'organe d'expression de l'Association est la Revue du Rhumatisme.

### 3. L'Association se compose

---

- a) De membres titulaires, médecins rhumatologues français ou exerçant en France, possédant l'autorité scientifique requise ;
- b) De membres associés, personnes physiques de nationalité française ou exerçant en France s'intéressant à l'objet de l'Association. Ils sont principalement des médecins spécialistes non rhumatologues, des professionnels de santé non médecin et des chercheurs non médecin ;
- c) De membres internationaux, de nationalité étrangère et exerçant à l'étranger, spécialisées dans l'étude des maladies de l'appareil locomoteur et susceptibles de participer activement aux travaux de l'Association ;
- d) De membres d'Honneur, français ou étrangers désignés dans les conditions fixées par le règlement intérieur ;
- e) De membres honoraires désignés parmi les membres de l'Association dans les conditions fixées par le règlement intérieur ;
- f) De rhumatologues en formation constituant un collège distinct suivant les dispositions du règlement intérieur.

### Conseil d'Administration, composé de 46 membres

#### Le Bureau est composé de neuf membres :

- Un Président ;
- Le Président sortant dans l'année suivant la fin de son mandat de Président ;
- Un premier et un second Vice-Présidents ;
- Un Secrétaire Général ;
- Deux Secrétares Adjoints ;
- Un Trésorier ;
- Un Trésorier Adjoint.

**Et deux chargés de mission :** 1 rhumatologue libéral, 1 rhumatologue en formation.

#### Conseil scientifique

#### Commission permanente de recherche

#### Autres commissions permanentes :

- Evaluation et démarche qualité

- Formation
- Recommandations
- Relations Internationales
- Site

#### Sections :

- Arthrose
- CEDR (douleur)
- CRI (Club Rhumatisme et Inflammation)
- Education thérapeutique
- Epidémiologie
- GREP (épaule)
- Gériatrie
- Imagerie
- Maladies rares
- Os
- Pédiatrie
- Qualité de vie
- Rachis
- Rhumatologues en Formation

#### Moyens d'expression :

Site internet : [www.rhumatologie.asso.fr](http://www.rhumatologie.asso.fr)

Revues : Revue du Rhumatisme, Revue du Rhumatisme Monographies, Joint Bone Spine (revue scientifique, indexée PubMed, Impact factor actuel : 3.22).

## 4. Actions

---

- Organisation des Journées Nationales de Rhumatologie (réunion annuelle);
- Congrès Français de Rhumatologie, annuel;
- Organisation du cours francophone de Rhumatologie (tous les 2 ans);
- Journées des sections;
- Appel à projet de recherche annuel : bourses et subventions (environ 400 K € par an);
- Parrainage de diverses actions et participation à l'organisation de manifestations (Rencontres Nationales de Rhumatologie); Journée Recherche « Ensemble contre les rhumatismes » en partenariat avec la Fondation Arthritis, France Rhumatismes et Aviesan (Octobre 2014);
- Elaboration de recommandations, et participation à des recommandations (2013 et 2014):
  - Recommandations SFR SpA
  - Recommandations SFR PR
  - Recommandations osteoporose
  - Recommandations osteoporose cortico induite
  - Recommandations Chickungunya.

## 5. Quelques chiffres

### Membres :

- **1 732 membres**

N-1: 1 478

N-2: 1 145

### CONGRÈS FRANÇAIS 2014 :

INSCRITS : 2 900	
1 015	Résumés soumis
750	Résumés acceptés
145	Communications orales
554	Affiches
26	Sessions scientifiques
95	Sessions FMC
11	Symposiums

## IX. Syndicat National des Médecins Rhumatologues (SNMR)

Comme le mentionnent ses statuts le Syndicat National des Médecins Rhumatologues (SNMR) créé en 1955, (modifiés en 2009, disponibles en ligne sur le site [www.snmr.org](http://www.snmr.org)) a pour objet :

- L'étude et la défense des droits ainsi que des intérêts économiques, matériels, moraux et sociaux, tant collectifs qu'individuels, des médecins rhumatologues dans l'exercice de leur profession et de leur spécialité, quels que soient leurs modes d'exercice ;
- De contribuer à la formation à l'évaluation et à la promotion professionnelle de ses membres ;
- D'assurer aux rhumatologues les meilleures conditions possibles d'exercice de leur profession, en conformité avec les mesures générales de protection de la Santé Publique les concernant ; cette mission sera notamment réalisée en les représentant auprès des Pouvoirs Publics, des Caisses d'Assurance Maladie ou de tout autre organisme représentant les assurés sociaux ou les médecins (par exemple Centrales Syndicales, Unions Professionnelles définies par la Loi du 4 janvier 1993) ;
- D'être consulté sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à son objet ;
- De maintenir entre ses membres le respect de la dignité professionnelle et des obligations de solidarité qu'elle leur impose ;

- f) De créer ou de participer à la création, ou à la gestion ou au financement de toute œuvre, institution ou société professionnelle qui paraîtrait utile à son objet, dans les limites des lois en vigueur.

Ces différents objectifs s'appuient sur une structure «classique» comprenant l'ensemble des adhérents qui se réunissent en assemblée générale une fois par an, donnent leur avis ou sollicitent le syndicat en contrepartie d'une cotisation annuelle, un conseil d'administration composée de 15 membres élus, et d'un certain nombre de membres cooptés au vu de l'importance des relations avec les autres structures de la rhumatologie (société française de rhumatologie par exemple) ou avec un groupe de rhumatologues spécifiques (rhumatologues retraités, rhumatologues en formation...) ou tout rhumatologue susceptible de faciliter le travail du syndicat. Le bureau est composé d'un président, vice-président, secrétaire général, secrétaire général adjoint, trésorier, trésorier adjoint, ainsi que des présidents d'honneur, ancien président du syndicat. Le renouvellement du conseil d'administration se fait pour moitié tous les deux ans et peuvent être candidat tout rhumatologue à jour de deux ans de cotisation qui souhaite s'impliquer dans la vie syndicale. Les membres du conseil d'administration ainsi que du bureau sont totalement bénévoles.

### **Le travail concret du SNMR se décline en action au sein de la profession et envers les rhumatologues :**

- Au sein de la profession le syndicat est présent dans toutes les structures décisionnelles en termes de convention médicale ou de réglementation professionnelle concernant les rhumatologues. À titre d'exemple il a participé à l'élaboration de la CCAM, milite pour la réévaluation à leur juste valeur des actes parfois complexes, propose et soutient la création d'actes à la nomenclature, réclame également la création d'une lettre clé pour acte complexe (Bilan bi-annuel des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques, Prévention du passage à la lombalgie chronique, consultation de synthèse pour des pathologies multiples); il siège dans les réunions ayant trait aux pathologies ostéo-articulaires pour défendre l'intérêt des rhumatologues (référentiel métier des podologue, normalisation du métier d'ostéopathes...) est présent dans toutes les centrales syndicales pour faire entendre la voix et la position des rhumatologues...
- Envers les confrères rhumatologues: il exerce une mission d'information, de défense (notamment contentieux avec les caisses sur des sujets conventionnels tels l'application de la nomenclature), réglementation concernant la radioprotection, l'accessibilité aux cabinets; apporte une aide pratique au rhumatologue (édition d'un agenda, d'un livret d'aide à l'utilisation de la CCAM...);

Le Syndicat National des Médecins Rhumatologues a entamé une mutation technologique ces dernières années. Du fait des contraintes réglementaires et de l'évolution des modes de communication (et aussi pour attirer les plus jeunes d'entre nous) il a été abandonné le canal papier il y a environ deux ans au profit d'une communication basée sur le site Internet :

www.snmr.org, l'utilisation du canal numérique (mail, réseaux sociaux récemment). Enfin depuis 2013 le syndicat organise, en collaboration avec les autres instances de la rhumatologie les États généraux de la rhumatologie, congrès ayant lieu tous les deux ans permettant une information régulière et interactive sur l'exercice professionnel ainsi que la rencontre inter-générationnelle entre tous les rhumatologues.

---

**SNMR**

Site : [www.snmr.org](http://www.snmr.org)

Mail : [contact@snmr.org](mailto:contact@snmr.org)

Courrier SNMR - 10 route de Thionville 57140 WOIPPY

Tél : 03 87 31 74 45 - Fax : 03 87 31 74 49

# 4 | FORMATION INITIALE DU RHUMATOLOGUE

## CHAPITRE 4. FORMATION INITIALE DU RHUMATOLOGUE

Pour ceux qui s'inquiètent de la relève, voici quelques bonnes nouvelles : le renfort arrive ! En effet, depuis la filiarisation, les rangs sont remplis en rhumatologie. Chaque année, près de 90 internes et futurs rhumatologues entrent dans la filière. En 5 ans, ce sont donc 434 rhumatologues qui seront formés. Environ 3 fois moins que les radiologues, un peu moins que les spécialistes de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) ou les dermatologues, mais tout de même plus que les endocrinologues (cf. JO du 13 juillet 2014).

La filiarisation, c'est le fait de devoir choisir sa future spécialité dès les résultats du concours de l'ECN. Choix difficile pour les futurs internes qui connaissent peu la spécialité, sauf s'ils ont été externes dans un service de rhumatologie. Pour la spécialité en revanche, la filiarisation a permis un vrai « boom démographique » avec des promotions d'internes de spécialité toujours remplies. Les internes ont tout de même « droit au remord » : ils peuvent changer leur choix avant la fin de la 2<sup>ème</sup> année, mais c'est plutôt rare.

### RÉPARTITION DES INTERNES DE RHUMATOLOGIE ENTRE 2014 ET 2018 (JO 13/07/2014)

	2014-2015	Total 2014-2018
<b>Ile de France</b>	15	75
<b>Nord-Est</b>		
Strasbourg	3	14
Nancy	3	15
Besançon	2	8
Dijon	2	10
Reims	3	14
<b>Nord-Ouest</b>		
Caen	3	11
Rouen	4	18
Lille	4	24
Amiens	2	10
<b>Rhône-Alpes Auvergne</b>		
Clermont-Ferrand	2	10
Grenoble	2	10
Lyon	4	22
Saint-Etienne	3	12
<b>Ouest</b>		
Brest	2	10
Rennes	3	12



	2014-2015	Total 2014-2018
<b>Ouest (suite)</b>		
<b>Angers</b>	2	10
<b>Nantes</b>	3	15
<b>Tours</b>	3	15
<b>Poitiers</b>	3	15
<b>Sud</b>		
<b>Montpellier</b>	4	20
<b>Aix-Marseille</b>	4	20
<b>Nice</b>	2	10
<b>Sud-Ouest</b>		
<b>Bordeaux</b>	4	20
<b>Limoges</b>	1	8
<b>Toulouse</b>	4	20
<b>Autres</b>		
<b>Océan Indien</b>	0	0
<b>Antilles-Guyane</b>	1	9
<b>TOTAL</b>		<b>437</b>

## I. Du futur médecin rhumatologue : formation pratique, théorique, formation complémentaire

### 1. La formation pratique

La formation de l'interne de rhumatologie est à la fois pratique et théorique. La partie pratique est évidemment réalisée au quotidien dans les stages hospitaliers. Certaines inter-régions organisent également des stages chez le rhumatologue libéral intégrés dans la formation. Lors de ces stages, les internes doivent valider un certain nombre d'objectifs théoriques et techniques qui sont listés et regroupés en 17 unités de valeurs par le Collège Français des Enseignants de Rhumatologie (COFER).

### 2. La formation théorique

En plus de la formation théorique enseignée dans chacun des stages (cours aux internes, séances de bibliographie, réunions de dossiers, présentations commentées...), chaque inter-région organise des journées de formation obligatoires pour la validation du DES, sous l'égide du coordonnateur interrégional, membre du bureau du COFER. Une journée nationale annuelle, destinée aux internes nouvellement inscrits dans la filière, est organisée à Paris par le COFER pour traiter de sujets plus transversaux sur la spécialité. Chaque interne est suivi

tout au long de son cursus par un tuteur, PU, MCU ou PH qui le conseille en fonction du projet d'activité professionnelle future sur ses choix de stage, ses formations complémentaires, ses projets de diplôme de thèse d'exercice ou de mémoire de spécialité, et répond à ses divers questionnements.

### 3. La formation complémentaire

Evidemment, l'interne est amené à faire des formations complémentaires, organisées par les universités, les DU ou DIU, selon ses choix personnels. Certaines sont quasi obligatoires comme celle dédiée à l'apprentissage de l'échographie ostéo-articulaire et devraient être prochainement intégrées dans le DES dans le cadre de la réforme du 3ème cycle des études médicales. D'autres sont fonction des choix propres à chaque interne : par exemple la rhumatologie interventionnelle, les formations approfondies sur les pathologies osseuses ou les maladies systémiques, etc.

La SFR offre l'inscription au congrès à tous les internes membres de la section des Rhumatologues en Formation (REF) à jour de leur cotisation. Pour les encourager à mettre en avant leurs travaux lors des autres congrès internationaux, la SFR invite 2 internes ou CCA ayant une présentation orale ou un poster aux 4 principaux congrès internationaux. Les internes ne sont pas non plus oubliés pour participer aux Journées Nationales ou à certains congrès comme celui d'Aix-les-Bains où ils sont pris en charge.

La section REF, ancienne ARF, organise toujours des séminaires de formation complémentaires. Majoritairement à Paris, ces soirées ou journées sont de plus en plus souvent organisées dans les différentes inter-régions, grâce à la participation de référents de chaque ville au sein du bureau de cette section. De même, la section a ses propres Journées sous forme d'un week-end organisé chaque année dans une nouvelle ville.

## II. Référentiel métier

En 2010, la Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) a demandé à chacune des disciplines et spécialités médicales de rédiger un « référentiel métier ». Il était évident que pour la rhumatologie, le Collège Français des Médecins Rhumatologues (CFMR) devait être le maître d'œuvre de la rédaction du référentiel, car il en représente toutes les composantes. Dans la première partie, quelques situations cliniques types résument les connaissances et les compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité. Ces connaissances et ces compétences sont ensuite listées dans la seconde partie du référentiel. Dans un premier temps, le groupe de travail a donc isolé 7 situations cliniques types : rhumatisme inflammatoire débutant, mise en place et surveillance d'une biothérapie, épanchement articulaire aigu, épaule douloureuse, lomboradiculalgie persistante, gonarthrose, syndrome fracturaire vertébral récent. Ensuite, lors de la journée nationale du COFER du 3 septembre 2010, ces 7 situations types ont été rédigées en ateliers. Puis un groupe de travail restreint a été constitué au sein du CFMR afin de finaliser la rédaction de ces situations types selon un protocole et un plan standardisés.

Pour la rédaction de la seconde partie du référentiel, listant les connaissances et compétences à acquérir au cours de la formation du rhumatologue, le groupe de travail s'est appuyé sur la liste des compétences établie par le Conseil européen de rhumatologie appartenant à l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), et sur la liste des 17 unités de valeur du COFER. C'est ce texte validé qui a été adressé à la CNIPI et qui est téléchargeable sur le site du COFER [www.lecofer.org](http://www.lecofer.org) à la rubrique « textes officiels ».

### III. La CNIPI et la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle et du post-internat

Face à l'augmentation du nombre d'internes formés chaque année se pose le problème du post-internat, tous les internes ne pouvant avoir accès à un poste de chef de clinique, particulièrement en province. Depuis 2009, la CNIPI prépare donc une réforme du 3<sup>ème</sup> cycle pour tenter de remédier à ce problème, en incluant une année de « mise en responsabilité » au sein du cursus de l'internat, avant la validation du DES. La dernière proposition de la commission a été validée en avril 2014 ce qui a amené le CNU et le COFER à faire des propositions concrètes pour la rhumatologie. La formation de l'interne se déroulerait ainsi en 3 phases (voir schéma ci-dessous) pour une durée totale, incluant la mise en responsabilité, de 4 ans, en gardant la possibilité par la suite de faire un post-internat (chef de clinique, assistant, assistant partagé) selon les possibilités locales. Toutefois, cette « mise en responsabilité » de l'interne pendant son DES pose différents problèmes et, récemment, le projet de réforme a été stoppé par les ministres de tutelle dans l'attente de l'avis d'une nouvelle commission.

### IV. Le stage chez les rhumatologues libéraux

#### PROPOSITION DE RÉFORME DU 3<sup>ème</sup> CYCLE



Les interactions entre les rhumatologues libéraux et les rhumatologues en formation existent déjà lors des divers séminaires du DES ou de la REF. Un annuaire des rhumatologues libéraux ouvrant leurs portes aux internes de façon ponctuelle devrait être disponible sur les sites du SNMR et de la REF. Certains internes font déjà des remplacements chez les rhumatologues libéraux lors d'un semestre de mise en disponibilité, ou pendant leur année de recherche (master 2, thèse, etc.).

La possibilité de réaliser un stage chez les rhumatologues libéraux intégrée dans la formation des internes est déjà testée au CHU de Rouen. Très demandée à la fois par les étudiants et

par les rhumatologues libéraux, sa mise en place à l'échelon national est difficile pour des questions d'organisation avec les universités, l'hôpital, le collègue libéral encadrant, et des aspects légaux. Se posent les questions du financement, de la responsabilité, de la couverture de l'étudiant, mais également de l'accréditation du terrain de stage chez le rhumatologue libéral. L'expérience de la formation des médecins généralistes devrait permettre de faciliter les démarches et d'éviter certains écueils pour à terme inclure une formation en ville dans le cursus de l'interne de rhumatologie en formation. Cette possibilité fait d'ailleurs partie de la proposition de réforme du 3<sup>ème</sup> cycle, lors de la mise en responsabilité.

### Interviews :

*la rhumatologie vue par les internes*

*Michel, Paris, 28 ans*

*Je suis actuellement, interne en 7<sup>ème</sup> semestre de rhumatologie. Je souhaite poursuivre ma formation et mon activité professionnelle en milieu hospitalier. En effet, l'émulation, le travail en équipe, et la sécurité qu'apporte un service de médecine sont pour moi fondamentales à mon épanouissement professionnel,*

*tout comme le plaisir que procure la transmission de nos connaissances aux plus jeunes. Pour moi, la rhumatologie va connaître de grandes révolutions dans les prochaines années, avec un renforcement des diagnostics précoces grâce au couplage de l'examen clinique et de l'échographie, mais aussi une augmentation de l'activité « interventionnelle » et infiltrative. Par ailleurs, d'importants progrès sont attendus dans la prise en charge de l'arthrose.*

## V. Enquête auprès des jeunes rhumatologues

Une enquête a été réalisée par le SNMR auprès des rhumatologues en formation inscrits à la section REF. Avec 49 réponses, le taux de réponse est d'environ 16 %. Parmi les personnes qui ont répondues, 71 % étaient internes. Leur localisation géographique n'était pas précisée dans le questionnaire. Ce taux de réponse plutôt bas doit nous inciter à être prudents dans l'interprétation des résultats présentés ci-dessous.

### 1. Comment envisagez-vous votre mode d'exercice ?

53 % souhaitent rester à l'hôpital, 29 % en libéral. La moitié pense pouvoir réaliser ce souhait. En cas d'installation en libéral, 43 % ne savent pas sous quel mode ils veulent exercer, mais la tendance penche pour les cabinets de groupe soit en monospécialité (29 %) soit en multidisciplinaire (20 %). Seuls 6 % pensent s'installer dès la fin de leur formation et 57 % sont certains que non.

## 2. Dans quel lieu géographique ?

---

Les rhumatologues en formation témoignent d'une certaine capacité de mobilité sans toutefois tomber dans le nomadisme, la majorité préférant rester travailler sur les terres de leur formation. En effet, 63 % d'entre eux n'ont pas fait leur formation dans leur région d'origine, mais 61 % souhaitent exercer dans leur région de formation, et 57 % n'envisagent pas de s'installer dans une troisième région.

## 3. Quelles formations complémentaires avez-vous suivies ?

---

L'échographie a le vent en poupe ! Elle est considérée comme faisant partie de la formation initiale basique des rhumatologues en formation. 51 % des personnes qui ont répondu étaient déjà formés à l'échographie, et 93 % de ceux qui ne l'étaient pas encore envisagent de se former prochainement. À noter que 86 % des chefs de cliniques ayant répondu étaient formés à l'échographie contre 37 % des internes (Test de symétrie de Mc Nemar,  $p=0,086$ ). À l'inverse, la rhumatologie interventionnelle n'a attiré que 35 % des réponses à l'enquête. Là encore, ce sont principalement les chefs de cliniques qui se sont formés, avec 65 % des CCA formés contre 23 % des internes (Test de symétrie de Mc Nemar,  $p=0,003$ ).

La grande majorité (80 %) serait intéressée par un stage en milieu libéral. Concernant l'EU-LAR online course, 80 % connaissent, mais seuls 19 % ont suivi cet enseignement. 67 % seraient favorable à ce que cet enseignement uniformisé pour toute l'Europe et que l'anglais soit rendu obligatoire dans le cadre du DES de Rhumatologie.

## 4. Estimez-vous que votre formation vous permet de prendre en charge les différentes pathologies ?

---

Si la formation pour la polyarthrite rhumatoïde, les spondyloarthrites, les pathologies microcristallines et du rachis font la quasi-unanimité du oui, d'autres groupes de pathologies semblent moins bien acquises (par ordre décroissant) : 76 % pour la rhumatopédiatrie, 49 % pour les pathologies du pied, 49 % pour l'onco-rhumatologie, 33 % pour les pathologies abarticulaires, 18 % pour les maladies systémiques, 16 % pour l'arthrose, 14 % pour les maladies infectieuses, 14 % pour l'épaule, 12 % pour les ostéopathies fragilisantes. En comparant les réponses des internes et des chefs de cliniques, le clinicat permettait de mieux connaître les pathologies du pied (50 % des CCA contre 35 % des internes,  $p=0,041$ ), l'onco-rhumatologie (50 % des CCA contre 41 % des internes,  $p=0,014$ ), la rhumatologie pédiatrique (17 % des CCA contre 3,5 % des internes,  $p<0,001$ ), mais, de façon plus surprenante, moins bien les ostéopathies fragilisantes et les pathologies de l'épaule (89 % des internes contre 79 % des CCA,  $p=0,033$ ) !

## Conclusion

---

**Au total, cette enquête a comme principale limite son faible taux de réponse, notamment des chefs de clinique, et son interprétation doit rester prudente. Elle suggère qu'environ la moitié des rhumatologues en formation souhaite rester à l'hôpi-**

tal et que la majorité d'entre eux préféreraient rester dans leur région de formation. Le post-internat est important pour compléter la formation des rhumatologues, notamment pour l'échographie, la rhumatologie interventionnelle et approfondir leur maîtrise de certaines pathologies comme les pathologies du pied, la rhumatologie pédiatrique ou encore l'onco-rhumatologie.

# 5

## LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE

## CHAPITRE 5. LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE

### I. Le Développement Professionnel Continu (DPC), une démarche qualité pour tous

Le DPC est une obligation pour tous les professionnels de santé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013... Son démarrage a été singulièrement difficile et son existence même est déjà remise en question. La nouvelle loi de santé publique – actuellement en discussion au Parlement – doit revoir certains aspects du dispositif, jugé par trop complexe et pesant. Le financement reste incertain. Les doutes concernant les conséquences d'un non respect de l'obligation, les effets d'aubaine et dérives de certaines institutions, la confusion entre DPC et FMC, les intérêts divergents, le manque de motivation de nombreux acteurs rendent le démarrage difficile... Et pourtant, il vit tout de même, le DPC ! Les chiffres de l'organisme gestionnaire pour 2014 sont éloquentes et encourageants (*Tableau 1*).

#### TABLEAU I: CHIFFRES D'ACTIVITÉ DE L'OGDPC EN 2014 (SOURCE: OGDPC, DONNÉES ACTUALISÉES AU 30 NOVEMBRE)

- **126 701** professionnels de santé engagés dans une démarche de DPC dont **42 274** médecins.
- **40 932** programmes enregistrés sur le site dont 23 388 programmes démarrant en 2014.
- **173 107** inscriptions aux programmes
- **3 417** ODPC enregistrés et publiés sur le site de l'OGDPC
- Sommes engagées: **114 973 139,00 €** en 2013 et **181 942 407,80 €** en 2014.
- **1 939** ODPC habilités à déposer des programmes pour les médecins – **18 421** programmes de DPC pour les médecins publiés sur le site de l'OGDPC (**5 749 en 2013, 10 610 en 2014 et 2 062 en 2015**).
- En moyenne, un **professionnel de santé s'inscrit à 1,24 programme par an (1,80 pour les médecins)**.

### 1. Le DPC, une idée originale et pertinente

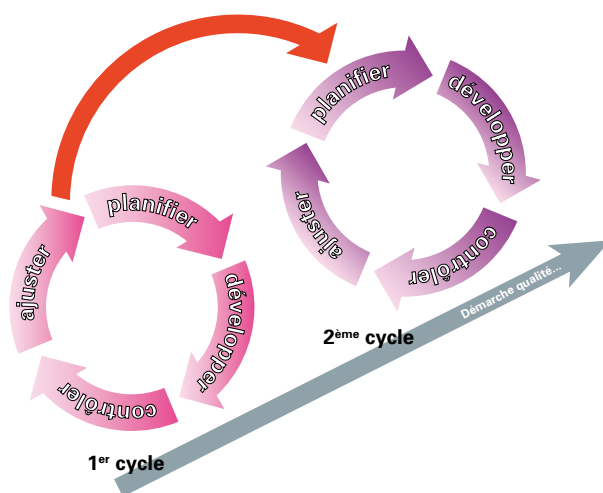
Selon le texte du décret d'application de la Loi HPST, le DPC est une « *démarche qualité des professionnels de santé visant l'amélioration de leurs connaissances et de la qualité et de la sécurité des soins, en prenant en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* ». Il constitue **une obligation légale pour tous les professionnels de santé**, mais une obligation assez simple et souple<sup>(1)</sup>: réaliser un programme par an avec un Organisme de DPC (ODPC) enregistré par l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) et validé, pour le DPC des médecins, par la Commission Scientifique Indépendante (CSI) des médecins. L'attestation est émise par l'ODPC et doit être transmise au Conseil Départemental de l'Ordre.



Le principe est de réunir, dans une démarche continue, des étapes **d'analyse des pratiques professionnelles et d'approfondissement des connaissances et compétences**. Le DPC emprunte ainsi des éléments méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de la formation médicale continue (FMC). Il ne se substitue pas pour autant à ces démarches qui doivent rester un complément du maintien et développement des compétences et connaissances nécessaires à l'exercice professionnel.

Un programme de DPC « idéal » répond donc à une logique simple : « sur un thème que j'ai choisi, j'analyse ce que je fais pour identifier mes lacunes et je me forme pour les combler » ; un 3<sup>ème</sup> tour (non obligatoire dans le dispositif mais fortement conseillé du fait de son intérêt et de sa pertinence) permet de vérifier l'amélioration des pratiques à la suite du programme. On peut ensuite imaginer une poursuite du cheminement, sous forme de parcours de DPC pluriannuels, sur le même thème ou des thèmes différents, selon de principe de la « roue de la qualité » décrite par Deming (*figure 1*).

**FIGURE 1 : PRINCIPE GÉNÉRAL D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ SELON LE SCHÉMA DE LA ROUE DE DEMING**



La construction d'un programme de DPC est donc assez simple : identification d'un sujet (*par exemple : prise en charge de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées*), recherche de recommandations ou référentiels de pratiques (*actualisation 2012 des recommandations françaises sous l'égide du GRIIO et de la SFR*), mise en place d'un groupe de travail pour élaborer le programme, choix d'une méthode d'analyse de pratiques (*audit clinique ciblé*) et choix d'une méthode de formation pour le volet cognitif (*formation présentielle sur une journée*). Un retour d'impact sur les pratiques sous la forme d'un nouvel audit clinique, réalisé quelques mois plus tard, complète logiquement ce programme.

Les méthodes constituant le programme doivent être choisies parmi le catalogue de **méthodes proposées par la HAS** et validées par la Fédération des Spécialités Médicales et le Collège de la Médecine Générale <sup>(2)</sup>.

### **Fédération des Spécialités Médicales, Conseils Nationaux Professionnels de spécialités et ODPC de spécialités.**

Toutes les spécialités réunies dans la FSM ont souhaité pouvoir s'appuyer sur un ODPC construit à partir des composantes représentatives de la spécialité. Comme il n'était pas envisageable que les CNP eux-mêmes ou leurs membres fondateurs statutaires soient ODPC, la FSM a encouragé et accompagné des projets de création d'opérateurs statutairement indépendants des CNP mais liés à leurs constituantes. Ainsi, la gouvernance des ODPC de spécialités doit être totalement indépendante de la gouvernance des sociétés savantes, syndicats, collègues d'enseignants, organismes d'accréditation qui peuvent être réunis dans un même CNP. Par contre, la structure scientifique et pédagogique peut et doit refléter les axes stratégiques mis en place pour la démarche qualité au sein de la spécialité. C'est ainsi qu'a été constitué **Rhumato DPC pour notre spécialité**, validé par la CSI des médecins en décembre 2014 (*voir par ailleurs l'article sur Rhumato DPC, chapitre 3*).

L'intérêt de cette construction est de garantir la qualité du contenu scientifique des programmes de DPC tout en maintenant une bonne visibilité de la spécialité à travers cette démarche qualité et en favorisant la proximité et l'attractivité.

Pour faciliter cette démarche et accompagner les CNP, la FSM a mis en ligne une plateforme informatique à la disposition de tous les spécialistes (*figure 2*). Il s'agit d'un outil informatique dédié au DPC, qui permet de détailler l'offre de tous les ODPC de spécialités. Ce site permet aussi de fournir des informations et un accompagnement pour tous les médecins de spécialités. Une interaction avec le site de l'OGDPC permet aux médecins d'accéder directement à l'ensemble du portefeuille de programmes de tous les ODPC enregistrés. Enfin, une page personnelle pour tout médecin constitue un outil de suivi individuel.

### **L'IGAS met les pieds dans le plat...**

Un rapport, commandé par la Ministre en 2013, a été publié par l'Inspection générale des affaires sociales. Le constat, tout en étant assez sévère, ne remet pas en cause la légitimité du dispositif («*La réforme de 2009 comportait des avancées de principe...*») mais souligne «*quelques mauvais réglages*» et une «*conduite de projet défectueuse*». Il ne remet pas en question le travail de l'OGDPC («*le contrôle de l'organisme révèle des dysfonctionnements mais pas de manquements graves*»; «*Dans ce bilan, la responsabilité de l'OGDPC apparaît limitée*»); il souligne la forte complexité du système mis en place mais aussi la mauvaise foi de certains acteurs («*Le nombre, la diversité de nature et la complexité des difficultés – parfois majorées par des acteurs qui se contentent de critiques et ne proposent rien...*») et le flou sur son financement («*des blocages portent principalement sur le financement des organismes de formation par l'industrie pharmaceutique*»).

FIGURE 2: SITE DE LA PLATEFORME INFORMATIQUE DE LA FSM

[HTTP://WWW.SPECIALITESMEDICALES.ORG/669\\_P\\_34085/SPECIALITES.HTML](http://www.specialitesmedicales.org/669_P_34085/SPECIALITES.HTML)



Ce rapport propose une mise à plat permettant une concertation large, tout en laissant fonctionner pendant ce laps de temps ce qui fonctionne déjà.

**Il propose aussi des solutions ou des pistes, selon 4 scénarios :**

- « Un premier scénario consiste à maintenir le système actuel en corrigeant les dysfonctionnements. Dans ce cadre, il s'agit de redonner confiance aux acteurs dans le dispositif en consolidant le financement du DPC et en assortissant l'obligation d'un jeu de sanctions réelles. Les procédures doivent être simplifiées et la qualité technique des formations assurée. La mission propose également d'alléger la gouvernance, de garantir une concurrence loyale entre organismes de formation et de clarifier les relations entre les employeurs et leurs salariés » ;
- « Le deuxième scénario, plus proche que les suivants de l'actuel dispositif, recentre les missions de l'OGDPC sur la formation interprofessionnelle et les priorités de santé publique. Tout ce qui a trait aux formations de DPC propre à chaque profession ou secteur d'activité relève des organismes gestionnaires spécifiques : ANFH, OPCA, FAF » ;
- « Le troisième scénario circonscrit le DPC à un socle de connaissances à actualiser que détermine le professionnel après évaluation de sa pratique. Ce socle est à acquérir auprès d'organismes de formation ayant été évalués » ;

- *« Le quatrième scénario consiste en l'application du droit commun de la formation continue. L'obligation, de légale, redevient déontologique. L'OGDPC est supprimé. Les financements publics sont convertis en incitations, notamment dans le cadre des conventions avec l'Assurance maladie, et, pour les établissements de santé, le niveau de DPC est un élément de la certification ».*

La mission IGAS indique sa préférence pour le second scénario, mais celui-ci a l'inconvénient d'introduire un clivage entre le DPC des praticiens en fonction de leur mode de pratique : « chacun pour soi »... ce n'était pas vraiment l'esprit de la réforme initiale. Par ailleurs, le 3<sup>ème</sup> scénario réduit le DPC à un « socle de connaissances » qui risque de figer notre démarche qualité à une époque où nos pratiques doivent évoluer et s'adapter au rythme rapide des progrès des techniques et des thérapeutiques. Le dernier scénario parle d'obligation déontologique et supprime donc le DPC en tant qu'obligation légale, c'est une régression. La FSM soutient donc plutôt des aménagements et améliorations du dispositif qui fonctionne (même si les roues sont franchement encore un peu carrées !) et monte en puissance depuis un an. Remettre en cause ces acquis et tout le travail accompli par une multitude de professionnels qui se sont impliqués sans compter leur temps ni leur énergie aurait un caractère plus que décourageant, réellement désespérant...

## 2. Quel avenir pour le DPC ?

---

Les difficultés existent, ne les méconnaissons pas. Essayons plutôt de les identifier et de les corriger pour améliorer le dispositif en préservant ses points forts.

D'emblée, la barre a été placée très haut par le législateur. Vouloir étendre l'obligation de DPC à l'ensemble des professionnels de santé était une intention louable mais induisait un effet de volume qui n'a pas été suffisamment anticipé, d'où une grande partie des problèmes de gestion<sup>(3)</sup>. Le champ d'action et les modes de gouvernance et de fonctionnement de l'OGDPC doivent être revus. Son système informatique doit être amélioré.

Bien que le dispositif soit unique et accessible à tous les professionnels de santé quelque soit leur métier, leur pratique (libérale ou salariée), leur spécialité, des disparités sont rapidement apparues dans le fonctionnement, en particulier pour les médecins. Seuls les praticiens libéraux et certains salariés ont accès à l'inscription sur le site [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr) de l'OGDPC. Pour les hospitaliers, faire son DPC dans son hôpital s'apparente à une course d'obstacle semée d'embûches...! Comme tout praticien, il a le libre choix de sa démarche et de son ODPC. Oui, du moins en théorie car certains hôpitaux mettent beaucoup de difficultés à accepter un programme de DPC extérieur. Parfois même, il s'agit de mesures d'intimidation visant à dissuader le praticien de suivre un autre chemin que celui dicté par sa direction des affaires médicales ou encore d'un remboursement à un tarif dérisoire. Malgré une convention signée entre la FSM et toutes les conférences nationales de présidents de CME, il y a encore beaucoup à faire pour rapprocher les points de vue. Une vraie ambiguïté persiste entre le DPC individuel de chaque praticien et la façon de l'intégrer dans la démarche de certification des établissements. On peut comprendre la volonté des établissements de voir leurs praticiens

engagés dans une démarche qualité. On peut comprendre leur souci de le faire à travers des programmes pluri-professionnels et de vouloir porter une attention toute particulière à des programmes centrés sur la gestion des risques, en particulier dans le travail en équipe. Mais on ne peut accepter que cela soit au détriment de la liberté de choix du praticien.

La prolongation, par obligation, de la période transitoire a vu émerger des organismes se réclamant d'un pseudo-agrément de l'OGDPC pour vendre des programmes indemnisés qui n'avaient rien du strict minimum exigible pour un programme de DPC. Les deux premières années de travail de la CSI des médecins nous ont permis de constater que, si les candidats étaient nombreux, beaucoup d'entre eux n'avaient pas compris la méthodologie du DPC, aboutissant au rejet de validation de 2/3 d'entre eux lors de leur première évaluation. Ce chiffre, très supérieur à ce que nous pouvions imaginer, témoigne de la nécessité absolue de maintenir dans le dispositif d'évaluation un examen des dossiers avant de délivrer un agrément d'ODPC. Supprimer cette approche rigoureuse reviendrait à laisser agir des officines commerciales douteuses attirées par le gain financier et peu préoccupées par la démarche qualité. D'autres sont capables de rectifier le tir et l'examen des dossiers en recours, après un premier avis négatif, démontre le progrès de ces dossiers et souligne la valeur pédagogique du travail de la CSI. Il n'en reste pas moins que l'évaluation d'un organisme sur un programme témoin est très insuffisante pour avoir une idée globale de la pertinence et de la valeur pédagogique de l'organisme. Evaluer tous les programmes de tous les candidats poserait des problèmes de volume, à moins de trouver une méthode de « pré-sélection ». Mettre en place un dispositif d'évaluation sur place des programmes des ODPC validés est aussi important et utile : savoir qu'un évaluateur indépendant peut venir observer le déroulement d'une journée de formation dans le cadre d'un programme de DPC peut inciter les organisateurs à respecter les règles du DPC.

La montée en puissance progressive du dispositif a permis, en toute légalité, de mettre en place pendant les 2 premières années une possibilité de réaliser non pas un seul (obligation légale) mais plusieurs programmes indemnisés puisque le nombre de médecins engagés était encore inférieur au montant global de l'enveloppe financière. Cette liberté a été utilisée par certains praticiens et certains organismes pour faire dériver les coûts des forfaits, parfois bien au delà de leur coût réel. Cet effet d'aubaine est nuisible car il induit une inéquité entre praticiens mais aussi parce qu'il risque de mettre en péril le financement du DPC. Revenons donc à la raison, qui revient simplement à mettre à disposition des programmes financés sur la base de leur coût réel.

### **Quelles propositions pour avancer ?**

Dans le cadre de la concertation avec la DGOS, en charge de préparer la révision des textes du DPC, la FSM a participé aux réunions et animé les discussions par des propositions constructives.

Le DPC doit se positionner dans une démarche d'actualisation et d'amélioration des compétences. Il doit rester une obligation (restera à définir les conséquences...) ayant pour objectif de concourir au maintien et au développement des compétences et connaissances nécessaires

à l'exercice professionnel. Ce champ du DPC centré sur les compétences est défini par les CNP. Les programmes de DPC contribuant à cette obligation répondent aux critères méthodologiques définis par la HAS, en collaboration avec les CNP ; leur contenu scientifique et pédagogique doit contribuer à ce développement de compétences donc à la qualité et à la sécurité de soins.

À côté du DPC, des actions de formation, d'analyse de pratiques, de gestion des risques doivent garder toute leur place (et leurs financements...) pour parfaire la démarche qualité des praticiens et contribuer, comme le décret DPC initial l'indique, à « *l'amélioration de leurs connaissances et de la qualité et de la sécurité des soins* ». Il en est de même pour l'analyse des pratiques et la gestion des risques dans une pratique en établissement de santé : à côté d'actions intégrées dans des programmes de DPC et portées comme telles par des ODPC, d'autres situations peuvent conduire les praticiens à réaliser ce type d'action en dehors du DPC. Il est donc nécessaire de définir des critères permettant de distinguer clairement la formation continue du DPC. Le DPC doit :

- Être centré sur « le maintien des compétences et connaissances nécessaires à l'exercice professionnel » ;
- Répondre à des priorités de santé recentrées et élaborées avec les CNP (par exemple, les référentiels métier des CNP peuvent servir de base de définition de l'obligation et de choix des orientations prioritaires) ;
- être construit selon les méthodes définies par la HAS, lesquelles doivent être revues et adaptées ;
- s'appuyer sur un contenu scientifique et pédagogique solide et argumenté.

Il est indispensable que l'organisation et la gestion du dispositif soient plus simples et plus transparents : allègement réglementaire, renforcement de l'autorité de la gouvernance de l'OGDPC avec instauration d'un Conseil d'administration de plein exercice, renforcement de l'autorité scientifique avec instauration d'un Conseil scientifique.

L'OGDPC pourrait devenir la « Maison du DPC » pour tous les professionnels de santé, quelque soit leur mode de pratique. Un guichet unique serait proposé à tous les professionnels pour leur inscription et la gestion de leur parcours de DPC. Cette maison du DPC assurerait l'organisation, l'administration et la gestion du dispositif.

La transparence et l'équité du financement du DPC doivent être respectés. On pourrait imaginer pour cela une « banque du DPC » adossée à la maison du DPC pour gérer le financement du DPC pour tous, quelque soit le type de pratique.

L'évaluation des programmes de DPC doit être maintenue avant leur mise en œuvre mais un dispositif d'évaluation a posteriori doit aussi être mis en place et financé. Il doit être administré par la maison du DPC, sous la responsabilité du Conseil scientifique, avec l'appui des CNP.

### **Et que dit le projet de texte en débat au Parlement... ?**

L'Article 28 de la Loi de santé actuellement en discussion au Parlement reprend certaines des idées et propositions de la FSM.

Ainsi, la définition du DPC deviendrait « Le DPC est une démarche globale comprenant des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques, de gestion des risques qui peuvent être réalisées soit distinctement soit couplées au sein de programmes dit intégrés; il constitue une obligation triennale pour les professionnels de santé qui doivent rendre compte tous les trois ans via un outil de traçabilité adapté (portfolio) de leur engagement dans la démarche; il porte sur le cœur de métier: le processus de prise en charge, dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins; il a un contenu scientifique validé ». Le DPC devra s'inscrire dans des orientations prioritaires pluriannuelles de trois ordres: « des priorités par profession et/ou discipline sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels, des priorités nationales de santé, des priorités fixées dans le cadre du dialogue conventionnel ». On voit donc apparaître ici une contribution importante des CNP de spécialités.

Encore plus important pour asseoir la place des CNP dans le dispositif, l'article suivant qui prévoit une gestion scientifique et pédagogique (suivi des actions grâce à un portfolio spécifique) par la profession via les CNP de spécialité (priorités, parcours, méthodes): « Pour chaque profession ou spécialité, les conseils nationaux professionnels proposent un parcours pluriannuel de développement professionnel continu qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation. Ce parcours comporte, notamment, des actions s'inscrivant dans le cadre des priorités (...). Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur. L'ensemble des actions réalisées par les professionnels au titre de leur obligation de développement professionnel continu sont retracées dans un document dont le contenu et les modalités d'utilisation sont définis par le conseil national professionnel compétent au titre de leur métier ou leur spécialité. Les conseils nationaux professionnels retiennent, notamment sur la base des méthodes élaborées par la Haute Autorité de santé, celles qui leur paraissent les plus adaptées pour la mise en œuvre du développement professionnel continu ».

Sont ensuite définis la composition et les missions des CNP, celles-ci devant être ultérieurement précisées par un décret: « Les conseils nationaux professionnels regroupent pour chaque profession de santé ou, le cas échéant, chaque spécialité, les sociétés savantes et les organismes professionnels. Leurs missions ainsi que les principes généraux relatifs à leur composition et leur fonctionnement sont fixés par décret. Ils font l'objet d'une convention conclue entre les différents conseils ou l'organisme fédérateur créé à leur initiative, et l'État ». Les liens des CNP avec la FSM seront renforcés par cette convention qui les liera: cela permettra de clarifier certains points toujours flous dans de nombreux esprits sur les rôles respectifs des uns et des autres au sein des spécialités.

La gouvernance du dispositif de DPC sera précisée par un décret en Conseil d'État mais la gestion sera assurée par une Agence Nationale du DPC (ANDPC) qui remplacera l'OGDPC et devrait constituer le guichet unique réclamé par tous pour la gestion du DPC de tous les professionnels quelque soit la profession et le mode de pratique. Un décret devra aussi définir le processus d'évaluation des organismes et des programmes et le dispositif de sanction en cas de manquements. Certains aspects de cette évaluation seront assouplis.

Si l'on constate donc certains progrès, la complexité du dispositif persiste et certains points sont loin d'être résolus. La place des Universités reste pour le moins assez floue : « *la réforme réaffirme le rôle d'expertise pédagogique des universités dans la dimension scientifique du DPC* » dit le texte actuel... quel progrès ! Et quid des DU et DIU qui ont été les laissés-pour-compte de la loi précédente... ? Les hospitaliers n'ont pas manqué de relever aussi une ambiguïté inquiétante dans leur liberté de choix des actions de DPC. Il est en effet écrit dans le texte adopté par l'Assemblée Nationale « *Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit* ». Mais la phrase suivante précise « *Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur* »... On ne peut être qu'inquiet ! Que signifie « en lien avec » ? Le professionnel salarié aura-t-il seulement l'obligation de signaler à son employeur l'action ou le programme qu'il aura choisi en toute liberté ? Ou bien devra-t-il négocier ce choix avec son employeur ? Ou, encore pire, devra-t-il faire seulement les actions ou programmes imposés par son employeur ? Le diable est dans les détails mais là le détail est d'importance pour les médecins salariés.

Enfin, mais on s'en serait douté... aucun mot sur le financement... Le sujet a d'ailleurs été soigneusement éludé lors des quatre réunions de concertation ayant précédé la rédaction de cet amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale (et qui doit maintenant être discuté au Sénat dans le courant de l'été sans doute) : cette lacune, manifestement volontaire, inquiète, d'autant que le contexte financier plus que contraint de notre pays n'incite pas à l'optimisme... Il faudra bien trouver une solution : il en va de la crédibilité du dispositif et de nos législateurs !

## Conclusion

---

**Le DPC est une belle idée, qui doit contribuer au maintien et au développement des compétences et connaissances des professionnels de santé. La lourdeur du dispositif a ralenti son démarrage et suscité de nombreuses critiques. Il faut espérer que la concertation en cours débouche sur un texte clair, visant à simplifier certains rouages, à clarifier la gouvernance et le financement du dispositif, clés d'un succès espéré...**

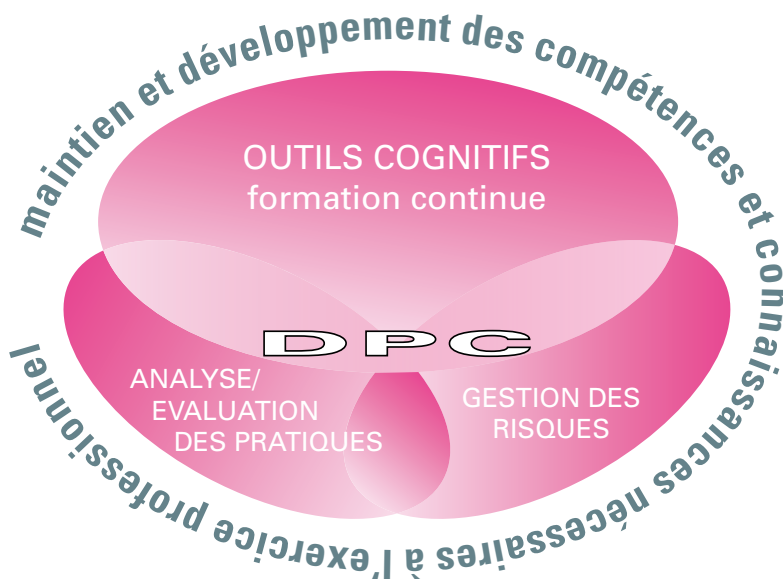
---

### RÉFÉRENCES

- (1) Orcel P. L'abc du DPC ou « Comment réussir sa démarche qualité ? ». *Revue du rhumatisme* 2012; 79: 456-459.
- (2) Haute Autorité de Santé. Méthodes et modalités de Développement professionnel continu. Mai 2014 [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf)
- (3) François P. Le chemin de croix du Développement Professionnel Continu (DPC). *Presse Méd* 2014; 43: 1189-1194.



**FIGURE 3: LES CONTOURS DU DPC DANS LE CONTEXTE DE L'ENSEMBLE DES DÉMARCHES CONTRIBUANT AU MAINTIEN DES COMPÉTENCES ET CONNAISSANCES NÉCESSAIRES À L'EXERCICE PROFESSIONNEL**



## II. Le DPC pour les rhumatologues

### 1. Pourquoi choisir RHUMATO DPC pour votre obligation de DPC ?

Il y a **un seul organisme par spécialité médicale qui est habilité** par l'Organisme Gestionnaire (l'OGDPC) à dispenser des programmes DPC validant et indemnisables. **RHUMATO DPC est l'organisme officiel** de Développement Professionnel Continu **de la Rhumatologie**.

RHUMATO DPC rassemble toutes les composantes de notre spécialité :

- Les associations régionales et locales de FMC ;
- Notre société savante, la SFR ;
- Le Collège Français des Enseignants en Rhumatologie, le COFER ;
- Notre syndicat, le SNMR ;
- Et le Collège Français des Médecins Rhumatologues, CFMR.

Ces derniers ont tous mis en commun leur énergie pour **créer des programmes DPC de qualité**, s'inscrivant dans **nos préoccupations** journalières et **reflétant l'expertise** de notre spécialité.

## 2. En quoi consiste un programme de DPC ?

---

Pour rappel, le Développement Professionnel Continu a remplacé depuis 2013 la FPC (Formation Professionnelle Conventiennelle) et l'EPP (l'Évaluation des Pratiques Professionnelles).

**C'est un programme collectif, annuel ou pluriannuel, présentiel ou en ligne, qui combine :**

- L'analyse de sa pratique professionnelle par une auto évaluation,
- L'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences.

Un programme de DPC **peut combiner une ou plusieurs méthodes** dont les plus fréquemment utilisées sont :

**- Cognitive :**

- En groupe, formation présentielle: une ou plusieurs journées de formation se déroulant dans une salle avec l'intervention d'experts de la spécialité.
- Ou individuelle, formation non présentielle, 100 % en ligne : un parcours de formation à effectuer sur [rhumatodpc.fr](http://rhumatodpc.fr).

**- Analyse des pratiques :**

- Grilles de recueil de données (Audit Clinique Ciblé) : recueil de données fait par le médecin, à son cabinet, sur le dossier médical de ses patients, à l'aide d'une grille comportant moins d'une dizaine de critères.

**L'indépendance** de toute influence, notamment à l'égard des entreprises fabricant ou distribuant des produits de santé, est garantie (art. 4021-25 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'Organisme Gestionnaire du DPC, l'OGDPC).

**La confidentialité** des données personnelles des médecins, celles relatives à leurs pratiques et celles des patients, est garantie.

## 3. Les programmes de DPC proposés

---

**Retrouvez tous nos programmes et l'ensemble des sessions actualisées sur le site internet [www.rhumatodpc.fr](http://www.rhumatodpc.fr)**

Depuis la création de RHUMATO DPC début 2014, nous proposons 5 programmes 100 % en ligne et 5 programmes présentiels. Les thématiques sont variées et pensées pour l'amélioration de la pratique de la rhumatologie.

Tous nos programmes sont validants et indemnisés par l'OGDPC dans la limite de l'enveloppe annuelle allouée à chaque professionnel de santé.

### a) Programmes E-Learning - 100% en ligne

- **L'observatoire des Infiltrations et viscosupplémentations sous repérage Clinique**

Objectifs : décrire la pratique habituelle de la profession, connaître la fréquence réelle des accidents, identifier les facteurs de prises de risques, vérifier la pertinence des recommandations.

- **La gestion de la colchicine**

Objectifs : expliquer les propriétés anti-inflammatoires de la colchicine, qui intervient sur les mécanismes fondamentaux de l'immunité innée. L'une des caractéristiques de cette molécule est la proximité entre les taux thérapeutiques et les seuils toxiques, et le grand nombre d'interactions médicamenteuses potentielles.

Les trois programmes suivants sont proposés le réseau par le réseau Rhumatisme Inflammatoire Nord Pas de Calais (RIC Nord) et également depuis peu par le réseau RIC Sud :

- **Optimisation dans le suivi de la PR**, recueil des données administratives, **cliniques et des critères diagnostiques et facteurs pronostiques de la PR récente** ;
- **Polyarthrite Rhumatoïde Cortisonée : comorbidités osseuses et cardio-vasculaires** ;
- **Spondylarthropathies : critères diagnostiques et d'évolutivité (ASAS et BASDAI)**.

### b) Programmes Présentiels

- **Ostéoporose « Comment mieux évaluer le risque fracturaire pour une meilleure prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique ».**

Programme élaboré par le GRIO.

1 journée de réunion présentielle + auto-évaluation en ligne.

- **Statut Vaccinal « Comment mieux évaluer le statut vaccinal des patients souffrant de RIC traités par biothérapie, immunosuppresseur ou corticoïdes à dose immunosuppressive pour une meilleure prévention du risque infectieux ».**

½ journée de réunion présentielle + auto-évaluation en ligne.

- **Cotation « Comment savoir facturer son activité de consultation en rhumatologie ».**

½ journée de réunion présentielle + auto-évaluation en ligne.

- **Douleur « Comment mieux aborder la douleur chronique en rhumatologie »**

1 journée de réunion présentielle + auto-évaluation en ligne.

- **Canal Carpien « Comment mieux évaluer les facteurs de risque et la sévérité du syndrome du canal carpien pour une meilleure prise en charge ».**

½ journée de réunion présentielle + auto-évaluation en ligne.

### c) Programmes en cours de validation (sortie prévue courant 2016)

- AINS gestion des comorbidités ;
- Interactions Médicamenteuses à connaître par le rhumatologue ;
- VIH : gestion du malade suivi en Rhumatologie ;
- La Colchicine en pratique : de la crise de goutte à la maladie périodique ;
- Infiltrations sous Anticoagulant et Antiagrégant ;
- De la gammopathie au myélome.

## 4. Comment s'inscrire/organiser/proposer un programme ?

---

### a) Comment s'inscrire à un programme DPC ?

Vous pouvez réaliser les formalités d'inscription sur internet en quelques clics. Pour cela connectez-vous à [www.rhumatodpc.fr](http://www.rhumatodpc.fr) et inscrivez-vous au programme de votre choix.

Un fois votre inscription validée, depuis votre espace vous accomplirez à votre rythme votre auto-évaluation en ligne par la saisie de vos dossiers suivant les critères demandés (questions sous forme de quizz, vos réponses sont traitées de façon anonyme).

Pour être indemnisé par l'OGDPC, il faudra posséder un compte sur le site [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr) (inscription parallèle à celle de Rhumato DPC – nous pouvons vous guider pour les formalités administratives).

### b) Comment organiser une session dans votre région ?

Si vous êtes un groupe constitué, vous pouvez demander l'organisation d'une session pré-sentielle dans votre région. Rhumato DPC se chargera de la logistique et faire intervenir un expert sur le programme choisi.

Contactez notre secrétariat par email : [webmaster@rhumatodpc.fr](mailto:webmaster@rhumatodpc.fr)

### c) Comment soumettre un programme DPC ?

Si votre Association de FMC désire proposer un programme de DPC, nous sommes à votre disposition pour vous aider dans son élaboration, chaque programme devant répondre à des méthodes précises, peu complexes pour la plupart, élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et comporter un volet d'Évaluation des Pratiques et un volet de Formation.

## Conclusion

---

**Le DPC est une obligation pour tous, mais surtout un challenge que nous nous devons de relever pour une rhumatologie de qualité résolument tournée vers l'avenir. Pour cela votre organisme Rhumato DPC est le seul organisme exclusivement dédié à la rhumatologie avec des programmes élaboré par les meilleurs spécialistes.**

### III. La FMC associative : Evolution de l'activité et de la structure d'une association de formation médicale continue en 10 ans

Jusqu'à une période récente la F.M.C. fût la seule source de formation des médecins. Cet enseignement perdue malgré les difficultés d'ordre économique. Il perdurera encore car les possibilités actuelles du DPC deviennent limitées sur le plan organisationnel et le plan financier... Sans compter la valeur intrinsèque du DPC très inégale d'un organisme à un autre.

Cette formation médicale est locale, départementale, régionale et nationale. Elle est bien sûr, majoritairement aidée par l'industrie. Elle est souvent soutenue par l'industrie pharmaceutique dans le respect des règles de la loi DMOS et de la transparence Ces réunions d'un haut niveau scientifique, avec d'éminents orateurs, ont l'avantage de rassembler un nombre important de collègues, dans une ambiance studieuse mais aussi amicale et conviviale. Je vous en donnerai un exemple.

Revenons à des statistiques récentes sur ces FMC, fournies dans l'enquête menée par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (LBR) à la demande du comité de coordination du livre blanc.

#### **Brièvement :**

41 % des rhumatologues se déclarent acteurs de formation médicale continue (35 % des libéraux et 58 % des salariés) alors qu'ils étaient 57 % en 2003.

67 % des rhumatologues ont participé à des actions FMC lors de congrès régionaux 76 % lors de congrès nationaux 38 % congrès internationaux. 69 % ont déclaré des actions de formation médicales continues en soirée.

La fréquentation par rhumatologue participant est de :

- 2,8 congrès régionaux par an ;
- 1,7 congrès nationaux par an ;
- 1,5 congrès internationaux par an ;
- et 6,6 soirées de F.M.C. par an, sachant que 60 % des rhumatologues sont membres d'une Association de F.M.C.

Le DPC, obligatoire, concerne 84 % des rhumatologues qui ont participé à au moins une action de DPC.

#### **Pour être plus précis, voici deux exemples :**

- La FRIF (Fédération de Rhumatologie d'Ile de France), qui, tient son congrès annuel à Paris réunit environ 300 rhumatologues avec un programme scientifique couvrant une grande partie de la rhumatologie et animé par une trentaine d'orateurs exceptionnels.

- L'ARHS (Amicale des Rhumatologues des Hauts de Seine), organise depuis près de 30 ans :
  - 10 réunions de FMC par an, auxquelles participent entre 30 et 40 rhumatologues. À chaque soirée le texte de la conférence est distribué aux participants ;
  - Un congrès annuel, dans un CHU de province ou dans un Hôpital à l'étranger réunit une soixantaine de rhumatologues et fait l'objet de l'édition d'un fascicule dont la diffusion dépasse largement l'échelon départemental.

Cette organisation a d'ailleurs permis à l'ARHS d'obtenir dès 2007 l'agrément du Conseil National de FMC.

### Pour conclure, que peut-on espérer pour l'avenir ?

- Certes, que le DPC perdure et qu'il en ait les moyens,
- Mais aussi que les formations médicales, quelles que soient leurs échelons, puissent continuer à se développer malgré les vicissitudes économiques actuelles.

## IV. La Société Française de Rhumatologie et la Formation Médicale Continue

La FMC fait partie intégrante des objets statutaires de la SFR. Ainsi, l'article I.1. des statuts précise : « L'étude des maladies de l'appareil locomoteur, le développement, l'amélioration, la promotion et l'enseignement des connaissances les concernant, par le biais notamment de : la mise en œuvre d'actions de formation professionnelles, notamment d'actions de développement professionnel continu, l'organisation de réunions scientifiques et de congrès ».

### Ces actions de FMC se matérialisent par :

#### Des actions présentiellelles :

- **Le congrès français de rhumatologie**, annuel, existant sous la forme actuelle depuis 27 ans. Ce congrès offre sur 3 jours, à côté des sessions scientifiques, près d'une centaine de sessions présentiellelles de FMC couvrant l'ensemble des domaines de la rhumatologie. Ce programme de FMC est élaboré par un comité spécifique formé de rhumatologues libéraux et hospitaliers en parité ; ce comité est renouvelé annuellement. Ce congrès français recense régulièrement près de 3000 inscrits.
- **Les Journées Nationales de Rhumatologie (JNR)**, organisées en région de façon annuelle. Ce congrès, dont l'inscription est gratuite pour les membres de la SFR, propose sur deux jours et demi, un programme exclusivement de FMC (mises au point d'actualités, et ateliers) ;
- **Les journées des sections**, organisées par diverses sections de la SFR (ETP, épauule, pédiatrie, imagerie, rhumatologie interventionnelle...) faisant le point en une journée sur les éléments d'actualité dans le domaine de prédilection de la section ;
- **Les rencontres nationales de Rhumatologie**, organisées en partenariat avec l'AFLAR

et les associations de patients, permettent depuis 2013 une formation continue dispensée sur deux jours à l'adresse des différents professionnels de santé concernés par les malades souffrant de pathologies rhumatologiques ;

- **Participation de la SFR** à des actions de FMC vers la Médecine Générale (par exemple action en cours «La santé pour toutes les femmes»). Il faut citer encore le partenariat et le parrainage de la SFR dans diverses actions de FMC en France.

#### Autres supports de FMC :

- **Le site internet**: Celui-ci regroupe sous forme de « flash conférences » (regroupant diapositives et présentation orale) des différentes conférences d'actualité et sessions de FMC présentées lors du congrès français depuis plus de dix ans ;
- **La Revue du Rhumatisme** : organe officiel de la SFR, qui à côté de la revue scientifique internationale référencée (Joint Bone Spine, Facteur d'Impact 2014: 2.9), comprend également une revue en français (Revue du Rhumatisme) avec des mises au points, faits cliniques et articles scientifiques, et surtout la Revue du Rhumatisme Monographies, qui avec 4 numéros par an représente de la FMC pure écrite sur un sujet rhumatologique.

**Ainsi, la SFR a développé au fil des années une offre de FMC riche et diversifiée, permettant à l'ensemble des rhumatologues de trouver réponse à leur besoin de formation.**

## 6

ACTES TECHNIQUES  
DIAGNOSTIQUES ET  
THÉRAPEUTIQUES  
EN RHUMATOLOGIE



## CHAPITRE 6. ACTES TECHNIQUES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES EN RHUMATOLOGIE

L'imagerie interprétée et souvent réalisée par le rhumatologue est indissociable de son exercice. Une analyse fine et pertinente de cette activité avait été publiée dans le Livre Blanc de 2003 et nous invitons le lecteur à s'y reporter.

### I. Imagerie en Rhumatologie

#### 1. La radiologie conventionnelle ostéo-articulaire

La radiologie conventionnelle ostéo-articulaire a toujours fait partie du champ de compétence des rhumatologues et a pu bénéficier de leur expertise aussi bien dans le diagnostic que dans sa réalisation (incidences particulières telles que celle de « Lequesne » dans la hanche, le « schuss » pour les genoux, les clichés dynamiques cervicaux etc.).

Un bon tiers des rhumatologues libéraux dispose dans la continuité immédiate de l'examen clinique des appareillages de radiologie conventionnelle, pour réaliser eux mêmes les examens nécessaires accélérant le diagnostic et la prise en charge thérapeutique, évitant retards et parfois hospitalisations inutiles. Cette proportion est cependant en baisse régulière (50 % lors de la publication du Livre Blanc de 2003) du fait des contraintes réglementaires de plus en plus lourdes et de la baisse régulière des tarifs des actes (cf infra).

Les rhumatologues ont répondu à l'obligation de moyens et modernisé leurs installations radiologiques en produisant désormais des images numériques limitant l'irradiation. En archivant leurs résultats ils facilitent la transmission des images et la comparaison avec des examens ultérieurs. Ils appliquent les obligations de la radio-protection.

##### a) Les obligations aux cabinets de Rhumatologie équipés en Radiologie

Les contraintes administratives de radioprotection, qui sont les mêmes pour tout utilisateur de radiations ionisantes sont particulièrement contraignantes :

- Un contrôle d'ambiance **trimestriel** au poste de travail ; réalisé par la PCR (personne compétente en radioprotection) ;
- Un contrôle de qualité et un contrôle de radioprotection **interne tous deux annuels** (depuis 2007) par une société de maintenance (installateur) ou un organisme agréé ;
- Un contrôle de qualité **externe annuel**, par un organisme agréé (Ex, non exhaustif : APAVE, SOCOTEC, etc ; voir liste sur le site de l'ASN) ;
- Un contrôle **externe** de radioprotection et d'ambiance **tous les 3 ans (1 an si interventionnel)** ;
- Le zonage **initial** peut être fait par un organisme agréé, par l'installateur (tous ne sont pas agréés pour), ou par la PCR de préférence équipée d'un radiamètre (sinon utiliser la mesure de dose ou débit de dose à distance du fantôme effectuée par l'organisme externe ou bien le « Guide pratique réalisation des études dosimétriques de poste de travail présentant un risque d'exposition aux rayonnements ionisants » de l'IRSN). Actualisation annuelle.

- Contrôles électriques : Vérification **initiale puis annuelle** Dosimétrie du Patient :
  - Équipement de mesure ou de calcul de dose obligatoire pour les appareils installés depuis 2004 ;
  - Obligation d'informer le patient sur la dose reçue (arrêté du 22 septembre 2006), pour les actes de radiologie diagnostique ou interventionnelle : indiquer le Produit Dose Surface (PDS) sur le compte rendu d'examen ;
  - À défaut d'étiquetage automatique, et pour les examens itératifs : enfants <16 ans, ou examens de la région pelvienne chez les femmes en âge de procréer ou enceinte, les informations utiles : charge électrique, la distance foyer-peau, durée de scopie et le courant associé, en graphie : pour chaque type de champ d'entrée et le nombre d'expositions faites.
- Etude des postes de travail par la médecine du travail précise le classement du personnel et le suivi dosimétrique des professionnels exposés (2003) ;
- Formation de PCR : **tous les 5 ans** : 1 par cabinet. Ou appel à une PCR externe, mais qui doit être présente lors de tout acte interventionnel ;
- Formation à la radioprotection professionnelle : **tous les 3 ans** pour le personnel exposé aux rayonnements (médecin, manipulateur en électroradiologie médicale) ;
- Pour TOUS les utilisateurs : diplôme de radioprotection des patients valable 10 ans ;
- Une maintenance préventive annuelle est obligatoire pour toutes les installations qui ne sont pas sous contrat de maintenance ;
- Un contrôle hebdomadaire de la sensitométrie pour les machines à développer humides ;
- Se conformer aux Niveaux de Référence Diagnostiques (l'arrêté du 24 octobre 2011) : **annuellement**, mesurer la dose pour deux examens réalisés couramment, pour 30 patients au moins chacun et la transmettre à l'IRSN, pour optimiser votre pratique ;
- **Recours à une PSRPM** (personne spécialisée en radio physique médicale) :
  - **pour l'interventionnel : contrat** avec un radio physicien de sa région ; éventuellement mutualisé entre plusieurs cabinets de rhumatologie, pour faire jouer la concurrence et minimiser les coûts ;
  - **Pour le non interventionnel** : se rendre sur le site SFPM ; trouver un radio physicien de proximité, noter son numéro de téléphone, éventuellement lui envoyer un courrier signalant que le cabinet fera si besoin appel à lui en cas de problème (en recommandé c'est encore plus sûr !).

Avec tout cela, vous devriez être dans les clous !

En plus de ces multiples mises aux normes très onéreuses, les Rhumatologues qui utilisent encore la Radiologie conventionnelle ont fait des efforts d'investissement considérables :

- Numérisation quasi générale ;
- Détecteurs plaques modernes ;
- Impression laser de qualité.

### b) Intérêt diagnostique

Les bilans réalisés par les Rhumatologues répondent strictement aux besoins du diagnostic :

- Incidences adaptées et ciblées par l'examen clinique ;
- Pas d'imagerie exhaustive non orientée ;
- Donc, économie de coût et d'irradiation.

### c) Intérêt médico-légal

Permet immédiatement au praticien de poser son diagnostic avec l'examen d'imagerie « extemporané » !

Fini les problèmes liés à un examen basé sur des images anciennes et dépassées, avec un risque d'erreur et ses conséquences judiciaires éventuelles.

### d) Intérêt médico-économique

Associé à une orientation clinique précise liée à un interrogatoire orienté et à un examen clinique adapté, cette précision diagnostique permet d'éviter une inflation d'examens para-cliniques coûteux et non indispensables.

Pour exemple un diagnostic d'arthrose du genou est possible dans 95 % des cas grâce à la radiographie standard bien réalisée, en particulier clichés comparatifs, en charge, complétée par une incidence en schuss et incidences fémoro-patellaires réellement réalisées à 30° (ce qui devient de plus en plus rare), éventuellement avec un repérage précis de la Tubérosité Tibiale Antérieure.

A côté de cela une bonne partie de nos patients viennent d'emblée nous consulter avec une IRM souvent inutile, allongeant les délais d'obtentions de rendez-vous et alourdissant le coût pour la collectivité.

### e) Intérêt thérapeutique

L'échographie ne peut pas tout faire en rhumatologie interventionnelle ; le recours à la radiologie reste indispensable dans certaines indications.

Au total cela justifie la pratique de la radiographie dans nos cabinets de rhumatologues, bien que les contraintes et leur coût découragent de plus en plus les rhumatologues de poursuivre cette activité. Il faudrait donc à minima **aligner le code modificateur CCAM des rhumatologues sur celui des radiologues**, pour reconnaître à la radiographie conventionnelle son importance dans le diagnostic des maladies ostéo-articulaires.

## 2. L'échographie

---

L'échographie a été plus récemment intégrée à leur pratique par les rhumatologues comme cela avait été le cas pour les gynécologues ou les cardiologues. Comme pour la radiographie les rhumatologues revendiquent désormais une échographie d'expertise de l'appareil locomoteur du fait de l'examen clinique associé.

Les rhumatologues se sont appropriés l'échographie musculo-squelettique avec des appareils de haute qualité et des sondes de hautes fréquences adaptées à l'exploration des tissus superficiels. L'évaluation de l'inflammation dans les rhumatismes inflammatoires par l'écho-

Doppler est un progrès essentiel pour leur prise en charge. L'échographie interventionnelle améliore la sécurité, le confort et la précision du geste. De nombreuses publications confirment l'intérêt de ces gestes échoguidés non irradiants en rhumatologie.

Actuellement, environ 25 % des rhumatologues libéraux pratiquent l'échographie et ce pourcentage ne peut que croître. En 2013, selon des données de l'Assurance Maladie, 388 rhumatologues (20,4 % de 1898 rhumatologues libéraux) ont coté 135 375 actes d'échographie diagnostique. Selon notre expérience, presque 50 % des patients vus quotidiennement par un rhumatologue peuvent bénéficier d'un examen échographique dans le cadre d'une consultation clinique. Les services hospitaliers de Rhumatologie sont également équipés d'échographe et participent à la formation des rhumatologues.

La formation initiale s'est développée avec un DU organisé par le service de Rhumatologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière puis des DU ou DIU organisés dans plusieurs régions de France, complétant la formation en échographie interventionnelle. La formation continue est assurée par diverses sociétés, notamment la Société Française de Rhumatologie, l'EULAR, la Société d'Imagerie Musculo-Squelettique (SIMS), par des groupes ou associations de Rhumatologues. Des formations des étudiants au niveau du DES sont également organisées.

### 3. L'ostéodensitometrie

---

L'ostéodensitometrie est un outil diagnostique spécifiquement rhumatologique même si sa réalisation se fait majoritairement chez les radiologues. Cela a été compris et reconnu par les caisses qui accordent aux rhumatologues une association exceptionnelle Consultation + acte technique.

Le **GRIO** Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses, multidisciplinaire est devenu la structure française scientifique de référence en ostéopathie fragilisante.

L'ostéoporose concerne six millions de personnes en France dont huit cent mille hommes. Avec le vieillissement de la population, le nombre de fractures dues à l'ostéoporose est encore trop important. Le dépistage et les traitements restent en deçà de ce qui il serait nécessaire pour enrayer cette épidémie silencieuse. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, l'ostéodensitométrie est prise en charge par l'assurance maladie pour des indications définies par des facteurs de risques. Des conditions de formations sont nécessaires et un contrôle de qualité des appareils a été mise en place. L'examen peut être cumulé avec la consultation du rhumatologue en appliquant les règles définies par la convention médicale. Malgré la formation médicale la prise en compte des facteurs de risques d'ostéoporose permettant le remboursement de l'examen de dépistage par les médecins est encore trop complexe.

### 4. Le scanner

---

Le scanner pour des raisons techniques et administratives est réalisé exclusivement dans les unités de radiologie. Cependant les rhumatologues connaissent et font progresser sa séméiologie.

## 5. L'IRM

---

L'IRM de par ses spécificités est devenue rapidement indispensable aux rhumatologues. Cependant son usage direct leur en reste interdit à la fois pour des raisons techniques et administratives. Les IRM corps entiers onéreuses et puissantes ne conviennent pas à nos besoins. L'évaluation des IRM dédiées a été faite par la HAS en l'absence des rhumatologues y compris de ceux là même qui en avaient pourtant la pratique (les radiologues n'utilisent pas d'IRM dédiées mais les ont pourtant évaluées!).

L'usage des IRM haut champ dans la pathologie ostéo-articulaire périphérique est le plus souvent non nécessaire et inutile. (Cf IRM des genoux).

La nécessité d'une passerelle entre radiologues et rhumatologues permettant la mise en commun des compétences se fait criante pour amener les cliniciens à mieux connaître les possibilités du scanner ou de l'IRM, rapprocher les radiologues des besoins des cliniciens et enseigner aux rhumatologues les techniques de l'imagerie ostéo-articulaire.

## 6. Zones d'ombre et problèmes à prendre en compte dans l'avenir

---

a) La généralisation des images numériques pose le problème de la difficulté à la relecture et à la réinterprétation des images quasi impossible par l'iconographie en général médiocre accompagnant le compte rendu écrit et du fait que l'on ne dispose pas toujours des écrans informatiques de qualité médicale en particulier au lit du malade. De ce fait l'interprétation fine et experte des clichés qui est une caractéristique du rhumatologue risque de se perdre surtout pour ceux ne réalisant pas leurs radiographies (donc ne disposant pas forcément d'une installation de lecture de qualité professionnelle) à commencer par les rhumatologues en formation en services hospitaliers. Or le rhumatologue ne peut prendre le risque d'être dépendant de l'interprétation du seul radiologue qui aussi respectable soit elle, ne repose pas toujours sur la même approche clinique en particulier lorsque l'examen d'imagerie est réalisé à la demande du médecin traitant avant la consultation rhumatologique. Une coopération inter professionnelle avec relecture conjointe généralisée des clichés est souhaitable mais illusoire compte tenu des contraintes de temps et de l'absence de rémunération complémentaire.

b) Le fait de réaliser son imagerie permet de disposer d'un plateau technique avec du personnel (secrétariat, technicien en imagerie qui assure une aide lors des gestes) et d'améliorer les conditions de l'exercice clinique. Cela permet en particulier pour les médecins en Secteur 1 de dégager les moyens nécessaires à une installation plus performante.

Malheureusement les décotes successives de la rémunération des actes de radiologie imposées aux radiologues impactent systématiquement les rhumatologues. L'indigence des cotations de l'échographie peut faire paraître l'exercice financièrement périlleux, et décourager les nouveaux installés à investir. Comme en 2003, la revendication d'une valorisation significative des actes techniques, au même titre que celle des actes cliniques reste plus que jamais d'actualité si on ne veut pas perdre un savoir-faire irremplaçable.

c) La formation pratique à la radiologie du rhumatologue se fait par compagnonnage. Le stage de praticien de rhumatologie en ville est désormais théoriquement possible pour les

rhumatologues en formation et doit entre autres remplir ce rôle. Le regroupement des rhumatologues continue à se développer et permet de mutualiser les moyens et les connaissances. Plutôt que vers des structures multi-pluridisciplinaires telles les maisons médicales en médecine générale il faut plutôt s'orienter vers des regroupements de rhumatologues de compétences complémentaires. Le regroupement radiologue/rhumatologue en théorie idéal est en fait difficile en pratique à la fois pour des raisons administratives d'organisation et parfois de conflit d'intérêt. Mais il faut réfléchir à les surmonter pour partager le plateau technique radiologique ou par l'obtention de vacances dans des établissements hospitaliers publics et privés pour partager les plateaux techniques lourds.

d) Il reste toujours, pour que le réglementaire s'accorde avec la pratique, à organiser l'enseignement initial d'une compétence en radiologie validée par une certification reconnue par le Conseil de l'Ordre et les organismes payeurs, afin de garantir la possibilité de pratiquer la radiologie osseuse conventionnelle la densitométrie à Rayons X, la rhumatologie interventionnelle radioguidée et l'IRM.

Ces enseignements seraient destinés aux rhumatologues libéraux et hospitaliers dont l'exercice nécessite ces compétences.

Ainsi, l'expertise clinico-radiologique, spécifique à la rhumatologie française, enviée par les collègues européens cantonnés à la pathologie inflammatoire dans des centres ultra spécialisés, est d'un bon rapport coût/bénéfice, car les examens complémentaires sont réalisés à bon escient, le diagnostic est précoce et la prise en charge thérapeutique rapide avec le maximum d'efficacité.

Il s'agit d'une véritable contribution à la maîtrise médicalisée des dépenses, qui devrait avoir le soutien des Caisses et des responsables de la Santé Publique pour en assurer son développement.

Les rhumatologues participent activement à la Société d'Imagerie Musculo-Squelettique, société francophone et pluridisciplinaire avec les radiologues, les médecins de médecine physique et les chirurgiens orthopédistes.

Cette Société, récemment présidée par l'un de nous, organise des sessions communes avec la SIRIS au sein des Journées Françaises de Radiologie et du Congrès Français de Rhumatologie.

## II. La Rhumatologie interventionnelle

La rhumatologie interventionnelle (les infiltrations, l'arthroscopie, l'aponévrotomie à l'aiguille dans la maladie de Dupuytren... sont des « inventions » rhumatologiques) s'est enrichie du guidage par l'imagerie des biopsies et des infiltrations voire même du traitement percutané du syndrome du canal carpien sous échographie.

La SFR (Société Française de Rhumatologie) a créé, suivant en cela les propositions présentes dans le Livre Blanc de 2003, la SIRIS (Section Imagerie et Rhumatologie Interventionnelle) avec pour entre autres missions d'assurer l'interface avec l'Agence de Sécurité Nucléaire, celle avec les autres sociétés savantes concernées par l'imagerie médicale et l'ostéodensitométrie, ou l'usage thérapeutique des agents isotopiques. Elle participe à l'organisation de la formation

en radiophysique médicale, en radioprotection, et aux pratiques d'imagerie utilisant ou non les radiations ionisantes.

La SIRIS évalue, développe et communique sur la plus-value de la prise en charge rhumatologique interventionnelle clinique et technique.

Des diplômes inter-universitaires de formation en rhumatologie interventionnelle sont organisés à Grenoble, Nantes et Strasbourg.

### III. Pratique des explorations électro Neuro Myographique (ENMG) par les rhumatologues

Le rhumatologue, spécialiste des affections de l'appareil locomoteur se situe donc dans le parcours de soins en premier ou second recours à la demande de médecins généralistes, chirurgiens... pour l'exploration de pathologie neuro-musculaires d'origine périphérique.

Au-delà de ses compétences dans le diagnostic et la prise en charge de la douleur il est régulièrement confronté à d'autres symptômes (paresthésies, crampes, déficit sensitif ou moteur...) faisant appel à une compétence qui va au-delà de sa pratique quotidienne des maladies des os et les articulations.

Par conséquent, L'ENMG est une activité parfaitement complémentaire de l'examen clinique fondamental poussé dont sont coutumiers les rhumatologues par l'exploration des troncs et racines des nerfs ainsi que des muscles. Cela amène par ailleurs une valeur ajoutée par rapport aux « électro physiologistes purs » restant dans l'exploration paraclinique insuffisante quand isolée du contexte clinique.

Dans le livre blanc 2003 était noté qu'environ 15 % des rhumatologues pratiquaient des ENMG et que 13 % possédaient un diplôme spécifique. En 2014 notre enquête relève un tassement de ces chiffres avec 12 % qui pratiquent et 11 % qui déclarent un diplôme spécifique. Entre-temps, est entrée en vigueur la nouvelle CCAM modifiant la cotation des actes avec deux cotations principales en fonction du nombre de troncs nerveux explorés en stimulo détection et du nombre de muscles testés à l'aiguille (AHQB032 et AHQB033). Eventuellement des codes plus spécifiques peuvent s'appliquer (voir CCAM en rhumatologie).

La formation en revanche n'est pas incluse dans le référentiel métier de rhumatologue. Ce dernier devra se former auprès de ses pairs et passer un diplôme dédié universitaire ou interuniversitaire permettant de justifier de cette formation spécifique d'ailleurs en théorie exigée pour la réalisation et la cotation de l'examen.

En 2007 a été créé un diplôme universitaire d'exploration électrophysiologique de l'appareil locomoteur sous la houlette du professeur Bernard Combes dans le service du Docteur Prat au CHU de Nîmes Caremau.

Ce diplôme, spécialement formatée pour les spécialistes de l'appareil locomoteur que sont les rhumatologues ou les médecins de médecine physique et réadaptation permet de se concentrer sur l'appareil neurologique périphérique en excluant les formations sur le système nerveux central des diplômes interuniversitaires mieux adaptés aux neurologues. Ce dernier (DIU de Neurophysiologie clinique) se déroule sur un an. L'enseignement théorique regroupe un tronc commun obligatoire : « Bases de l'Exploration neurophysiologique » et trois unités de valeur (U.V.) au choix (conseillé 1, 2 ou 3 maximum) : Electroneuromyographie (ENMG) Electroencéphalographie (EEG) Exploration Sensorimotrice et Cognitive (PE) et pour les candidats à l'EEG, un module obligatoire de 4 jours en EEG pédiatrique

L'ENMG trouve sa place principalement dans l'exploration des troncs périphériques, avec au premier chef le syndrome du canal carpien, fréquent, qui nécessite avant toute intervention un ENMG de moins de 6 mois (référentiel HAS) mais aussi dans l'atteinte du nerf cubital, 2<sup>e</sup> syndrome canalaire en fréquence lors de sa compression au coude dont la prise en charge est parfois urgente. Viennent ensuite les pathologies neurologiques périphériques, notamment neuropathie, plexopathie, ainsi que les atteintes du motoneurone. Des atteintes radiculaires justifient parfois une exploration permettant de juger au mieux du niveau et de la gravité de l'atteinte. Enfin la pathologie musculaire, moins fréquente, bénéficie aussi de l'exploration.

Durant ces dernières années les appareils ont acquis une interface informatique permettant de conserver en mémoire les résultats obtenus pour une comparaison avec un examen ultérieur. Le prix des machines démarre aux alentours de 15000€ ce qui reste accessible pour tous les praticiens qui se doivent d'avoir un matériel performant. Les consommables, notamment les aiguilles coaxiales à usage unique sont un peu onéreuses mais permettent un examen de qualité sans aucun risque de transmission de maladies infectieuses.

## En conclusion

**L'ENMG est un complément incontournable de l'examen clinique dans les pathologies neurologiques périphériques ce qui devrait être possible dans tous les cabinets de groupes de rhumatologues. L'absence de cet examen dans le référentiel métier risque cependant à terme de voir disparaître cet examen du champ de compétences du rhumatologue.**

## IV. Onde de choc

### Traitement par onde de choc des pathologies abarticulaires.

Depuis une vingtaine d'années les ondes de choc font partie de l'arsenal thérapeutique utilisé par les professionnels de santé prenant en charge l'appareil locomoteur et en particulier les tendinopathies.

On distingue globalement les **ondes de choc focales, de haute énergie**, appelées dans la littérature anglo-saxonne extracorporeal shockwave therapy (ESWT) et les **ondes de choc**



**radiales**, de faible énergie (appelée RESWT) pour radial extracorporeal shockwave therapy. Les ondes de choc sont pratiquées avec repérage anatomique ou guidage échographique voire radiologique. Dans ce dernier cas elles sont exclusivement réalisées par des médecins.

Ces traitements font l'objet d'une littérature relativement abondante dont des méta-analyses, surtout pour les ondes de choc de haute énergie (15 articles en 2013/2014 sur pubmed en recherchant eswt + tendinopathy), moins pour les ondes de choc radiales. Cependant les générateurs d'onde de choc haute énergie (ESWT) ont un prix d'achat élevé nécessitent des consommables coûteux et une maintenance onéreuse. La plupart du temps les appareils utilisés dans notre pays sont donc « mutualisés » entre plusieurs rhumatologues soit dans les cabinets de grande importance soit sur un plateau technique externalisé.

L'évaluation de l'efficacité reste complexe du fait de la difficulté à réaliser des études en double aveugle contre placebo. Cependant la plupart des méta-analyses de bonne qualité retrouvent une efficacité incontestable du traitement principalement dans le domaine des calcifications de l'épaule, des épicondylites, tendinites du membre inférieur (tendinites d'insertion du moyen fessier et tendinites rotuliennes, tendinites du tendon d'Achille, aponévrosite plantaire d'insertion).

Elles ont en règle générale leur place dans la prise en charge médicale, avant indication chirurgicale, lors de l'échec des traitements conventionnels (anti-inflammatoires, infiltration, kinésithérapie). Elles nécessitent bien sûr un diagnostic préalable et une indication validée par un médecin.

Dans les études récentes il semble cependant que les traitements par ESWT soient plus efficaces que la rééducation, aussi efficaces que les infiltrations, aussi ou légèrement moins efficaces que les injections de Plasma enrichi en plaquettes, qui sont les comparateurs les plus utilisés.

Il n'y a pas à l'heure actuelle de cotation pour les traitements par onde de choc qui se pratiquent donc hors nomenclature. Il serait intéressant de discuter la prise en charge dans certaines pathologies dans lesquelles incontestablement les ondes de choc accélèrent l'évolution favorable par rapport à d'autres traitements ou évitent le recours à la chirurgie.

# 7 | LES MÉDICAMENTS ET THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES EN RHUMATOLOGIE

## CHAPITRE 7. LES MÉDICAMENTS ET THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES EN RHUMATOLOGIE

### I. Traitement biologiques et non biologiques des rhumatismes inflammatoires

Les traitements des rhumatismes inflammatoires – principalement polyarthrite rhumatoïde et spondyloarthrites – ont été révolutionnés par l’arrivée de thérapeutiques ciblées permettant d’espérer bien plus qu’un simple soulagement des symptômes, à savoir une inhibition des destructions articulaires avec à terme moins de déformations articulaires, moins de handicap et moins de recours aux chirurgies orthopédiques correctrices ou prothétiques.<sup>(1)</sup> Ces innovations thérapeutiques ont amené une profonde restructuration des classifications thérapeutiques (**tableau 1**). La multiplication de ces options thérapeutiques a permis de définir des stratégies thérapeutiques dites de « contrôle serré » de l’activité de la maladie (tight control), reposant sur une réponse graduée combinant escalade thérapeutique rapide en cas de maladie active, et décroissance prudente en cas de mise en rémission prolongée de la maladie.<sup>(2)</sup>

**TABLEAU 1 : NOMENCLATURE DES TRAITEMENTS DE FOND**  
(DISEASE MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS, DMARD)

Type		Molécule
<i>Synthétiques conventionnels (csDMARD)</i>	Composé issu du génie chimique, développé selon une méthodologie pragmatique (absence de cible préidentifiée) et disposant d’une mode d’action anti-inflammatoire en général incomplètement connu.	- Methotrexate - Leflunomide - Sulfasalazine - Hydroxychloroquine
Synthétiques ciblés (tsDMARD)	Composé issu du génie chimique, développé dans le but de cibler une molécule (enzyme, cytokine, récepteur) impliquée dans la pathogénie du rhumatisme.	- Tofacitinib (ciblant les kinases jak1 et jak3) - Baricitinib (ciblant les kinases jak1 et jak2) - Apremilast (ciblant la phosphodiesterase 4 - PDE4)
Biologiques ciblés (bDMARD)	Composé issu du génie génétique, aboutissant à la production d’un anticorps ou d’un récepteur soluble monoclonal, dans le but de cibler une molécule (enzyme, cytokine, récepteur) impliquée dans la pathogénie du rhumatisme.	- Adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab (TNF) - Rituximab (CD20) - Abatacept (B7) - Tocilizumab (IL6) - Anakinra, canakinumab (IL1) - Ustekinumab (IL12/23) - Secukinumab (IL17)

...

...

Type		Molécule
Biosimilaires (bsDMARD)	Composé issu du génie génétique, aboutissant à la production d'un anticorps ou d'un récepteur soluble monoclonal, de structure identique à un bDMARD original, ayant démontré son équivalence en termes pharmacocinétiques et pharmacodynamiques.	- Adalimumab, etanercept, infliximab - Rituximab

## 1. Les challenges des biothérapies

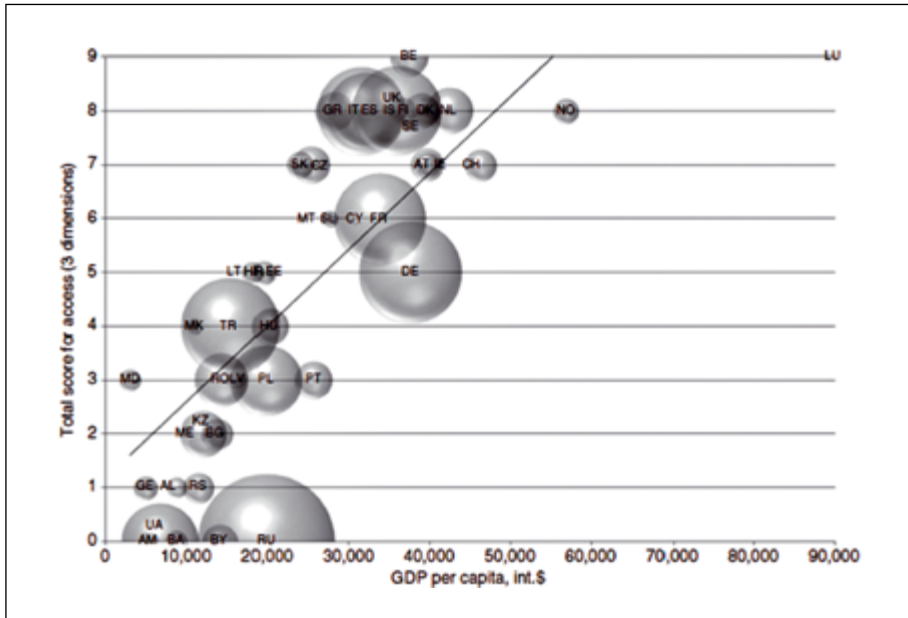
L'arrivée de ces thérapeutiques nouvelles a constitué un **challenge médical** pour les médecins rhumatologues :

- Leur prescription nécessite une évaluation précise de la maladie et du patient avec d'une part un bilan pré-thérapeutique poussé (incluant une mise à jour des vaccinations), d'autre part une surveillance standardisée de l'activité du rhumatisme et des comorbidités associées à celui-ci (risque cardiovasculaire accru, ostéoporose, etc...), nécessitant une mise à niveau des connaissances par un apprentissage spécifique ;
- Leur gestion au quotidien nécessite la mise en place de programme d'éducation thérapeutique visant à apprendre au patient les éléments du suivi ainsi que les signaux d'alerte pouvant faire redouter un effet indésirable des traitements ;
- Ces thérapeutiques immunomodulatrices sont associées à des risques médicamenteux spécifiques : infections parfois graves, potentiel risque d'augmentation du risque de certains cancers (cancers cutanés ou lymphomes), apparitions de manifestations autoimmunes, etc.

Ce sont ces éléments qui ont conduit à cadrer la prescription des agents biologiques par la prescription initiale hospitalière (PIH) et le renouvellement annuel hospitalier.

Ces molécules posent également un challenge sociétal du fait de leur coût : les csDMARD ont un coût moyen dépassant rarement les 1 000 € par patient et par an, alors que les bDMARD ont un coût de plus de 10 000 € par patient et par an. Si l'accès en France est globalement simple dans le cadre de notre système d'assurance maladie publique, il n'en est pas de même dans beaucoup d'autres pays, avec un accès d'autant plus difficile que la richesse nationale (produit intérieur brut, PIB ou GDP) est faible<sup>(3)</sup> (Figure 2).

FIGURE 2: ACCÈS AUX BSDMARD DANS 46 PAYS EUROPÉENS. (3)



AL, Albania; AM, Armenia; AT, Austria; BA, Bosnia and Herzegovina; BE, Belgium; BG, Bulgaria; BY, Belarus; CH, Switzerland; CY, Cyprus; CZ, Czech Republic; DE, Germany; DK, Denmark; EE, Estonia; ES, Spain; FI, Finland; FR, France; GE, Georgia; GR, Greece; HR, Croatia; HU, Hungary; IE, Ireland; IS, Iceland; IT, Italy; KZ, Kazakhstan; LT, Lithuania; LU, Luxembourg; LV, Latvia; MD, Moldova; ME, Montenegro; MK, Macedonia; MT, Malta; NL, Netherlands; NO, Norway; PL, Poland; PT, Portugal; RO, Romania; RS, Serbia; RU, Russia; SE, Sweden; SK, Slovakia; SL, Slovenia; TR, Turkey; UA, Ukraine; UK, United Kingdom.

En 2013, l’adalimumab et l’etanercept étaient dans le top 5 des dépenses de médicaments délivrés en ville, cette catégorie représentant une somme de plus de 1 500 millions d’euros. L’infliximab et le rituximab étaient dans le top 5 des dépenses de médicaments administrés à l’hôpital (le tocilizumab étant en 30<sup>ème</sup> position). (4)

Rang	Spécialité	Class	% Croissance moyen annuel 2013/2010	Cumul	Ca 2013 en millions d'€	% Marché officinal
1	Lucentis	Médic. Contre les troubles osulo-vasculaires	20,4 %	Les 5 premières spécialités	1586	7.7 %
2	Humira	Immunosuppresseur	12,1 %			
3	Crestor	Hypolipémiant	6,4 %			
4	Sérétide	Médic. pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	-2,4 %			
5	Enbrel	Immunosuppresseur	0,3 %			

Rang	Substance active	Classe ATC	Part du marché 2013 cumulée
1	Bévacizumab	Antinéoplasique	Les 3 premières : 16,1 %
2	Facteur VIII de coagulation	Facteur de la coagulation sanguine	
3	Infliximab	Immunosuppresseur	
4	Trastuzumab	Antinéoplasique	Les 6 premières : 28,1 %
5	Rituximad	Antinéoplasique	
6	Immunoglobines humaine polyvalentes	Immunoglobuline	

Depuis 10 ans, le fardeau économique des biothérapies a globalement augmenté mais le prix des biothérapies a progressivement baissé dans le cadre d'accord entre les industriels et le ministère de la santé (baisse dans le cadre d'un accord prix-volume, partage du risque avec le remboursement du coût d'un traitement biologique en cas d'arrêt prématuré dans les 3 mois suivant l'initiation, etc. . .). De plus, l'arrivée annoncée des biosimilaires pourrait contribuer à une nouvelle baisse des prix des bDMARD soit par substitution aux molécules princeps, soit par un alignement des prix des molécules princeps à un niveau identique, voire légèrement inférieur, au prix de biosimilaires.

## 2. La réalité des biothérapies en France

Les rhumatologues sont les médecins spécialistes qui prescrivent le plus de biothérapies immunomodulatrices : à titre d'exemple, ils étaient à l'origine de 72 % des prescriptions d'anti-TNF en 2012 (par rapport aux gastroentérologues et dermatologues à l'origine de respectivement 25 % et 3 % des prescriptions, source CNAM 2013). Ces prescriptions étaient hospitalières dans 35 % des cas.<sup>(5)</sup> L'augmentation des prescriptions est régulièrement croissante depuis 2010 (+13-15 % par an), correspondant principalement à des extensions d'indication de ces molécules.

Si cette croissance semble impressionnante, la prescription des biothérapies dans le cadre des rhumatismes inflammatoires semble bien cadrée :

- Des recommandations pour la pratique courante centrées sur la prise en charge des rhumatismes inflammatoires et la prescription des biothérapies ont été régulièrement réalisées sous l'égide de la SFR, successivement en 2005, 2008 et 2014. Leur dernière mouture a été une extrapolation des recommandations européennes de l'EULAR à la situation nationale, permettant une grande cohérence avec les dernières données de la science et les pratiques des pays européens ;
- Des guides de prescription ont été réalisés pour toutes les bDMARD et mis à la disposition des rhumatologues (versions papier ou électronique) par le CRI, section de la Société Française de Rhumatologie dédiée aux rhumatismes inflammatoires ;<sup>(6)</sup>

- La prescription initiale hospitalière est globalement appliquée dans 70 % des cas, avec dans plusieurs régions la mise en place de système de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) avec des spécialistes hospitaliers et libéraux.

### 3. Quelle évolution dans le futur ?

La prise en charge des rhumatismes inflammatoires est un domaine dynamique, appelé à évoluer au fil des années sur la base des résultats d'essais thérapeutiques contrôlés évaluant de nouvelles innovations thérapeutiques ou de nouvelles stratégies.

#### Cinq questions semblent devoir justifier une attention majeure dans les années à venir :

- Des «vacances» thérapeutiques sont-elles possibles au cours des rhumatismes inflammatoires ?  
Si les essais d'interruption de bDMARD ont montré un risque majeur de rechute, il semble qu'une décroissance progressive jusqu'à l'arrêt complet puisse être envisagée pour certains patients, sans qu'il soit possible à ce jour de les identifier clairement ;
- Le développement d'une médecine personnalisée permettant de choisir la molécule optimale pour un patient donné est-il réaliste ?  
À ce jour, les études cherchant à identifier des facteurs prédictifs de bonne ou mauvaise réponse à une molécule ont été globalement décevantes ;
- Le « monitoring » des traitements biologiques est-il pertinent ?  
Des kits de mesure des taux de bDMARD ou d'identification d'une immunisation contre les bDMARD (développement d'anticorps anti-bDMARD) ont été développés depuis quelques années sans qu'ils soient utilisables au quotidien, contrairement aux dosages d'antibiotiques par exemple. Leur validation permettrait d'optimiser le dosage des bDMARD, évitant ce qui pourrait être un sur-traitement des patients, notamment après obtention d'une rémission ; <sup>(7)</sup>
- La tolérance des bMARD après 10 ans d'utilisation a-t-elle été suffisamment étudiée ?  
Beaucoup d'information ont d'ores et déjà été collectées et rapportées dans différents registres européens, ou même français dans le cadre des bDMARD intraveineux administrés à l'hôpital. La banalisation progressive de ces traitements immunomodulateurs biologiques, le remplacement progressif des formes intraveineuses par des formulations sous-cutanées et l'arrivée de nouvelles molécules orales, délivrés et administrés en ville, risque de mettre en défaut les processus de pharmacovigilance du fait des problèmes bien connus de sous-notifications. La capacité des rhumatologues, tant hospitaliers que libéraux, à mettre en place des systèmes de vigilance systématiques sera une clé importante pour assurer la sécurité d'emploi de ces produits ;
- La PIH doit-elle être maintenue ?  
L'abandon de la PIH est demandé par beaucoup de praticiens libéraux, mais cette évolution

est vécue avec une certaine réticence par les praticiens hospitaliers qui la considèrent comme un gage de sécurité d'emploi des bDMARD, permettant la validation de l'indication, la vérification du bilan pré-thérapeutique et la mise en place de mesures d'éducation thérapeutique. Les discussions vont clairement se poursuivre mais quelques éléments de bons sens méritent d'être rappelés :

- La manipulation des bDMARD nécessite une bonne connaissance de ces molécules : la participation régulière des rhumatologues libéraux aux EPU de qualité (notamment congrès français de rhumatologie) tempère cette inquiétude, tout comme la formation initiale des rhumatologues qui s'installent aujourd'hui et se sont installés ces 10 dernières années. De plus la responsabilité médicale et financière vis-à-vis de cette prescription fait que seul la moitié des rhumatologues n'ayant pas accès à la PIH souhaitent pouvoir en bénéficier (voir enquête du Livre Blanc au chapitre 8) ;
- L'initiation d'une biothérapie nécessite un temps supérieur à celui d'une consultation : ce temps peut être difficile à libérer en pratique libérale et pose un problème de rémunération ; Cela pourrait se résoudre par une consultation spécifique complexe (voir au chapitre 9 du Livre Blanc) ;
- Le suivi de tels patients et la gestion d'évènements liés à la maladie ou aux traitements nécessitent une disponibilité et une réactivité du rhumatologue traitant, ce qui peut être plus facile si le patient est connu de l'équipe hospitalière qui se place alors en soutien du praticien libéral ; un passage par un service référent pour une éducation thérapeutique ainsi que des réunions de concertations pourraient cependant être envisagés ;
- La collecte de données épidémiologiques ou pharmaco-épidémiologiques est nécessaire pour de tels traitements, ce qui peut apparaître comme plus facile dans le cadre d'une PIH ou d'un renouvellement annuel hospitalier. Un registre national accessible aux libéraux comme aux hospitaliers, éventuellement obligatoire pourrait paradoxalement en améliorer l'exhaustivité.

C'est en fonction de ces éléments ou de ce cahier des charges que la PIH pourrait être amenée à évoluer.

#### RÉFÉRENCES :

- 
- (1) Fautrel B et al. Conséquences médicales et économiques de la polyarthrite rhumatoïde. *Bull Acad Natl Med.* 2012; 196(7): 1295-305; discussion 1305-6.
  - (2) Smolen JS, van der Heijde D, Machold KP, Aletaha D, Landewé R. Proposal for a new nomenclature of disease-modifying anti-rheumatic drugs. *Ann Rheum Dis.* 2014; 73(1): 3-5.
  - (3) Putrik P, Ramiro S, Kvien TK, et al. Inequities in access to biologic and synthetic DMARDs across 46 European countries. *Ann Rheum Dis.* 2014; 73(1): 198-206.
  - (4) Source : ANSM. Analyses des ventes de médicaments en France en 2013. Juin 2014.
  - (5) DCIR 2012 – Origine des prescriptions, de dispensation et d'administration des anti-TNF
  - (6) <http://www.cri-net.com/recherche/fichesPratiques/>
  - (7) Den Broeder AA, van der Maas A, van den Bemt BJ. Dose de-escalation strategies and role of therapeutic drug monitoring of biologics in RA. *Rheumatol (Oxford).* 2010; 49(10): 1801-3.



## II. Les traitements de fond de l'arthrose

Dans toutes les recommandations internationales publiées à ce jour, le traitement de l'arthrose repose sur l'association de traitements non pharmacologiques et pharmacologiques.<sup>(8-11)</sup>

Au premier rang des traitements médicamenteux se situe le paracétamol d'efficacité très discutable<sup>(12)</sup> et dont l'innocuité cardiovasculaire, gastro-intestinale, et même rénale a récemment été une nouvelle fois interrogée.<sup>(13)</sup>

En deuxième ligne, on trouve les topiques anti-inflammatoires non stéroïdiens, et la capsaïcine (non dénuée d'effets indésirables locaux<sup>(11)</sup>, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) classiques et anti-Cox2 sélectifs dont l'efficacité semble également modérée<sup>(14)</sup> et dont la tolérance a elle aussi été récemment sur la sellette, avec une évaluation par une méta-analyse très complète des risques gastro-intestinaux et cardiovasculaire<sup>(15-16)</sup>, et enfin les opioïdes dont l'efficacité antalgique mesurée par l'effet-taille est réelle, mais au prix d'un fort taux d'effets indésirables (nombre nécessaire pour faire du mal = 5).<sup>(17)</sup>

Parallèlement à ces options antalgiques à effet rapide, étaient proposés des « traitements de fond », les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL ou Symptomatic Slow Acting Drugs in OA - SYSADOA en anglais). Ceux-ci sont encore crédités d'un effet symptomatique modeste dans les recommandations de l'EULAR<sup>(8)</sup>. Mais ils ne sont plus conseillés dans les recommandations de l'ACR<sup>(9)</sup>, ni, bien entendu dans celles des orthopédistes Américains<sup>(10)</sup>. Enfin, les récentes recommandations de l'OARSI les ont jugés « incertain » pour le traitement des symptômes de la gonarthrose, en dépit d'effets-taille allant de 0.30 à 0.7 sur la douleur et/ou la fonction, selon les produits et les méta-analyses<sup>(11)</sup> et « inappropriés » pour leur effet sur les dégâts structuraux.

En France, ces produits sont des médicaments (alors qu'ils sont souvent classés compléments alimentaires ou « nutraceutiques » dans les pays anglo-saxons). On trouve dans cette classe thérapeutique les chondroïtines (Chondrosulf 400, Structum 500), la diacérhéine (Art 50, Zondar 50), les glucosamines (Dolenio, Flexea, Osaflexan, Structoflex, Voltaflex), et les insaponifiables d'avocat/soja (Piasclédine 300), par voie orale, et les injections d'acides hyaluroniques par voie intra-articulaire, principalement dans la gonarthrose.

En termes, d'efficacité, tous ces produits ont dans leurs dossiers des essais cliniques randomisés contrôlés versus placebo positifs sur la douleur et la gêne fonctionnelle avec des tailles d'effet variable, généralement modestes mais réelles. La plupart de ces traitements ont également fait l'objet de méta-analyses des données publiées (chondroïtine sulfate, diacérhéine, glucosamine, et insaponifiables d'avocat-soja) qui ont elles aussi confirmé un effet symptomatique modeste mais supérieur au placebo.<sup>(18-21)</sup>

L'intérêt de ces produits, en pratique quotidienne nous le savons, est d'obtenir chez un pourcentage non négligeable de patients une stabilisation des symptômes, voire de l'évolution structurale. Cette stabilisation se traduit le plus souvent par une baisse ou une pause dans la consommation d'antalgiques ou d'AINS, les patients se trouvant fréquemment à un niveau de symptôme qu'ils jugent acceptable. Cette baisse de consommation d'antalgiques/AINS

est évidemment importante pour réduire les nombreux effets iatrogènes de ces traitements dans cette affection chronique, longue qu'est l'arthrose. Si elle n'empêche pas totalement la nécessité de recourir à ces médicaments, elle permet une épargne sur le long terme, intéressante, en particulier chez le sujet âgé.

Tous ces produits, jusqu'ici remboursés par l'Assurance Maladie (d'abord à 65 % ou 35 %, selon les cas, puis à 15 %), viennent de subir un déremboursement total, par arrêté signé par la Ministre de la Santé, paru au Journal Officiel le 21 janvier 2015 (deux pages, encadré ci-après), déremboursement effectif depuis le 1<sup>er</sup> mars 2015, et ce, malgré une campagne des rhumatologues et des patients (via l'Association Française de Lutte AntiRhumatismale - AFLAR) sur une pétition contre ce déremboursement ayant recueilli plus de 160 000 signatures. Ce déremboursement est la suite logique de l'attribution par la Commission de Transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'un Service Médical Rendu « insuffisant » à tous ces médicaments.

Les patients auront donc comme solution thérapeutique médicamenteuse pour réduire leurs douleurs de se tourner à nouveau, ou plus qu'auparavant, vers le paracétamol et les AINS, pas forcément beaucoup plus efficaces et certainement beaucoup plus iatrogéniques, ou bien vers les opioïdes (dont les effets indésirables sont fréquents et sévères, en particulier chez les sujets âgés). Il n'y a que *La Revue Prescrire* pour se féliciter de cette décision et affirmer que les patients ont « *d'autres options [...] pour soulager les douleurs de l'arthrose : le paracétamol en première ligne et certains AINS tel l'ibuprofène ou le naproxène [qui] ont une efficacité démontrée et un profil d'effets indésirables acceptable à condition de maîtriser leur posologie* ». <sup>(22)</sup>

Selon l'excellente revue récente de Cadet <sup>(23)</sup>, « si l'on reprend les données de la méta-analyse parue dans le *Lancet* (8, 9), la prescription d'un coxib, de diclofénac ou d'ibuprofène augmentera le risque de base de survenue d'un événement cardio-vasculaire grave d'environ 30 % et l'on peut estimer qu'un tiers de ces événements sera fatal. Ce risque cardio-vasculaire de base peut, pour un patient donné, être estimé grâce aux calculatrices en ligne de l'American Heart Association et de l'American College of Cardiology, en fonction de l'âge, de l'origine ethnique, du sexe du patient, de son taux de cholestérol total et HDL, de sa tension artérielle systolique, de l'existence d'un tabagisme, d'un diabète, d'un traitement pour l'hypertension. Il n'est fourni que pour un sujet âgé de moins de 80 ans et sous forme d'un risque dans les dix ans à venir. La prescription d'un AINS quel qu'il soit doublera le risque d'insuffisance cardiaque. La prescription d'un coxib ou de diclofénac doublera le risque de complications gastro-intestinales hautes. Celle d'ibuprofène ou de naproxène le multipliera par quatre ». *La Revue Prescrire* n'a, apparemment, pas connaissance de ces risques, ni des publications les documentant.

Or sans réduction de la douleur, et de la gêne fonctionnelle qui l'accompagne, il est dans la plupart des cas illusoire d'espérer que les patients puissent mettre en œuvre les mesures non pharmacologiques indispensables à leur prise en charge. Comment faire perdre du poids à un patient gonarthrosique sans le faire bouger et pratiquer des programmes d'exercices ? Et comment le faire bouger sans réduire au préalable la douleur ?

Jusqu'ici, une autre option thérapeutique remboursée (appartenant aussi à la classe des anti-arthrosiques) peut être proposée en France aux patients dans la gonarthrose : les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique, dont il existe une douzaine de préparations disponibles sur le marché.

Ces traitements sont eux aussi menacés de déremboursement par la HAS (classés comme dispositifs médicaux, ils sont évalués par la CNEDIMTS, hormis le Hyalgan, actuellement médicament, jugé par la Commission de Transparence) et les autorités. Depuis juin 2013, ces traitements sont sur la sellette. Un premier avis de Service Rendu « insuffisant » leur a été attribué ouvrant la voie au déremboursement. Cet avis a dû être annulé par la HAS en février 2014 du fait d'un conflit d'intérêt concernant le président de la CNEDIMTS de l'époque. Cette commission, dans la même composition, mais sous l'égide d'un nouveau président est amenée depuis octobre 2014 à rejurer les acides hyaluroniques. À l'heure où ce chapitre est écrit, les jugements rendus ne sont guère encourageants sur le maintien d'un Service Rendu « suffisant » pour les acides hyaluroniques, malgré l'argumentation détaillée et fondée sur les preuves, présentée par le Collège National des Médecins Rhumatologues, auditionné lors des différentes sessions de la CNEDIMTS. Tous les produits ont été, pour le moment, crédités d'un avis négatif, ce qui ouvre la voie au déremboursement généralisé de tous les acides hyaluroniques (hors Hyalgan qui resterait remboursé à 15%). Une telle décision conduirait à ne permettre qu'aux patients les plus favorisés de pouvoir bénéficier de ces traitements.

Dans un argumentaire en défense de ces traitements, nous avons été amenés dès août 2013 à montrer l'efficacité modeste mais réelle des injections d'acide hyaluronique intra-articulaire dans la gonarthrose, d'après la littérature disponible dans la gonarthrose, à documenter leur excellente tolérance locale et générale avec, en particulier, une absence apparente d'augmentation de l'incidence des arthrites septiques, malgré l'accroissement considérable du nombre d'injections pratiqués par les rhumatologues de France<sup>(24)</sup>. Utilisées à bon escient chez des patients réellement symptomatiques, les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique constituent une option thérapeutique utile, permettant à un nombre non négligeable de patients de poursuivre leurs activités et conserver un degré de fonction et d'autonomie acceptables, en recourant moins aux AINS ou aux antalgiques. Elles contribuent certainement en s'intégrant dans une prise en charge globale, à réduire et retarder la pose de prothèses totales. La France, probablement grâce à une prise en charge très médicale de la gonarthrose, se situe parmi les pays à bas taux de prothèse de genou/100 000 habitants par rapport aux USA, à l'Australie, à l'Allemagne, au Royaume Uni ou aux pays du Nord de l'Europe (où l'on pose entre une fois et demi et deux fois et demi plus de prothèses totales).

Le déremboursement des injections d'acide hyaluronique, s'ajoutant à celui des AASAL par voie orale risque d'être parfaitement inopérant sur le plan médico-économique, inflationniste en terme de recours à des traitements plus coûteux, plus iatrogéniques, ou à la chirurgie prothétique, elle-même non dénuée d'échecs et de complications, lourdes et coûteuses, et injuste sur le plan social.

**Annexe :**

*Avis de déremboursement des AASAL (glucosamines, ouvrant la voie au déremboursement de tous les AASAL) paru au Journal Officiel le 21 Janvier 2015.*

21 janvier 2015

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 16 sur 62

## Décrets, arrêtés, circulaires

### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 16 janvier 2015 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique

NOR : AFSS1501426A

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 5123-2, L. 5123-3 et D. 5123-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu les avis de la Commission de la transparence en date des 20 novembre 2013, 19 février 2014 et 5 mars 2014 relatifs aux spécialités relevant du présent arrêté ;

Considérant que dans ses avis susvisés communiqués aux entreprises en application de l'article R. 163-16 du code de la sécurité sociale et consultables sur le site de la Haute Autorité de santé, la Commission de la transparence a estimé que les médicaments relevant du présent arrêté présentaient un service médical rendu insuffisant pour un maintien sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques et divers services publics mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

Considérant que les ministres compétents ont décidé d'adopter ces avis et de radier en conséquence les spécialités pharmaceutiques concernées de la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques et divers services publics compte tenu de l'insuffisance du service médical qu'elles rendent.

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Les spécialités pharmaceutiques mentionnées en annexe sont radiées à compter du 1<sup>er</sup> mars 2015 de la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques et divers services publics mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

**Art. 2.** – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 16 janvier 2015.

*La ministre des affaires sociales,  
de la santé  
et des droits des femmes,*

Pour la ministre et par délégation :

*La sous-directrice de la politique  
des produits de santé et de la qualité  
des pratiques et des soins,  
C. CHOMA*

*Le ministre des finances  
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le sous-directeur  
du financement  
du système de soins,  
T. WANECQ*

*Le sous-directeur  
du financement  
du système de soins,  
T. WANECQ*

21 janvier 2015	JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	Texte 16 sur 62
<b>ANNEXE</b> (7 radiations)		
Les spécialités pharmaceutiques suivantes sont radiées de la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et divers services publics à compter du 1 <sup>er</sup> mars 2015 :		
CODE CIP	PRÉSENTATION	
34009 380 133 1 3	DOLENIO 1 178 mg (glucosamine), comprimés pelliculés (B30) (laboratoires BIOCODEX)	
34009 496 655 0 1	DOLENIO 1 178 mg (glucosamine), comprimés pelliculés sous plaquettes thermofomées (aluminium/PVC/PVDC) (B30) (laboratoires BIOCODEX)	
34009 380 535 9 3	FLEXEA 625 mg (glucosamine), comprimés (B180) (laboratoires EXPANSCIENCE)	
34009 380 534 2 5	FLEXEA 625 mg (glucosamine), comprimés (B80) (laboratoires EXPANSCIENCE)	
34009 397 018 2 0	OSAFLEXAN 1 178 mg (glucosamine), poudre pour solution buvable en sachet-dose (B30) (laboratoires ROTTAPHARM SARL)	
34009 575 880 6 5	OSAFLEXAN 1 178 mg (glucosamine), poudre pour solution buvable en sachet-dose (B30) (laboratoires ROTTAPHARM SARL)	
34009 346 919 2 8	STRUCTORFLEX 625 mg (glucosamine), gélules (B40) (laboratoires PIERRE FABRE MEDICAMENT)	

**RÉFÉRENCES :**

(8) Jordan KM, Arden N K, Doherty M et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55

(9) Hochberg MC, Altman RD, April KT et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of non-pharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip and knee. *Arthritis Care Res* 2012;64:465-74.

(10) American Academy of Orthopedic Surgeons. *Treatment of Osteoarthritis of the Knee, 2nd Edition. Summary of Recommendations.* May, 18 2013. Accessed on July 23, 2013 at [www.aaos.org/research/guidelines/guidelineoaknee.asp](http://www.aaos.org/research/guidelines/guidelineoaknee.asp)

(11) McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan M, et al. OARSJ guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2014;22:363-88.doi: 10.1016/j.joca.2014.01.003. Epub 2014 Jan 24.

(12) Zhang W, Jones A, Doherty M. Does paracetamol (acetaminophen) reduce the pain of osteoarthritis?: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Rheum Dis* 2004;63:901-7.

(13) Roberts E, Delgado Nunes V, Buckner S, et al. Paracetamol: not as safe as we thought? A systematic literature review of observational studies. *Ann Rheum Dis* 2015 Mar 2. pii: annrheumdis-2014-206914. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-206914. [Epub ahead of print].

(14) Bjordal JM, Ljunggren AE, Klovning A, Størdal L. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, including cyclo-oxygenase-2 inhibitors, in osteoarthritic knee pain: meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ* 2004;329:1317-22.

(15) Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomized trials. *Lancet* 2013; 382:769-79.

(16) Cadet C, Maheu E, on behalf of the French AGRHUM group. Coxibs and traditional NSAIDs for pain relief. *Lancet* 2014; 383(9912):121-122 doi:10.1016/S0140-6736(14)60016-7.

(17) Avouac J, Gossec L, Dougados M. Efficacy and safety of opioids for osteoarthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartil* 2007;15:957-65.

(18) Pelletier JP, Hochberg MC du Souich P, Kahan A, Michel BA. Symptomatic and disease modifying effects of chondroitin sulfate and glucosamine. *BMJ* 2010; 341: c6328.

(19) Bartels EM, Bliddal H, Schöndorff PK, et al. Symptomatic efficacy and safety of diacerein in the treatment of osteoarthritis: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage.* 2010;18:289-96.

(20) Towheed TE, Maxwell L, Anastassiades TP, et al. Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD002946. Epub 2005/04/23. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002946.pub2>. PubMed PMID: 15846645.

(21) Christensen R, Bartels EM, Astrup A, Bliddal H. Symptomatic efficacy of avocado-soybean unsaponifiables (ASU) in osteoarthritis (OA) patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage.* 2008;16:399-408.

(22) *La Revue Prescrire* 2015(juin);35:420. Sécurité Sociale. « Antiarthrosiques » d'action lente: enfin tous déremboursés.

(23) Cadet C, Maheu E, et le groupe AGRHUM. Anti-inflammatoires non stéroïdiens, arthrose et sujets âgés. *Réflexions Rhumatologiques* 2015 (Février);19 (174):16-19.

(24) Maheu E, Bard H. Argumentaire en défense du Service Rendu par les Injections intra-articulaires d'Acide Hyaluronique dans la prise en charge de la gonarthrose symptomatique. 2013. Accessible sur les sites de la Société Française de Rhumatologie ou du Syndicat National des Médecins Rhumatologues. [http://sfr.larhumatologie.fr/rc/rhumatologie/nws/News/2013/sfr-20130906-093437-233/src/nws\\_fulIText/fr/Argumentaire%20Rutjes%20-%20Défense%20AH%20vs%20CNEDIMTS%20-%20V5%20EM%20-%20H%20Bard%20-%202031-7-13%20-%20Final%20modif\(1\).pdf](http://sfr.larhumatologie.fr/rc/rhumatologie/nws/News/2013/sfr-20130906-093437-233/src/nws_fulIText/fr/Argumentaire%20Rutjes%20-%20Défense%20AH%20vs%20CNEDIMTS%20-%20V5%20EM%20-%20H%20Bard%20-%202031-7-13%20-%20Final%20modif(1).pdf)

### III. Les autres médicaments en rhumatologie

#### 1. Pathologie rachidienne

Comme pour l'arthrose, la prise en charge des pathologies rachidiennes se partage entre les médecins généralistes, les rhumatologues, les médecins de médecine physique et rééducation et les chirurgiens orthopédistes.

Les rhumatologues semblent les praticiens de recours de référence après échec de la prise en charge par les généralistes pour plusieurs raisons :

- La possibilité de mettre sur pied une prise en charge combinée alliant les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires oraux, la rééducation et les gestes percutanés ;
- Le rapport bénéfice – risque des gestes percutanés rachidiens a été récemment questionné : il est important que leur prescription puisse être contrôlée et évaluée, ce qui fait l'objet d'un travail en cours de la communauté rhumatologique. Il faut également rappeler ici que l'alternative aux infiltrations rachidiennes est la chirurgie rachidienne, plus lourde, plus onéreuse et plus à risque que les infiltrations ;
- La prévention de la chronicité fait partie du domaine d'expertise des rhumatologues qui, avec les médecins rééducateurs, ont conduit plusieurs campagnes de prévention pour dédramatiser le mal de dos et favoriser le maintien des activités plutôt que le repos prescrit ;<sup>(25)</sup>
- En complément, il existe plusieurs structures de rhumatologie et rééducation en France capable d'offrir aux patients lombalgiques un programme de reconditionnement à l'effort, soit court sur quelques jours pour des patients ayant un travail et ne pouvant s'arrêter, soit long pour des patients en arrêt de travail prolongé (65 % des patients reprennent le travail après ces programmes longs).

Il existe depuis quelques années une problématique des infiltrations rachidiennes. En effet, les radiculgies lombaires et cervicales résistantes aux traitements conservateurs demeurent les principales indications des infiltrations rachidiennes de corticoïdes. Elles font partie de l'arsenal thérapeutique depuis plusieurs décennies et cela crée une situation de fait.

Deux spécialités en France disposent d'une AMM de longue date dans l'indication « injections épidurales, radiculgies » : Hydrocortancyl® 2,5 %, suspension injectable (DCI : prednisolone) et Altim® 3,75mg/1,5 ml (DCI : cortivazol).

Suite à une alerte de pharmacovigilance, liée essentiellement aux infiltrations péri-radiculaires réalisées par voie foraminale, la mise au point de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) de mars 2011, a rappelé les messages clés pour la réalisation des infiltrations radioguidées. Les Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) des 2 spécialités ont été maintenues dans l'indication « en injection épidurale : radiculgies » (Cf. Résumés des Caractéristiques des Produits révisés 2010 par l'ANSM).

Le Service Médical Rendu (SMR) dans l'indication « en injection épidurale : radiculgies » de l'Hydrocortancyl® 2,5 %, suspension injectable a été jugé insuffisant au maintien de l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux par la Commission

de Transparence (CT) (avis du 17 septembre 2014 confirmant l'avis précédent du 20 novembre 2013). À la même date, dans la même indication, dans l'indication « en injection épidurale : radiculalgies », le SMR de l'Altim<sup>®</sup> 3,75mg/1,5 ml a été jugé faible (avis du 17 septembre 2014).

**Cette situation interroge la communauté rhumatologique sur différents points :**

- L'avis de l'ANSM de 2010 et les 2 avis de la CT sont discordants ;
- Les arguments justifiant la différence de SMR entre les 2 spécialités n'apparaissent pas de façon tangible ;
- La CT a évalué le SMR de ces 2 spécialités sans tenir compte des différentes conditions de réalisation de cet acte médical (indication et contexte cliniques, voies d'abord, techniques de repérage, volume injecté, alternative thérapeutique...);
- Les conséquences de cet avis sur le remboursement de l'Hydrocortancyl<sup>®</sup> dans cette indication alors que le SMR reste important dans ses autres indications sont à préciser.

Plus généralement, ces avis remettent en cause la pertinence et le rapport bénéfice – risque des infiltrations rachidiennes, aboutissant à un vide thérapeutique entre médicaments antalgiques et anti-inflammatoires (régulièrement en échec) et la chirurgie discale ou plus globalement rachidienne.

Pour répondre à ces questions, la Section Rachis propose la réalisation d'un consensus formalisé sur le thème des infiltrations rachidiennes. La demande est en cours d'instruction à l'HAS.

**RÉFÉRENCES :**

(25) Rozenberg S et al. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. *Rev Rhum* 2012; 79S: A27-A31.

**2. Médicaments de l'ostéoporose**

L'ostéoporose fait partie intégrante des affections rhumatologiques et singulièrement l'ostéoporose post-ménopausique. La fréquence de cette affection (environ 3 millions de femmes ostéoporotiques en France) ne rend pas possible la gestion complète de cette pathologie par le seul rhumatologue de toutes les patientes ostéoporotiques contrairement aux pathologies rhumatismales telles que la polyarthrite rhumatoïde pour laquelle la place du rhumatologue est centrale. L'expertise du rhumatologue est cependant importante du fait des enjeux de la maladie ostéoporotique (fracture du col, source d'une morbi-mortalité importante avec un risque important de perte d'autonomie aux conséquences sociales et humaines majeures) et des spécificités des traitements (traitement au long cours posant des problèmes de tolérance en cas de pathologies associées et une problématique d'adhésion au traitement aboutissant à des arrêts prématurés avant l'obtention de l'effet maximal de ces traitements). Le rôle du rhumatologue apparaît important dans les situation suivante :

- Initiation du traitement pour peser l'indication du traitement (par rapport aux simples mesures hygiéno-diététiques) en fonction du risque fracturaire à 10 ans estimé par l'algorithme FRAX et du profil de tolérance des différentes options thérapeutiques (bisphosphonates oraux ou IV, biothérapie anti-RANKL, traitements hormonaux);
- Réévaluation à 4 ou 5 ans des traitements et décision de fenêtres thérapeutiques.



La prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique a été singulièrement simplifiée et clarifiée depuis l'actualisation en 2012 de nouvelles recommandations dans la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique.<sup>(26)</sup>

Ces recommandations envisagent trois situations : la 1<sup>ère</sup> est représentée par les patientes ayant un antécédent de fracture sévère : vertèbre, extrémité supérieure du fémur, extrémité supérieure de l'humérus, fémur distal, tibia proximal, 3 côtes simultanées et bassin. Dans ces circonstances et à partir du moment où la fracture est survenue en l'absence de contexte traumatique, il apparaît nécessaire de débiter un traitement antiostéoporotique. Le rationnel de ce choix est lié au fait que ces fractures sévères sont à l'origine d'une augmentation de la mortalité comparativement à des femmes n'ayant pas un tel antécédent. Cette simplification a pour but de faire en sorte que nos collègues médecins généralistes puissent dans ces situations d'emblée initier un traitement antiostéoporotique. Les circonstances de survenue de ce type de fracture ne sont pas toujours clairement élucidées de telle sorte qu'une densitométrie osseuse peut être utile, il faudra alors vérifier dans ces conditions que le T-score est bien inférieur à -1 avant d'initier un traitement. À noter qu'une densitométrie osseuse initiale apparaît aussi utile pour avoir une valeur de référence dans le cadre du suivi ultérieur. Le choix du traitement en l'absence d'étude face-face ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité antifracturaire d'une molécule repose sur des données scientifiques mais aussi pragmatiques. Ainsi, si la fracture concerne le fémur proximal, il est licite de proposer en première intention un traitement par acide zolédronique qui est la seule molécule qui a été évaluée avec une efficacité à la clé dans ces conditions. De même, en présence d'au moins 2 fractures vertébrales, la question du tériparatide doit obligatoirement se poser. À contrario, il n'apparaît pas licite si la fracture sévère siège en dehors des vertèbres d'utiliser un traitement n'ayant pas fait la preuve de son intérêt dans le cadre de la prévention des fractures non vertébrales et de hanche (raloxifène notamment). La 2<sup>ème</sup> situation est représentée par les patientes dont la densitométrie osseuse est substantiellement abaissée (T-score < -3). Dans ces conditions, un traitement est recommandé. Différents choix thérapeutiques sont envisageables. Un traitement par le raloxifène sera logiquement réservé aux patientes dont le risque de fracture non vertébrale est faible : âge < 70 ans ou absence de facteurs de risque suivants : T-score fémoral  $\leq$  -3, risqué élevé de chute et antécédent de fracture non vertébrale. Dans les autres situations, c'est-à-dire en cas d'antécédent de fracture non sévère (par exemple du poignet) ou en présence d'un T-score > -3, il conviendra de calculer le FRAX pour les fractures majeures. Il sera alors licite de débiter un traitement si la valeur du FRAX de la patiente est située au-dessus de celui des femmes ayant un antécédent fracturaire. Le choix des traitements reposera sur les mêmes arguments que ceux évoqués précédemment.

Les conditions de remboursement des traitements antiostéoporotiques constituent également des facteurs qui ne reposent pas toujours sur des données scientifiques, mais qui s'imposent à nous. Nous avons évoqué précédemment le cas du tériparatide qui n'est remboursé qu'en présence d'au moins 2 fractures de vertèbre. L'ibandronate, quant à lui, n'est plus remboursé depuis le mois de Décembre 2011, de même le ranélate de strontium ne l'est plus depuis le mois de Mars 2015. La place de ce traitement dans l'arsenal thérapeutique demeure donc très limitée. En dernier lieu, le dénosumab n'est remboursé qu'en 2<sup>ème</sup> intention en relai des bisphosphonates et nécessite avant sa mise en œuvre que pour les bisphosphonates per os la prescription ait été



effective pendant au moins 3 mois dans l'année qui précède le début du traitement par déno-sumab. Il y a des situations où plusieurs options thérapeutiques sont envisageables. Lorsque le choix est difficile, bien évidemment, le rhumatologue aura un rôle à jouer très important pour éclairer les avantages et inconvénients des différentes propositions thérapeutiques.

Au-delà des aspects purement médicamenteux, la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique nécessite également une approche non médicamenteuse. Il conviendra notamment d'évaluer le risque de chutes et de mettre en œuvre différentes stratégies afin de prévenir la survenue de celles-ci. On devra également favoriser l'activité physique (activité en charge) en tenant compte bien évidemment des caractéristiques de la patiente que l'on a à traiter et de ce point de vue là l'approche ne sera pas la même chez une femme de 60 ans et une femme de 85 ans. Tout ce qui est délétère pour la santé osseuse devra également être supprimé. Citons notamment le tabac et l'alcool.

Il faudra également optimiser les apports en calcium en privilégiant les apports alimentaires au sens large (ne pas négliger les eaux minérales). L'optimisation du statut vitaminiq ue D est un prérequis nécessaire à la mise en œuvre d'un traitement antiostéoporotique. Dans ces conditions, un dosage de vitamine D apparaît nécessaire et se situe bien dans le cadre du remboursement tel qu'il a été proposé en 2014 par la HAS.

Au-delà des situations précédemment mentionnées le rôle du rhumatologue apparaît important dans le suivi de l'ostéoporose post-ménopausique. Ainsi, dans ces recommandations, il est fait état, si le traitement est un inhibiteur de la résorption osseuse, de l'intérêt d'un dosage de CTX 6 mois après le début du traitement afin de s'assurer que celui-ci est bien situé dans la norme des femmes non ménopausées. De même un contrôle densitométrique 2 à 3 ans après le début du traitement apparaît utile afin de s'assurer de l'absence de perte osseuse significative. Un certain nombre de rhumatologues travaillent dans des centres de densitométrie osseuse, et ils seront bien évidemment les mieux placés pour évaluer la pertinence de la poursuite ou du changement de traitement à l'issue de ce délai en fonction du résultat du contrôle de la densitométrie osseuse.

En dernier lieu, il est précisé dans ces recommandations qu'une réévaluation est également nécessaire après un premier cycle thérapeutique correspondant à 3 à 5 ans de traitement. Cette réévaluation qui comprendra notamment la réalisation d'une nouvelle densitométrie osseuse apparaît particulièrement importante. La compétence et la spécificité du rhumatologue pour cette évaluation ne fait bien évidemment aucun doute. En effet, à l'issue de celle-ci, on pourra être amené à suspendre le traitement dans les conditions qui ont été précisées dans ces mêmes recommandations : pas de fracture sous traitement, pas de nouveau facteur de risque, pas de diminution significative de la DMO, et en cas de fracture ostéoporotique sévère un T-score fémoral de fin de traitement > -2,5. Dans les autres situations, il conviendra par définition de maintenir un traitement antiostéoporotique. Le rhumatologue apparaît particulièrement bien placé pour opérer ce choix.

#### RÉFÉRENCES :

(26) Briot K, Cortet B, Thomas T, Audran M, Blain H, Breuil V, Chapuis L, Chapurlat R, Fardellone P, Feron JM, et al. 2012 update of French guidelines for the pharmacological treatment of postmenopausal osteoporosis. *J Bone Spine* 2012 ;79 :304-13

## Conclusion

---

**Ces nouvelles recommandations ont permis d'optimiser et de simplifier la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique. Dans bon nombre d'entre elles, le rhumatologue occupe une place privilégiée.**

### 3. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

---

L'usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) fait partie du quotidien de la pratique rhumatologique. Ceux-ci sont utilisés depuis leur origine dans la prise en charge des douleurs inflammatoires des rhumatismes inflammatoires, souvent dès leurs débuts, et aussi dans les poussées douloureuses d'arthrose des articulations périphériques comme dans l'arthrose rachidienne, ainsi que dans les pathologies abarticulaires (tendinopathies, de plus en plus fréquentes, en particulier).

Dans les rhumatismes inflammatoires, leur efficacité rapide sur les douleurs inflammatoires et la raideur matinale, ainsi que la rechute des symptômes peu après leur interruption a longtemps constitué un des critères diagnostiques positifs proposé par B. Amor dans la spondylarthrite.<sup>(27)</sup>

Ils font couramment partie de la première ligne de traitement des rhumatismes inflammatoires, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique et spondyloarthrites, en co-prescription avec des traitements de fond pour la polyarthrite et en attendant que ceux-ci manifestent leur efficacité.

De même, ils ont souvent dans le passé été utilisés de façon prolongée dans la prise en charge de la gonarthrose ou de la coxarthrose.

Toutes les recommandations thérapeutiques actuelles dans l'arthrose situent les AINS en deuxième ligne des traitements pharmacologiques antalgiques, après le paracétamol.<sup>(28, 32)</sup> Leur utilisation est cependant aujourd'hui de plus courte durée, et la recherche de la dose minimale efficace est devenue la règle, compte tenu des nombreux effets indésirables qui accompagnent leur usage.

Outre leurs risques gastro-intestinaux bien connus des prescripteurs, multipliés par 2 à 4 par rapport à une population contrôle<sup>(33)</sup>, et nécessitant souvent la prescription préventive d'inhibiteurs de la pompe à protons (normalement réservée aux sujets de plus de 65 ans ou ayant un risque associé de problème gastro-intestinal haut), ils peuvent aussi avoir des effets négatifs sur l'appareil digestif bas.

Des signaux de plus en plus nombreux, convergents et précis ont attiré l'attention sur leurs risques cardiovasculaires (CV) (infarctus, insuffisance cardiaque, risque de décès pour cause CV). Ces risques relatifs ont récemment été chiffrés grâce à une méta-analyse très large d'essais thérapeutiques d'AINS versus placebo, par le groupe « Trialist Collaboration »<sup>(33)</sup>:

évènement CV majeur multiplié par 1/3, risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque multiplié par deux, risque de décès (toutes causes confondues) multiplié par 1/4.

De plus, les AINS augmentent aussi les risques d'insuffisance rénale, en particulier de survenue d'une insuffisance rénale aiguë chez les sujets âgés qui sont souvent ceux que nous recevons en consultation pour une pathologie chronique.<sup>(34)</sup>

Il faut ajouter à cette liste, les possibles effets iatrogènes neurosensoriels et cutanés, parfois graves.

Ce haut niveau de risque limite donc désormais considérablement les prescriptions d'AINS, dont la balance avantages/ inconvénients doit systématiquement être évaluée.

Ils font cependant partie de la pharmacopée rhumatologique quotidienne, pour la prise en charge de la douleur et de l'inflammation dans la plupart des affections rhumatologiques articulaires, abarticulaires et rachidiennes.

#### RÉFÉRENCES :

- (27) Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Criteria of the classification of spondylarthropathies. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1990;57:85-9
- (28) Jordan KM, Arden N K, Doherty M et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCI-SIT). *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55
- (29) Hochberg MC, Altman RD, April KT et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of non-pharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip and knee. *Arthritis Care Res* 2012;64:465-74.
- (30) American Academy of Orthopedic Surgeons. Treatment of Osteoarthritis of the Knee, 2nd Edition. Summary of Recommendations. May, 18 2013. Accessed on July 23, 2013 at [www.aaos.org/research/guidelines/guidelineoaknee.asp](http://www.aaos.org/research/guidelines/guidelineoaknee.asp)
- (31) McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. OARSJ guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2014;22:363-88. doi: 10.1016/j.joca.2014.01.003. Epub 2014 Jan 24.
- (32) Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, et al. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: a report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum.* 2014;44:253-63.
- (33) Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013; 382: 769–79.
- (34) Cadet C, Maheu E, et le groupe AGRHUM. Anti-inflammatoires non stéroïdiens, arthrose et sujets âgés. *Réflexions Rhumatologiques* 2015 (Février);19(174):16-19.

## 4. Les infiltrations de corticostéroïdes

Les injections locales intra-articulaires, péri-articulaires ou rachidiennes de solutions de corticostéroïdes, communément appelées « infiltrations » constituent certainement un des actes thérapeutiques les plus courants de la pratique rhumatologique quotidienne.

Il s'agit d'un traitement local effectué au siège de la douleur ou de l'inflammation, dont le point de départ remonte à la naissance de la cortisone et à son usage intra-articulaire par Hollander dès 1951.<sup>(35)</sup>

Leurs indications sont très larges : arthrites, poussées douloureuses inflammatoires d'arthrose<sup>(36, 37, 38, 39)</sup>, pathologies abarticulaires, au premier rang desquelles les tendinopathies (coiffe de l'épaule, coiffe trochantérienne, épicondylalgies, etc.), pathologies canalaies (syndrome du canal carpien, en premier lieu, etc.), pathologies rachidiennes et radiculalgies notamment sciatiques et crurale.

Plusieurs produits sont disponibles variant par leur composition, le dosage et la quantité

injectable, la cristallisation ou pas, et les indications citées dans les libellés d'autorisation de mise sur le marché.

Elles ont peu de contre-indications : la plus formelle est l'infection cutanée au site d'injection. Elles nécessitent des précautions particulières en cas de diabète, notamment insulino-dépendant, avec surveillance de la glycémie dans les 15 jours suivants l'injection dont l'indication doit être murement pesée. L'hypertension mal équilibrée peut aussi constituer une contre-indication relative.

La complication majeure des infiltrations intra-articulaires est l'arthrite septique heureusement extrêmement rare, puisqu'un travail Français d'évaluation de sa fréquence l'avait estimée à 1/77 000 injections.<sup>(39)</sup> Les autres effets indésirables sont essentiellement constitués de réactions douloureuses modestes et de courte durée après injection.

L'attention a été attirée sur l'importance de l'injection strictement intra-articulaire pour l'optimisation de l'effet thérapeutique<sup>(40)</sup>, importance qui a été discutée notamment pour la rhizarthrose.

Il n'en reste pas moins que, s'agissant d'un traitement local, il est préférable que l'injection soit précise et faite au bon endroit. Pour cette raison, un certain nombre d'infiltrations sont maintenant effectuées sous contrôle radio ou échographique. Ceci n'est pas une obligation opposable mais peut être utile, voire indispensable pour les infiltrations des petites articulations (mains, pieds), pour celles de la hanche et certaines injections rachidiennes, notamment dans des canaux lombaires très rétrécis.

Enfin, il faut mentionner que comme pour beaucoup d'autres traitements en rhumatologie et dans le domaine de la douleur, il existe un fort effet placebo. Desmarais avait déjà noté, dès 1952 qu'une simple piqûre améliorait les patients.<sup>(41)</sup> Récemment, deux méta-analyses de l'effet placebo dans les essais thérapeutiques conduits dans l'arthrose ont montré que le placebo était supérieur à l'absence de traitement, et que son effet sur les symptômes était plus important en cas de traitement intra-articulaire.<sup>(42)</sup> Le placebo intra-articulaire ayant un effet-taille sur la douleur de 0.37 par rapport au placebo oral.<sup>(43)</sup>

L'intérêt d'un repos strict pendant 24 heures après injection a été démontré dans les arthrites rhumatoïdes.<sup>(44)</sup> Il n'a pas été étudié dans l'arthrose ou dans les autres affections pour lesquelles des infiltrations sont effectuées, mais un repos de 24 heures de l'articulation ou de la zone injectée paraît devoir logiquement être proposé afin d'optimiser le résultat thérapeutique.

---

#### RÉFÉRENCES :

(35) Hollander JL, Brown EM, Jessar RA, Brown CY. Hydrocortisone and cortisone injected into arthritic joints. Comparative effects of and use of hydrocortisone as a local antiarthritic agent. *JAMA* 1951;147:1629-35.

(36) Maheu E, Guillou GB. Intra-articular steroid therapy for osteoarthritis of the knee. *Prescrire International* 1995;4:26-7.

(37) Jordan KM, Arden N K, Doherty M et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55.

(38) McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2014;22:363-88. doi: 10.1016/j.joca.2014.01.003. Epub 2014 Jan 24.

(39) Seror P, Pluvinage P, d'Andre FL, et al. Frequency of sepsis after local corticosteroid injection (an inquiry on 1160000 injections in rheumatological private practice in France). *Rheumatology (Oxford)*. 1999;38:1272-4.

- (40) Jones A, Regan M, Ledingham J, et al. Importance of placement of intra-articular steroid injections. *BMJ* 1993;307:1329-30.
- (41) Desmarais MHL. Value of intra-articular injections in osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 1952;11:277-81.
- (42) Zhang W, Robertson J, Jones AC, et al. The placebo effect and its determinants in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:1716-23.
- (43) Bannuru RR, Schmid CH, Kent DM, et al. Comparative effectiveness of pharmacologic interventions for knee osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015 Jan 6;162(1):46-54.
- (44) Chakravarty K, Pharoah PDP, Scott DGI. A randomized controlled study of post-injection rest following intra-articular steroid therapy for knee synovitis. *Br J Rheumatol* 1994;33:464-8.

## IV. Thérapeutiques non médicamenteuses

### 1. Hypnose thérapeutique

Les rhumatologues sont régulièrement confrontés aussi bien à la douleur aiguë parfois induite par nos gestes qu'aux douleurs chroniques pour lesquelles nous sommes, le plus souvent, mal préparés et démunis dans leur prise en charge globale.

Au même titre que tous les professionnels de santé, il serait souhaitable qu'ils puissent se former à l'hypnose à la fois pour accompagner leurs patients lors des gestes douloureux que nous pratiquons ou dans leur douleur chronique, mais aussi pour disposer d'éléments de réponse lorsqu'ils nous interrogent sur les autres options thérapeutiques alternatives ou complémentaires.

Les patients sont souvent dans un fonctionnement hypnotique, processus naturel au même titre que la veille, le sommeil et le sommeil paradoxal, lorsqu'ils se préparent à rencontrer leur médecin, ce qui explique l'oubli fréquent des examens prescrits et bien rangés sur leur table, dès la veille. Ce fonctionnement hypnotique se poursuit pendant tout le temps de la consultation, et le thérapeute doit le savoir pour éviter des mots malheureux, des expressions inappropriées, il existe un vrai parallèle entre les différents moments d'une consultation et le déroulé d'une séance d'hypnose.

Le rhumatologue peut en 2-3 minutes installer le patient dans ce mode de fonctionnement qui lui permet « d'oublier » l'infiltration, la ponction ou la biopsie. Il peut aussi choisir une thérapie par hypnose plus globale chez une personne souffrant d'un syndrome douloureux chronique et prévoir un temps d'environ 45 mn à raison de 5 à 15 séances espacées de 2 à 3 semaines. Cette variation dépend de la capacité du patient à « jouer le jeu », à accepter le lâcher-prise et utiliser l'auto-hypnose. Ces séances peuvent être programmées en fin de consultations de matinée ou de soirée en particulier lorsqu'on débute pour l'intégrer dans sa pratique.

L'hypnose devient une alliée dans la thérapie, elle offre une ouverture pour le patient en lui permettant de « stopper le petit vélo » qui tourne en boucle dans son activité consciente puis de regarder la réalité avec un autre point de vue en cherchant en lui, dans tous les apprentissages et expériences accumulés, un processus qui lui offre ce recadrage. Il pourra alors l'utiliser en auto-hypnose.

Elle permet alors de laisser place à un relationnel plus sensoriel et plus créatif : Cela s'appelle le lâcher-prise.

La Sécurité Sociale reconnaît son intérêt avec un codage CCAM, ARNP 001 mais ne lui donne pas de tarif, il est laissé à l'appréciation de chacun; il est donc possible de côter cet acte soit en DE pour un secteur 1 soit au tarif choisi en secteur 2, soit hors nomenclature en prévenant le patient de ses tarifs lors de la consultation préalable. L'usage de la codification CCAM implique une absence de remboursement par la S.S et donc le plus souvent de la mutuelle à la différence de la mention DE.

## 2. Thérapie cognitivo-comportementale

Les patients vus en rhumatologie souffrent pour la grande majorité de douleurs chroniques. Ces douleurs s'accompagnent de nombreuses distorsions des pensées. Il s'agit par exemple de croyances erronées sur la maladie, sur les traitements possibles et leurs propres possibilités d'agir pour aller mieux. Ils souffrent aussi d'affects négatifs, tels que l'hypervigilance, la dépression, la peur de la douleur, la peur de bouger, le catastrophisme, les troubles anxieux... Enfin, leurs comportements peuvent être inadaptés avec repli, agressivité, abus ou insuffisance d'utilisation des antalgiques... C'est pourquoi, il est indispensable d'adjoindre aux traitements curatifs (éventuels), une prise en charge globale psychoéducatrice centrée sur les aspects psychosociaux et comportementaux.

La Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) est une approche psychoéducatrice qui a démontré son efficacité dans la prise en charge globale de type biopsychosociale de la douleur chronique en rhumatologie.<sup>(45)</sup>

Ses objectifs sont de rendre le patient actif de son traitement, de transformer les comportements douloureux en comportements bien portants, grâce à un nouvel apprentissage.<sup>(46)</sup>

Les processus mis en œuvre au cours de la thérapie cognitive sont l'information, la reformulation des croyances sur la maladie et le rôle à adopter, l'apprentissage des stratégies de gestion ou coping et la réassurance afin de renforcer l'efficacité personnelle. Les outils de la thérapie comportementale sont la réactivation physique (pour limiter la kinésiophobie, les évitements et le déconditionnement physique), l'apprentissage de la relaxation (avec exposition en imagination), la gestion du stress et enfin l'exposition progressive graduée (aux situations redoutées et évitées).

L'évolution de la pratique des TCC se fait actuellement vers la méditation en pleine conscience et les thérapies d'acceptation et d'engagement (ACT). Ces techniques ont aussi montré de bons résultats pour la gestion des douleurs chroniques rhumatologiques.<sup>(47)</sup>

---

### RÉFÉRENCES:

(45) Eccleston C, Fisher E, Craig L et al. Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Feb 26;2:CD010152.

Fitzcharles M, Ste Marie P, Goldenberg D et al. National Fibromyalgia Guideline Advisory Panel 2012: Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome : executive summary. *Pain Res Manag* 2013; 18: 119-26

Laroche F. Éducation thérapeutique et lombalgie chronique *Chronic low back pain and therapeutic patient education*. *Douleur Analg*. 2011 ; 24:197-206

Laroche F, Jammet L. Thérapies cognitives et comportementales de la lombalgie chronique. *Rev Rhum* 2011; 78: S83-S86

Laroche F. *Fibromyalgie EMC* 2014 (15-916-A-10); 9: 1-8

Henschke N, Ostelo R, van Tulder M et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 2

Williams A, Eccleston C, Morley S et al. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 CD007407.

(46) Laroche F. Les mots, les pensées et les comportements piège des patients et de leurs médecins. *Rev Rhum* 2009; 76 : 522-8.

(47) Luciano J, Guallar J, Aguado J et al. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a 6-months randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain* 2014; 155: 693-702.

## V. Le Thermalisme en rhumatologie

Le thermalisme est utilisé depuis l'Antiquité pour traiter les rhumatismes. Il comporte habituellement des techniques de massages, différentes sortes de douches, de bains et des applications de boue. Depuis quelques années, on développe également les séances de mobilisation en piscine dont les preuves d'efficacité s'accumulent dans la littérature scientifique. Les cures thermales en France ont une durée de 3 semaines. Elles sont prescrites par le médecin traitant ou le spécialiste en rhumatologie, sans nécessité d'entente préalable mais il faut tout de même remplir un imprimé qui permet à la Sécurité Sociale de vérifier que les rhumatismes font bien parti des indications thérapeutiques de la station. La durée et le nombre de soins est établi par convention entre la Sécurité Sociale et les établissements. Ces soins sont prescrits et supervisés par un médecin thermal de la station, indépendamment du centre thermal dont il ne peut pas être salarié, ce qui évite les conflits d'intérêts. On compte actuellement environ 700 médecins thermaux; sur les 100 stations thermales françaises, 80 font de la rhumatologie. Les 3 premières sont Dax (environ 50 000 cures) Balaruc (environ 35 000 cures) et Aix-Les-Bains (environ 30 000 cures).

Il y a maintenant une littérature assez abondante pour conforter scientifiquement l'usage de cette thérapeutique traditionnelle dans l'indication de rhumatologie. Cependant, cette littérature ne permet pas de savoir quelle est la part de l'effet de l'eau thermale et des différentes techniques utilisées dans les stations.

L'arthrose est la mieux représentée des pathologies chez les patients qui recourent à ce traitement, sur la prescription de leur médecin. Dans l'arthrose du genou, on peut espérer une amélioration de la douleur et des capacités fonctionnelles pendant 6 à 9 mois. L'effet sur la qualité de vie et sur la consommation médicamenteuse est plus inconstant. Il est vraisemblable que l'arthrose de la hanche est également améliorée par les différentes techniques thermales ainsi que l'arthrose des pouces, des articulations interphalangiennes proximales et distales. Là encore, les capacités fonctionnelles et la douleur sont améliorées pendant plusieurs mois. On n'a pas encore d'études spécifiques sur les formes généralisées d'arthrose mais il est vraisemblable qu'il s'agit de la meilleure indication.

Dans les lombalgies chroniques, il y a également un effet durable sur la douleur, les capacités fonctionnelles, la mobilité lombaire et la qualité de vie. Il y a également une réduction de la

consommation médicamenteuse chez les patients qui en consomment. Ces effets ont été observés dans les études avec un suivi de 6 mois.

La spondylarthrite ankylosante est une indication moins connue mais qui reste d'actualité malgré l'arrivée des biothérapies car il y a de nombreuses formes peu évolutives de spondylarthrites qui ne relèvent pas de ce traitement et qui, pour des raisons de tolérance à long terme, ne peuvent et ne souhaitent pas prendre d'anti-inflammatoires au long cours. Dans ce cas, la cure permet une amélioration de la douleur et les capacités fonctionnelles ainsi que de la mobilité lombaire mais qui est de plus courte durée, de l'ordre de 3 à 6 mois.

La polyarthrite rhumatoïde était classiquement une indication, en dehors des poussées inflammatoires. Actuellement, on serait plutôt tenté de se limiter à traiter les formes cliniquement et biologiquement stabilisées mais qui présentent des séquelles articulaires liées au mauvais contrôle initial de la maladie. Les indications sont de plus en plus rares depuis l'arrivée des biothérapies et il n'y a pas d'arguments particuliers pour recourir à la cure thermique chez un patient bien stabilisé par une biothérapie.

La fibromyalgie est une indication qui se développe avec l'apparition des programmes spécifiques proposés dans les stations thermales sur le modèle d'éducation thérapeutique prônée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Même si l'effet observé dans les études est généralement de courte durée, environ 3 mois, il s'agit d'une pathologie qui est généralement peu sensible aux médicaments et les dernières recommandations de bonnes pratiques cliniques préconisent la réalisation de bains dans l'eau chaude et d'exercices dans l'eau chaude. Les stations thermales sont parfaitement équipées pour ce type de traitement.

---

#### RÉFÉRENCES :

- (48) *Spa therapy in the treatment of knee osteoarthritis, a large randomised multicentre trial.* R Forestier, H Desfour, J-M Tessier, A Françon, A Foote, C Genty, C Rolland, C-F Roques, J-L Bosson. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(4):660-5
- (49) *Crenobalneotherapy (spa therapy) in patients with knee and generalized osteoarthritis: a post-hoc subgroup analysis of a large multicentre randomized trial.* Forestier R, Genty C, Waller B, Françon A, Desfour H, Rolland C, Roques CF, Bosson JL. *Ann Phys Rehabil Med.* 2014 Jun;57(4):213-27.
- (50) *Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Recommandations de bonne pratique clinique, décembre 2000.* B Delcambre, M Jeantet, S Laversin, T aubergé, O Crenn, R Forestier et coll. *Pratiques Médicales et thérapeutiques 2001 ; 17 :18-23.*
- (51) *Combined spa-exercise therapy is effective in patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial.* van Tubergen A1, Landewé R, van der Heijde D, Hidding A, Wolter N, Asscher M, Falkenbach A, Genth E, Thè HG, van der Linden S. *Arthritis Rheum.* 2001 Oct;45(5):430-8.
- (52) *Cost effectiveness of combined spa-exercise therapy in ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial.* Van Tubergen A, Boonen A, Landewé R, Rutten-Van Mölken M, Van Der Heijde D, Hidding A, Van Der Linden S. *Arthritis Rheum.* 2002;47(5):459-67.
- (53) *Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis: Clinical practice guidelines.* Romain Forestier, Joëlle André-Vert, Pascal Guillez, Emmanuel Coudeyre, Marie-Martine Lefevre-Colau , Bernard Combe, Marie-Anne Mayoux-Benhamou. *Joint Bone Spine* 76 (2009) 691-698.
- (54) *Spa treatment for primary fibromyalgia syndrome: a combination of thalassotherapy, exercise and patient education improves symptoms and quality of life.* Zijlstra TR, van de Laar MA, Bernelot Moens HJ, Taal E, Zakraoui L, Rasker JJ. *Rheumatology (Oxford).* 2005 Apr;44(4):539-46.



## VI. Relation avec industrie

Aux Etats Unis, plus de 90 % des médecins ont au moins un conflit d'intérêt avec l'industrie du médicament; il est probable que la situation soit identique en France (Rapport Pr A. Laude). Les relations avec l'industrie pharmaceutique ont été émaillées durant les 20 dernières années d'une succession de textes législatifs visant à les cadrer et à les réguler, avec récemment un renforcement de la loi dite « anti cadeaux » en 2011 et le décret du 21 mai 2013 relatif à la « transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme », également dit « Sunshine Act à la Française ». Dans le but de garantir l'indépendance des professionnels de santé au moment de leur choix thérapeutique vis-à-vis de l'industrie, ce décret s'applique pour tout avantage dont la valeur est supérieure à 10 euros. On peut identifier quelques éléments clés dans ces différents textes :

- Tout contrat entre un médecin et un industriel doit faire l'objet d'une validation par le Conseil de l'Ordre, lequel a pour mission d'évaluer l'adéquation entre la valeur des avantages identifiés dans le contrat d'une part et les montants maximaux autorisés pour les prestations hôtelières et les contreparties (rapport, étude, prestations, etc.) que le médecin doit produire ;
- Tout médecin salarié signant un contrat doit demander une autorisation de cumul d'activité à son autorité de tutelle, c'est-à-dire à la direction de l'établissement de soins ou au doyen de la faculté pour les universitaires ;
- Tous les contrats font l'objet d'un référencement et d'une diffusion publique sur un site internet, désormais unique (<https://www.transparence.sante.gouv.fr/>) où sont indiqués la nature et les montants des avantages perçus par un professionnel de santé.

Ces dispositions sont bien évidemment contraignantes et consommatrices de temps mais elles répondent à une demande légitime de transparence entre professionnels de santé et industrie du médicament ou d'autres produits de santé. Quelques éléments nécessitent une attention particulière pour permettre au système d'être fonctionnel, fluide et pertinent :

- **Le rôle du Conseil de l'Ordre** : il est uniquement consultatif et devient difficile à comprendre au vu du pourcentage élevé d'avis négatifs rendus, uniquement pour des raisons de procédures et non sur le fond ;
- **L'unicité des systèmes** : le site gouvernemental de transparence est une avancée incontestable, mais il nécessite d'être complété par un modèle unique de Déclaration Publique d'Intérêt (DPI) acceptable à la fois par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence Nationale et Sécurité du Médicament (ANSM), les sociétés savantes et les éditeurs de journaux scientifiques ;
- **La continuité du financement des congrès médicaux et des enseignements post-universitaires (EPU)** : l'organisation des congrès ou des EPU et la participation à ces événements est actuellement très largement financé par l'industrie. Un changement drastique des règles financières entre industrie et professionnels de santé pourrait donner un coup d'arrêt à ce qui représente un temps majeur de la formation des médecins. La rhumatologie s'est illustrée au cours des dernières années par la qualité de mise en place de thérapeutiques innovantes grâce à la mise en place de recommandations pour la pratique courante,

de réunions d'enseignements et de fiches pratiques. Une partie de ces actions a été rendue grâce au soutien institutionnel de l'industrie. L'HAS a joué un rôle dans ce domaine mais son fonctionnement est ralenti par de nombreuses lourdeurs de procédure qui font qu'elle ne dispose pas de la réactivité nécessaire pour accompagner le praticien dans sa formation ou ses prescriptions;

- **Le développement de partenariat de recherche avec l'industrie**: l'industrie participe au financement de nombreux projets de recherche fondamentale, épidémiologique ou clinique, incluant des études sur la sécurité d'emploi des médicaments. Il est important que ces partenariats se poursuivent et se développent, dans le respect du principe de transparence, mais il existe actuellement des injonctions contradictoires: ces partenariats sont recherchés et promus dans des projets financés par le Grand Emprunt en France ou par les appels d'offre européens mais ils sont combattus par nos agences gouvernementales dès lors que des praticiens cliniciens sont impliqués.

## Conclusion

---

**Il est important d'insister sur le fait que les liens d'intérêt dans le domaine médical sont un état de fait et qu'ils ne peuvent pas être supprimés. Il faut donc agir sur leur identification et leur publication dans une volonté de transparence. Une chasse aux sorcières n'a aucun sens si l'on veut garder une efficacité et une compétitivité en termes de qualité des soins et de recherche. Appliqué par l'HAS il y a quelques années, le principe d'exclusion de tout médecin ayant des conflits d'intérêt a abouti à ne plus trouver de professionnels pour établir recommandations ou consensus formalisés. Une évolution est en cours avec la mise en place par l'HAS de « Centres de preuves » reposant sur des experts reconnus de la communauté médicale (et donc de l'industrie).**

# 8

## EXERCICE DE LA RHUMATOLOGIE EN FRANCE AUJOURD'HUI ET DEMAIN

## CHAPITRE 8. EXERCICE DE LA RHUMATOLOGIE EN FRANCE AUJOURD'HUI ET DEMAIN

### I. Résultats de l'enquête sur la démographie et l'activité des rhumatologues

Afin de mieux connaître l'exercice des rhumatologues en milieu libéral et salarié ainsi que les aspirations des rhumatologues en formation le comité du livre blanc a diligencé plusieurs enquêtes et sondages :

- enquête concernant les médecins et leurs pratiques ; (*annexe 1 du Livre Blanc électronique*)
- enquête sur les consultations en rhumatologie ; (*annexe 2 du Livre Blanc électronique*)
- enquête sur les hospitalisations en rhumatologie ; (*annexe 3 du Livre Blanc électronique*)
- sondage auprès des jeunes rhumatologues. (*annexe 4 du Livre Blanc électronique*)

Vous pourrez trouver en annexe **le détail des questions et des résultats des différentes enquêtes** et sondages sus cités. L'objet de ce chapitre est d'en faire une analyse objective, centrée sur l'exercice de la pratique des rhumatologues. Certains éléments des enquêtes (démographie, formation initiale et continue) seront repris dans d'autres chapitres.

Nous avons aussi pris en compte plusieurs bases de données détaillant certains aspects de l'activité des rhumatologues :

- Base SNIIRAM pour les actes réalisés en libéral et les médicaments prescrit par le rhumatologue ;
- Récupération de données auprès certains départements d'information médical (DIM) en établissement de santé ;
- Base de données de la DRESS et du conseil de l'ordre.

Remarque sur l'enquête médecin : **une participation 2 fois moindre par rapport à l'enquête de 2003.**

**565** personnes ont répondu (sur 2598 rhumatologues selon la référence DREES (Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques), 2353 selon la référence de l'ordre des médecins). Selon que l'on utilise les données de l'ordre ou celles de la DREES, le **taux de participation** estimé en rapportant le nombre de rhumatologues ayant répondu au questionnaire aux effectifs observés par les 2 sources précédentes varie dans une fourchette comprise **entre 21 % et 24 %** Globalement, près d'un rhumatologue sur 4 a participé à l'enquête (En 2003, près d'un rhumatologue sur 2 (48 %) avait répondu à l'enquête).

Comme en 2003, la participation varie selon l'âge et ce sont **les plus jeunes et les plus âgés qui ont été les moins sensibilisés** : 13 % des rhumatologues de moins de 35 ans et 18 % des 65 ans et plus ont répondu au questionnaire.

La participation varie également selon le mode d'exercice principal. Elle est estimée à partir

des données de l'ordre des médecins à 27 % pour les libéraux et 18 % pour les salariés, en nette diminution par rapport à l'enquête 2003 où 51 % des libéraux et 38 % des salariés avaient répondu.

## 1. Conclusions de l'enquête médecin

### a) L'exercice salarié attire davantage les jeunes et les femmes

La répartition des rhumatologues selon l'âge est influencée par le mode d'exercice principal : **les salariés étant statistiquement plus jeunes** que les libéraux en moyenne de 7 ans. En 2003, le même constat était observé mais seulement 3 années les séparaient.

**b) La rhumatologie libérale est davantage masculine (63 %) que la rhumatologie salariée** pour laquelle on s'approche de la parité (52 % d'hommes et 48 % de femmes) alors que les femmes ne représentaient que 33 % des effectifs salariés en 2003.

### c) Une spécialité de proximité comme en 2003

Concernant la répartition selon la taille de l'agglomération les résultats sont comparables à ceux de 2003. Plus de la moitié des rhumatologues pratiquent leur spécialité dans une agglomération de moins de 100 000 habitants (au dernier recensement de 2011, 53 % de la population française vit dans une agglomération de moins de 100 000 habitants). Le statut influence cette répartition puisque **30 % des rhumatologues salariés exercent dans une agglomération de 400 000 habitants ou plus contre 17 % pour les libéraux**. Par ailleurs, 10 % des rhumatologues libéraux exercent aussi dans un cabinet secondaire.

### d) Description des rhumatologues et de leur activité en exercice libéral

**Chez les rhumatologues libéraux**, la moyenne de durée d'activité en installation au moment de l'enquête est de 22,7 ans.

## LA MOITIÉ DES RHUMATOLOGUES EXERCENT EN SECTEUR 1, 39 % EN SECTEUR 2 ET 10 % ONT ADHÉRÉ AU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

	Effectif total	Libéraux exclusifs	Mixtes	Salariés Hospitaliers	Autres Salariés
Rhumatologie	2 598	1 334	507	635	122

**55 % des rhumatologues exercent en groupe et 45 % seuls**, proportions équivalentes à celles de 2003. En cas d'association, le nombre moyen de rhumatologues au sein du cabinet est de 2,5.

30 % déclarent un exercice en multisite, 20 % en clinique et parmi ceux-là seulement 17 % à temps plein. Pour les temps partiels, le nombre de demi-journées moyennes par semaine est de 2,6.

44 % des libéraux ont une activité au sein des hôpitaux (qui les occupe en moyenne deux demi-journées par semaine), et 84 % d'entre eux sont des praticiens attachés.

4 % des rhumatologues libéraux déclarent pratiquer la médecine thermale, pour le tiers d'entre eux (33 %), il s'agit de leur activité principale.

Parmi les rhumatologues libéraux, **57 % ont la possibilité de prescrire des biomédicaments et parmi les 183 rhumatologues n'ayant pas accès à la prescription 55 % seraient demandeurs.**

Dans le cadre de leur activité **75 % utilisent les services d'une secrétaire**, 76 % emploient du personnel d'entretien, 37 % disposent d'un secrétariat téléphonique et 14 % ont des manipulateurs radio contre 10 % en **2003**, où seuls 45 % des rhumatologues employaient du personnel d'entretien contre 76 % en 2014.

94 % déclarent télétransmettre, 84 % utilisent l'ordinateur pour la gestion des dossiers médicaux, 48 % comme mode de prise de rendez-vous sur site et seulement 10 % autorisent les rendez-vous par Internet. La comptabilité est informatisée pour 50 % des rhumatologues libéraux. À noter qu'en 2003 la gestion des dossiers médicaux n'apparaissait qu'en troisième position dans l'utilisation de l'informatique après la comptabilité et le secrétariat.

### Quelques données complémentaires concernant les rhumatologues libéraux

#### Sont concernés par le Paiement à la performance (P4P):

- 1743 rhumatologues (91,8 %);
- Montant : 2 249 046 euros.

#### Perçoivent un Forfait médecin traitant:

- 632 rhumatologues (39 %);
- Montant : 7 431 euros.

#### Perçoivent une Rémunération médecin traitant par patient en ALD:

- 740 rhumatologues (39 %);
- Montant : 94 480 euros.

*Commentaires:* globalement on retiendra une certaine stabilité de la pratique rhumatologie libérale entre 2003 et 2014, avec cependant l'appropriation des outils modernes tels l'informatique, la télétransmission ainsi que la demande d'environ 25 % de rhumatologues exclus de la prescription initiale hospitalière d'y avoir accès.

#### e) Les rhumatologues salariés

Ils exercent majoritairement en CHU (54 %) et en CHG (28 %).

La moitié d'entre eux ont un statut de praticien hospitalier et 15 % de PUPH.

## RÉPARTITION DES RHUMATOLOGUES EXERÇANT PRINCIPALEMENT COMME SALARIÉ SELON LE STATUT DÉCLARÉ

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
PH	63	49,2	50,8	50,8
PUPH	20	15,6	16,1	66,9
CCA	12	9,4	9,7	76,6
Praticien attaché	4	3,1	3,2	79,8
Autre	25	19,5	20,2	100,0
Total	124	96,9	100,0	
Manquante	4	3,1		
Total	128	100,0		

### f) Participation à un tour de gardes ou d'astreintes

Près d'un rhumatologue sur quatre (22 %) déclare être impliqué dans un tour de gardes ou d'astreintes, proportion équivalente à celle observée en 2003. Parmi les rhumatologues participant à un tour de gardes ou d'astreintes, il s'agit uniquement d'astreintes pour 68 % d'entre eux. En moyenne, ils déclarent réaliser 1.8 gardes et 2.5 astreintes par mois. À noter que les **gardes sont majoritairement polyvalentes** (75 % des cas) alors que les astreintes sont rhumatologiques à 56 %.

### g) Pratique des actes techniques et thérapeutiques

**Parmi les actes techniques** pratiqués au niveau diagnostique, les radiographies et les densitométries sont plus fréquemment réalisées par les libéraux que par les salariés (36 % contre 13 % pour les premières et 45 % contre 34 % pour les secondes) tandis que les échographies sont plus souvent effectuées par les salariés (41 % contre 30 % pour les libéraux). Tous les actes de type **biopsie** ou lecture de liquide synovial sont plus souvent réalisés par les médecins salariés avec des proportions variant de 15 % pour les biopsies synoviales à 45 % pour les biopsies des glandes salivaires. Seule la pratique de **l'électromyogramme** est équivalente quel que soit le mode d'exercice principal.

**Concernant les actes thérapeutiques**, les pratiques diffèrent selon le mode d'exercice principal. Les actes thérapeutiques avec guidage échographique, sous radiographie ou sous rayons X sont plus fréquents chez les médecins salariés que chez les libéraux.

Plus spécifiquement, les vertébroplasties ne sont pratiquées que par 1 % des libéraux et 11 % des salariés, les aponevrotomies étant réalisées dans des proportions équivalentes par les libéraux et les salariés (environ 10 % pour chacun).

Pour le nombre et le codage précis d'acte réalisé par les rhumatologues les tableaux ci-dessous détaille les actes le plus fréquemment réalisé en **milieu libéral**.

## 2. Données d'activité

### a) Activité libérale 2013 des rhumatologues

#### ACTIVITÉ GLOBALE

Source des données	SNIIRAM Datamart ODS EXE et CCAM
Extraction réalisée	Institut statistique des professionnels de santé libéraux
Année	2013
Cible	Rhumatologues libéraux quel que soit le lieu d'exercice et le secteur d'installation
Type d'activité	Activité facturée en NGAP et en CCAM

**19830183 actes facturés**

**326562306€ honoraires**

**52340235€ de dépassements avec un taux de dépassements de 20,8%**

#### DÉTAILS DE CERTAINES ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LE RHUMATOLOGUE LIBÉRAL

Actes facturés	Nombre	Honoraires (€)	Dépassements (€)	Taux de dépassement (%)	Nombre de praticiens	% de praticiens
CS	2557108	87511166	27757741	49,3	1819	95,8
C2	901742	46418617	4834121	12,5	1658	87,4
C3	9674	768378	289381	62	104	5,5
Bilan (K)	1127061	10806099	1508041	14,5	957	50,4
Radiographie diagnostique (ADI)	1087616	38971415	2079243	6	978	51,5
Echographie diagnostique (ADE)	135375	5447838	517736	11	388	20,4
Chirurgie (ADC)	1078	427452	214989	101	73	3,8
Autres actes (ATM)	3159770	110641750	14481123	16	1697	89,4
Total acte CCAM (ATM)	4101230	145760841	16423254	12,8	-	-



b) Actes CCAM

**ACTES CCAM FACTURÉS PAR AU MOINS 50%  
DES RHUMATOLOGUES (SEULS OU EN ASSOCIATION)**

Code Acte	NZLB001	MZLB001
Libellé	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage
Nb d'actes	1617733	259976
Dépassement (€)	7235992	2024701
Dép. moy. / Acte	4,5	7,8
Honoraires (€)	49653050	8058758
Taux de dépassement (%)	17	33
Nb de PS	1757	1613
%	92,6	85,0

Code Acte	NZJB001	NZHB002
Libellé	Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage
Nb d'actes	253068	156751
Dépassement (€)	817996	231202
Dép. moy. / Acte	3,2	1,5
Honoraires (€)	12528013	2083401
Taux de dépassement (%)	7	12
Nb de PS	1516	751
%	79,9	39,6

...

Code Acte	LHLB001	AFLB007
Libellé	Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage	Injection thérapeutique périurale [épidurale] d'agent pharmacologique, sans guidage
Nb d'actes	142 497	110 308
Dépassement (€)	907 232	686 499
Dép. moy. / Acte	6,4	6,2
Honoraires (€)	5 415 106	5 629 263
Taux de dépassement (%)	20	13,9
Nb de PS	1 224	1 060
%	64,5	55,8

Code Acte	NAQK015	PAQK007
Libellé	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique
Nb d'actes	109 894	93 833
Dépassement (€)	77 889	422 074
Dép. moy. / Acte	0,7	4,5
Honoraires (€)	1 427 074	4 013 513
Taux de dépassement (%)	5,7	11,8
Nb de PS	571	694
%	30,1	36,6

Code Acte	LHRP001	MAQK001
Libellé	Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences
Nb d'actes	74 769	68 201
Dépassement (€)	652 743	89 507
Dép. moy. / Acte	8,7	1,3
Honoraires (€)	2 364 542	2 209 532
Taux de dépassement (%)	38,1	4,2
Nb de PS	251	541
%	13,2	28,5

...

Code Acte	LFQK002	NFQK003
Libellé	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences	Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences
Nb d'actes	62025	61744
Dépassement (€)	124653	97979
Dép. moy. / Acte	2,0	1,6
Honoraires (€)	3826241	1313099
Taux de dépassement (%)	3,4	8
Nb de PS	515	442
%	27,1	23,3

Code Acte	NFQK004	AHQB032	LEQK002
Libellé	Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort par électrode aiguille, avec mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs sans étude de la conduction proximale par électrode de surface, et mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 2 à 4 nerfs	Radiographie du segment thoracique et du segment lombal de la colonne vertébrale
Nb d'actes	59012	55856	38849
Dépassement (€)	62364	97444	89386
Dép. moy. / Acte	1,01	1,74	2,30
Honoraires (€)	1785836	6957671	3420962
Taux de dépassement (%)	3,6	1,6	2,7
Nb de PS	294	195	532
%	15,5	10,3	28,0

## c) Associations les plus fréquentes cotées en milieu rhumatologique

Nom de l'Association	Nb d'associations	Montant global de l'association (€)	Nb de PS
	<b>1 167 704</b>	<b>83 630 101,61 €</b>	<b>1 866</b>
NZLB001;NZLB001;	265 337	13 838 179,33€	1 492
NZJB001;NZLB001;	156 790	10 665 595,81€	1 310
NZHB002;NZLB001;	133 910	6 342 920,93€	697
YYYY028;ZLJ002;	16 484	827 311,34€	127
MZLB001;MZLB001;	16 322	806 245,61€	1 016
LFQK002;NAQK015;	14 796	1 100 226,07 €	409
LHLB001;LHLB001;	13 944	813 358,22 €	424
LEQK002;NAQK015;	12 932	1 290 676,02 €	450
NZJB001;NZJB001;	9 835	748 788,67 €	483
MAQK001;MZLB001;	8 909	633 491,41 €	386
NFQK004;NFQK004;	7 623	466 466,75€	210
MZHB002;MZLB001;	7 514	318 466,89€	318
NFQK003;NFQK003;	6 194	268 101,82€	304
MZLB001;PBQM002;	5 753	350 088,99€	159
MZJB001;MZLB001;	5 473	550 130,17€	561
MZLB001;PBQM003;	5 460	317 917,18€	143
NZLB001;PBQM002;	5 280	329 074,95€	162
LFQK001;NAQK015;	5 215	398 173,83€	189

## d) Répartition du temps de travail, revenus, appartenance syndicale et société

Les rhumatologues, quel que soit leur mode d'exercice principal, déclarent **7 demi-journée** de consultations par semaine réalisant en moyenne 81 consultations. Les libéraux déclarent en moyenne deux fois plus de demi-journées (8 contre 3,6 demi-journées pour les salariés) et trois fois plus de consultations (96 contre 29 pour les salariés).

Concernant le **temps de travail**, il est difficile de tirer des conclusions précises mais globalement le temps de consultation chez les rhumatologues libéraux est en moyenne de presque 50 heures par semaine. On notera pour les vacances 6,2 semaines en moyenne par an chez les libéraux contre 5,8 chez les salariés. Les femmes déclarent prendre en moyenne 6.5 semaines et les hommes 5.9 semaines.

L'étude des **revenus** s'avère délicate du fait de l'amplitude des valeurs renseignées; si on retient les chiffres principaux le rhumatologue libéral déclare en moyenne un bénéfice annuel d'un peu plus de 92 000 euros et le salarié un revenu net annuel de plus de 62 000 euros;

la répartition selon le sexe du bénéfice libéral annuel s'établit en moyenne à plus de 98 000 euros déclarés par les hommes et plus de 67 000 euros par les femmes.

## DONNÉES ISSUES DE LA CARMF

### Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

C 2012	Secteur 1		Secteur 2		Total secteur 1 et secteur 2	
	Nombre	BNC moyen	Nombre	BNC moyen	Nombre	BNC moyen
<b>Ensemble des médecins libéraux</b>	82 225	79 221	23 404	103 056	105 629	84 502
<b>Médecine générale</b>	53 896	71 971	5 111	64 564	59 007	71 329
<b>Moyenne des spécialistes</b>	28 329	93 015	18 293	113 811	46 622	101 175
<b>Rhumatologie</b>	<b>913</b>	<b>77 313</b>	<b>738</b>	<b>77 055</b>	<b>1 651</b>	<b>77 197</b>

CHIFFRES 2012 ISSUES DE LA BASE DE DONNÉES DES ASSOCIATIONS DE GESTION AGRÉÉES	
<b>Recettes encaissées</b>	160 753 €
<b>Bénéfice (en euros)</b>	80 437 €

Près des deux tiers des rhumatologues souscrivent une retraite complémentaire (74 % chez les libéraux 20 % chez les salariés).

Un tiers des rhumatologues appartiennent à une centrale syndicale. La quasi-totalité des salariés, soit 94 %, est membre de la Société Française de Rhumatologie contre 57 % des libéraux ; 75 % des membres du Syndicat National des Médecins Rhumatologues sont en activité libérale seulement 18 % des salariés.

## II. Principaux résultats de l'enquête consultation

Au total, 708 « fiches patient » ont été renseignées dont 82 % correspondent à des consultations effectuées en libéral (78 % en 2003).

### 1. Caractéristiques des patients

67 % de femmes ont été prises en charge, proportion équivalente à celle de 2003. L'âge moyen des patients est de 58 ans. 7 patients sur 10 ont 50 ans ou plus (constat identique en 2003). On notera 47 % de patients retraités (constat identique en 2003). Les femmes consultant dans le cadre d'une affection rhumatologique sont plus âgées que les hommes et par répercussion plus souvent à la retraite que les hommes (47 % contre 40 %).

Près de deux tiers des patients résident à moins de 20km du lieu de consultation sachant que la proportion de patients résidant à plus de 20 km est significativement supérieure en consultation hospitalière que libérale (50 % contre 32 %). Ce résultat est cohérent avec la répartition des rhumatologues selon la taille de l'agglomération où ils exercent et celle de la population générale (voir à ce propos à la partie I.1 : résultats de l'enquête médecin).

Plus d'un patient sur cinq bénéficie du tiers payant (43 % dans le cadre d'une consultation hospitalière contre 17 % en activité libérale). 5 % bénéficient de la CMU (sans distinction possible entre la CMU-B et la CMU-C) (d'après la Drees, 6 % de la population française métropolitaine est bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) au 31/12/2012).

Plus du quart des patients bénéficie d'une ALD alors qu'en 2003 seuls 17 % en bénéficiaient. 47 % des consultations hospitalières sont réalisées dans le cadre d'une ALD.

À noter qu'au 31 décembre 2012 ; 9,5 millions de personnes du Régime Général bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD), soit moins d'une personne sur six. Source : ameli.fr

## 2. Mode de recours à la consultation rhumatologique

---

53 % des patients ont été adressés, dont 80 % par le médecin généraliste (43 % des patients sont considérés comme déjà suivis, ou non adressés pour la consultation prise en compte, sans qu'il soit possible de savoir s'ils avaient été adressés lors d'une consultation précédente) : **le rhumatologue se pose donc comme un correspondant et s'intègre donc parfaitement dans le parcours de soins.**

Les patients sont adressés dans 33 % des cas pour un geste technique en milieu libéral contre seulement 10 % en milieu hospitalier. Les proportions de patients adressés pour un geste technique sont légèrement inférieures à celles rencontrées en 2003 (respectivement 39 % contre 14 %).

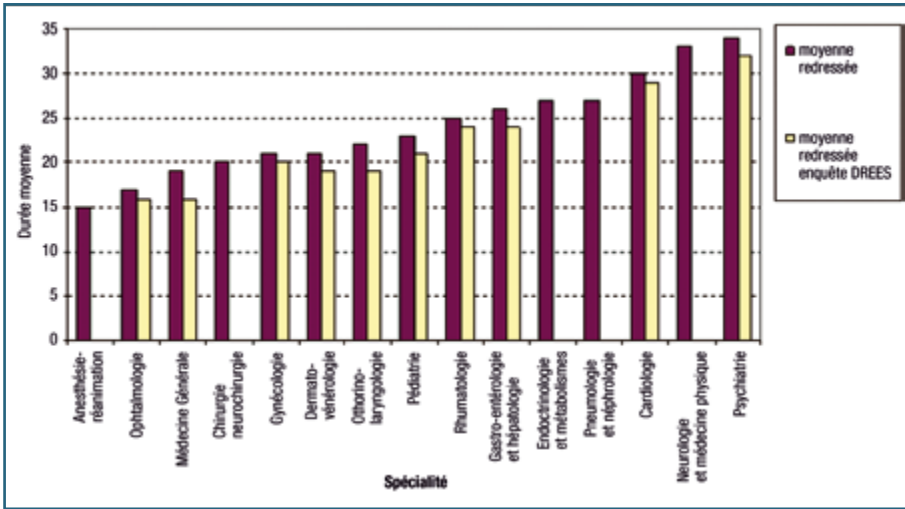
## 3. Caractéristiques de la consultation

---

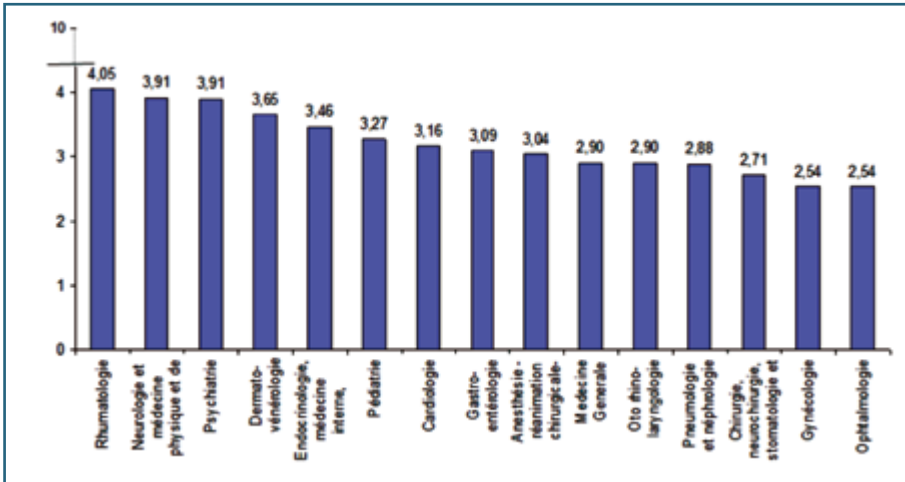
En moyenne, une consultation rhumatologique dure 25 minutes (24 minutes en cabinet libéral contre 29 minutes en milieu hospitalier). Cela correspond à l'enquête de 2012.

## DURÉE DE CONSULTATION MOYENNE PAR SPÉCIALITÉ

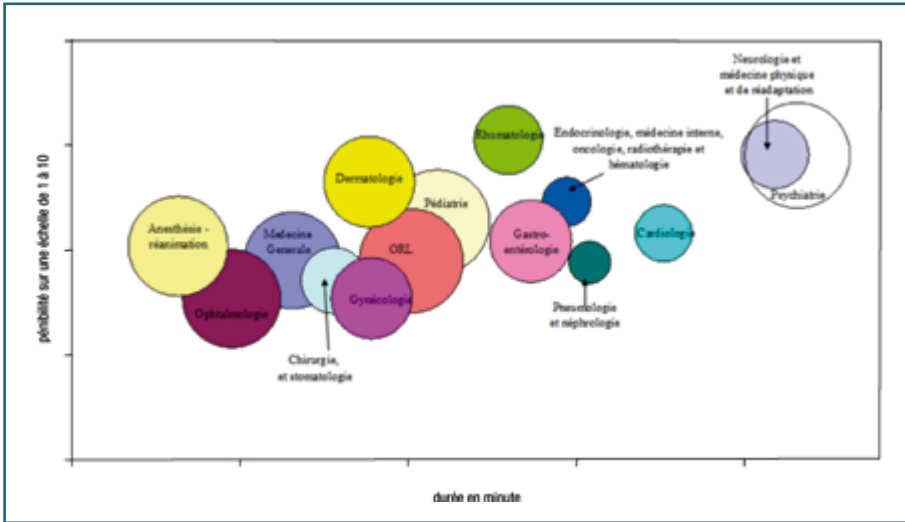
Durée moyenne : 20 minutes (médiane : 18 minutes)



## PÉNIBILITÉ MOYENNE



## LA DURÉE MOYENNE ET LA PÉNIBILITÉ EN FONCTION DES SPÉCIALITÉS



L'avis ponctuel de consultant (C2) concerne quatre patients sur 10.

Pour près d'une consultation sur 4 (39%), des actes ont été renseignés par le rhumatologue. Dans 63% des cas, un seul acte est mentionné, dans 22% deux actes, et pour 15% entre 3 et 5 actes.

Le nombre et le codage des actes réalisés par les rhumatologues sont plus précisément décrits dans le résumé des données de **SNIRAM**.

Le délai moyen d'attente déclarée entre la prise de rendez-vous et la consultation est de 28 jours pour les consultations libérales et de 53 jours pour les consultations hospitalières. Prises en charges antérieures.

La répartition des prises en charge antérieures est la suivante :

- 22% des patients ont déjà eu une I.R.M. (dont 65% sont considérés comme pertinentes);
- 12% des patients ont consulté un ostéopathe;
- 24% des patients ont bénéficié d'une rééducation fonctionnelle (proportionnellement plus souvent les patients consultant en milieu libéral (26%) qu'hospitalier (10%).

### 4. Prises en charges lors de la consultation

La nécessité d'analyser des résultats d'examen complémentaires lors de la consultation est plus fréquente dans le cadre d'une consultation hospitalière (80%) que libérale (54%).

La réalisation d'un geste thérapeutique lors de la consultation est plus fréquente en milieu libéral (43%) qu'à l'hôpital (18%). Par ailleurs, la proportion de bilans biologiques réalisés pendant la consultation est plus faible en consultation libérale (38%) qu'hospitalière (74%).



Pour la demande d'examen complémentaire, les examens biologiques sont prescrits dans 84 % des consultations hospitalières contre 71 % des consultations libérales, pour les IRM (respectivement 22 % contre 10 %) et pour la densitométrie (respectivement 14 % contre 3 %). La prescription des autres examens (radiologique, échographique, scanner, scintigraphie, EMG) ne diffère pas selon les deux cadres de prise en charge.

L'étude des gestes techniques principaux et secondaires met en évidence une prédominance des infiltrations qui représentent 50 % d'entre eux (pour 36 % sans guidage, 11 % avec guidage radiographique et pour 4 % avec guidage échographique) suivies par les injections d'acide hyaluronique à 26 % (sans guidage pour 25 % et avec guidage pour 1 %) et en troisième position les ponctions articulaires avec 9 % (8 % sans guidage et 1 % avec guidage radiographique). Tous les autres gestes techniques (principaux ou secondaires) cités concernent moins de 5 % des consultations. Le guidage échographique n'est cité que dans le cas de l'infiltration, cette technique semble très peu utilisée.

### 5. Prescriptions thérapeutiques et orientations diagnostiques

Pour 72 % des consultations une prescription thérapeutique est renseignée. Celle-ci correspond dans 64 % des cas à des antalgiques, 34 % à des anti-inflammatoires, 21 % à des corticoïdes, 25 % à des IPP, 14 % à des traitements anti-ostéoporotiques, 21 % à des traitements synthétiques de la polyarthrite, 12 % des biothérapies, 12 % à des traitements anti-arthrosiques d'action lente, 34 % à de la rééducation et 4 % à des perfusions de biphosphonates.

À l'issue des consultations, globalement 61 % des patients sont suivis par le rhumatologue, 48 % sont réadressés au correspondant (celui étant le médecin traitant dans l'essentiel des cas de figure) et 8 % sont orientés vers un autre spécialiste. 12 % des patients seront pris en charge conjointement par le rhumatologue et le correspondant.

Les diagnostics ou hypothèses diagnostiques les plus fréquemment cités (par rapport à l'ensemble des diagnostics) sont par ordre d'importance :

- Les atteintes abarticulaires du membre supérieur : 20 % (24 % en cabinet libéral contre 4 % en milieu hospitalier) ;
- La polyarthrite rhumatoïde : 18 % (18 % en cabinet libéral contre 20 % en milieu hospitalier) ;
- La spondylarthropathie : 13 % (11 % en cabinet libéral contre 21 % en milieu hospitalier).

## III. Activité rhumatologique en centre hospitaliers

L'évaluation de l'activité rhumatologique hospitalière vient de deux sources d'information différentes :

- D'une part, l'enquête menée par le comité du Livre Blanc, pour laquelle les données de 115 hospitalisations ont été collectées ;
- D'autre part, le recueil des données concernant les hospitalisations en rhumatologie venant des départements d'informatique médicale de 10 établissements français, une clinique,

3 CHG et 6 CHU. Les données de **30 642** hospitalisations en 2013 ont ainsi été collectées. **De fait, il ne sera pas fait de comparaison entre hospitalisation publique et privée, par manque de données.**

Ces deux sources nous fournissent des informations différentes et parfois **complémentaires**.

## 1. Caractéristiques des patients

---

L'enquête nous permet de mieux appréhender la population hospitalisée en rhumatologie. L'âge moyen des patients est de 59 ans : 64 ans pour les femmes et 54 ans pour les hommes. Les hospitalisations rhumatologiques comptent autant d'hommes que de femmes (la proportion de femmes était plus importante en 2003 : 56 %). Plus de la moitié des patients (52 %) résident à plus de 20 km du lieu d'hospitalisation. Près de la moitié des patients sont à la retraite (en conformité avec la structure par âge des patients).

Près des deux tiers des patients bénéficient du tiers payant et seuls 3 % de la CMU. 47 % des hospitalisations sont réalisées dans le cadre d'une ALD.

Les hospitalisations concernent dans 40 % des cas des nouveaux patients planifiés, 22 % des cas d'urgence et 36 % des patients connus du service pour la même affection.

Près de la moitié des patients (48 %) a été adressée, 1 patient sur 5 (10 %) transféré d'un autre service ou d'un autre établissement, 29 % correspondent à des patients déjà connus et 3 % à des nouveaux patients (inconnus du service). Parmi les patients adressés ou transférés, 61 % le sont par un médecin libéral et 39 % par un médecin hospitalier. 40 % des patients adressés ou transférés l'ont été par un médecin généraliste, 25 % par un rhumatologue libéral et 35 % par un autre spécialiste. Ils sont adressés ou transférés dans 57 % des cas pour avis diagnostic, 70 % des cas pour avis thérapeutique et 19 % des cas pour geste technique. Il peut y avoir plusieurs interventions lors de l'hospitalisation.

## 2. Caractéristiques de l'hospitalisation

---

Selon l'enquête, l'hospitalisation conventionnelle représente 68 % des séjours hospitaliers et l'hospitalisation de jour et de semaine en représente 20 % et 12 %, respectivement. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 jours en unité conventionnelle et de 3 jours en hôpital de semaine.

Selon les données PMSI (Programme Médicalisé des Systèmes d'Information), l'hospitalisation de jour représente 62 % des séjours. La durée moyenne d'hospitalisation varie de 3,5 à 8,2 en moyenne avec une médiane qui varie de 2 à 6 jours.

L'hospitalisation conventionnelle correspond à 64 % des séjours en CHU et 56 % des séjours en CHG. Il n'est pas possible de donner les chiffres pour les hospitalisations en clinique privée.

### 3. Prises en charge lors de l'hospitalisation rhumatologique (enquête)

Lors de l'hospitalisation, les examens réalisés concernent 90 % des patients: un bilan biologique pour 95 % d'entre eux, pour 69 % des bilans radiographiques, 31 % une échographie, 29 % un scanner, 15 % une IRM, 7 % une scintigraphie, 6 % une densitométrie, 4 % un électromyogramme.

Parmi les examens prescrits 91 % sont des examens biologiques, 47 % des examens radiologiques, 23 % une échographie, 22 % un scanner, 16 % une IRM, 6 % une scintigraphie, 8 % une densitométrie et 8 % un électromyogramme.

L'étude des gestes techniques principaux et secondaires fait ressortir dans 40 % des cas des infiltrations (20 % sans guidage, 14 % avec guidage radiographique et 6 % avec guidage échographique) et dans 20 % des cas des ponctions (11 % sans guidage, 4 % avec guidage radiographique et 5 % avec guidage échographique).

### 4. Pathologies prises en charge en hospitalisation

Selon l'enquête, les patients étaient le plus souvent hospitalisés pour prise en charge d'une sciatique (22 %), d'une polyarthrite rhumatoïde (17 %) ou une spondyloarthrite (15 %).

Selon les données PMSI, les rhumatismes inflammatoires représentent 48 % des hospitalisations, les pathologies du rachis 12 %, les tumeurs malignes 7 %, l'ostéoporose 4 % et les infections ostéo-articulaires moins de 2 % des séjours. La répartition est différente selon le type d'hospitalisation. En CHU, les rhumatismes inflammatoires représentent 80 % des séjours en hospitalisation de jour et seulement 16 % des séjours en hospitalisation conventionnelle. Les chiffres sont proches en CHG: 60 % en hospitalisation de jour et moins de 10 % en conventionnel.

Il n'y a pas de pathologie dominante en hospitalisation conventionnelle. On retrouve dans 10 % à 20 % des séjours, les pathologies rachidiennes et radiculaires et l'ostéoporose et autres ostéopathies fragilisantes, avec ou sans fractures. Les pathologies tumorales et les infections ostéo-articulaires sont des motifs d'hospitalisation moins fréquents. Le motif principal d'hospitalisation n'était pas rhumatologique dans plus d'un tiers des cas en CHG.

Dans l'enquête, pour 96 % des hospitalisations, une prescription thérapeutique est renseignée. Celle-ci correspond dans 87 % des cas à des antalgiques, 36 % à des anti-inflammatoires, 32 % à des corticoïdes, 43 % à des IPP, 8 % à un traitement anti-ostéoporotique, 22 % à un traitement de fond synthétique (DMARDs), 21 % à une biothérapie, 4 % à de la rééducation, 25 % à des perfusions de biphosphonates.

À l'issue de l'hospitalisation rhumatologique, le renvoi au correspondant est indiqué pour 41 % des patients, 52 % restent suivis par le médecin hospitalier.

Au total ces résultats montrent une prise en charge de plus en plus ambulatoire des rhumatismes inflammatoires. L'avènement de nouvelles voies d'administration de certains biomédicaments doit faire évoquer une diminution possible de l'activité des hôpitaux de jour.

## IV. Avenir des services hospitaliers de Rhumatologie en France

La prise en charge des pathologies de l'appareil locomoteur par le Rhumatologue à l'hôpital recouvre un vaste domaine : urgences douloureuses liées à une atteinte rachidienne (névralgies cervico-brachiales, lombosciatiques ou cruralgies), pathologies osseuses métaboliques (pouvant s'accompagner de fractures vertébrales ou du bassin) ou néoplasiques (métastases osseuses, atteintes osseuses myélomateuses), rhumatismes inflammatoires et connectivites, atteintes infectieuses articulaires ou rachidiennes, pathologies microcristallines...

L'approche multidisciplinaire de certaines affections fait que cette discipline est bien souvent convoitée par d'autres spécialités. Le Rhumatologue doit garder son identité, son expertise et affirmer sa spécificité dans tous ces domaines.

Ces patients étant bien souvent hospitalisés pour une douleur aiguë ostéo-articulaire ou une impotence fonctionnelle, l'approche clinique globale par le Rhumatologue reste en effet indispensable pour le diagnostic de ces affections. Un patient ayant un cancer peut ainsi avoir une fracture liée à une métastase osseuse mais aussi à une ostéoporose; une arthrite n'est pas toujours infectieuse.

Ces dernières années cette spécialité a largement bénéficié des progrès de l'imagerie, et de l'évolution des moyens thérapeutiques. De nombreux Rhumatologues sont ainsi actuellement formés à la pratique de l'échographie ostéo-articulaire et certains gestes, ponctions ou infiltrations sont désormais effectués avec l'aide de cette technique.

### **Quelle pratique hospitalière de la Rhumatologie peut on envisager demain ?**

Nous avons la chance en France d'avoir une identification de la Rhumatologie dans les hôpitaux. Contrairement à certains pays pronant le recours à un grand département d'hospitalisation de médecine, mieux vaut privilégier le maintien de services spécialisés, permettant de conserver la qualité de la prise en charge du patient, tout en évoluant dans cette prise en charge.

Le coût de la santé, les contraintes économiques, avec bien souvent la réduction du nombre de lits à l'hôpital, entraîneront sans nul doute la nécessité d'une hospitalisation plus courte ou d'une prise en charge plus ambulatoire.

Les services de Rhumatologie devront adapter la prise en charge de ces patients demandant un temps d'examen parfois long, et organiser un parcours de soins permettant de conserver sécurité et qualité.

Il sera nécessaire de revaloriser l'acte intellectuel en cas de prise en charge des patients ayant une pathologie complexe, mais ne nécessitant pas toujours le recours à plusieurs plateaux techniques.

### **Hôpital traditionnel**

La prise en charge des patients en hospitalisation classique devra donc privilégier une durée d'hospitalisation la plus courte possible, tout en conservant sa place de recours pour les problèmes les plus graves : infectieux, tumoraux, fracturaires, hyperalgiques.

La limite d'une durée de séjour courte pourra être l'âge qui sera pour beaucoup de patients de plus en plus élevé, avec un handicap fonctionnel lié à des événements fracturaires ou des tumeurs, et bien souvent des co-morbidités.

### **Hopital de jour**

Les contraintes actuelles pour une hospitalisation en hôpital de jour ne permettent actuellement de prendre en charge que des patients ayant une biothérapie par voie intra-veineuse ou une chimiothérapie, ou bien des patients pour lesquels peuvent être regroupés cette journée là plusieurs examens réalisés sur plusieurs plateaux techniques avec synthèse diagnostique ou thérapeutique par un médecin. Certains actes dont la réalisation justifie une surveillance prolongée exceptionnelle en raison d'un terrain particulier du patient ou d'un âge élevé peuvent cependant donner lieu à facturation d'un GHS (circulaire du 31/08/2006, modifiée le 15/06/2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour pour la prise en charge hospitalière de moins d'une journée ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée).

Les patients avec des pathologies complexes, mais ne nécessitant pas le recours à plusieurs plateaux techniques ne peuvent donc pas bénéficier de ce type d'hospitalisation.

### **Organisation de la prise en charge en consultation**

De ce fait, certaines prises en charge "qualifiées d'activité externe" sont lourdes et consommatrices de temps.

Il peut ainsi s'agir du bilan initial ou du suivi d'un rhumatisme inflammatoire débutant ou sévère, d'affections osseuses sévères complexes, de douleurs chroniques rebelles, etc.

Les consultations peuvent être longues également en raison de l'augmentation de la prise en charge de co-morbidités associées aux pathologies rhumatologiques chez des patients souvent âgés.

Certaines prises en charge pourront nécessiter une organisation autour d'un plateau technique, avec une infirmière de consultation pour regrouper en plus de l'avis diagnostique, des examens complémentaires tels que radiographie, prise de sang, ostéodensitométrie, un geste sous échographie ou scopie, ou un temps d'éducation thérapeutique.

On peut aussi imaginer également qu'il soit nécessaire d'organiser plusieurs consultations successives rapprochées afin d'éviter une hospitalisation pour effectuer un diagnostic initial avant la prise en charge thérapeutique.

La réalisation de consultations pluridisciplinaires (par exemples pour les pathologies rachidiennes mécaniques, consultations organisées entre Rhumatologues et Pédiatres ou Dermatologues...) permet d'apporter pour un patient la compétence de plusieurs spécialités et une prise en charge ainsi plus rapide et plus concertée. Il est important également de développer les séances d'éducation thérapeutique pour différentes pathologies chroniques de l'appareil locomoteur.

Les médecins hospitaliers seront enfin sans doute également sollicités à distance de la part

de confrères pour un avis concernant la prise en charge de patients, ou pour leur surveillance médicale, grâce au développement de la télémédecine.

Une réflexion doit donc être menée pour réfléchir à la possibilité de consultations longues, avec une valorisation financière intermédiaire entre la consultation et l'hospitalisation de jour. Ces types de prise en charge externe plus lourde nécessitent également des temps de praticiens, d'infirmières, de secrétaires pour leur mise en place.

### **La collaboration avec la médecine en ville**

En plus de la collaboration nécessaire avec les médecins Généralistes et Rhumatologues installés en ville, le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) peut être développée.

Ce type d'hospitalisation n'est pas toujours facile à mettre en place pour les pathologies vues en Rhumatologie mais peut être à envisager pour certains patients, après un séjour en hospitalisation classique qui peut ainsi être raccourcie.

### **Autres missions des services hospitaliers**

Cette mission de soins et sans doute de réorganisation de prise en charge des patients à l'hôpital, ne devra pas faire oublier le rôle des services hospitaliers dans l'enseignement et la formation des futurs médecins, externes et internes, et leur implication nécessaire dans la recherche.

## **V. Télémédecine et rhumatologie**

Comme tous les domaines de la médecine, la rhumatologie évolue et va évoluer avec la révolution numérique que nous sommes en train de vivre.

Il est donc très important que le rhumatologue anticipe l'évolution de son activité afin d'être à l'initiative de projets innovants, impliquant souvent les patients ainsi que les structures institutionnelles telles les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Caisses d'Assurance-Maladie.

Tout récemment le professeur Guy Valencien a publié un ouvrage prédisant la réduction drastique du nombre de spécialistes en redessinant le périmètre de compétence des médecins, en niant l'intérêt de l'examen clinique au profit des explorations biologiques ou de l'imagerie, ce qui permettrait (à son avis), de faire des médecins spécialistes des consultants pointus (mais peu nombreux), qui interviendraient après un premier passage devant l'ordinateur et ses algorithmes, les infirmières consultantes étant susceptibles d'interpréter les réponses de l'ordinateur et le médecin généraliste à même de répondre à la majorité des problèmes.

Ce modèle futuriste nous semble (heureusement !) encore bien loin, avec de multiples risques et inconvénients pour les patients, en particulier une dérive quasi totalitaire de l'art médical. Pour autant il est indispensable de s'appropriier les outils pour que les rhumatologues puissent

s'intégrer au mieux dans un schéma qui est voué à évoluer.

Il est souhaitable de distinguer les pratiques selon la forme que prend le numérique dans la pratique médicale.

### E-santé

- a) Il y a ce que l'on fait déjà, à savoir les recherches quotidiennes sur Internet qui nous permettent de retrouver bien plus rapidement ce que la bibliothèque universitaire ou l'index médicaux faisaient si lentement il y a 20 ans. Cela donne accès (aux médecins, mais aussi aux patients) à un volume d'information colossal pour lequel le médecin spécialiste doit faire le tri à la fois pour lui-même et pour ses patients. La multiplication extraordinaire des voies de communication de la connaissance médicale pousse aussi les patients à faire eux-mêmes leur propre diagnostic. Il s'agit d'une télémédecine auto prescrite qui justifie, même si cette recherche est légitime, un contrôle et une réorientation par le professionnel, souvent spécialistes du fait de la complexité des pathologies évoquées. Qui n'a pas vu débarquer à sa consultation un patient anxieux, avec de multiples copies de feuilles extraites de nombreux sites prouvant par a+b qu'il ne peut avoir qu'une sclérose en plaques alors qu'il s'agit d'une fibromyalgie ? Là encore, le sens commun du médecin reste incontournable.
- b) Dans l'avenir on prophétise l'arrivée d'algorithmes de décision basée sur les « big data » des majors tels Google ou Apple qui auront pour objectif d'orienter en amont d'une consultation ou durant celle-ci (pas forcément par un médecin) vers des conduites à tenir normalisées. Il s'agirait alors par un algorithme de questions, d'orienter vers un nombre restreint de diagnostics avec un degré de probabilité. Cette approche pourrait se discuter si un filtre est opéré en amont par des experts, en connaissant les limites et en indiquant l'intervenant le plus pertinent. Cet échelon présente la limite de la collecte des données médicales puisque méconnaissant volontiers la valeur de l'examen clinique qui serait suppléé par une super paraclinique, dont on peut cependant mettre en doute la pertinence à certains niveaux. Encore faut-il que le patient soit à même de fournir les renseignements adéquats à l'interrogatoire. Dans l'exemple O combien fréquent des lombalgies chroniques non inflammatoires même si l'on s'aide d'examen complémentaires, notre impression clinique à l'examen et à l'évaluation de la personnalité du patient reste fondamentale. Il est de plus reconnu que lorsque les médecins dérogent aux recommandations, ils ont régulièrement raison.
- c) Au-delà des téléservices déjà actifs (déclaration d'arrêt de travail en ligne, service Ameli-Pro pour consulter l'historique des remboursements du patient) le numérique peut procurer de nombreuses aides aux praticiens. On attend toujours le développement à grande échelle du dossier médical partagé (DMP) qui, un jour peut-être sera le cœur de l'information sur la santé de chaque patient. On peut aussi imaginer des applications permettant de monitorer la prise d'un traitement, améliorant l'observance, ce qui se fait déjà dans certaines pathologies ou bien des appli pour l'information voire pour renforcer l'éducation thérapeutique. Dès aujourd'hui, les patients ont à leur disposition plusieurs objets connectés permettant de quantifier leur activité physique, recommandation désormais universelle du rhumatologue. Une auto-surveillance du patient avec transmission des données

au praticien est aussi un domaine où l'exploitation du numérique doit être développée (auto-questionnaires dans les rhumatismes inflammatoires par exemple).

d) La communication entre le médecin et son patient va aussi forcément évoluer du fait des outils, avec les limites (dans les 2 sens) que constitue l'interposition d'un ordinateur entre le médecin et son patient. Nous avons déjà des messageries (sécurisées ou pas), et communiquons de plus en plus par l'intermédiaire des e-mails que ce soit pour recevoir des résultats, des comptes rendus, ou voire des demandes directes de la part de patients. On entrevoit le problème de la responsabilité et de la valorisation d'actes qui commencent déjà à s'apparenter à de la téléconsultation. Le Conseil national de l'ordre des médecins a publié un livre blanc de la télémédecine permettant de dessiner les grandes lignes de ce type de projet.

### La téléconsultation

La véritable téléconsultation et la téléexpertise restent encore à inventer en rhumatologie. Celle-ci aurait une place tout à fait pertinente dans des situations multiples : éloignement du patient, déserts médicaux, demande d'une expertise sur une pathologie rare. Des projets similaires à ceux initiés en dermatologie pour la gestion des plaies chroniques ou les tumeurs cutanées ne demandent qu'à éclore en rhumatologie. On pourrait parfaitement imaginer qu'un médecin généraliste recevant son patient au cabinet puisse dialoguer avec des spécialistes rhumatologues à distance, lui permettant d'orienter les manœuvres de l'examen clinique, la demande d'examen complémentaire, la relecture de biologie ou de radiologie, ou le monitoring d'un traitement, par exemple gestion de la mise en route d'un biomédicament, switch ou modification de posologie. L'impact économique pourrait être tout à fait intéressant car nous avons tous des patients qui viennent parfois de très loin en transports sanitaires pour une simple consultation voire pour la surveillance de traitements bien équilibrés. Il faut que les rhumatologues s'approprient un tel projet et qu'une expérimentation qu'ils dirigeraient se fasse au risque de voir d'autres acteurs notamment dans le secteur assurantiel nous imposer des solutions contraignantes et inadaptées.

### Conclusion

---

**La télémédecine est donc un domaine dans lequel la rhumatologie est déjà présente mais beaucoup reste à faire. La profession doit rester vigilante car d'énormes intérêts économiques sont en jeu et l'on doit veiller à ce que le rôle du médecin spécialiste rhumatologue reste au centre de la prise en charge des maladies ostéo-articulaires. La technique doit aider et non remplacer le praticien car, contrairement à ce que certains pensent, la relation médecin malade aussi bien au moment du diagnostic ou lors de la mise en place d'un traitement reste irremplaçable.**



## VI. Les centres de rhumatologie libéraux

La médecine libérale en général et la rhumatologie en particulier sont en train de connaître une évolution importante. Certes, il s'agit d'un phénomène lent et non pas brutal mais cette marche en avant est inexorable, initiée par les jeunes générations de médecins et relayée par les politiques publiques. En effet, huit jeunes médecins sur dix s'installant en libéral le font dans un cabinet de groupe pour éviter la solitude d'un cabinet isolé. Cela laisse peu de chance à ceux qui exercent seul de trouver un successeur...

Nos confrères spécialistes en médecine générale adhèrent de plus en plus largement à cette dynamique récente avec l'éclosion de « maisons de santé pluridisciplinaires » et des centres de santé. Ils auront naturellement tendance à privilégier des structures équivalentes ou bien hospitalières.

Il existe en 2015 une quarantaine de centres de rhumatologie libéraux constitués d'au moins quatre médecins rhumatologues répartis sur l'ensemble du territoire national alors qu'ils étaient moins d'une dizaine il y a peu.

Nous envisagerons la création de ces structures aux multiples possibilités ainsi qu'un succinct cahier des charges.

Pourquoi le chiffre de quatre médecins rhumatologue est-il important à atteindre à plus ou moins brève échéance pour la réalisation d'un centre de rhumatologie ?

Il s'agit de la taille critique minimale nécessaire pour réaliser les investissements pour équiper un centre avec tout l'équipement technique adéquat à la pratique rhumatologique : radiologie ostéo-articulaire indispensable, ostéodensitométrie, échographie, électromyographie, éventuellement rééducation et certainement demain l'IRM ostéo-articulaire à bas champ, etc. Le personnel médical et non médical est un poste budgétaire conséquent mais indispensable pour faire fonctionner ces appareillages et assurer le bon fonctionnement du centre. Autre sujet d'avenir sera la pluridisciplinarité. Des infirmières cliniciennes viendront s'ajouter aux manipulateurs en électroradiologie ainsi que d'autres professionnels de santé lorsque la réflexion sera mûre.

Le sujet est souvent peu évoqué mais il faut aussi considérer le facteur humain. Une structure avec deux médecins va fonctionner comme un couple dans la prise de décision avec parfois des déchirements qui pourront aller jusqu'au divorce ! Dans les structures à trois médecins, deux médecins peuvent mettre en difficulté le troisième qui devient le souffre-douleur. Voilà pourquoi une structure libérale pourra être considérée comme mature à partir de quatre médecins qui nous semblent être le seuil minimal.

### **Pourquoi faut-il installer une démocratie à l'intérieur d'un centre ?**

Pour que les décisions soient majoritairement partagées, ces cabinets doivent impérativement se constituer sous une forme juridique avec l'aide d'un professionnel juriste. Bien que la société civile de moyens soit la plus simple et la plus répandue, elle ne met en commun, comme son nom l'indique, que les moyens ce qui rassure mais sans un véritable partage et

de perspectives évolutives. Les médecins doivent tous « tirer la corde » dans le même sens, c'est ce qui déterminera leur facteur de progrès. La corde c'est ce qui les réunit au quotidien dans l'exercice de leur art, elle dépend de la forme sociétale et des règles de vie qu'ils se sont imposées par l'intermédiaire d'un juriste qui les a mis en forme. Ces règles doivent être suffisamment souples pour s'adapter au changement mais aussi respecter la liberté et l'indépendance professionnelle de chacun. C'est pourquoi, les sociétés civiles professionnels (SCP) ou mieux les SELARL nous semblent les plus dynamiques. Elles doivent favoriser les collaborations multidisciplinaires.

### **Quel est le lieu d'implantation à privilégier de ces centres ?**

Dans les grandes villes, les moyens d'accès et de transports collectifs sont à étudier. Dans les grandes métropoles, ces centres ont du mal à sortir de terre compte tenu du prix de l'immobilier. Pourtant les structures regroupant un grand nombre de médecins réalisent une économie de surface et par là de charges qui leur seraient profitables. En province, si la médecine de proximité a fait fureur en son temps avec un rhumatologue pour un chiffre donné de population, la nécessité des moyens et du nombre de quatre médecins nécessitent de privilégier les villes de Préfecture ou des villes développées qui pourront interagir avec les structures hospitalières. C'est ainsi que ces centres de rhumatologie trouvent leurs justifications dans l'économie de charges qu'elles induisent bénéfique à tout l'économie du système de santé tout en permettant un accès à une rhumatologie de pointe et de qualité pour les patients.

### **Comment les cabinets de groupe s'intègrent dans la période de crise économique actuelle ?**

La rationalisation des soins a lieu pour les établissements hospitaliers et ne nous y trompons pas, il faut redouter que la Loi de santé future ne s'attaque aux soins libéraux par le pouvoir qui sera donné aux Agence Régionale de Santé (ARS) dans l'organisation du monde libéral.

### **Comment ces centres de rhumatologie se positionnent-ils par rapport à l'hôpital ?**

- Dans les zones territoriales où il n'y a pas de service de rhumatologie, les centres vont devenir des structures de soins ambulatoires performantes répondant à un besoin de santé publique. L'hôpital sera la structure pour accueillir les urgences et les cas complexes au sein de services de médecine non spécialisée et se pose alors le problème de l'interaction entre hôpital et cabinets libéraux ;
- Dans les zones territoriales où il existe des services hospitaliers de rhumatologie, il est probable que les centres libéraux constituent une concurrence (comme les cliniques chirurgicales pour les chirurgies programmées) offrant une offre de qualité réactive et performante. Le développement de centres libéraux de rhumatologie s'inscrit dans la logique d'intégration des structures hospitalières de rhumatologie dans des services de médecine au mieux pluri-thématiques, au pire non spécialisé.

### **Dans ce dernier cas, se posent 2 questions :**

- Comment attirer les étudiants en médecine vers la rhumatologie s'ils ne voient pas la spécialité durant leurs stages d'externat ?
- Comment former les internes par la suite ?

### Que doit être le cahier de charges de ces structures libérales ?

Tout d'abord l'organisation doit être très professionnelle. Elle est un gage de qualité que reconnaîtront vite les patients, les médecins correspondants et les institutionnels. Un secrétariat commun et partagé avec tous professionnels de santé présents doit couvrir l'amplitude horaire d'ouverture du cabinet. Dans l'idéal la continuité de soins, c'est à dire, la prise en charges des patients non programmés en journée mérite d'être organisée soit uniquement par les médecins rhumatologues, soit avec le concours de professionnel de santé présents sur place. La coordination des soins entre les professionnels de santé de la structure mérite d'être assurée de manière optimale. Au mieux des protocoles de santé seront élaborés et mis en œuvre. L'éducation thérapeutique n'est pas encore très présente dans les cabinets libéraux de rhumatologie mais ces structures dans un avenir proche pourront mettre en place leur participation à des programmes d'éducation thérapeutique destinés aux patients. Les actions de santé publique doivent également être mise en œuvre, par exemple dans le cadre du dépistage de l'ostéoporose, de la prévention des chutes, de la lombalgie chronique et de ses aspects professionnels, d'éviter le handicap lié à l'arthrose mais aussi dans les vaccinations à effectuer chez les patients ayant un rhumatisme inflammatoire chronique etc.

La gestion de la structure ne doit pas être négligée. Les fonctions supports (achats, gestion administrative, personnels, gestion financières, informatique) seront, selon la taille de la structure, soit répartis entre tous les médecins soit avec parfois un temps de secrétariat dédié à la gestion de certaines fonctions. Pour les plus grosses structures, elles auront désigné un gestionnaire. Le système d'information médical (système informatique) ne doit pas être négligé car il représente le cœur du fonctionnement de la structure. De son efficacité dépend en partie la gestion de la structure. Il doit permettre la gestion partagée du dossier médical et des rendez-vous. Une messagerie sécurisée doit permettre d'enrichir les dossiers médicaux des patients et d'échanger avec d'autres professionnels de santé.

L'aménagement des locaux doit être conforme à la réglementation sur la sécurité et l'accessibilité des personnes handicapées ainsi qu'aux diverses normes.

Le développement professionnel continu (DPC), la recherche clinique et l'enseignement doivent faire partie des objectifs annuels de tous les participants professionnels de santé. Demain, les médecins rhumatologue libéraux doivent être prêts à assumer la fonction de maître de stage pour les jeunes en formation en lien avec la Faculté de médecine.

### Conclusion

**Les centres de rhumatologie libéraux sont appelés à connaître un essor important. Ils doivent se regrouper au niveau national et régional pour réfléchir au sens de leur évolution.**

**La porte de ces centres doit toujours rester ouverte aux jeunes générations de rhumatologues et leur accueil doit être prévu. Ils participeront à la croissance et à l'enrichissement de ces structures rhumatologiques libérales tournées délibérément vers l'avenir.**

## 9

ENVIRONNEMENT  
SOCIO-ECONOMIQUE

## CHAPITRE 9. ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE

### I. Impact des dernières conventions médicales pour les rhumatologues

#### 1. La Convention de 2005

La Convention Médicale qui régit les rapports des Caisses de Sécurité Sociale et le monde médical libéral a été signée en février 2005. Elle fait suite pour les spécialistes à un « règlement minimal » qui se poursuivait depuis 1998 en l'absence d'accord avec les syndicats des médecins spécialistes. Parallèlement les généralistes (MG France puis le SML) avaient signé une convention qui s'est poursuivie de 1998 à 2005.

Cette Convention de 2005 rassemble cette fois généralistes et spécialistes. Elle désigne le médecin traitant comme le spécialiste de premier recours et créé le parcours de soins coordonnés.

En terme de cotation, se rajoutent à la CS, la Majoration forfaitaire transitoire soit MPC et la majoration pour coordination des spécialistes soit MCS. Les médecins de secteurs II n'ayant pas droit sauf CMU à ces deux lettres clés. Cette convention inaugure ainsi cette notion de double peine pour les patients consultant un médecin de secteur II : complément d'honoraire et base de remboursement moindre. Par contre elle généralise la possibilité du C2 lors de demande d'avis du médecin traitant à l'ensemble des spécialistes.

Est créée une option dite de coordination soit un secteur II intermédiaire qui sera un échec retentissant car trop contraignant.

Surtout dans le même temps paraît la CCAM (classification Commune des Actes Médicaux). Dans le cadre d'une méthodologie sérieuse, vingt rhumatologues avaient auparavant participé à la hiérarchisation des actes de leur spécialité. Pour la première fois, il s'agissait d'une reconnaissance financière de nos pratiques quotidiennes car il devenait désormais possible de coter des actes dont le prix dépassait celui de la consultation. De ce fait la rhumatologie était une spécialité dite « gagnante » de la CCAM mais conjointement existaient des spécialités « perdantes » (radiologie, gastroentérologie, etc...). Pour ne pas pénaliser ces spécialités, il fut décidé la montée en charge progressive de certains actes dans chacune des spécialités gagnantes et le gel des actes perdants. Ceci explique ce concept de « convergence » sur la valeur de certains de nos actes dont le prix réel (défini en 2005) ne fut obtenu que le 1er janvier 2015.

Mais cette CCAM ne concerne que les actes techniques. Citons le texte de la Convention « pour la CCAM clinique, les parties... s'entendent pour engager le processus d'entrée en vigueur avant la fin de l'année 2006, en parvenant à terme à une rémunération des actes

cliniques qui tiennent compte de la nature de l'acte réalisé... » Dix ans plus tard, les discussions se poursuivent lentement et rien n'a abouti. Voir chapitre « consultations complexes ».

De même, la valeur des actes CCAM tenait compte du nombre de points de chaque acte définis dans la hiérarchisation mais aussi de la valeur du point soit 0.44 € et du coût de la pratique (soit le poids de nos charges). Dix ans plus tard ces deux dernières valeurs n'ont jamais été réactualisées. Rappelons que la rhumatologie est une spécialité mixte : environ 50 % de nos actes sont techniques et 50 % sont cliniques.

À la suite d'une campagne de presse, les français ont compris qu'ils seraient moins bien remboursés en dehors du parcours coordonné. Ceci a entraîné durant environ deux ans (2006 et 2007) une légère diminution des consultations en rhumatologie provoquant une baisse des revenus des rhumatologues compensée ensuite par l'obtention de convergences tarifaires accéléérées pour certains actes et par une appropriation de ce parcours coordonné par les patients.

De même, la Densitométrie a été remboursée en juillet 2007 avec la possibilité pour les rhumatologues de la coupler avec un acte de consultation.

Les rhumatologues disposant de matériel de radiologie ont été pénalisés à plusieurs reprises en dehors de toute concertation avec leurs instances représentatives par des baisses de tarifs sur les actes de radiologie. Ils ont été victimes d'un effet collatéral : les Caisses d'Assurance Maladie désirant réduire les actes des radiologues dans l'esprit de la hiérarchisation de la CCAM. En particulier en 2009, la réduction à 50 % à partir du deuxième acte de radiologie a eu un impact très négatif sur ces rhumatologues alors qu'ils n'avaient pas la possibilité de compenser, comme les radiologues, sur l'imagerie en coupe. En 2011, l'avenant 4 a encore réduit les actes de radiologie ostéo-articulaire avec une pénalisation supplémentaire le 01/07/2015 portant également sur l'échographie.

Ceci est d'autant plus préjudiciable que ces rhumatologues assurent un service apprécié de leur patientèle en évitant des allers-retours fastidieux entre spécialistes et permettent d'optimiser la radiologie interventionnelle. Rappelons encore la différence de valeur entre le coefficient Y des rhumatologues et le coefficient Z des radiologues qui n'est en rien justifiée puisque les contraintes en matière de radioprotection sont les mêmes et que les rhumatologues ont investi désormais dans du matériel de qualité. Il serait au contraire logique que l'Y soit supérieur au Z du fait de la plus-value apportée par la confrontation imagerie/expertise clinique.

## 2. La Convention de 2011 et l'avenant 8

---

La nouvelle Convention a été signée en juillet 2011 complétée par l'avenant 8 en octobre 2012.

Elle tient à faciliter l'accès des soins médicaux à tous et étend la possibilité du tiers payant partiel (puis total à partir du 1 juillet 2015) aux titulaires de l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé) qui ont des revenus modestes sans atteindre les critères de la CMU. Les patients bénéficiant l'ACS et de la CMU ont la garantie d'honoraires sans dépassement.

**Des rémunérations forfaitaires sont créées ou complétées :**

- Le médecin traitant continue à recevoir une indemnité annuelle pour chacun des patients en ALD mais se rajoutent 5€ pour chacun des patients inscrits à son cabinet (en dehors des ALD) ;
- Forfait de 5€ pour toutes consultations (non applicables aux actes techniques) pour les patients âgés de plus de 85 ans (1/07/2013) puis de plus de 80 ans (à partir du 1 juillet 2014) mais non applicables au secteur II ;
- RO SP Revenu Sur Objectifs de Santé Publique dont la part organisation du cabinet est applicable à tous les médecins libéraux. Voir paragraphe RO SP en rhumatologie.

Cette Convention assouplit les règles d'application du C2 (honoraires de consultant) avec un délai ramené à 4 mois et possibilité de revoir le patient après examen ou avis complémentaire.

L'Avenant 8, outre les rémunérations forfaitaires ci-dessus comprend différents volets en particulier la création du CAS (Contrat d'Accès aux Soins) s'appliquant le 01/07/2013). Il s'agit d'un contrat intermédiaire entre secteur I et secteur II autorisant des dépassements d'honoraires mais règlementés avec en contrepartie la prise en charge de certaines cotisations sociales et la possibilité de bénéficier des augmentations tarifaires et de certains forfaits Ce CAS est ouvert à tous les médecins de secteurs II mais nouveautés également à ceux qui remplissent les conditions d'accessibilité au secteur II mais qui étaient en secteur I. Rappelons que depuis 1990, l'accès au secteur II était réservé aux anciens assistants /chefs de clinique et certains praticiens hospitaliers lors de leur installation en libéral, ensuite il n'était quasiment plus possible de passer en secteur II (alors que l'inverse restait possible à tout moment).

Tous les actes atteignent désormais leur valeur cible, définie initialement dans la CCAM de 2005, le 1<sup>er</sup> janvier 2015 après une période transitoire comprenant des coefficients de convergence. Mais seuls profitent de ces valeurs cibles les praticiens en secteur I et en CAS. En somme le même acte CCAM a parfois une valeur différente de remboursement suivant le secteur du rhumatologue libéral. Il est prévu également un renforcement des sanctions pour les médecins pratiquant des tarifs abusifs.

Comme d'habitude, cet avenant prévoit quelques baisses d'actes d'imagerie et d'échographie applicable au 01/07/2015.

On le voit donc dans ces deux Conventions un certain fil conducteur des Caisses mais bien entendu aussi des différents Ministères de la Santé :

- Crainte des revalorisations liées à la valeur des lettres clés de base C et CS pour préférer des forfaits qui soit sont ciblés (personne âgée, ALD, inscription auprès d'un médecin traitant) soit qui sont qualitatifs (RO SP) ;
- Pénalisation accrue du secteur II pour des raisons politiques (faciliter l'accès aux soins) mais aussi crainte de référence de valeur différente des actes. Par exemple l'évolution moyenne des dépassements des secteurs II a été de 5.2% entre 2005 et 2011 alors que l'inflation était de 1.6% en moyenne. Cette crainte étant d'autant plus fondée que la valeur

des actes CCAM n'a pas été revalorisée en 10 ans par le blocage de la valeur du point et du cout de la pratique. Les revalorisations récentes n'étant dues qu'à l'obtention des valeurs cibles déjà actées en 2005. Dans le cadre d'une enquête auprès des rhumatologues de secteur II, il a bien été remarqué que plus la valeur des actes est élevée moins les dépassements sont importants.

### 3. De la CCAM clinique a la consultation complexe

---

Nous avons vu précédemment que dans la Convention de 2005 il était prévu de débattre, entre les parties signataires, d'une CCAM clinique « avant la fin de l'année 2006 ». En effet lors de l'étape de hiérarchisation des actes techniques il n'était tenu compte que de l'acte lui-même, la démarche diagnostique et la décision de l'acte étant présumées avoir été effectuées précédemment. Si cela est concevable par exemple en chirurgie ou dans un cabinet de radiologie cette pratique n'est pas dans la majorité des cas celle du rhumatologue. En effet le rhumatologue va d'abord effectuer une consultation clinique et secondairement réaliser un acte technique alors que le patient n'a pas quitté son cabinet. Exemple : dans le cadre d'une consultation d'un patient ayant une lombosciatique d'origine discale, il va l'interroger, l'examiner, prendre connaissance de son imagerie puis éventuellement réaliser une infiltration épidurale pour le soulager. Seule alors sera honorée l'infiltration, la consultation elle-même étant gratuite. Cette problématique avait d'ailleurs bien été actée par les méthodologistes de la CCAM technique. On aurait pu intégrer à la CCAM dès le départ les actes cliniques mais ceci soulevait beaucoup de problèmes en particulier financiers et d'inversion de rapport de revenus entre spécialités. Ceci démontre d'ailleurs bien la primauté en France de privilégier les actes techniques utilisant du matériel plus ou moins sophistiqué par rapport à l'acte intellectuel qui est dévalorisé. Il est d'ailleurs évident que s'il est possible de faire des gains de productivité sur des actes très techniques du fait de l'amélioration de la performance du matériel ceci est illusoire sur les actes cliniques.

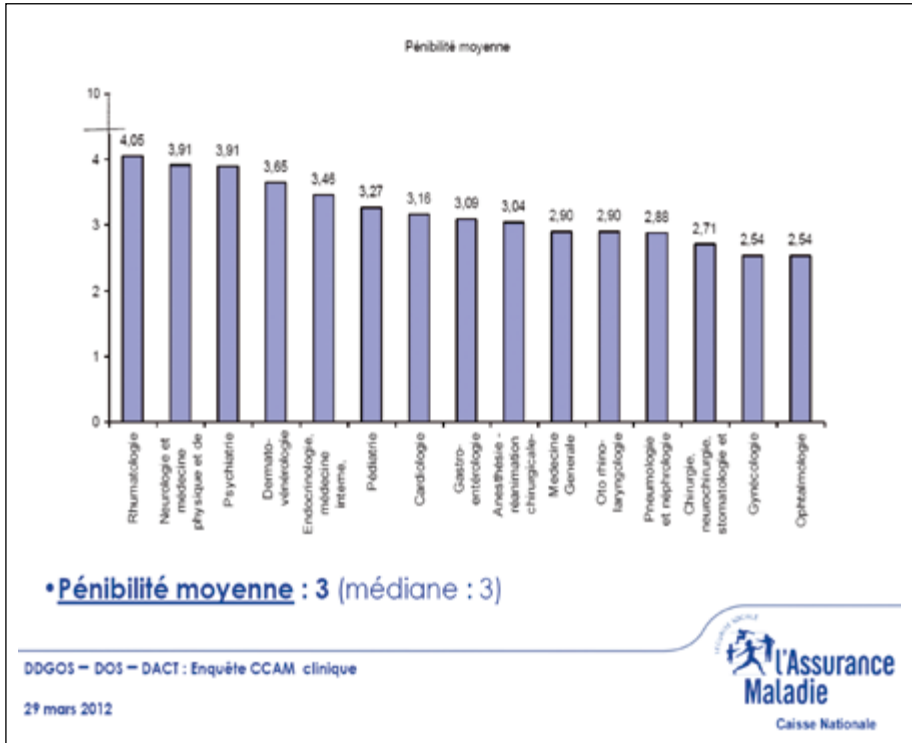
Le SNMR avait en son heure fait une étude non publiée de hiérarchisation des actes cliniques en appliquant la même méthodologie que les actes techniques et en classant en trois niveaux de consultations soit :

- C1 consultation simple type renouvellement de traitement ou problématique simple chez un patient connu ;
- C2 consultation intermédiaire ;
- C3 consultation lourde : patient souvent consultant pour la première fois, souvent envoyé par médecin traitant et/ou présentant une pathologie complexe avec une lourde imagerie ou encore nécessitant un traitement dont les modalités et la surveillance sont complexes.

Comme dans la CCAM technique, un des facteurs le plus important pour choisir entre les 3 types de consultation était le facteur temps. On aurait pu alors imaginer l'association d'un acte clinique et technique comme cela a été exceptionnellement accepté pour la Densitométrie d'autant plus qu'en 2011 la CNAM a réalisé une enquête sur les consultations à partir de 14 000 médecins de toute spécialité et comme le montre ce tableau ci-dessous la consultation de rhumatologie s'est révélée la plus pénible.



## PÉNIBILITÉ DE LA CONSULTATION



Cette association acte technique et acte clinique pourtant logique et répondant au principe du juste prix pour une prestation définie a été abandonné par les Tutelles car trop couteuse à moins de reconsidérer entièrement la CCAM et donc par contrecoup de réduire nombre d'actes techniques.

D'où l'idée de **Consultations Complexes (CC)**: ces dernières, selon l'étude de l'Assurance Maladie déjà citée, pourraient constituer entre 6 et 10 % des consultations mais avec un risque de fortes variabilités en fonction des spécialités et des pratiques individuelles. On peut penser que pour en chiffrer et en limiter le coût, l'Assurance Maladie souhaitera, pour chaque spécialité, une description détaillée de chaque type de consultation complexe dont la valeur serait proche d'un C3.

Quatre dimensions dans cet acte de consultation complexe :

- Analyse et synthèse diagnostique, évaluation quantifiée;
- Elaboration d'un plan de prise en charge thérapeutique et, si nécessaire, supervision de la mise en œuvre dans le cadre d'un programme de soins spécialisés;
- Ecoute, annonce diagnostique et éducation du patient et de son entourage;
- Information des intervenants en particulier le médecin traitant, les autres médecins spécialistes concernés ainsi que les professionnels de santé participant à la prise en charge.

Le but de ces consultations complexes étant d'optimiser la prise en charge d'affections chroniques, mais pas seulement afin de réduire les hospitalisations mais aussi pour améliorer la pertinence des soins et ainsi accroître leur efficacité en évitant des soins inappropriés et donc nécessairement coûteux.

## UN GROUPE D'EXPERTS A FORMULÉ PLUSIEURS PROPOSITIONS POUR LA RHUMATOLOGIE :

Population de référence	Situation clinique	Objectif
<p><b>Lombalgique en arrêt de travail &gt; 6 semaines</b>  <i>Traçage : certificat d'arrêt de travail, rapport de consultation</i></p>	<p>Incapacité à reprendre le travail dans les 15 jours à venir.</p>	<p>Après traitement médical renforcé AVEC REEVALUATION DIAGNOSTIQUE ET ETUDE DES FACTEURS DE RISQUES DE CHRONICISATION, mise en route d'une démarche de réadaptation active.</p>
<p>Rhumatismes inflammatoires : POLYARTHRITE RHUMATOÏDE EVOLUTIVE (ALD 23) Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique (ALD22) SPONDYLOARTHRITE GRAVE (ALD28)  <i>Traçage : patient en ALD ou en cours de demande d'ALD y compris procédure temporaire possible pour le spécialiste à l'issue de la consultation. Rapport de consultation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>ère</sup> fois</li> <li>• consultation d'annonce</li> <li>• Réévaluation clinique et thérapeutique annuelle</li> <li>• introduction d'une biothérapie</li> <li>• consultation d'éducation thérapeutique avec plan de soin spécialisé.</li> </ul>	<p>PRINCIPAL : mise en place d'un plan de soin spécialisé coordonné (MG ville hôpital) avec suivi protocolisé (cf. contenu). Eventuellement réalisation en externe du bilan pré-biothérapie, discussion en RCP des décisions d'introduction de biothérapie dans les cas difficiles. Limiter le recours à l'hospitalisation et examens complémentaires redondant. Le cas échéant Former le patient à l'ETP pour une meilleure réactivité en cas de problème intercurrent pour éviter l'aggravation et le passage par les urgences.</p>
<p>Consultation diagnostique lourde : Patient ayant eu dans le cadre des pathologies ostéoarticulaires au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit deux imageries hors imagerie standard (radiographie, échographie) en moins de quatre mois</li> <li>• soit deux avis cliniques antérieurs en moins de quatre mois</li> <li>• Soit en errance diagnostique depuis plus de trois mois</li> </ul> <p>traçage : rapport de consultation, base de données de l'assurance-maladie (remboursement des d'imagerie et avis clinique).</p>	<p>1<sup>ère</sup> fois consultation d'annonce.</p>	<p>PRINCIPAL : élaboration d'une démarche diagnostique complexe et difficile de par sa durée, la prise en compte des examens antérieurs et la reconstitution de l'historique. Planification et organisation des examens et consultations complémentaires nécessaires à cette démarche. Si nécessaire Plan de soin spécialisé une fois le diagnostic validé. Intervention auprès d'autres intervenants médicaux et médicaux-sociaux dans le cadre de la pluridisciplinarité.</p>

#### 4. De l'évolution de la CCAM technique

---

La CCAM technique n'a pas vocation à rester figée. Elle se doit d'évoluer en fonction des progrès techniques : avec le temps certains actes seront obsolètes et d'autres vont apparaître. Il est donc prévu la possibilité de création de nouveaux actes CCAM en suivant une procédure précise.

Tout d'abord il faut soumettre la proposition à la Haute Autorité de Santé (HAS) sur un support prédéterminé. L' HAS va réaliser une première analyse de recevabilité et si celle-ci est positive sera réalisée une «évaluation de technologie de santé» pour juger de la balance bénéfique/risque, les indication et conditions de réalisation... Le délai pour connaître l'avis de l'HAS est d'environ trois ans sauf demande conjointe avec l'Assurance Maladie ce qui permet dans ce cas de raccourcir la procédure.

La communauté rhumatologique avait fait une demande de reconnaissance, comme acte technique, de certains scores évolutifs de maladie chronique ou de qualité de vie (DAS, BAS-DAI, ASDAS, HAQ, DALLAS...) qui ont été rejetés par l'HAS car non considérés comme des actes techniques. Pourtant il existe un acte CCAM (ALQP003) de score de dépression.

Une demande est en cours depuis 2013 renouvelée en 2014, et récemment rejetée, pour la VFA (visualisation des fractures vertébrales par absorptiométrie osseuse lors de la densitométrie) permettant d'identifier avec un minimum d'irradiation les tassements vertébraux tout en évaluant la densité osseuse.

Un peu à part de ces propositions, il serait pertinent dans les rhumatismes inflammatoires de pouvoir associer un acte de consultation à l'échographie articulaire. La CCAM actuelle pour cet acte étant inadaptée : en effet on sait que cet examen des petites articulations des mains voire des pieds demande des compétences spécifiques et qu'il est surtout très chronophage.

L'avis de l'HAS est ensuite transmis à la CHAP (Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations) puis à l'UNCAM puis au ministère.

#### 5. Rémunération sur Objectif de Santé Publique (RSOP)

---

Nous avons vu que la Convention de 2011 montrait une évolution de la rémunération des médecins avec désormais trois volets : les actes, les forfaits et la rémunération à la performance reposant sur des indicateurs de deux types :

- Indicateurs reposant sur l'organisation du cabinet, accessibles à tous les médecins libéraux : tenue du dossier patient informatisé, utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription, télétransmission des feuilles de maladie, utilisation des téléservices, communication sur le site AMELI des horaires de consultations ;
- Indicateurs permettant d'améliorer la qualité de la pratique sur des objectifs de santé publique.

Cette rémunération à la performance se fait sur la base du volontariat, il n'y a donc aucune obligation pour le médecin qui est libre de choisir une partie ou l'ensemble des indicateurs qui lui sont proposés.

Initialement seuls les médecins généralistes pouvaient bénéficier de ces RSOP mais la Convention prévoyait une extension à toutes les spécialités en débutant par les cardiologues et les gastro-entérologues puis les endocrinologues.

Ces indicateurs concernent le suivi de pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité des prescriptions (colonne « champs » dans le tableau ci-après).

La rhumatologie est bien entendu candidate à ces ROSP et dispose d'ores et déjà de propositions concrètes pour négocier avec l'Assurance Maladie que vous trouverez ci-dessous.

Ce tableau tient compte de la méthodologie avec en particulier le thème, l'objectif général, l'indicateur, l'objectif intermédiaire en pourcentage de dossiers dans lesquels l'indicateur doit être retrouvé et le nombre minimum de patients par an, nécessaire pour répondre à cet indicateur.

En ce qui concerne l'efficacité des prescriptions, de très nombreux rhumatologues ont témoigné de la possibilité d'économies substantielles dans la prescription des IRM des genoux dans la gonarthrose en améliorant leur pertinence. Mais ce thème ne peut être retenu car dans la majorité des cas ces IRM ne sont pas demandées par des rhumatologues et il ne semble pas, dans ce cas, recevable d'engager d'autres spécialités. On pourrait néanmoins imaginer (comme dans d'autres situations telle la lombalgie etc...) que la prescription d'imagerie sophistiquée notamment IRM non urgente impose une consultation rhumatologique attestant de la pertinence de cet examen.

Nous proposons donc un indicateur basé sur un pourcentage de prescription en générique d'une classe thérapeutique type anti-inflammatoire.

Themes	Objectifs	Indicateurs	Objectif Intermédiaire	Objectif Cible	Seuil Minimal Requis/An
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la prise en charge des polyarthrites rhumatoïdes récentes	Nombre de patient ayant une PR < 1an débutant un traitement par méthotrexate en première intention en dehors de contre-indication/Nombre de patient ayant une PR < 1an		80 %	4 patients
	Réduire les effets indésirables des traitements dans la PR	Nombre de patients ayant une PR sous corticoïdes chez qui on obtient la réduction de la dose moyenne quotidienne sur un an à moins de 7,5 mg d'équivalent prednisone/Nombre de patients ayant une PR sous corticoïdes	50 %	66 %	5
	Optimiser le traitement des spondyloarthrites	Nombre de patients ayant une SA chez qui est réalisé le recueil du BASDALou ASDAS et de la CRP une fois par an/Nombre de patients ayant une SA	66 %	80 %	5
	Optimiser la décision thérapeutique dans la gonarthrose	Nombre de patients ayant une gonarthrose chez qui un score algofonctionnel validé est réalisé/Nombre de patients ayant une gonarthrose	70 %	80 %	5
	Améliorer le taux de vaccination dans les RIC (Rhumatismes Inflammatoires Chroniques)	Nombre de patients traités par un traitement de fond ou un biomédicament vaccinés contre le pneumocoque	66 %	80 %	5
	Réduire le risque cardio vasculaire dans les RIC	Nombre de patients ayant un RIC chez qui est effectué le calcul du risque cardio vasculaire selon une méthode validée (Framingham, SCORE)	66 %	75 %	5
Prévention	Réduire l'incidence d'indication chirurgicale dans la gonarthrose	Nombre de patients gonarthrosiques à qui est remis d'un formulaire d'auto-rééducation avec explications	70 %	80 %	20
	Réduire le risque fracturaire dans l'ostéoporose	Nombre de patientes ménopausées chez qui le FRAX est calculé	70 %	80 %	50 Patientes
	Réduire le risque de sur- ou sous-traitement de l'ostéoporose	Nombre de patientes chez qui sont appliquées les règles de mise en place d'un traitement de l'ostéoporose selon les recommandations du GRIO	70 %	80 %	20
	Réduire le risque de rechute goutteuse	Nombre de patients goutteux chez qui est obtenue une réduction de l'uricémie à moins de 60mg/l	40 %	60 %	5

Themes	Objectifs	Indicateurs	Objectif Intermédiaire	Objectif Cible	Seuil Minimal Requis /An
Efficience	Réduire les coûts liés aux biothérapies	Nombre de patients en rémission prolongée chez qui on obtient une décroissance de la dose de biothérapie	50%	100%	2
	Augmenter la proportion d'IPP associés aux AINS dans le répertoire des génériques	Nombre de boîtes d'IPP génériques prescrites en association aux AINS/Nombre de boîtes IPP en association aux AINS	75%	80%	50

## II. Coût de la rhumatologie et du handicap des malades ostéo-articulaire: le rhumatologue est-il pourvoyeur d'économies de santé ?

### 1. Rôle et impact des rhumatologues dans les principales maladies rhumatologiques

#### Rhumatismes inflammatoires

Des progrès thérapeutiques majeurs ont été accomplis durant les 15 dernières années dans le domaine, avec d'une part l'arrivée de thérapeutiques innovantes (qui posent un problème de financement) et le changement d'un certain nombre de paradigme (traiter tôt, cibler la rémission). Ces éléments ont conduit à une évolution très rapide des prises en charge sur quelques années, facilitée et encadrée par des recommandations professionnelles émanant des sociétés savantes de rhumatologie française (SFR) et européenne (EULAR).

De nombreuses études cliniques ont ainsi montré les bénéfices d'une prise en charge rhumatologique :

- Une diminution des dégâts articulaires ou rachidiens associés aux rhumatismes inflammatoires, avec un moindre recours à la chirurgie orthopédique correctrice ou prothétique ;
- Une réduction du recours aux hospitalisations prolongées, la majorité des patients pouvant être gérés de façon ambulatoire en hôpital de jour ou en consultations (hospitalières ou libérales) ;
- Une réduction du nombre de journées de travail perdues du fait de ces rhumatismes. Cependant, l'impact sur le passage en invalidité n'est pas démontré à ce jour ;
- Une réduction de la surmortalité cardiovasculaire (infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral) par un meilleur contrôle de l'inflammation systémique.

Au final, le challenge actuel est posé par le financement des thérapeutiques innovantes modernes, les biothérapies.<sup>(1)</sup> Leur coût moyen oscille entre 10 000 et 15 000 € par patient et par an, ce qui est 10 à 15 fois plus élevé que les traitements conventionnels synthétiques antérieurement disponibles. Cette charge financière est amenée à diminuer pour plusieurs raisons :

- Une baisse automatique du tarif de remboursement du fait de l'accroissement des volumes vendus ;
- Des accords de partage de risque ayant conduit par exemple à un remboursement par l'industriel d'un traitement si celui-ci est arrêté dans les 3 mois après son initiation ;
- L'arrivée de biosimilaires, molécules ayant démontré leur équivalence de pharmacocinétique, de pharmacodynamie et d'efficacité par rapport à la biothérapie princeps : leur mise sur le marché devrait permettre une baisse du prix des biothérapies princeps ainsi qu'une substitution progressive—plus ou moins complète—au profit de la molécule la moins onéreuse.

#### Arthroses

Les traitements de l'arthrose sont quasi exclusivement symptomatiques et aucun à ce jour n'a démontré sa capacité à ralentir ou bloquer le processus arthrosique. Leurs coûts restent limités, en dehors de la chirurgie prothétique.<sup>(2)</sup>

La prise en charge de l'arthrose ne repose pas uniquement sur les rhumatologues. La forte prévalence de la maladie conduit à une nécessaire implication des médecins généralistes qui sont en 1<sup>ère</sup> ligne de la prise en charge. Le rôle des rhumatologues est un rôle de recours lorsque les traitements antalgiques simples sont en échec. Leur expertise permet un meilleur pilotage d'une prise en charge combinée dans laquelle sont positionnés :

- La combinaison d'antalgiques de paliers 1 ou 2, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens lors des crises, et des anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente ;
- La rééducation isométrique visant à renforcer la musculature des membres inférieurs, élément clé de la prise en charge ;
- Les traitements intra-articulaires de dérivés corticoïdes ou d'acide hyaluronique ;
- L'utilisation d'orthèses articulaires ou plantaires.

Cette prise en charge a démontré sa capacité à améliorer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des patients, ainsi que sa capacité à améliorer le résultat fonctionnel après mise en place d'une prothèse totale de hanche ou de genou.<sup>(2)</sup>

Ce type de prise en charge combinée n'est pas maîtrisé par les médecins généralistes. Dans les régions où la démographie des médecins rhumatologues est en difficulté, ce sont fréquemment les chirurgiens orthopédiques qui sont le premier recours des généralistes, aboutissant à une plus forte prescription d'IRM et d'arthroscopie, avec un dérapage potentiellement important des coûts.

### **Pathologie rachidienne**

Comme pour l'arthrose, la prise en charge des pathologies rachidiennes se partage entre les médecins généralistes, les rhumatologues et les chirurgiens orthopédistes.

Les rhumatologues semblent les praticiens de recours de référence après échec de la prise en charge par les généralistes pour plusieurs raisons :

- La possibilité de mettre sur pied une prise en charge combinée alliant les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires oraux, la rééducation et les gestes percutanés ;
- Le rapport bénéfice—risque des gestes percutanés rachidiens a été récemment questionné : il est important que leur prescription puisse être contrôlée et évaluée, ce qui fait l'objet d'un travail en cours de la communauté rhumatologique. Il faut également rappeler ici que l'alternative aux infiltrations rachidiennes est la chirurgie rachidienne, plus lourde, plus onéreuse et plus à risque que les infiltrations ;
- La prévention de la chronicité fait partie du domaine d'expertise des rhumatologues qui, avec les médecins rééducateurs, ont conduit plusieurs campagnes de prévention pour dramatiser le mal de dos et favoriser le maintien des activités plutôt que le repos prescrit ;<sup>(3)</sup>
- En complément, il existe plusieurs structures de rhumatologie et rééducation en France capable d'offrir aux patients lombalgiques un programme de reconditionnement à l'effort, soit court sur quelques jours pour des patients ayant un travail et ne pouvant s'arrêter, soit long pour des patients en arrêt de travail prolongé (65 % des patients reprennent le travail après ces programmes longs).<sup>(3)</sup>



## Ostéoporose

La problématique sociétale de l'ostéoporose est double :<sup>(4)</sup>

- Dans la contrainte économique actuelle, comment assurer une détection à grande échelle de l'ostéoporose, laquelle repose à la fois sur des éléments cliniques (anamnèse, examen clinique) et sur des examens paracliniques (avec notamment la densitométrie osseuse) ?
- Comment cibler les thérapeutiques actuelles—nombreuses et efficaces en termes de prévention des fractures—sur des personnes réellement à risque de fracture, notamment de fractures du col fémoral qui sont associée à une forte perte d'autonomie (nécessité d'une institutionnalisation chez 50 % des patients après ce type de fracture) et à une mortalité majeure (20 % dans l'année suivant la fracture) ?

L'ostéoporose est prise en charge soit par les généralistes, soit par les gynécologues dans un contexte post-ménopausique, soit par les rhumatologues. L'expertise des rhumatologues est centrale pour plusieurs raisons :

- L'évaluation du risque de fracture repose sur l'intégration de plusieurs paramètres au-delà de la densitométrie osseuse ; notamment l'utilisation de l'algorithme FRAX est un point important, ce qui relève d'avantage du rhumatologue que du généraliste ;
- La détection de l'ostéoporose après un évènement fracturaire est encore largement imparfaite avec moins de 50 % de patients initiant un traitement après fracture du col fémoral. Plusieurs initiatives ont été lancées en rhumatologie pour mettre en place dans les services d'orthopédie une filière permettant d'orienter les patients fracturés vers le rhumatologue afin d'évaluer la nécessité d'un traitement anti-ostéoporotique.

## Troubles musculosquelettiques (TMS)

Les TMS sont fréquents, non graves mais ont un impact professionnel majeur.<sup>(5&6)</sup> Leur prévention repose sur les médecins généralistes, les rhumatologues et les médecins du travail.

La principale action qu'il est impératif de mettre en place est une interaction plus forte avec les médecins du travail pour faciliter l'accompagnement de ces pathologies avec notamment une prise de conscience que le travail ne s'oppose pas à la santé, et qu'il faut raisonner non pas en termes de restrictions ou de limitations professionnelles mais plutôt en termes d'adaptation et de capacités résiduelles.

Ceci fait partie d'une initiative européenne baptisée « Fit for Work » et réalisée sous l'égide de la CEE et de l'EULAR : les rhumatologues y ont un rôle central pour de mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique et de self-management de ces troubles, et y orienter leurs patients.<sup>(7)</sup>

### RÉFÉRENCES :

(1) Fautrel B, et al. Rheumatoid arthritis : Economic consequences and potential benefits. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011 ; 25: 607–624

(2) Clarke AE et al. Health cost economics and rheumatology. *Oxford Textbook of Rheumatology* 3rd Ed. 2004.

(3) Rozenberg S et al. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. *Rev Rhum* 2012 ; 79S: A27-A31.

(4) Hernlund E, et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. *Arch Osteoporos* 2013 ; 8: 136.

(5) <http://www.inrs.fr/accueil/accidents-maladies/maladie-professionnelle/tms.html>

(6) <http://www.ameli-sante.fr/troubles-musculo-squelettiques-tms/definition-troubles-musculo-squelettiques.html>

(7) <http://www.fitforworkeurope.eu/Downloads/uk/REPORT%20-%20Self-management%20of%20chronic%20musculoskeletal%20disorders%2009%202014.pdf>

## 2. Challenges médicaux et sociétaux posés par les principales maladies rhumatologiques

### On peut distinguer au sein des MSK (troubles musculo-squelettiques) 5 grandes entités :

- Les rhumatismes inflammatoires chroniques, avec notamment la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique et les spondyloarthrites. Leur prévalence est estimée aux alentours de 0,6 % de la population adulte, ce qui représente globalement environ 400 000 patients en France ;<sup>(8&9)</sup>
- L'arthrose, touchant principalement les membres inférieurs (genoux et hanches) et les mains. Sa prévalence est estimée entre 1 et 5 % pour la hanche et entre 2 et 15 % pour le genou, selon la catégorie d'âge et le sexe ;<sup>(10)</sup> La prévalence de l'arthrose digitale est moins connue ;
- Les pathologies rachidiennes, cervicales ou surtout lombaires, dont la prévalence est majeure, puisque 70 % de la population adulte a ou aura mal au dos dans sa vie. En termes de santé publique, c'est la chronicisation des pathologies rachidiennes qui représentent un problème majeur : cela représente une minorité des patients—environ 10 %—mais une majorité des coûts—environ 80 % ;
- L'ostéoporose, qui touche une proportion croissante de personnes au-delà de 50 ans avec une prévalence de plus de 70 % au-delà de 80 ans ;<sup>(11)</sup>
- Les troubles musculosquelettiques (TMS) et pathologies abarticulaires dont la prévalence est mal connue, et qui touche principalement les sportifs et les travailleurs ayant des activités physiques contraignantes et répétitives.

Les principaux challenges posés par ces entités sont présentées dans le **tableau 1**.

**TABLEAU 1 : CHALLENGES MÉDICAUX POSÉS PAR LES GRANDES ENTITÉS RHUMATOLOGIQUES**

Entités	Impact humain	Impact sociétal
Rhumatismes inflammatoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destruction articulaire, enraidissement rachidien</li> <li>• Déformations articulaires et rachidiennes</li> <li>• Augmentation du risque cardiovasculaire du fait de l'inflammation chronique</li> <li>• Risque infectieux iatrogène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handicap</li> <li>• Perte de productivité : arrêt de travail, mise en invalidité</li> <li>• Consommation de soins importante : hospitalisation, chirurgie orthopédique correctrice ou prothétique</li> <li>• Financement des traitements innovants et coûteux</li> </ul>
Arthrose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destruction cartilagineuse</li> <li>• Perte d'autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'autonomie conduisant à une institutionnalisation dans les tranches d'âge supérieures</li> <li>• Consommation de soins importante : remplacement prothétique</li> </ul>
Rachis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction des activités</li> <li>• Retentissement professionnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de productivité : arrêt de travail, mise en invalidité</li> </ul>

...

Entités	Impact humain	Impact sociétal
Ostéoporose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fractures</li> <li>• Perte d'autonomie</li> <li>• Mortalité après fracture du col fémoral (20%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'autonomie conduisant à une institutionnalisation (fracture du col fémoral)</li> <li>• Consommation de soins importante après fracture du col</li> </ul>
TMS et pathologie abarticulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur</li> <li>• Retentissement professionnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de productivité : arrêt de travail, mise en invalidité</li> </ul>

**RÉFÉRENCES :**

(8) Guillemin F, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1427-30.

(9) Saraux A, et al. Prevalence of spondyloarthropathies in France: 2001. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1431-5.

(10) Guillemin F, et al. Prevalence of symptomatic hip and knee osteoarthritis: a two-phase population-based survey. *Osteoarthritis Cartilage* 2011; 19: 1314-22.

(11) Hernlund E, et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. *Arch Osteoporos* 2013; 8: 136.

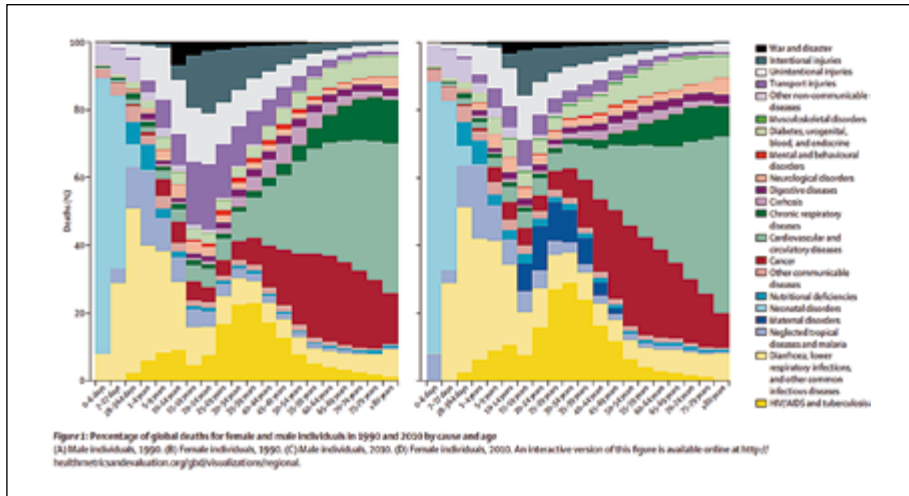
### 3. Impact sociétal des maladies musculosquelettiques

Pendant longtemps, les maladies musculosquelettiques (MSK) sont passées au second plan des priorités de santé, loin derrière les maladies cardiovasculaires, les cancers et les infections telles que le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme. À l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un vaste programme de recherche a tenté de disposer d'une vision plus intégrative des besoins de santé des populations, combinant maladies à risque vital responsables d'une réduction de l'espérance de vie et maladies à risque fonctionnel responsable de handicap et de perte de qualité de vie. **Ce travail peut se résumer en 3 figures, au sein desquelles les MSK sont présentées en vert vif.**

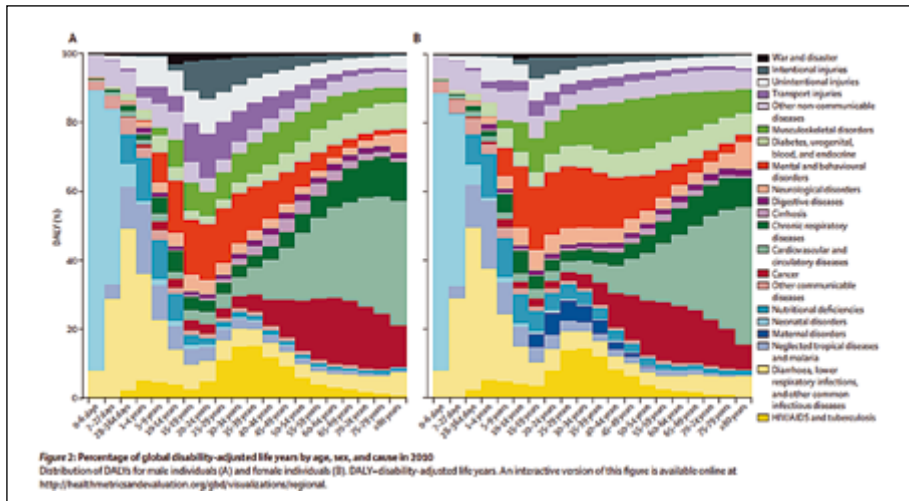
En termes de mortalité, les MSK sont à peine visibles et, la **figure 1** fait comprendre que pendant de nombreuses années, elles ont été complètement invisibles pour les autorités de santé publique pour cette raison. Les maladies cardiovasculaires (en vert pale), le cancer (en bordeaux), les maladies infantiles (en jaune pâle) et l'infection par le VIH et la tuberculose (jaune vif) sont au premier plan.

En revanche, lorsque le handicap est pris en compte, les conclusions sont diamétralement opposées. Ainsi, lorsque l'on intègre le handicap dans une unité combinant espérance de vie et degré de handicap (années de vie ajustées sur le handicap ou DALY), la **figure 2** montre que les MSK prennent une place de premier plan, derrière les maladies cardiovasculaires mais à même une place équivalente au cancer et aux maladies psychiatriques.

**FIGURE 1 : MORTALITÉ ASSOCIÉE AVEC LES MSK CHEZ L'HOMME (À GAUCHE) ET LA FEMME (À DROITE).<sup>(12)</sup>**

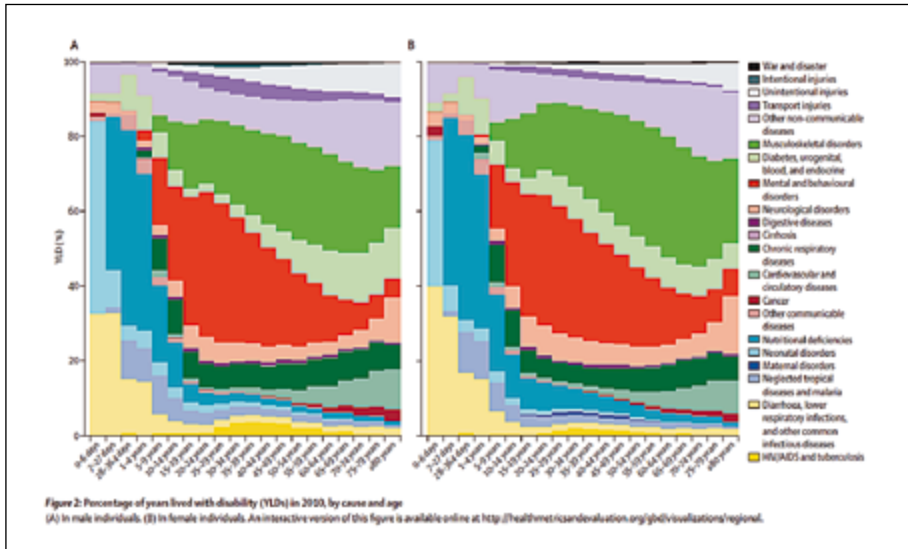


**FIGURE 2 : IMPACT DES MSK EXPRIMÉ EN DALY CHEZ L'HOMME (À GAUCHE) ET LA FEMME (À DROITE).<sup>(13)</sup>**



Enfin, il est possible d'exprimer l'impact du handicap sur le nombre d'années de vie vécues avec un handicap (YLD), ce qui positionne les MSK au premier plan des priorités de santé publique, avec les maladies mentales sur la **figure 3**.

**FIGURE 3: IMPACT DES MSK EXPRIMÉ EN YLD CHEZ L'HOMME (À GAUCHE) ET LA FEMME (À DROITE).<sup>(14)</sup>**



**RÉFÉRENCES:**

(12) Lozano R, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2095–128.  
 (13) Murray CJL, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2197–223.  
 (14) Vos T, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2163–96.

**Conclusion**

**Dans un contexte économique difficile, les rhumatologues ont un rôle qui va au-delà de celui de prescripteurs d'explorations complémentaires ou de thérapeutiques plus ou moins coûteuses. Ils jouent et veulent à l'avenir continuer de jouer un rôle d'acteur de santé au service des patients et de la collectivité en assurant:**

- **Des actions de prévention et de dépistage ;**
- **Des propositions thérapeutiques graduées adaptés à l'intensité des symptômes et au pronostic de la pathologie ;**
- **Un suivi holistique des patients allant au-delà de l'évaluation des os et des articulations et en intégrant la dimension humaine et sociale autour du patient et de sa pathologie, et en s'inscrivant dans un parcours personnalisé de soins aux côtés des autres acteurs de santé (généralistes, kinésithérapeutes, médecins du travail, etc...).**

### III. Education thérapeutique en rhumatologie

L'Education thérapeutique (ETP) est entrée dans le code de santé publique par la loi HPST pour toute personne atteinte de maladies chroniques. Elle « s'inscrit dans le parcours de soins du patient » et a pour « objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».

L'ETP en rhumatologie est principalement réalisée dans des programmes autorisés par les Agences Régionales de Santé. 165 programmes ont été recensés en 2012 pour les pathologies ostéo-articulaires, soit 5,4 % des programmes d'ETP français (Beauvais Rev Rhum 2012) : rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) (80 programmes), lombalgies (37 programmes), ostéoporose (11 programmes), arthrose (11 programmes en post-opératoires), maladies rares (8 programmes), douleurs chroniques (17 programmes). 40 % des programmes sont réalisés en centres hospitalo-universitaires, 37 % en centres hospitaliers, 19 % en centres de rééducation, 4 % en réseau.

Si on se réfère au rapport de synthèse de la HAS sur l'analyse économique et organisationnelle de l'ETP, les résultats de la rhumatologie pouvaient apparaître décevants (HAS 2008). Les résultats de l'ETP comparés aux coûts générés sont en effet jugés positifs pour l'asthme de l'enfant, le diabète de type 1 et la cardiologie, plus modérés pour le diabète de type 2 ou l'asthme de l'adulte alors qu'aucune tendance positive n'était retrouvée pour la rhumatologie en raison de la faible qualité des études et des résultats contradictoires. Cette analyse est cependant soumise à des critiques : il est en effet très regrettable que pour le vaste champ de la rhumatologie seules 9 anciennes études aient été retenues et publiées entre 1984 et 1997.

De fait, les publications récentes sont plus conformes à des modèles d'ETP validés, même si les analyses médico-économiques sont peu nombreuses.

Concernant les lombalgies, les interventions éducatives et psychoéducatives pour les patients souffrant de lombalgie aiguë ou subaiguë montrent 5 à 9 fois moins d'arrêt de travail dans le groupe ETP par rapport à une simple brochure d'information (Linton Spine 2000, Linton Clin J Pain 2005) et diminuent le nombre de consultations médicales (Linton 2005). Une étude anglaise effectuée parmi 701 travailleurs lombalgiques a montré une supériorité de l'ETP d'inspiration cognitivo-comportementale (TCC) sur la fonction et le handicap avec un rapport coût-efficacité Qaly bénéfique (Lamb Lancet 2010).

Les programmes de ré-entraînement à l'effort des patients lombalgiques ont prouvé, malgré la sévérité des symptômes, un gain économique en favorisant la reprise du travail et de l'activité chez 50 à 70 % des patients en arrêt de travail prolongés de plus d'un an, permettant ainsi une resocialisation (Poulin Eur Spine 2010).

Dans la fibromyalgie, les programmes multi modaux permettent une amélioration clinique et psychologique avec un gain coût-efficacité significatif mesuré par le Qaly (Luciano Clin J pain 2013).

Dans l'arthrose, les résultats sont plus contrastés. Il existe des effets positifs des auto-exercices dans l'arthrose digitale mais les programmes d'ETP multidisciplinaires n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. De même, les méta-analyses de l'ETP dans l'arthrose du genou ne sont pas concluantes, malgré des essais positifs. Par exemple, un essai randomisé a montré une amélioration de la douleur, de la fonction et de la qualité de vie (Coleman Arthritis Care Ther 2012).

Pour les rhumatismes inflammatoires, dans une étude italienne, l'ETP et la rééducation associées pour des patients souffrant de spondylarthrite améliorent la douleur, le Basdai et la fonction (Maserio J Rheum 2011).

Dans la polyarthrite, les études montrent rarement d'effet sur les critères biomédicaux. Une méta-analyse ayant évalué les effets de 11 programmes a retrouvé des niveaux de preuve élevés d'efficacité sur les connaissances (7 programmes, efficacité à long terme) et le coping (efficacité à court terme). L'adhésion thérapeutique est améliorée dans 6 programmes sur 7, avec une meilleure adhésion pour les thérapeutiques médicamenteuses que pour les techniques gestuelles (Niederman Arthritis Rheum. 2004).

Dans un programme d'ETP collective incluant le «self management» et les auto-exercices pour des patients PR sous biothérapie (Maserio Clin Rheum 2007) les résultats positifs concernent la douleur, le handicap et les relations avec l'entourage, l'efficacité se maintenant jusqu'à huit mois après la fin du programme.

Une autre analyse systématique de 37 études dont 10 contrôlées, conclue à une efficacité de l'ETP pour la polyarthrite rhumatoïde même si la taille des effets ou les implications socio-économiques ne sont pas précisés (Albano Joint Bone Spine 2010). Sur les critères biomédicaux, seulement quatre études ne montrent aucun effet de l'ETP: une amélioration est constatée sur la douleur (9 études), le handicap (6), la fatigue (4), l'activité de la maladie (1), le statut fonctionnel (4) ou les capacités physiques (5). L'ETP apparaît efficace sur les compétences d'auto-soins et de «self management» (14 études), les connaissances (11), la satisfaction vis à vis du programme (8) l'activité physique (4), la gestion de la douleur (4), l'apprentissage de la relaxation (2). Sur les critères psychosociaux, les effets sont positifs sur l'auto-efficacité (10 études positives sur 11), le faire face (6 sur 9), l'adhésion au traitement et à l'activité physique (3 sur 3). Les résultats sur le statut psychologique et le bien-être sont en revanche discordants. Il n'est pas constaté de meilleure utilisation du système de soins, bien qu'une étude montre une réduction du nombre de visites chez les médecins généralistes. Dans l'ostéoporose, les études ayant une véritable démarche éducative montrent une amélioration de l'observance aux traitements et aux thérapeutiques non médicamenteuses (Clowes J Endoc metabolism 2004, Nielsen Patient Educ Couns 2010) ) alors que l'information seule est inefficace (Guillera Osteoporos Int 2006) de même que le suivi téléphonique seul (Solomon D Arch Intern Med. 2012).

Les interventions éducatives sont également efficaces sur l'observance dans la goutte avec une diminution du nombre des attaques de goutte et la réalisation de l'objectif thérapeutique chez 92 % des patients (Rees Ann Rheum Dis 2013).

En rhumatologie, comme pour d'autres maladies chroniques, le financement de l'ETP reste insuffisant. À l'hôpital, les financements fléchés étaient quasi inexistantes dans l'enquête réalisée en 2012 auprès des membres de la section ETP de la Société Française de rhumatologie (Euller Ziegler Rev Rhum 2012). Il semble que des temps dédiés soient progressivement accordés par les directions des hôpitaux sur les financements reçus des ARS. L'impression est que le fléchage des crédits ARS reste difficile et très dépendant des conditions locales. Il faut aussi signaler la difficulté des programmes d'ETP en ambulatoire et en réseau ville hôpital. Leur financement et leur pérennité sont variables. L'ETP en ville bien que souhaitée par les autorités de santé n'est pas développée en rhumatologie.

#### IV. De la qualité et de la gestion des risques en rhumatologie

En préambule rappelons quelques définitions :

##### La qualité :

*« Délivrer à chaque Patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. » (Définition de l'OMS).*

##### Le risque :

*« Situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine. » (Définition de l' HAS).*

La gestion des risques étant l'effort organisé pour identifier, évaluer et réduire, chaque fois que cela est possible, les risques encourus par les patients et les personnels.

Les deux composantes Qualité et Gestion des Risques (QGR) sont étroitement liées.

Si au niveau d'un établissement de santé voire d'un cabinet il est aisé d'identifier une **Politique formalisée de QGR** ceci est plus difficile au sein d'une spécialité.

On retrouve cependant dans les statuts ou dans les missions des différentes composantes de la rhumatologie quelques objectifs définis :

- La SFR : l'étude des maladies de l'appareil locomoteur, la promotion des connaissances les concernant, la réalisation d'expertises sur des problèmes d'intérêt général touchant l'épidémiologie, la prévention, le droit et l'information des malades, répondre et susciter des demandes spécifiques d'organismes ;
- Le Collège : l'évaluation des pratiques de tous les rhumatologues, hospitaliers comme libéraux ainsi que la coordination des autres instances ;
- RHUMATO DPC : Assurer le développement professionnel des rhumatologues en alliant évaluation et formation ;



- Le COFER : Promouvoir et développer la formation initiale et continue des médecins généralistes et spécialistes français ;
- Le SNMR : Contribuer à la formation, à la promotion professionnelle et à la défense de ses membres ;
- L'AFLAR : Améliorer la qualité des soins en transmettant le savoir-faire et en assurant la formation des professionnels de santé.

Par contre, il n'y a pas réellement de **pilotage** de cette politique mais on peut deviner que ce rôle est assuré par les différents conseils d'administration des instances ci-dessus et les bureaux des sections de la SFR.

Par la même, il n'y a pas d'organisation formelle chargée de la GDR disposant de moyens propres, les ressources en particulier humaines étant celles de chacune des instances.

**Quels sont les risques principaux** pour notre spécialité ? Ceux-ci n'ont pas été hiérarchisés mais une approche pragmatique des risques a priori est cependant possible :

- Défaut de pertinence dans la prise en charge des patients ;
- Défaut de diagnostic ;
- Latrogénie des thérapeutiques employées ;
- Risque infectieux (et en général risques associés aux actes invasifs) : rappelons que plus de 50 % des actes effectués par les rhumatologues sont des actes techniques dont nombre d'infiltrations et de ponctions ;
- Risque de contentieux (non pas avec les patients qui découlent des risques cités ci-dessus) mais avec les organismes de tutelle en particulier dans l'application d'une CCAM (nomenclature) complexe.

En ce qui concerne les trois premiers risques, leur prévention passe surtout par **les actions de formation** assurées par le COFER en ce qui concerne la formation initiale et par la SFR pour la formation continue.

Rappelons le rôle des réseaux comme par exemple celui du Nord pour les rhumatismes inflammatoires et à l'échelon régional le rôle dynamique et le pragmatisme des associations locales de formation des rhumatologues.

Soulignons enfin l'engagement de l'industrie pharmaceutique permettant l'organisation de ces manifestations tant régionales que nationales.

Nous bénéficions de ressources documentaires très riches en particulier dans les nombreuses revues spécifiques à notre spécialité et sur les sites internet. Le COFER a finalisé un référentiel métier.

En ce qui concerne le risque infectieux, un observatoire est en place dans le cadre d'une action de RHUMATO DPC. Il avait été mis en évidence une non homogénéité des pratiques sans que l'on puisse pour l'instant en déduire une modification significative du risque. Ajoutons que ce risque exceptionnel (de l'ordre de 1/10000 à 1/40000 pour les infiltrations de

corticoïdes) est particulièrement pris en compte lors de formations complémentaires type DU ou DIU de rhumatologie interventionnelle.

Pour le risque de contentieux avec les tutelles en particulier sur des problèmes de cotation, le SNMR s'est particulièrement impliqué pour mettre des ressources documentaires à disposition de ses adhérents. Dernièrement Rhumato DPC propose une action DPC sur ce sujet (comment mieux savoir facturer son activité de consultations en rhumatologie).

**La communication** de ces multiples actions utilise désormais, outre les différents congrès, réunions et revues, largement l'outil internet. Toutefois, il ne faut pas méconnaître la dimension « temps et disponibilité » dans ce foisonnement d'informations lorsqu'on s'adresse à des praticiens déjà fort occupés.

**L'évaluation** de cette politique de QGR est probablement à développer.

En effet nous disposons encore de peu **d'indicateurs de suivi** :

- a) Certes nous connaissons le nombre de participants de chaque congrès national ou régional mais sans moyen de croiser les informations et donc sans connaître l'effort de formation individuelle d'autant plus que la prise en compte du travail des associations régionales est délicate ;
- b) Le Livre Blanc permet d'avoir une appréciation de l'implication des rhumatologues (chapitre 8) ;
- c) Les plaintes et réclamations voire les contentieux avec les patients sont des événements indésirables parfois graves mais ils ne sont pas référencés si ce n'est par certains assureurs (rapport annuel de la MACSF portant sur environ chaque année sur 1500 rhumatologues). Malheureusement le rapport de l'ONIAM concernant l'alea thérapeutique n'est pas détaillé par spécialités ;
- d) Par l'observatoire des infiltrations, RHUMATO DPC tente une évaluation des risques mais là encore l'outil reste sous employé ;
- e) Pour ce qui est des biothérapies, nous disposons de registres pour le suivi de ces thérapeutiques et, même si ce recueil n'est pas exhaustif sur l'ensemble des prescriptions, nous avons ainsi une bonne appréciation des effets secondaires éventuels.
- f) Pour les rapports avec les tutelles le SNMR tente de recueillir l'ensemble des contentieux mais il est limité par le retour des adhérents.

À noter que nous avons très peu de données concernant les droits des patients, l'accueil et l'environnement dans les cabinets et les centres de consultation, la permanence des soins, les délais d'attente avant consultation, l'effort de secrétariat si ce n'est les données du Livre Blanc en rappelant qu'elles sont déclaratives et décennales. Par contre l'étude du fonctionnement des services d'hospitalisation bénéficie de la Certification des établissements de santé. RHUMATO DPC développe une offre de plus en plus élargie de réunion associant évaluation et formation permettant de répondre avec d'autres organismes à l'obligation annuelle de DPC. Mais cette évaluation des pratiques quoique primordiale reste limitée au thème proposé et au nombre des participants.

## Conclusion

Une réflexion est sans doute à envisager concernant une **Politique définie** de QGR au niveau de la profession toute entière avec des objectifs, une organisation, si possible des moyens, des plans d'action et une évaluation sur la base d'indicateurs.

Il semble logique que le pilotage de cette politique soit assuré par le Collège et que ce dernier délègue la mise en œuvre de cette politique aux autres instances avec un rapport de suivi périodique.

## V. Médias et rhumatologie

Dans l'exercice de la rhumatologie, l'information et la communication sont indispensables devant la rapidité des progrès de notre spécialité. Les revues de rhumatologie restent, pour la plupart d'entre nous des vecteurs importants de connaissances médicales. Les mises au point, réalisées dans beaucoup de revues sont des sources rapides et efficaces de connaissances dans le domaine très vaste de notre spécialité. Mais avec la révolution numérique, internet est un autre outil de communication, qui prend dans notre quotidien personnel et professionnel, une place de plus en plus importante avec au moins trois fonctions: avoir accès rapidement aux nouveautés dans l'information médicale, pouvoir échanger avec des collègues, et pouvoir orienter les patients vers une information de qualité compréhensible pour le grand public.

Pour les informations médicales, internet est tout à fait adapté à une diffusion rapide d'une information qui n'est cependant pas toujours bien contrôlée. Les moyens du diagnostic et les stratégies de prise en charge évoluent vite. Le développement médical continu ne peut pas répondre à toutes les demandes, et la littérature médicale nécessite de consacrer un temps qui ne peut pas toujours être accordé à l'ensemble des domaines de la rhumatologie. Et les articles parfois trop pointus sur un sujet ne sont pas toujours adaptés à une pratique médicale. Internet devient un instrument privilégié pour accéder au savoir, encore faut-il pouvoir trier.

De nombreuses facultés de médecine diffusent, sur la toile une partie de leur cours avec un accès gratuit. Des sites sont susceptibles de diffuser une information adaptée aux rhumatologues. Pour les membres de la Société Française de Rhumatologie, un effort important a été fait pour mettre, à la disposition des rhumatologues, les informations issues des récents congrès. La mise en ligne est de plus en plus rapide, et elle offre des mises au point de qualité avec les experts français sur le sujet. En ce qui concerne les informations professionnelles, le remboursement des médicaments, la nomenclature des actes (CCAM), l'organisation de la rhumatologie en France, le site du Syndicat National des Médecins Rhumatologues ([www.snmr.org](http://www.snmr.org)) offre une actualité rhumatologique adaptée aux besoins des rhumatologues. Enfin, un certain nombre de revues de la littérature mettent en libre accès sur pub med, des articles susceptibles de faire évoluer les pratiques de rhumatologue.

Internet favorise également les échanges entre médecins. La communication en réseau reste encore assez peu développée en France, en comparaison avec d'autres pays, comme l'Inde ou les États-Unis. Les réseaux sociaux peuvent être publics, comme Facebook, mais ils peuvent être réservés à une communauté restreinte, médicale en général, ou de spécialistes intéressés par le même sujet. L'accès aux nouveautés est également favorisée par un compte twitter, en choisissant un site de confiance, qui permet de suivre les actualités présentées et favorise le dialogue ou les interrogations. Dans l'avenir, ce mode de communication va se développer pour permettre de faire circuler des informations, des interrogations mais également de recruter pour des études avec des médecins qui partagent les mêmes centres d'intérêt et les mêmes pathologies.

Internet est également un outil de communication avec le patient qui veut avoir un autre avis. Les sites grands publics sont nombreux. Ils attirent d'autant plus de monde que le besoin d'informations chez les malades est grand. La parole médicale doit être évaluée, jugée, comparée. Il est illusoire de penser que le patient va se contenter de la parole de son seul médecin. Il faut désormais apprendre à accompagner son malade sur internet. Le problème est l'existence de sites plus ou moins malveillants, qui peuvent utiliser la croyance et non les connaissances acquises comme mode de communication. L'instauration d'un dialogue de confiance entre le médecin et ses patients est primordial pour leur permettre de choisir la bonne information. Le rhumatologue les accompagne et enrichit ainsi un dialogue optimisant la prise en charge. Il est important, pour le rhumatologue, d'accompagner son patient vers une information de qualité, qui apportera au malade des éléments pour une future discussion et une prise en charge adaptée.

Des sites grands publics réalisés par différents services hospitaliers de rhumatologie sont susceptibles d'apporter cette information de qualité, de même que les sites des associations de malades, ou d'association mixte, comme l'AFLAR, avec une participation de médecins et de malades qui vont collaborer pour donner une information claire, juste et adaptée. Le site de la Société Française de Rhumatologie travaille également à l'élaboration d'un site grand public qui a pour vocation d'être clair, simple, et compréhensible pour le plus grand nombre.

Internet peut également être un outil pour s'exprimer, pour donner son point de vue, pour partager une information ou un sentiment positif ou négatif sur l'actualité (forum de discussion). Le site de la société française comprend un éditorial, et chacun d'entre nous peut proposer un texte court pour aborder un sujet de rhumatologie susceptible d'intéresser ses autres confrères.

Internet se développe. Si le monde médical en général, et la rhumatologie en particulier ne profite pas encore pleinement de cet essor, il est important de l'accompagner, de participer au développement de cet outil de communication à grande échelle, et d'aider les patients qui naviguent sur les sites pour trier la bonne information et ainsi se méfier des sites malveillants qui peuvent rapidement diffuser une fausse information.

## VI. La pharmacopée des rhumatologues est-elle particulièrement mal traitée ?

Maltraitée, la pharmacopée des rhumatologues ? La question paraît de prime abord saugrenue, voire indécente, quand on songe au nombre de médicaments nouveaux, efficaces et coûteux, mis à leur disposition au cours des dernières décennies. Nul ne le conteste, et tout le monde s'en réjouit, à commencer par les patients qui en furent ou en sont les bénéficiaires. Encore faut-il rappeler que la quasi-totalité des molécules innovantes est destinée aux rhumatismes inflammatoires.

De fait, si les rhumatologues craignent que leur pharmacopée soit menacée d'apoptose, c'est parce qu'ils ont été privés de spécialités auxquelles ils avaient recours dans les pathologies les plus communes, douloureuses et volontiers invalidantes, telles que l'arthrose et les rachialgies cervicales ou lombaires. Certes, certains médicaments ont disparu en raison de leur obsolescence ou leur désuétude, mais d'autres furent victimes de décisions plus ou moins arbitraires prononcées à leur encontre par des Autorités de Santé. À cet égard, il convient de distinguer les abrogations d'AMM, qui conduisent au retrait effectif de médicaments, et les déremboursements, qui n'interdisent pas la poursuite de leur commercialisation. Les premières sanctionnent un rapport bénéfice/risque jugé négatif par les Agences du Médicament, européenne (EMA) ou nationale (ANSM), et prêtent dès lors rarement à controverse. On notera toutefois que, par exemple, le retrait du Dextropropoxyphène peut légitimement susciter des interrogations. Les raisons invoquées, à savoir la dangerosité et l'absence d'efficacité se heurtent à une analyse plus fine. Les cas de décès sont à rapporter à la vente libre du produit dans certains pays, par surdosage, ce qui n'était pas le cas en France.

De même la mise en cause de l'efficacité repose sur l'absence d'études méthodologiquement solides, sachant qu'aucun laboratoire ne financerait aujourd'hui une étude coûteuse pour un produit générique. Dans ce cas (comme dans celui du Clonazepam pour les neuropathies par exemple) l'absence de preuve est-elle la preuve de l'absence d'études sérieuses ? De même pour le Nimésulide a-t-on vraiment pris en compte la dangerosité du produit (tous les AINS présentent des risques) ou bien a-t-on cédé à la pressions de lobbies bien organisés (comme cela est présent chez les « anti-vaccin » dont certains ont fait l'objet de plainte du Conseil de l'Ordre ?). On rappellera que les cas d'hépatites relevés suite à la prise de ce produit faisaient suite à des traitements de durée supérieure à 1 mois. Une recommandation de durée maximale à 15 jours avait été émise et aurait pu être mieux diffusée avant un retrait définitif.

Les seconds, en revanche, qui ne remettent pas en cause la validité des AMM, donnent régulièrement matière à controverse. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose de ne pas ou de ne plus rembourser les médicaments ou les dispositifs médicaux dont elle estime que, respectivement, le Service Médical Rendu ou le service Médical Attendu est « insuffisant pour justifier une prise en charge par la collectivité ». En clair, pour prétendre à être remboursé par l'Assurance Maladie, un médicament ou un dispositif médical doit faire preuve d'une réelle utilité, d'une « plus-value » avérée en quelque sorte, au regard du placebo et des modalités thérapeutiques disponibles.

Or la notion d'utilité est sujette à des interprétations variables, sinon opposées, selon que l'on tienne compte de l'efficacité thérapeutique, c'est-à-dire de l'amélioration ressentie par le malade, -qui fonde l'opinion du médecin-, ou de l'efficacité intrinsèque, c'est-à-dire de l'avantage procuré par un produit par rapport au placebo ou un traitement de référence, -qui intervient dans la décision de l'HAS. Et les exemples de telles divergences d'appréciation ne manquent pas. On pourrait citer le cas des anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente administrés par voie générale ou intra-articulaire ou celui des infiltrations épidurales de corticoïdes dans les lomboradiculalgies. Les acides hyaluronique illustrent fort bien ce débat avec un effet de taille modeste (mais supérieur au paracétamol et aux AINS), mis en évidence dans des études certes perfectibles et le besoin réel d'une alternative aux thérapeutiques médicamenteuses par voie générale souvent non dénuées de risque chez nos patients âgés. Mais c'est peut-être le paracétamol qui illustre le mieux la nécessité de concilier les deux approches sous peine d'appauvrir indûment notre pharmacopée.

Les essais randomisés, menés en double aveugle dans l'arthrose ont montré que le paracétamol se démarque très peu du placebo. Faut-il alors en conclure que l'HAS devrait envisager le déremboursement du paracétamol dans cette indication au motif que son efficacité n'y est pas significativement supérieure? Ou n'est-il pas plus judicieux et légitime de maintenir le remboursement d'un antalgique qui soulage 40 % des sujets souffrant d'arthrose, même si le pourcentage des personnes ayant répondues n'est guère supérieur sous placebo? Au Royaume Uni, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), dont on se plaît à saluer la rigueur et l'objectivité, a d'ores et déjà tranché le débat: faisant fi de tout dogmatisme, il préconise encore et toujours l'emploi du paracétamol en tant qu'antalgique de première intention dans l'arthrose.

Enfin un cas certes particulier mais symptomatique de la méconnaissance du champ de compétence du rhumatologue: l'impossibilité de prescrire dans le cadre du remboursement les appareils de neurostimulation transcutané (uniquement pris en charge lorsque prescrit par les «allogues» d'après l'avis de la commission de la HAS du 17 février 2009) alors que le rhumatologue est souvent en première ligne dans le soin de douleurs neuropathiques (séquelles de radiculalgies par exemple). Cette anomalie justifierai une nouvelle analyse par les autorités ne serait-ce que du fait des délais de rendez-vous des centres anti-douleurs qui avoisinent souvent les 6 mois!!!

Formons le vœu qu'en d'autres circonstances et pour d'autres thérapeutiques, médicamenteuses ou non, la sagesse et le pragmatisme prévaudront également de ce côté de la Manche.

## VII. Ostéopathie : impact sur les rhumatologues des évolutions législatives

### Historique

- Loi du 4 mars 2002 dit loi KOUCHNER en son article 75 qui légalise l'ostéopathie;
- Décret du 25 mars 2007 : les ostéopathes sont autorisés à pratiquer des manipulations non instrumentales et non forcées pour remédier à des troubles fonctionnels à l'exclusion des

pathologies organiques. La formation se fera dans des écoles agréées avec une durée de 2 660 heures dont 1 225 heures de pratique. Est prévue une validation des acquis pour les ostéopathes déjà en place (avec des critères minima);

- Loi du 12 mai 2009 article 53 : consolidation de l'article 75 de la loi de 2002 ;
- Loi du 21 juillet 2009 : la formation passe à 3 520 heures ;
- Décret du 7 janvier 2011 : précisant le champ d'activité des chiropracteurs qui est le même que celui des ostéopathes à quelques nuances près (autorisation à des manipulations instrumentales et forcées ainsi que sur la colonne cervicale même sans avis médical);
- Décret du 21 septembre 2011 : sur agrément des écoles de chiropraxie calqué sur celles d'ostéopathie ;
- Décret du 12 septembre 2014 : Modifications des procédures d'agrément des écoles d'ostéopathie avec davantage de contrainte mais sans numerus clausus. Création d'une commission consultative d'agrément des écoles d'ostéopathie. Note de l'auteur : il est probable qu'un certain nombre d'écoles (40 % ?) soient contraintes de fermer ou du moins de fusionner ;
- Décret du 12 décembre 2014 : les études d'ostéopathie passe à 5 ans soit 4 850 heures dont 1 500 heures pratiques et au moins 150 consultations. Les médecins désirant le titre d'ostéopathe doivent faire 736 heures de formation dont 300 heures pratiques. Obligation d'assurance pour les ostéopathes avec un plafond de 8 millions d'Euros soit identique aux professions de santé (décret du 10 novembre 2014).

Il est important de souligner que les Ostéopathes ou Chiropracteurs ne sont pas des professionnels de santé. Il s'agit de professionnels du « bien-être » comme le sont par exemple les esthéticiennes.

Après la loi de 2002 et sans attendre le décret de 2007, on a assisté à la création de très nombreuses écoles d'ostéopathie/chiropraxie qui ont pratiquement toutes été reconnues. Si bien que la démographie des ostéopathes a explosé (5 000 à 6 000 formés chaque année) aboutissant en 2015 à une population d'environ 22 000 sur notre territoire (pour 3 500 au Royaume Uni). On doit saluer le lobbying très actif des dirigeants de ces écoles en sachant qu'il s'agit d'établissements privés dont les frais de scolarité ne sont pas négligeables.

Il est probable qu'un des arguments développés par les défenseurs de ces non professionnels de santé est l'économie engendrée pour l'Assurance Maladie puisque les actes ne sont pas pris en charge par cette dernière. Ceci reste à démontrer...

Rappelons que 38 % des rhumatologues libéraux (enquête 2014) sont titulaires d'un diplôme de médecine manuelle.

### Nos craintes

- En augmentant à 5 ans pour sécuriser la formation des ostéopathes on risque d'aboutir à un effet contraire avec l'éclosion de prise en charge non validée scientifiquement voire sectaire ;
- Qu'un nombre pléthorique d'ostéopathes favorisent des démarches commerciales à risque pouvant occasionner des retards diagnostics préjudiciables aux patients.

Il nous semble que la durée de la formation des ostéopathes devient soit trop courte (ne serait-ce pas plus judicieux qu'ils fassent tous des études médicales comme aux USA) soit trop longue (2 660 heures semblant suffisant pour apprendre les gestes techniques et savoir quand orienter vers une expertise médicale).



# 10 | RECHERCHE ET INNOVATION

## CHAPITRE 10. RECHERCHE ET INNOVATION

La recherche en rhumatologie se décline dans les grandes orientations : recherche fondamentale (faite dans les laboratoires : instituts de recherche publics ou privés), recherche clinique (services hospitaliers, cabinets de rhumatologie), évaluation thérapeutique, médecine prédictive. Elle s'effectue dans tous les grands domaines des maladies rhumatologiques musculo squelettiques : pathologie articulaire (inflammatoire immunologique, microcristalline, arthrosique), pathologie osseuse, pathologie abarticulaire et rachidienne.

### **Les structures de recherche en rhumatologie comprennent :**

Les structures de recherche institutionnelle, avec les grands organismes (INSERM, CNRS), les structures labellisées universitaires, mais également la participation des établissements hospitaliers universitaires et non universitaires, dans le cadre de contrats. L'ensemble est supervisé et coordonné par le CNCR (Comité National de Coordination de la Recherche).

Les structures privées : principalement l'industrie pharmaceutique, par l'intermédiaire de ses centres de recherche et développement internationaux, et participation de la rhumatologie française aux études internationales.

Ce sont ces structures qui sont de type promoteur de recherche et qui hébergent les activités de recherche.

### **I. Les moyens de la recherche en Rhumatologie**

La recherche est coûteuse ; le financement de la recherche peut avoir des origines diverses :

- Les grands programmes institutionnels : PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) nationaux (exemples récents en rhumatologie : ROC, SPACING, STOP...) ou régionaux) ; PSTIC (Programme de soutien aux Innovations thérapeutiques et coûteuses) (kyphoplastie), appel d'offre ANS ;
- Partenariat (appartenance de rhumatologues universitaires à des structures de recherche labellisées (INSERM, CNRS, laboratoires universitaires) ;
- Fonds de dotation ciblés sur la recherche en rhumatologie : France Rhumatisme, Fondation Arthritis : recueil de fonds, appel d'offres ;
- La société savante SFR (cf infra) ;
- Les Associations, en particulier de patients : AFPric, ANDAR, AFS, AFLAR, proposant des bourses de recherche ;
- Industrie pharmaceutique, à l'initiative de prix de recherche ;
- Subventions ponctuelles (Région, appel à projet interne de structures hospitalières).

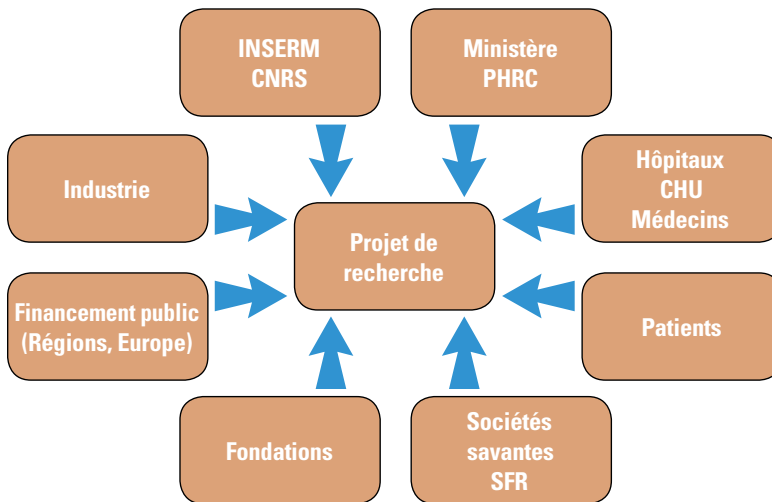
## II. Valorisation de l'activité de recherche

Il s'agit d'un volet important, permettant une visibilité et une reconnaissance de l'activité de recherche.

Cette valorisation se fait surtout pour les établissements hospitaliers, par l'intermédiaire des publications (MERRI, scores SIGAPS) et des registres de protocoles (SIGREC).

La visibilité de la discipline ou d'une équipe de recherche se fait aussi par l'intermédiaire de la diffusion des résultats de cette recherche au niveau national (par rapport à d'autres disciplines) et à l'international (par rapport aux autres pays), dans le cadre de présentations lors de congrès scientifiques et des publications référencées.

### LES ACTEURS DE LA RECHERCHE

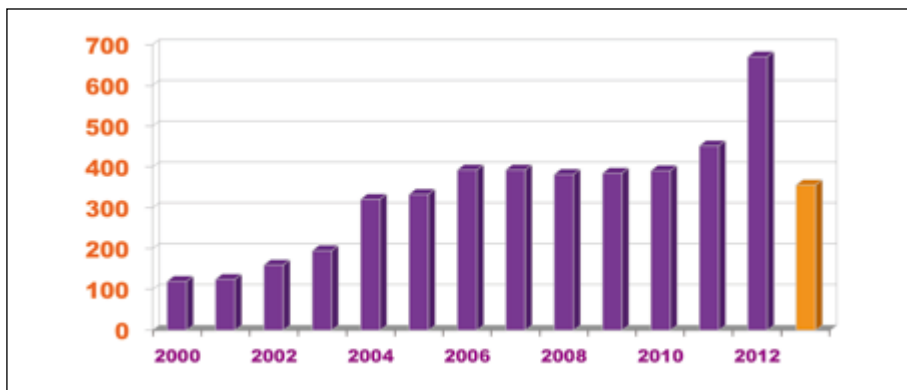


## III. La SFR et la Recherche

Il est dans les missions et dans les statuts de la SFR de favoriser et promouvoir la recherche en rhumatologie. La SFR s'implique dans cette mission, avec un investissement important dans ce domaine depuis des années sous forme de bourses de recherche. Celles-ci correspondent à un appel d'offres annuel, les projets sont évalués par le Conseil Scientifique de la SFR qui sollicite des rapporteurs extérieurs, permettant ainsi de « classer » les différents projets selon leur valeur scientifique et d'innovation.

La somme globale annuelle est conséquente, de l'ordre de 400 K€ en moyenne par an (*figure*).

### INVESTISSEMENT ANNUEL RECHERCHE EN K€ DE LA SFR



### DIFFÉRENTS TYPES DE PROJETS SONT AINSI SOUTENUS ET RÉALISÉS.

INVESTISSEMENT RECHERCHE 2013	
Bourse Master M2	8
Projet Thèse d'Université	2
Projet individuel de Recherche	8
Projet cohorte multicentrique	3
Projet collaboratif	1
<b>SOIT AU TOTAL</b>	<b>22 PROJETS : 355,3K€</b>

La SFR soutient également les projets de Cohortes nationales (ESPOIR : polyarthrites récentes ; DESIR : devenir des spondyloarthrites récentes ; KHOALA : arthrose) et les registres de biomédicaments (AIR : auto immunité et Rituximab ; ORA : Orencea et PR ; REGATE : Tocilizumab et PR).

## IV. La recherche en activité libérale

Certaines études ou PHRC peuvent échouer, ou même ne pas être mises en place pour des problèmes de recrutement, car l'Hôpital public ne suit pas ce type de malades ou insuffisamment.

Il semble possible pour la SFR, ou le CRI de constituer un pool de rhumatologues libéraux volontaires pour participer à certaines études ciblées dans leur domaine d'activité, (Rhumatismes inflammatoires, Os, Arthrose, Douleur).

La création de centres secondaires ne pose aucun problème technique.

N'accepteraient d'y participer que ceux qui ont, dans leur patientèle des malades rentrant dans le cadre de l'étude, et leur participation serait un appoint considérable pour renforcer la puissance de ces études.

Prenons comme exemple l'étude STRASS organisée par le CRI en 2011.

Le recrutement n'a atteint que 60% de l'effectif (ce qui, le rappelait récemment, le Pr. DOUGADOS, peut faire perdre une grande partie de crédibilité à l'étude).

Or il y a fort à penser que dans chaque région au moins 3 ou 4 Rhumatologues avaient « sous la main » au moins 3 patients en rémissions prolongées, pour lesquels ils n'osaient espacer les injections faute de protocole précis. Par ailleurs, il y a des moyens informatiques, dans certaines régions qui permettent de suivre en commun certains malades et d'extraire automatiquement les données intéressantes.

Dans ce domaine de la recherche clinique, une collaboration plus étroite encore entre la ville et l'hôpital serait un atout majeur pour la profession.

Les Cohortes en Rhumatologie ; 800 malades dans ESPOIR pour la PR (10 ans), et dans DESIR pour la SpA (5 ans), sont une source intarissable d'enseignements.

Les registres en Rhumatologie : jusqu'alors dédiés à un suivi spécifique de molécules ;

AIR PR et AIR pour le RITUXIMAB ; ORA pour l'Abatacept, REGATE pour le Tocilizumab ; bientôt d'autres registres pour les Bio-similaires.

L'idéal serait néanmoins un Registre National des Rhumatismes inflammatoires Chroniques, auquel pourraient participer tous les Rhumatologues volontaires, motivés par la recherche et l'épidémiologie, en particulier les jeunes qui sortiront de plus en plus de l'hôpital et qui seront friand de garder cette pratique dans laquelle ils ont été baignés pendant leurs études. Ainsi, nous ne pâlissons plus d'envie devant les résultats des pays scandinaves et anglo-saxons.

Jusqu'alors ne se sont mises en place que des initiatives régionales, supportées au départ par l'incitation à mettre en place des réseaux de soin.

La plupart se sont arrêtées d'elle-même, ou faute de pérennisation des aides publiques ; 2 ou 3 ont survécu.

D'autres sont en voie de création, soutenues par l'Agence de sécurité du Médicament, en particulier dans un souci de favoriser les déclarations de pharmacovigilance, en particulier le Projet SAFIR.

Certes, il est toujours possible de croiser des données, et de regrouper les résultats de plusieurs outils de saisie ; mais le coût et l'énergie déployée (programmes d'extraction, analyse des données, étude statistique) sont directement proportionnel au nombre de structures participantes.

Comme rien n'existe, ne serait-il pas plus logique d'avoir un projet commun ?

Nous avons échoué avec les réseaux, nous risquons d'échouer pour l'ETP : que d'énergie et d'argent dépensés dans des dizaines ou des centaines de projets.

N'échouons pas pour la création du registre des Rhumatismes inflammatoires.

Renfroignons nos égos, rangeons nos querelles de chapelle ; fédérons les bonnes volontés pour aboutir !

## V. L'innovation en Rhumatologie

Elle est issue des progrès biologiques, technologiques généraux, avec des applications à la rhumatologie. Celles-ci se déclinent dans trois directions, avec des réalités pratiques citées ailleurs dans ce Livre Blanc (imagerie, thérapeutiques...).

### Des outils :

- En pratique : imagerie ostéoarticulaire (échographie qualitative, échographie-tomographie et en 3D, élastosonographie, IRM qualitative (DESS) et en 3D, IRM fonctionnelle et moléculaire, PET-IRM, scintigraphie avec nouveaux marqueurs (Ac anti-TNF, anti-IL-1), évaluation in vivo de la qualité osseuse par scanner quantitatif / périphérique à haute résolution, IRM) ;
- En recherche prospective (développement de différents marqueurs en laboratoire, facteurs prédictifs, médecine prédictive personnalisée, théranostique, génomique, transcriptomique, protéomique, médecine régénérative et thérapie cellulaire) dans le but d'optimiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique ;
- Également de façon plus générale la prise en compte de l'enjeu de la sécurité médicamenteuse, approche de santé publique concernant les affections musculo-squelettiques (identification et modification des facteurs de risque, utilisation des banques de données de l'assurance-maladie, rapport coût efficacité des interventions, poursuite du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, reconnaissance des associations de patients dans leur rôle de santé publique) ;
- En immunologie et développement de thérapeutiques ciblées : développement de nouveaux biomédicaments, apparition d'une nouvelle catégorie de médicament : les traitements de fond synthétiques ciblés (targeted synthetic DMARDs) (correspondant, actuellement, aux inhibiteurs de kinases et de phosphodiesterases, petites molécules administrées par voie orale).

**Des concepts :** traitement ciblé, traitement intensif précoce et fenêtre d'opportunité, suivi rapproché, développement d'outils d'évaluation et de suivi (médicaux, résultats rapportés par les patients (PRO), marqueurs biologiques, imagerie), applications informatiques et téléphoniques avec participation et intégration du patient dans la prise en charge et le suivi de sa maladie (éducation thérapeutique), parcours personnalisé de soins (modèles de soins intégrés pour la prévention et la prise en charge des affections musculo-squelettiques).

**Du fonctionnement:** cabinets de groupes, réseaux.

Cette innovation découle directement des résultats de la recherche fondamentale et cognitive, mais également de la recherche clinique. Ces efforts de recherche sont légitimes et leurs résultats attendus, afin de faire diminuer le poids de la perte de capacités fonctionnelles secondaire aux maladies rhumatologiques musculo-squelettiques. Les méthodes scientifiques traditionnelles doivent s'élargir pour faire face aux questions complexes qui surviennent quand le système social (patients+décideurs-payeurs) est confronté aux innovations technologiques (registres qualité sur le modèle du Swedish Rheumatology Quality Registry+ réseaux).

Enfin, le congrès français de rhumatologie annuel a pour objectif de rester au cœur de l'innovation, proposant durant trois jours :

- Des sessions scientifiques de haut niveau (épidémiologie et mesures de santé perçue (PRO), pratiques professionnelles et éducation thérapeutique, imagerie et analyse d'images, pharmacologie et thérapeutiques, immunologie et inflammation, polyarthrite rhumatoïde, spondyloarthrites, autres maladies inflammatoires, biothérapies et rhumatismes inflammatoires chroniques, douleur, arthrose, cartilage et arthropathies microcristallines, os métabolique, os tumoral, pathologie rachidienne, pathologie musculo-tendino-ligamentaire, infections ostéoarticulaires, rhumatologie de l'enfant et de l'adolescent, rhumatologie du sujet âgé, maladies rares ;
- Les travaux des sections spécialisées (imagerie, rachis, rhumatologie pédiatrique, gériatrie, GREP, maladies rares, ETP) ;
- Et plus de 90 sessions de Formation Médicale Continue, qui apportent à tous les rhumatologues une information diagnostique et thérapeutique, permettant la rencontre et les échanges entre les rhumatologues français, francophones, européens, africains et américains, mais aussi entre les jeunes médecins « en formation » et les praticiens expérimentés, entre les spécialistes hospitaliers, les médecins universitaires et les rhumatologues libéraux.

## VI. La recherche en rhumatologie... une nécessité et un gage d'excellence !

Dans toute discipline médicale, l'esprit universitaire qui en est le fondement, doit inciter à donner une formation de qualité adaptée aux exigences de la science et de la société, mais doit aussi stimuler une recherche exploratoire et pragmatique.

La rhumatologie est une grande discipline universitaire qui s'intéresse aux maladies inflammatoires, aux maladies articulaires, osseuses et musculaires, mais aussi à d'importants domaines techniques comme l'imagerie, les stratégies interventionnelles et les nouvelles technologies. C'est dans ces domaines que se développent de nombreux projets de recherche, les uns très fondamentaux, les autres translationnels, mais aussi des projets cliniques « au chevet du patient ». L'éventail de ces perspectives montre la cohérence d'un projet de recherche en rhumatologie qui doit s'intéresser à ces différents aspects indissociables de la recherche médicale. La recherche en rhumatologie est une nécessité car elle est le

« cœur » et « l'identité » de notre discipline. Cette recherche, gage d'excellence, est un facteur d'attractivité majeure pour nos jeunes médecins, mais aussi pour nos hôpitaux. En effet, la recherche améliore la qualité des soins et permet un accès à l'innovation, ce que nos patients demandent légitimement.

La rhumatologie française, par un investissement considérable, s'est engagée dans un effort de recherche important qui se traduit concrètement par une position dans le groupe de tête des grandes nations de la recherche. L'analyse de l'impact bibliométrique de notre production internationale et la participation des rhumatologues français aux grands congrès internationaux nous situent parmi les leaders dans certains domaines comme les spondylo-arthrites, mais aussi la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrose, la goutte et les maladies osseuses. Notre position est remarquable dans certaines maladies rares comme les maladies autoimmunes (syndrome de Sjögren, sclérodermie, ...) et les maladies autoinflammatoires. Cependant, ces résultats formidables ne doivent pas masquer un certain nombre de points de faiblesse qui sont autant de points qu'il faut améliorer :

- Notre recherche fondamentale doit être plus visible car elle est souvent morcelée sous l'étiquette de la génétique, de l'immunologie et de la biologie cellulaire ou structurale. Il faut une position plus lisible des thèmes rhumatologiques dans les équipes labellisées (Inserm, CNRS, EA) dans lesquelles nos rhumatologues hospitalo-universitaires doivent s'investir. Il faut renforcer l'affichage rhumatologique de cette recherche qui est un enjeu majeur car c'est d'elle qu'émergeront certainement les grandes avancées de demain ;
- Notre recherche translationnelle n'est pas assez partagée et sans unité visible ! Elle est souvent liée à l'engagement individuel de certains d'entre nous, mais dans un effort parfois un peu trop solitaire. Nous n'avons pas d'institut des maladies autoimmunes ou des maladies ostéo-articulaires qui donnerait une cohérence globale à un grand projet de recherche en rhumatologie. Ainsi, symboliquement, dans l'organisation de la recherche médicale française, aucune ITMO (Institut Thématique Multi-Organismes) n'affiche la thématique rhumatologique !
- Notre recherche clinique, qui s'était beaucoup organisée, n'est pas encore assez collective malgré la réussite récente de grands projets collaboratifs académiques en particulier dans la polyarthrite rhumatoïde et le syndrome de Sjögren. Cette recherche n'exploite pas suffisamment l'exceptionnel maillage national des services de rhumatologie (hospitalo-universitaires et hospitaliers), ni surtout les rhumatologues libéraux dont beaucoup sont sensibles à l'importance (et à la nécessité) d'une recherche rhumatologique de premier ordre ;

### **Quelles sont les solutions et les perspectives d'avenir pour une rhumatologie d'excellence reconnue par ses pairs ?**

- Il faut insuffler à nos jeunes rhumatologues « dès le berceau » la passion d'une recherche d'excellence en les poussant à s'investir dans les meilleures équipes de leur site. La recherche en rhumatologie doit être une « cause nationale » pour notre discipline.
- Il faut cultiver « un esprit de groupe » fondé sur la force du collectif au nom de la rhumatologie. Il faut cesser les luttes de territoire et de pouvoir qui sont stérilisantes ! L'ambition doit être collective avec une reconnaissance forte des individus qui la portent, mais au profit d'une recherche rhumatologique reconnue ;



- Il faut cesser de considérer qu'un rhumatologue ne peut pas être un «vrai» chercheur... collant ainsi à notre discipline une étiquette de «deuxième division» uniquement et définitivement déterminée à n'assurer que des tâches de soins en «bobologie». La recherche rhumatologique française a tous les arguments pour affirmer sans complexe sa maturité et «sans rougir». Faire de la bonne recherche en rhumatologie, ce n'est pas être immunologiste, généticien, structuraliste ou physicien, mais c'est être rhumatologue-chercheur. Il nous manque peut-être pour cela une appellation reconnue par sa facette «recherche» comme «rhumascience» à l'image de neurosciences;
- Il faut continuer à construire inlassablement nos réseaux de recherche. Nos groupes comme le CRI et le GRIO sont des exemples de réussite, mais la victoire n'est pas complète. Il faut poursuivre cet effort en professionnalisant nos structures, en renforçant les masses critiques et en y associant nos rhumatologues libéraux. Cette appropriation par nos libéraux doit passer par des messages d'enthousiasme, mais aussi concrètement par des solutions permettant des actes de recherche professionnels en cabinet. Le système doit être inventé... Soyons imaginatifs!
- Il faut convaincre nos autorités de tutelle universitaires hospitalières et les organismes de recherche que la rhumatologie est un enjeu majeur, comme elle l'est dans d'autres grands pays comme les Etats-Unis ou d'autres pays plus proches de nous, comme la Suède et l'Angleterre. Pour cela, il faut de l'énergie et des convictions, mais aussi la force d'un groupe qui doit peser par l'excellence de sa recherche et par l'affirmation de son importance pour nos patients.

## Conclusion

---

**Ainsi, ce libre blanc doit afficher sans ambiguïté nos résolutions et nos ambitions pour faire de la recherche rhumatologique l'un des enjeux majeurs de notre discipline. L'union et notre force de conviction permettront, si nous nous en donnons les moyens, de construire un grand projet de recherche en rhumatologie, ce qui affirmera les lettres de noblesse de notre discipline.**

En comparant avec la précédente version de 2003, ce Livre Blanc de la Rhumatologie 2015 montre à quel point notre profession a su s'adapter aux révolutions de la dernière décennie, comme celles des biothérapies ou des nouvelles imageries par exemple. On peut s'attendre à de nouvelles évolutions, voire parfois des bouleversements, dans les années à venir. Ainsi, de nouvelles molécules sont en développement dans des secteurs de notre discipline encore vierges de traitements innovants comme l'arthrose ou la lombalgie. On peut donc imaginer que le parcours de soins du patient va nécessiter une collaboration encore plus étroite entre la ville et l'hôpital du fait de ces traitements à venir toujours plus coûteux pouvant justifier une mise en route hospitalière mais avec un objectif de suivi en ville, bien plus réactif à la demande du patient que le suivi à l'hôpital. Il va donc falloir inventer de nouveaux parcours pour ces patients chroniques chez qui la poursuite du traitement d'une part et la détection des comorbidités d'autre part nécessitent du temps dont ni la ville ni l'hôpital ne dispose par manque de rhumatologues et de personnels soignants. Pour autant, la rhumatologie «à la française» qui intègre non seulement les rhumatismes inflammatoires mais aussi la pathologie mécanique et l'ostéoporose doit être préservée car ces maladies forment un tout, à savoir l'atteinte du système musculo-squelettique, au même titre que le cardiologue traite l'ensemble du système cardiovasculaire ou le neurologue l'ensemble du système nerveux. Ce défi devra être relevé grâce au soutien des malades eux-mêmes. C'est là également que nous devrions voir de nouvelles interactions fortes dans la décennie à venir. En effet, les nouvelles technologies, toujours plus innovantes et interactives, à disposition de nos patients, doivent devenir un support pour améliorer la relation rhumatologue - malade et non pas servir à remplacer le médecin.

Enfin, le serpent de mer de l'évaluation de nos pratiques professionnelles, de notre formation continue, semble enfin se concrétiser grâce à l'appui de structures fortes mises en place récemment. Mais tout est à construire, dans un carcan administratif malheureusement toujours plus serré et instable.

Ce Livre Blanc est un outil de réflexion pour les générations actuelles mais aussi et peut-être même surtout pour les générations à venir. On voit arriver dans notre profession de jeunes rhumatologues extrêmement dynamiques qui n'envisagent pas leur métier sans s'intéresser aux progrès de la recherche, parfois même en s'impliquant eux-mêmes dans cette aventure. Ils n'imaginent plus travailler seuls mais plutôt en groupe, et même en réseau, ce qui n'est pas étonnant pour une génération qui aura inventé les Facebook, Twitter et autres réseaux sociaux.

Le monde change, la rhumatologie est en mouvement... Vivement le Livre blanc 2025 !

Le Livre Blanc de la Rhumatologie 2015 a été réalisé sous la coordination du Docteur Eric SENBEL, président du Syndicat National des Médecins Rhumatologues et du Professeur Daniel WENDLING, président de la Société Française de Rhumatologie.

Cet ouvrage porté par un projet collectif a mobilisé pendant plus d'une année une trentaine de contributeurs investis dans l'avenir de la rhumatologie vers lesquels va notre très vive reconnaissance puisque l'aboutissement de ce Livre Blanc n'aurait pas été possible sans leur enthousiasme.

La Société Française de Rhumatologie, Le Syndicat National des Médecins Rhumatologues, le Collège Français des Médecins Rhumatologues et Rhumato DPC, ont rendu possible ce Livre Blanc par leur soutien financier.

Nous remercions également tous les rhumatologues ayant répondu aux enquêtes, et permis d'établir des statistiques de la profession.

Enfin, nous remercions l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne pour avoir analysé les données, et l'agence ApiRubi Santé pour la conception et mise en forme de l'ouvrage.

- BANNWARTH Bernard, *Bordeaux*
- BARD Hervé, *Paris*
- BAUDENS Guy, *Valenciennes*
- BEAUVAIS Catherine, *Paris*
- BENAMOU Paul-Hubert, *Antony*
- BERENBAUM Francis, *Paris*
- CHALÈS Gérard, *Rennes*
- COMBES Bernard, *Montpellier*
- CORTET Bernard, *Lille*
- DEBIAIS Françoise, *Poitier*
- DIEBOLT Vincent, *Obernai*
- FAUTREL Bruno, *Paris*
- FORESTIER Romain, *Aix-les-Bains*
- FUNCK BRENTANO Thomas, *Paris*
- GERBAY Blandine, *Paris*
- GIBERT Eric, *Ivry-sur-Seine*
- GRANGE Laurent, *Echirolles*
- JULIÉ Jacques-Henri, *Massy*
- KAHN Marcel-Francis, *Paris*
- LAROCHE Françoise, *Paris*
- LIOTE Frédéric, *Paris*
- LOUBOUTIN Jean-Yves, *Rennes*
- MAHEU Emmanuel, *Paris*
- MAILLET Jeremy, *Paris*
- MARAVIC Milka, *Paris*
- MARCELLI Christian, *Caen*
- MONOD Pierre, *Castelnaudary*
- MORAND Bernard, *Roanne*
- ORCEL Philippe, *Paris*
- PERDRIGER Aleth, *Rennes*
- PHAM Thao, *Marseille*
- SANCHEZ Jean-Philippe, *Billère*
- SENBEL Eric, *Marseille*
- SIBILIA Jean, *Strasbourg*
- THOMAS Thierry, *Saint-Etienne*
- TROPÉ Sonia, *Paris*
- WENDLING Daniel, *Besançon*

L'Organisme **spécialiste**  
du **D**éveloppement **P**rofessionnel **C**ontinu  
des **RHUMATOLOGUES**

L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ,  
**LA MAÎTRISE DES SOINS,**  
UNE **MEILLEURE PRISE EN CHARGE** DES PATIENTS

Programmes validants et indemnisables par l'OGDPC

Présentiel - E-learning - 100% en ligne

Programmes  
et inscriptions  
sur  
[rhumatodpc.fr](http://rhumatodpc.fr)

**ANNEXES 1, 2, 3 ET 4**

1 ENQUETE CONCERNANT LES MEDECINS ET LEURS PRATIQUES — PAGE 172

2 ENQUETE SUR LES CONSULTATIONS EN RHUMATOLOGIE — PAGE 224

3 ENQUETE SUR LES HOSPITALISATIONS EN RHUMATOLOGIE — PAGE 250

4 RESULTAT DU SONDAGE AUPRES DES JEUNES RHUMATOLOGUES — PAGE 273

## RESULTATS ENQUETE MEDECINS

### Représentativité des répondants

#### Représentativité des répondants selon le sexe

	Ordre des médecins *		Estimation DRESS**		Enquête auprès des rhumatologues	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexe</b>						
Homme	1298	55%	1486	57%	339	60%
Femme	1055	45%	1112	43%	226	40%
<b>Total</b>	<b>2353</b>		<b>2598</b>		<b>565</b>	

\* Conseil National de l'Ordre des Médecins – Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2014

\*\* Drees - Données sur les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2014 issues de l'exploitation statistique du RPPS

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

La proportion d'hommes chez les répondants est légèrement plus élevée que celle observée dans l'Atlas de la démographie médicale 2014 de l'Ordre des Médecins ( $p=0.04$ ) tandis qu'elle est similaire à celle observée par la Drees à partir du RPPS ( $p=0.22$ ).

En 2003, la répartition des répondants était la suivante : 70% d'hommes et 30% de femmes.

#### Représentativité des répondants selon l'âge

##### Par tranche d'âge quinquennale

	Ordre des médecins *		Estimation DREES**		Enquête auprès des rhumatologues	
	N	%	N	%	N	%
<b>Age</b>						
<=34 ans	164	7%	215	8%	28	5%
35-39 ans	164	7%	160	6%	28	5%
40-44 ans	172	7%	185	7%	39	7%
45-49 ans	290	12%	314	12%	86	16%
50-54 ans	366	16%	423	16%	85	16%
55-59 ans	563	24%	542	21%	126	24%
60-64 ans	485	21%	481	19%	92	17%
>=65 ans	149	6%	278	11%	49	9%
<b>Total</b>	<b>2353</b>		<b>2598</b>		<b>533</b>	

\* Conseil National de l'Ordre des Médecins – Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2014

\*\* Drees - Données sur les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2014 issues de l'exploitation statistique du RPPS

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

Comparaison des répartitions :  $p=0,02$  avec l'Ordre,  $P=0,04$  avec la DRESS

## Par tranche d'âge décennale

	Ordre des médecins *		Estimation DREES**		Enquête auprès des rhumatologues	
	N	%	N	%	N	%
<b>Age</b>						
<=34 ans	164	7%	215	8%	28	5%
35-44 ans	336	14%	345	13%	67	13%
45-54 ans	656	28%	737	28%	171	32%
55-64 ans	1048	45%	1023	39%	218	41%
65 ans et +	149	6%	278	11%	49	9%
<b>Total</b>	<b>2353</b>	<b>100%</b>	<b>2598</b>	<b>100%</b>	<b>533</b>	<b>100%</b>

\* Conseil National de l'Ordre des Médecins – Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2014

\*\* Drees - Données sur les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2014 issues de l'exploitation statistique du RPPS

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

Bien que les différences observées entre la répartition des rhumatologues par tranche d'âge quinquennale selon l'Ordre des Médecins soient statistiquement significatives ( $p=0.02$ ), celles-ci sont relativement minimales. Par contre aucune différence n'est à noter avec la répartition par tranche d'âge quinquennale de la Drees ( $p=0.07$ ).

## Estimation des taux de réponse selon l'âge

	Estimation DREES**		Enquête auprès des rhumatologues		Estimation des taux de réponse	
	N	%	Participants		Participants/Estimation DREES	
			N	%	2014	2003
<b>Age</b>						
<=34 ans	215	8%	28	5%	13%	33%
35-44 ans	345	13%	67	13%	19%	45%
45-54 ans	737	28%	171	32%	23%	52%
55-64 ans	1023	39%	218	41%	21%	53%
65 ans et +	278	11%	49	9%	18%	22%
<b>Total</b>	<b>2598</b>	<b>100%</b>	<b>533</b>	<b>100%</b>	<b>21%</b>	<b>48%</b>

\*\* Drees - Données sur les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2014 issues de l'exploitation statistique du RPPS

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

*Comme en 2003, ce sont les moins de 35 ans et les 65 ans et plus qui ont été les moins sensibilisés par l'enquête.*



## Représentativité des répondants selon la région d'exercice

	Enquête auprès des rhumatologues		Ordre des médecins*	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Ile de France	104	18%	565	24%
Rhône-Alpes	87	15%	267	11%
PACA	43	8%	202	9%
Midi Pyrénées	28	5%	125	5%
Languedoc Roussillon	21	4%	125	5%
Bretagne	36	6%	120	5%
Nord Pas de Calais	37	7%	111	5%
Pays de la Loire	30	5%	91	4%
Aquitaine	18	3%	91	4%
Centre	17	3%	79	3%
Lorraine	9	2%	76	3%
Alsace	28	5%	61	3%
Haute Normandie	13	2%	57	2%
Poitou-Charentes	11	2%	50	2%
Auvergne	12	2%	50	2%
Basse Normandie	14	2%	47	2%
Champagne Ardenne	13	2%	43	2%
Bourgogne	11	2%	40	2%
Picardie	12	2%	39	2%
Franche Comté	9	2%	38	2%
DOM/COM	4	1%	34	1%
Limousin	8	1%	29	1%
Corse	0	0%	7	0%
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>100%</b>	<b>2347</b>	<b>100%</b>

\* Conseil National de l'Ordre des Médecins – Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2014

## Représentativité des répondants selon le mode d'exercice principal

	Ordre des médecins *		Estimation DRESS**		Enquête auprès des rhumatologues	
	N	%	N	%	N	%
<b>mode regroupé</b>						
libéral ou mixte	1642	70%	1841	71%	437	77%
salarié	711	30%	757	29%	128	23%
<b>Total</b>	<b>2353</b>	<b>100%</b>	<b>2598</b>	<b>100%</b>	<b>565</b>	<b>100%</b>

\* Conseil National de l'Ordre des Médecins – Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2014

\*\* Drees - Données sur les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2014 issues de l'exploitation statistique du RPPS

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

La proportion de libéraux chez les répondants est plus élevée que celle observée à partir des statistiques de l'Ordre ( $p=0.0004$ ) ou de celles de la Drees ( $p=0.002$ ).

L'estimation du taux de participation à partir des données de l'ordre conduit à 27% pour les libéraux et 18% pour les salariés.

*Comme en 2003, les rhumatologues libéraux ont plus largement participé à l'enquête. Les taux de participation en 2003 étaient respectivement de 51% chez les libéraux et de 38% chez les salariés.*

## I- Démographie

### Répartition des rhumatologues selon le sexe et l'âge

		Sexe				Total	
		Homme		Femme			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Tranche d'âge	<=34 ans	6	1,9%	22	10,3%	28	5,3%
	35-44 ans	25	7,8%	42	19,6%	67	12,6%
	45-54 ans	80	25,1%	91	42,5%	171	32,1%
	55-64 ans	162	50,8%	56	26,2%	218	40,9%
	65 ans et +	46	14,4%	3	1,4%	49	9,2%
Total	319	100,0%	214	100,0%	533	100,0%	

En 2014, l'âge moyen des répondants est de 53 ans. Les femmes qui représentent 40% de l'échantillon sont en moyenne plus jeunes de 8 années que leurs confrères masculins (48,3 ans contre 56,1 ans). Les différences sont statistiquement significatives.

*En 2003, les âges moyens respectifs étaient 47,6 ans pour l'ensemble des répondants, 43,4 ans pour les femmes et 49,5 ans pour les hommes (soit une différence de 6 années en moyenne entre hommes et femmes).*

### Répartition des rhumatologues selon le mode d'exercice principal et l'âge

		Mode d'exercice				Total	
		Libéral		Salarié			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Tranche d'âge	<=34 ans	9	2,2%	19	15,4%	28	5,3%
	35-44 ans	39	9,5%	28	22,8%	67	12,6%
	45-54 ans	132	32,2%	39	31,7%	171	32,1%
	55-64 ans	188	45,9%	30	24,4%	218	40,9%
	65 ans et +	42	10,2%	7	5,7%	49	9,2%
Total	410	100,0%	123	100,0%	533	100,0%	

La répartition des rhumatologues selon l'âge est influencée par le mode d'exercice principal (différence significative  $p < 0.01$ ), les salariés sont statistiquement plus jeunes que leurs collègues libéraux en moyenne de 7 années (47,6 ans contre 54,6 ans).

*En 2003, le même constat avait été observé mais l'écart entre salariés et libéraux était moindre, seulement 3 années. Les âges moyens étaient respectivement de 48,2 ans contre 45,4 ans.*

## Répartition des rhumatologues selon le mode d'exercice principal et le sexe

			Sexe		Total
			Homme	Femme	
Mode d'exercice principal	Libéral	Effectif	273	164	437
		%	62,5%	37,5%	100,0%
	Salarié	Effectif	66	62	128
		%	51,6%	48,4%	100,0%
Total	Effectif		339	226	565
	%		60,0%	40,0%	100,0%

La rhumatologie libérale est davantage masculine que la rhumatologie salariée pour laquelle on s'approche de la parité. La différence est significative  $p=0.027$ .

*En 2003, les femmes étaient en proportion équivalente pour la rhumatologie libérale et salariée, respectivement 30% et 33%.*

## Âges moyen des rhumatologues selon le mode d'exercice principal et le sexe

Sexe		Moyenne	N	Ecart-type
Homme	Libéral	57,37	255	7,148
	Salarié	51,11	64	11,533
	Total	56,11	319	8,572
Femme	Libéral	50,02	155	8,101
	Salarié	43,83	59	9,888
	Total	48,31	214	9,042
Total	Libéral	54,59	410	8,317
	Salarié	47,62	123	11,336
	Total	52,98	533	9,555

Quel que soit le sexe, les rhumatologues salariés sont plus jeunes que les libéraux.

## Répartition des rhumatologues selon la taille de l'agglomération où ils exercent

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Moins de 10 000 habitants	20	3,5	3,5	3,5
	10 000 à 20 000 habitants	75	13,3	13,3	16,8
	20 000 à 100 000 habitants	198	35,0	35,0	51,9
	100 000 à 400 000 habitants	158	28,0	28,0	79,8
	Plus de 400 000 habitants	114	20,2	20,2	100,0
	Total	565	100,0	100,0	

Ces résultats sont comparables à ceux de 2003

## Répartition des rhumatologues selon la taille de l'agglomération où ils exercent et le mode d'exercice principal

		Mode d'exercice				Total	
		Libéral		Salarié			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Taille de l'agglomération	Moins de 10 000 habitants	15	3,4%	5	3,9%	20	3,5%
	10 000 à 20 000 habitants	66	15,1%	9	7,0%	75	13,3%
	20 000 à 100 000 habitants	171	39,1%	27	21,1%	198	35,0%
	100 000 à 400 000 habitants	110	25,2%	48	37,5%	158	28,0%
	Plus de 400 000 habitants	75	17,2%	39	30,5%	114	20,2%
Total		437	100,0%	128	100,0%	565	100,0%

Le mode d'exercice principal des rhumatologues et la taille de l'agglomération où ils exercent sont statistiquement liés ( $p < 0.01$ ) : près d'un rhumatologue salarié sur 3 (30,5%) exerce dans une agglomération de plus de 400 000 habitants contre un sur 6 (17,2%) pour les libéraux.

*En 2003, le même constat avait été observé.*

## Répartition des rhumatologues selon l'exercice en cabinet secondaire

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	56	9,9	9,9	9,9
Non	509	90,1	90,1	100,0
Total	565	100,0	100,0	

## Répartition des rhumatologues selon l'année de passage de la thèse

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Avant 1980	83	14,7	14,7	14,7
	1980-1989	234	41,4	41,5	56,2
	1990-1999	150	26,5	26,6	82,8
	2000-2009	78	13,8	13,8	96,6
	à partir de 2010	19	3,4	3,4	100,0
	Total	564	99,8	100,0	
Manquante	Système manquant	1	,2		
Total		565	100,0		

Remarque : un individu né en 1956 a renseigné l'année 1965 comme année de thèse, il n'a pas pris en compte.

## Âge moyen à la thèse

Sexe	Mode d'exercice principal	Moyenne	N	Ecart-type
Homme	Libéral	29,09	255	2,713
	Salarié	29,38	64	2,043
	Total	29,15	319	2,592
Femme	Libéral	29,32	155	1,933
	Salarié	29,08	59	2,053
	Total	29,25	214	1,965
Total	Libéral	29,18	410	2,447
	Salarié	29,24	123	2,045
	Total	29,19	533	2,359

En moyenne, sans différence selon le sexe ou le mode d'exercice principal, les rhumatologues ont soutenu leur thèse à l'âge de 29 ans.

## Répartition des rhumatologues selon la ville universitaire de formation

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
PARIS	125	22,1	22,1	22,1
LYON	61	10,8	10,8	32,9
LILLE	35	6,2	6,2	39,1
MONTPELLIER	35	6,2	6,2	45,3
STRASBOURG	28	5,0	5,0	50,3
MARSEILLE	26	4,6	4,6	54,9
TOULOUSE	25	4,4	4,4	59,3
TOURS	16	2,8	2,8	62,1
ROUEN	15	2,7	2,7	64,8
BREST	14	2,5	2,5	67,3
NANTES	14	2,5	2,5	69,7
SAINT ETIENNE	14	2,5	2,5	72,2
ANGERS	13	2,3	2,3	74,5
NANCY	13	2,3	2,3	76,8
RENNES	13	2,3	2,3	79,1
CAEN	12	2,1	2,1	81,2
Valide CLERMONT-FERRAND	12	2,1	2,1	83,4
GRENOBLE	12	2,1	2,1	85,5
REIMS	11	1,9	1,9	87,4
BESANCON	8	1,4	1,4	88,8
CRETEIL	8	1,4	1,4	90,3
HORS FRANCE	8	1,4	1,4	91,7
LIMOGES	8	1,4	1,4	93,1
AMIENS	7	1,2	1,2	94,3
DIJON	7	1,2	1,2	95,6
BORDEAUX	6	1,1	1,1	96,6
POITIERS	6	1,1	1,1	97,7
NICE	5	,9	,9	98,6
Non Renseigné	4	,7	,7	99,3
BRUXELLES	2	,4	,4	99,6
LE HAVRE	1	,2	,2	99,8
VERSAILLES	1	,2	,2	100,0
Total	565	100,0	100,0	

## Répartition des rhumatologues selon la région de formation

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Ile-de-France	134	23,7	23,9	23,9
	Rhône-Alpes	87	15,4	15,5	39,4
	Nord-Pas-de-Calais	35	6,2	6,2	45,6
	Languedoc-Roussillon	35	6,2	6,2	51,9
	Provence-Alpes-Côtes d'Azur	31	5,5	5,5	57,4
	Alsace	28	5,0	5,0	62,4
	Pays-de-la-Loire	27	4,8	4,8	67,2
	Bretagne	27	4,8	4,8	72,0
	Midi-Pyrénées	25	4,4	4,5	76,5
	Haute-Normandie	16	2,8	2,9	79,3
	Centre	16	2,8	2,9	82,2
	Lorraine	13	2,3	2,3	84,5
	Basse-Normandie	12	2,1	2,1	86,6
	Auvergne	12	2,1	2,1	88,8
	Champagne-Ardenne	11	1,9	2,0	90,7
	Hors France	10	1,8	1,8	92,5
	Franche-Comté	8	1,4	1,4	93,9
	Limousin	8	1,4	1,4	95,4
	Picardie	7	1,2	1,2	96,6
	Bourgogne	7	1,2	1,2	97,9
	Poitou-Charentes	6	1,1	1,1	98,9
Aquitaine	6	1,1	1,1	100,0	
	Total	561	99,3	100,0	
Manquante	Système manquant	4	,7		
Total		565	100,0		



Le croisement des réponses concernant la ville de formation et le lieu d'exercice permet d'étudier les flux entre région de formation et région d'exercice en France métropolitaine (la Corse mise à part puisqu'aucun des répondants n'y a été formé).

### **Distribution des rhumatologues selon qu'ils exercent dans leur région de formation ou non**

Région d'exercice	% de rhumatologues installés dans leur région de formation
Ile de France	63%
Champagne Ardenne	73%
Picardie	86%
Haute Normandie	50%
Centre	44%
Basse Normandie	75%
Bourgogne	57%
Nord Pas de Calais	86%
Lorraine	54%
Alsace	86%
Franche Comté	75%
Pays de la Loire	63%
Bretagne	93%
Poitou-Charentes	50%
Aquitaine	67%
Midi Pyrénées	56%
Limousin	63%
Rhône-Alpes	80%
Auvergne	67%
Languedoc Roussillon	43%
PACA	84%

## II- Formation

### Distribution des rhumatologues selon leur diplôme de formation en rhumatologie

		Effectif	N % colonne
CES de Rhumatologie	Oui	252	46,8%
	Non	286	53,2%
	Total	538	100,0%
DES de Rhumatologie	Oui	249	49,7%
	Non	252	50,3%
	Total	501	100,0%
CES ou DES autre	Oui	59	11,0%
	Non	479	89,0%
	Total	538	100,0%

Remarque : 27 répondants n'ont choisi aucune modalité de réponse, soit 5% de l'ensemble des rhumatologues.

La moitié des rhumatologues (49,7%) a déclaré être titulaire d'un DES de rhumatologie et 47% d'un CES.

*En 2003, 67% des rhumatologues avaient déclaré au moins un CES de rhumatologie et 32% au moins un DES.*

### Les formations en complément du diplôme de rhumatologie – Les DESC

Les DESC		Effectif	N % colonne
DESC de rééducation et réadaptation fonctionnelle	Oui	30	44,1%
	Non	38	55,9%
	Total	68	100,0%
DESC de gériatrie	Oui	11	16,2%
	Non	57	83,8%
	Total	68	100,0%
DESC de médecine du travail	Oui	9	13,2%
	Non	59	86,8%
	Total	68	100,0%
DESC de médecine interne	Oui	25	36,8%
	Non	43	63,2%
	Total	68	100,0%

Remarque : 497 répondants n'ont choisi aucune modalité de réponse, soit 88% de l'ensemble des rhumatologues.

*En 2003, le questionnaire ne comportait pas de question portant sur les DESC complémentaires.*

## Répartition des rhumatologues selon le nombre de formations complémentaires (DU minimum ou équivalent) déclaré

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	135	23,9	27,9	27,9
	2	126	22,3	26,0	53,9
	3	104	18,4	21,5	75,4
	4	55	9,7	11,4	86,8
	5	42	7,4	8,7	95,5
	6	14	2,5	2,9	98,3
	7	6	1,1	1,2	99,6
	8	1	,2	,2	99,8
	9	1	,2	,2	100,0
	Total	484	85,7	100,0	
Manquante	0	81	14,3		
Total		565	100,0		

Remarque : 81 répondants n'ont choisi aucune modalité de réponse, soit 14% de l'ensemble des rhumatologues.

86% des rhumatologues ont déclaré être titulaires d'au moins une formation (DU minimum ou équivalent) en complément de leur diplôme de rhumatologie.

En moyenne, les rhumatologues ont déclaré être titulaires de 2,6 DU minimum ou équivalents.

*En 2003, les modalités de réponses étant différentes et moins nombreuses, les données ne sont pas comparables.*

## Répartition des rhumatologues selon les formations en complément du diplôme de rhumatologie (DU minimum ou équivalent) déclarées

Les DU ou équivalent		Effectif	N % colonne
Formation en acupuncture	Oui	22	4,5%
	Non	462	95,5%
	Total	484	100,0%
Formation en analgésie inhalatoire	Oui	0	0,0%
	Non	484	100,0%
	Total	484	100,0%
Formation en échographie générale	Oui	6	1,2%
	Non	478	98,8%
	Total	484	100,0%
Formation en échographie ostéoarticulaire	Oui	156	32,2%
	Non	328	67,8%
	Total	484	100,0%
Formation en EMG	Oui	52	10,7%
	Non	432	89,3%
	Total	484	100,0%
Formation en hypnose	Oui	17	3,5%
	Non	467	96,5%
	Total	484	100,0%
Formation en médecine du sport	Oui	204	42,1%
	Non	280	57,9%
	Total	484	100,0%
Formation en médecine manuelle	Oui	183	37,8%
	Non	301	62,2%
	Total	484	100,0%
Formation en ostéodensitométrie	Oui	142	29,3%
	Non	342	70,7%
	Total	484	100,0%
Formation en ostéopathie fragilisante	Oui	63	13,0%
	Non	421	87,0%
	Total	484	100,0%
Formation en radioprotection	Oui	158	32,6%
	Non	326	67,4%
	Total	484	100,0%
Formation en réparation juridique	Oui	97	20,0%
	Non	387	80,0%
	Total	484	100,0%
Formation en rhumatisme inflammatoire	Oui	104	21,5%
	Non	380	78,5%
	Total	484	100,0%
Formation en rhumatologie interventionnelle	Oui	68	14,0%
	Non	416	86,0%
	Total	484	100,0%

## Répartition des rhumatologues selon leur formation clinique

		Effectif	N % colonne
Ancien interne non DES	Oui	112	25,3%
	Non	330	74,7%
	Total	442	100,0%
Ancien CCA	Oui	220	49,8%
	Non	222	50,2%
	Total	442	100,0%
PUPH	Oui	23	5,2%
	Non	419	94,8%
	Total	442	100,0%
PH	Oui	81	18,3%
	Non	361	81,7%
	Total	442	100,0%
Assistant hors CHU	Oui	36	8,1%
	Non	406	91,9%
	Total	442	100,0%
Praticien attaché contractuel	Oui	113	25,6%
	Non	329	74,4%
	Total	442	100,0%
Interne de Région Sanitaire	Oui	70	15,8%
	Non	372	84,2%
	Total	442	100,0%

Remarque : 123 répondants n'ont choisi aucune modalité de réponse, soit 22% de l'ensemble des rhumatologues.

*En 2003, les résultats ont été présentés selon une classification hiérarchisée basée sur un nombre de modalités de réponses différent de celles figurant dans le questionnaire 2014. Les données ne sont pas comparables.*

### III- Mode d'exercice principal libéral

Pour rappel, 437 rhumatologues se sont déclarés principalement libéraux, soit 77% de l'ensemble des rhumatologues.

#### Répartition des rhumatologues selon l'année d'installation en exercice libéral

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1971-1979	42	9,6	9,7	9,7
1980-1989	192	43,9	44,2	53,9
1990-1999	108	24,7	24,9	78,8
2000-2009	62	14,2	14,3	93,1
2010-2014	30	6,9	6,9	100,0
Total	434	99,3	100,0	
Manquante Système manquant	3	,7		
Total	437	100,0		

#### Répartition des rhumatologues selon l'ancienneté d'installation en libéral

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<5 ans	30	6,9	6,9	6,9
5-9 ans	27	6,2	6,2	13,1
10-14 ans	35	8,0	8,1	21,2
15-19 ans	52	11,9	12,0	33,2
20-29 ans	183	41,9	42,2	75,3
30-39 ans	99	22,7	22,8	98,2
40 ans ou +	8	1,8	1,8	100,0
Total	434	99,3	100,0	
Manquante Système manquant	3	,7		
Total	437	100,0		

## Ancienneté moyenne de l'installation en libéral (en années)

N	Valide	434
	Manquante	3
Moyenne		22,70
Médiane		25,00
Ecart-type		9,818
Centiles	25	16,00
	50	25,00
	75	29,00

## Répartition des rhumatologues libéraux selon la situation conventionnelle

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Secteur 1	216	49,4	50,5	50,5
	Secteur 2	169	38,7	39,5	90,0
	CAS	42	9,6	9,8	99,8
	Non conventionné	1	,2	,2	100,0
	Total	428	97,9	100,0	
Manquante	Système manquant	9	2,1		
Total		437	100,0		

La moitié des rhumatologues libéraux sont conventionnés secteur 1 (50%), 39% secteur 2, 10% sont en contrat d'accès aux soins.

*En 2003, la question sur la situation conventionnelle ne comportant pas la modalité CAS (Contrat d'accès aux soins), les données ne sont pas comparables.*

## Répartition des rhumatologues libéraux selon le mode d'installation

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Seul	195	44,6	44,7	44,7
	En groupe de rhumatologues	149	34,1	34,2	78,9
	En groupe multidisciplinaire	92	21,1	21,1	100,0
	Total	436	99,8	100,0	
	Manquant	1	,2		
Total		437	100,0		

L'exercice en groupe est le plus fréquent puisque 55% des rhumatologues déclarent exercer en groupe contre 45% seuls.

*En 2003, les proportions étaient similaires : respectivement 56% en groupe et 44% seuls.*

➤ **Parmi les 241 rhumatologues exerçant en groupe de rhumatologues ou en groupe multidisciplinaire**

**Répartition des types de groupe déclarés**

		Effectif	N % colonne
SCM	Oui	183	76,6%
	Non	56	23,4%
	Total	239	100,0%
SCP	Oui	7	2,9%
	Non	232	97,1%
	Total	239	100,0%
SEL	Oui	7	2,9%
	Non	232	97,1%
	Total	239	100,0%
SELURL	Oui	1	,4%
	Non	238	99,6%
	Total	239	100,0%
Collaborateur libéral	Oui	17	7,1%
	Non	222	92,9%
	Total	239	100,0%
Collaborateur salarié	Oui	0	0,0%
	Non	239	100,0%
	Total	239	100,0%
SDF	Oui	8	3,3%
	Non	231	96,7%
	Total	239	100,0%
Remplaçant	Oui	2	,8%
	Non	237	99,2%
	Total	239	100,0%
Autre groupe	Oui	25	10,5%
	Non	214	89,5%
	Total	239	100,0%

**Nombre moyen d'associés et nombre moyen de rhumatologues au sein du cabinet**

		Nombre d'associés	Nombre de rhumatologues
N	Valide	237	235
	Manquante	4	6
Moyenne		4,599	2,528
Médiane		3,000	2,000
Ecart-type		5,9064	1,4390
Minimum		2,0	1,0
Maximum		60,0	7,0



**Parmi l'ensemble des 437 rhumatologues libéraux**

**Exercice multisite**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	128	29,3	29,7	29,7
Non	303	69,3	70,3	100,0
Total	431	98,6	100,0	
Manquant	6	1,4		
Total	437	100,0		

**Exercice en clinique**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	90	20,6	20,8	20,8
Non	343	78,5	79,2	100,0
Total	433	99,1	100,0	
Manquant	4	,9		
Total	437	100,0		

➤ **Parmi les 90 rhumatologues exerçant en clinique :**

**Type d'exercice**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Temps plein	15	16,7	16,7	16,7
Temps partiel	75	83,3	83,3	100,0
Total	90	100,0	100,0	

➤ **Parmi les 75 rhumatologues exerçant en clinique à temps partiel :**

**Nombre de demi-journées par semaine**

N	Valide	59
	Manquante	16
Moyenne		2,56
Médiane		2,00
Ecart-type		2,184
Minimum		1
Maximum		9

Parmi l'ensemble des 437 rhumatologues libéraux :

### Exercice hospitalier

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	187	42,8	43,7	43,7
Non	241	55,1	56,3	100,0
Total	428	97,9	100,0	
Manquant	9	2,1		
Total	437	100,0		

➤ Parmi les 187 rhumatologues exerçant à l'hôpital,

### Nombre de demi-journées par semaine

N	Valide	181
	Manquante	6
	Moyenne	2,02
	Médiane	1,00
	Ecart-type	1,626
	Minimum	1
	Maximum	11

### Statut des rhumatologues déclarant un exercice hospitalier

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Praticien attaché	156	83,4	83,9	83,9
Praticien hospitalier	18	9,6	9,7	93,5
Autre	12	6,4	6,5	100,0
Total	186	99,5	100,0	
Manquant	1	,5		
Total	187	100,0		

**Parmi l'ensemble des 437 rhumatologues libéraux :**

**Médecine thermique**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	19	4,3	4,4	4,4
Non	416	95,2	95,6	100,0
Total	435	99,5	100,0	
Manquant	2	,5		
Total	437	100,0		

➤ **Parmi les 19 rhumatologues exerçant pratiquant la médecine thermique, Activité principale**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	6	31,6	33,3	33,3
Non	12	63,2	66,7	100,0
Total	18	94,7	100,0	
Manquant	1	5,3		
Total	19	100,0		

**Prescription de biomédicaments**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	247	56,5	57,4	57,4
Non	183	41,9	42,6	100,0
Total	430	98,4	100,0	
Système manquant	7	1,6		
Total	437	100,0		

➤ **Parmi les 183 rhumatologues n'ayant pas accès à la prescription de biomédicaments,**

**Situation gênante**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	101	55,2	58,0	58,0
Non	73	39,9	42,0	100,0
Total	174	95,1	100,0	
Système manquant	9	4,9		
Total	183	100,0		

### III- 1 Le personnel des cabinets libéraux

**Remarque : nombreuses valeurs manquantes pour la question nombre d'heures/nombre de médecins pouvant indiquer une mauvaise compréhension de la question.**

	Nombre d'heures par semaine							
	N total	%	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Secrétaire(s)	325	74,5%	304	48,4	38,0	30,3	6	170
Infirmière de consultation	6	1,4%	5	17,6	12,0	17,0	2	39
Infirmière ETP	4	0,9%	2	5,5	5,5	2,1	4	7
Infirmière avec délégation de tâche	3	0,7%	3	24,7	35,0	17,9	4	35
Kinésithérapeute salarié	13	3,0%	10	44,8	38,5	23,1	7	80
Manipulateur radio	62	14,4%	60	42,0	35,0	21,1	2	94
Personnel d'entretien	327	75,9%	302	8,1	6,0	8,0	1	70
Secrétariat téléphonique	160	37,3%	133	50,2	50,0	50,2	2	520

Remarque : Au vue de la faiblesse des effectifs pris en compte pour les calculs et signalés en grisé dans le tableau ci-dessus, l'interprétation des moyennes doit être réalisée avec prudence.

	Nombre d'heures par médecin							
	N total	%	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Secrétaire(s)	325	74,5%	176	20,8	20,0	11,7	0	64
Infirmière de consultation	6	1,4%	1	1,0	1,0		1	1
Infirmière ETP	4	0,9%	2	1,0	1,0	0,0	1	1
Infirmière avec délégation de tâche	3	0,7%	5	13,7	7,0	14,2	4	30
Kinésithérapeute salarié	13	3,0%	39	57,8	13,0	107,6	1	250
Manipulateur radio	62	14,4%	144	13,1	11,0	9,4	1	50
Personnel d'entretien	327	75,9%	54	3,7	3,0	3,5	1	35
Secrétariat téléphonique	160	37,3%	133	35,1	19,0	70,8	1	520

Remarque : Au vue de la faiblesse des effectifs pris en compte pour les calculs et signalés en grisé dans le tableau ci-dessus, l'interprétation des moyennes doit être réalisée avec prudence.

En 2003, 73% des rhumatologues libéraux employaient une secrétaire contre 74,5% en 2014.

$p = 0,66$  il n'y a pas de différence significative

En 2003, 4% des rhumatologues libéraux employaient un kinésithérapeute contre 3% en 2014.

$p=0,49$  il n'y a pas de différence significative

En 2003, 10% des rhumatologues libéraux employaient un manipulateur radio contre 14,4% en 2014.

$p = 0,01$  il y a une différence significative entre 2003 et 2014

En 2003, 45% des rhumatologues libéraux employaient du personnel d'entretien contre 75,9% en 2014.

$p<0,01$  il y a une différence significative entre 2003 et 2014.

## III- 2 L'équipement informatique du cabinet ou du service hospitalier

Parmi l'ensemble des 437 rhumatologues libéraux :

Utilisation du matériel informatique		2014		2003	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Comptabilité informatisée	Oui	267	65,3%	509	60,4%
	Non	142	34,7%	334	39,6%
	Total	409	100,0%	843	100,0%
Secrétariat informatisé	Oui	329	80,4%	701	83,2%
	Non	80	19,6%	142	16,8%
	Total	409	100,0%	843	100,0%
Rendez-vous sur site de consultation	Oui	196	47,9%	Rubriques inexistantes	
	Non	213	52,1%		
	Total	409	100,0%		
Prise de rendez-vous par internet	Oui	42	10,3%		
	Non	367	89,7%		
	Total	409	100,0%		
Gestion des dossiers médicaux informatisée	Oui	344	84,1%	566	67,1%
	Non	65	15,9%	277	32,9%
	Total	409	100,0%	843	100,0%

En 2014, dans les cabinets équipés en informatiques, le motif d'utilisation le plus fréquemment cité est la gestion des dossiers médicaux (84%). Ce motif n'apparaissait qu'en 3<sup>ème</sup> position en 2003 dans seulement les deux tiers des cabinets (la différence est significative,  $p < 0.01$ ). S'agissant de la comptabilité et du secrétariat, il n'y a pas de différences significatives.

Autres utilisations informatiques		Effectif	N % colonne
Messagerie sécurisée	Oui	186	43,6%
	Non	241	56,4%
	Total	427	100,0%
Logiciel DMP compatible	Oui	223	53,5%
	Non	194	46,5%
	Total	417	100,0%
Internet pendant les consultations	Oui	347	81,1%
	Non	81	18,9%
	Total	428	100,0%
Adresse mail professionnelle	Oui	353	81,7%
	Non	79	18,3%
	Total	432	100,0%
Email professionnel aux patients	Oui	162	38,6%
	Non	258	61,4%
	Total	420	100,0%
Télétransmission	Oui	411	94,3%
	Non	25	5,7%
	Total	436	100,0%

## IV- Mode d'exercice principal salarié

Pour rappel, 128 rhumatologues se sont déclarés principalement salariés, soit 23% de l'ensemble des rhumatologues.

### Répartition des rhumatologues salariés selon le type d'établissement dans lequel ils exercent leur activité

		Effectif	N % colonne
Etablissement public	Oui	24	18,8%
	Non	104	81,3%
	Total	128	100,0%
CHU	Oui	69	53,9%
	Non	59	46,1%
	Total	128	100,0%
CHG	Oui	36	28,1%
	Non	92	71,9%
	Total	128	100,0%
CHR non CHU	Oui	2	1,6%
	Non	126	98,4%
	Total	128	100,0%
Hôpital local	Oui	0	0,0%
	Non	128	100,0%
	Total	128	100,0%
Clinique privée à but lucratif	Oui	2	1,6%
	Non	126	98,4%
	Total	128	100,0%
ESPIC	Oui	9	7,0%
	Non	119	93,0%
	Total	128	100,0%
Centre de soin mutualiste	Oui	2	1,6%
	Non	126	98,4%
	Total	128	100,0%
Centre de soin non mutualiste	Oui	6	4,7%
	Non	122	95,3%
	Total	128	100,0%
Industrie pharmaceutique	Oui	1	,8%
	Non	127	99,2%
	Total	128	100,0%
Salarié en tant qu'ARC	Oui	0	0,0%
	Non	128	100,0%
	Total	128	100,0%

Remarque : la modalité de réponse « Etablissement public » ne semble pas avoir été utilisée systématiquement par les répondants concernés qui ont probablement répondu à cette question comme si elle était à choix unique.

- 6 individus ont répondu uniquement à la modalité « établissement public » sans précision sur le type d'établissement (CHU, CHG,...),
- 99 individus ont répondu à une modalité de la question sans préciser s'il s'agit d'un établissement public,
- 18 individus ont répondu à une modalité en indiquant aussi qu'il s'agit d'un établissement public,
- 5 individus ont répondu à 2 modalités mais sans préciser s'il s'agit d'un établissement public.

## Statut

Remarque : Les rhumatologues salariés pouvant exercer dans plusieurs types d'établissement et la question sur le statut hospitalier n'étant pas filtrée, il manquait un saut conditionnel sur cette question donc certains répondants non hospitalier ont dû y répondre.

### Répartition des rhumatologues exerçant principalement comme salarié selon le statut déclaré

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
PH	63	49,2	50,8	50,8
PUPH	20	15,6	16,1	66,9
CCA	12	9,4	9,7	76,6
Praticien attaché	4	3,1	3,2	79,8
Autre	25	19,5	20,2	100,0
Total	124	96,9	100,0	
Manquante	4	3,1		
Total	128	100,0		

### Répartition des rhumatologues exerçant principalement comme salarié selon le statut déclaré et le type d'établissement

		Statut					
		PH	PUPH	CCA	Praticien attaché	Autre	Total
		Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Etablissement public	Oui	13	3	2	1	5	24
CHU	Oui	23	20	11	2	13	69
CHG	Oui	32	0	1	1	2	36
CHR non CHU	Oui	0	0	0	0	2	2
Hopital local	Oui	0	0	0	0	0	0
Clinique privée à but lucratif	Oui	0	0	0	0	2	2
ESPIC	Oui	4	0	0	0	4	8
Centre de soin mutualiste	Oui	0	0	0	0	1	1
Centre de soin non mutualiste	Oui	1	0	0	1	2	4
Industrie pharmaceutique	Oui	0	0	0	1	0	1
Salarié en tant qu'ARC	Oui	0	0	0	0	0	0

## Type de contrat

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Temps plein	102	79,7	82,9	82,9
Temps partiel	21	16,4	17,1	100,0
Total	123	96,1	100,0	
Manquante	5	3,9		
Total	128	100,0		

Remarque : au regard des réponses aux questions précédentes cette question a été traitée pour l'ensemble des rhumatologues salariés

### Si temps partiel, nombre de demi-journées par semaine

N	Valide	20
	Manquante	1
	Moyenne	5,25
	Médiane	5,50
	Mode	6
	Ecart-type	2,099
	Minimum	1
	Maximum	9



## Secteur privé

### Situation conventionnelle

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide				
Secteur 1	7	5,5	41,2	41,2
Secteur 2	9	7,0	52,9	94,1
CAS	1	,8	5,9	100,0
Total	17	13,3	100,0	
Manquante				
Système manquant	111	86,7		
Total	128	100,0		

### Répartition des rhumatologues déclarant exercer en secteur privé (N=17) selon le type d'établissement d'exercice

		Situation conventionnelle					
		Secteur 1	Secteur 2	DP	CAS	Non conventionné	Total
		Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Etablissement public	Oui	3	1	0	0	0	4
CHU	Oui	0	4	0	1	0	5
CHG	Oui	4	3	0	0	0	7
CHR non CHU	Oui	0	0	0	0	0	0
Hopital local	Oui	0	0	0	0	0	0
Clinique privée à but lucratif	Oui	0	0	0	0	0	0
ESPIC	Oui	3	1	0	0	0	4
Centre de soin mutualiste	Oui	0	0	0	0	0	0
Centre de soin non mutualiste	Oui	1	0	0	0	0	1
Industrie pharmaceutique	Oui	0	0	0	0	0	0
Salarié en tant qu'ARC	Oui	0	0	0	0	0	0

## V-Consultation et participation à un tour de gardes ou d'astreintes (quel que soit le mode d'exercice principal)

### Nombre moyen de demi-journées de consultation par semaine et nombre moyen de consultation par semaine

	Nombre de demi-journées de consultation par semaine	Nombre de consultations
N Valide	549	534
Manquante	16	31
Moyenne	7,04	81,41
Médiane	8,00	80,00
Ecart-type	2,574	49,910
Minimum	1	1
Maximum	12	450

En moyenne, les rhumatologues déclarent 7 demi-journées de consultation au cours desquels ils réalisent en moyenne plus de 81 consultations.

### Nombre moyen de demi-journées de consultation par semaine et nombre moyen de consultation par semaine selon le mode d'exercice principal

	Libéraux		Salariés	
	Nombre de demi-journées de consultation par semaine	Nombre de consultations	Nombre de demi-journées de consultation par semaine	Nombre de consultations
N Valide	425	416	125	119
Manquante	12	21	3	9
Moyenne	8,0	96,2	3,6	29,1
Médiane	8	90	3	30
Mode	8	100	3	30
Ecart-type	1,8	45,7	1,8	20,5
Minimum	1	2	0	0
Maximum	12	450	10	100

Le mode d'exercice principal est lié à l'activité de consultation. Les libéraux déclarent en moyenne 2 fois plus de demi-journées de consultation (8 contre 3,6 pour les salariés) et ils réalisent en moyenne 3 fois plus de consultations (96,2 contre 29,1) pour les salariés.

*En 2003, les consultations étaient envisagées dans la rubrique « Répartition du temps professionnel », elles étaient quantifiées en nombre d'heures par semaine. Les données ne sont pas comparables.*

## Participation à un tour de gardes ou d'astreintes

Remarque : un rhumatologue peut participer à un tour de gardes et/ou d'astreintes.

### Répartition des rhumatologues selon la participation à un tour de gardes et/ou d'astreintes

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Gardes et astreintes	33	5,8	5,8	5,8
	Astreintes uniquement	84	14,9	14,9	20,7
	Gardes uniquement	7	1,2	1,2	21,9
	Aucune des 2	441	78,1	78,1	100,0
	Total	565	100,0	100,0	

Près d'un rhumatologue sur quatre (22%, N=124) se déclare impliqué dans un tour de garde et/ou d'astreinte. Ces dernières sont beaucoup plus fréquentes puisqu'elles concernent 21% (5,8%+14,9%, N=33+84) des rhumatologues alors que la participation à un tour de garde n'en concerne que 7% (5,8%+1,2%, N=33+7).

*Les proportions observées étaient semblables en 2003 (pas de différence significative).*

### Répartition des rhumatologues selon la participation à un tour de gardes et/ou d'astreintes et le mode d'exercice principal

		Mode d'exercice principal				Total	
		Libéral		Salarié			
		Effectif	% compris dans Mode d'exercice principal	Effectif	% compris dans Mode d'exercice principal	Effectif	% compris dans Mode d'exercice principal
Participation à un tour de garde ou d'astreinte	Gardes et astreintes	5	1,1%	28	21,9%	33	5,8%
	Astreintes uniquement	20	4,6%	64	50,0%	84	14,9%
	Gardes uniquement	2	,5%	5	3,9%	7	1,2%
	Aucune des 2	410	93,8%	31	24,2%	441	78,1%
Total		437	100,0%	128	100,0%	565	100,0%

La participation à un tour de garde ou d'astreinte est plus fréquente pour le statut salarié.

## Nombre moyen de gardes et d'astreintes par mois

		Nombre de gardes par mois (Total = 40 rhumatologues)	Nombre d'astreintes par mois (Total = 117 rhumatologues)
N	Valide	29	98
	Manquante	11	19
Moyenne		1,79	2,55
Médiane		1,00	1,00
Ecart-type		1,292	2,894
Minimum		1	1
Maximum		6	15

## Nombre de gardes et d'astreintes par mois selon le mode d'exercice principal

Mode d'exercice principal		Nombre de gardes par mois	Nombre d'astreintes par mois
Libéral	N	4	21
	Moyenne	2,00	3,95
	Médiane	1,00	2,00
	Ecart-type	2,000	3,943
	Minimum	1	1
	Maximum	5	15
Salarié	N	25	77
	Moyenne	1,76	2,17
	Médiane	1,00	1,00
	Ecart-type	1,200	2,430
	Minimum	1	1
	Maximum	6	15
Total	N	29	98
	Moyenne	1,79	2,55
	Médiane	1,00	1,00
	Ecart-type	1,292	2,894
	Minimum	1	1
	Maximum	6	15

Remarque : Au vue de la faiblesse des effectifs pris en compte pour les calculs, l'interprétation des moyennes doit être réalisée avec prudence.

## Type de gardes et d'astreintes

Parmi l'ensemble des rhumatologues (N=40) qui ont déclaré participé à un tour de gardes

### Type de gardes

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Polyvalentes	29	72,5	74,4
	Rhumatologiques	9	22,5	97,4
	Autres	1	2,5	100,0
	Total	39	97,5	100,0
Manquante	Système manquant	1	2,5	
Total	40	100,0		

Parmi l'ensemble des rhumatologues (N=117) qui ont déclaré participé à un tour d'astreintes

### Type d'astreintes

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Polyvalentes	48	41,0	41,7
	Rhumatologiques	65	55,6	98,3
	Autres	2	1,7	100,0
	Total	115	98,3	100,0
Manquante	Système manquant	2	1,7	
Total	117	100,0		

Les gardes sont majoritairement des gardes polyvalentes (74,4%) alors que les astreintes sont majoritairement des astreintes rhumatologiques (56,5%).

## VI- Actes diagnostiques pratiqués

### Répartition des actes diagnostiques pratiqués selon le mode d'exercice principal

		Mode d'exercice principal					
		Libéral		Salarié		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Radiographies	Oui	159	36%	17	13%	176	31%
	Non	278	64%	111	87%	389	69%
Echographies	Oui	129	30%	52	41%	181	32%
	Non	308	70%	76	59%	384	68%
EMG	Oui	54	12%	9	7%	63	11%
	Non	383	88%	119	93%	502	89%
Densitométries	Oui	197	45%	43	34%	240	42%
	Non	240	55%	85	66%	325	58%
Biopsies synoviales	Oui	8	2%	19	15%	27	5%
	Non	429	98%	109	85%	538	95%
Biopsies des glandes salivaires	Oui	12	3%	58	45%	70	12%
	Non	425	97%	70	55%	495	88%
Biopsies osseuses	Oui	4	1%	38	30%	42	7%
	Non	433	99%	90	70%	523	93%
Biopsies cutanées	Oui	1	0%	31	24%	32	6%
	Non	436	100%	97	76%	533	94%
Lectures du liquide synovial	Oui	16	4%	39	30%	55	10%
	Non	421	96%	89	70%	510	90%

#### Test du Chi-Deux de Pearson

		Mode d'exercice principal
Radiographies	Khi-Chi-deux	24,639
	ddl	1
	Sig.	,000*
Echographies	Khi-Chi-deux	5,608
	ddl	1
	Sig.	,018*
EMG	Khi-Chi-deux	2,633
	ddl	1
	Sig.	,105
Densitométries	Khi-Chi-deux	5,141
	ddl	1
	Sig.	,023*

Seule la pratique de l'EMG ne diffère pas selon le mode d'exercice principal.

#### Test du Chi-Deux de Pearson

		Mode d'exercice principal
Biopsies synoviales	Khi-Chi-deux	36,843
	ddl	1
	Sig.	,000*
Biopsies des glandes salivaires	Khi-Chi-deux	161,233
	ddl	1
	Sig.	,000*
Biopsies osseuses	Khi-Chi-deux	115,255
	ddl	1
	Sig.	,000*
Biopsies cutanées	Khi-Chi-deux	102,834
	ddl	1
	Sig.	,000*
Lectures du liquide synovial	Khi-Chi-deux	80,282
	ddl	1
	Sig.	,000*

## Nombre moyen d'actes diagnostiques réalisés sur site par mois

Actes diagnostiques sur site	Total					
	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Radiographie	150	99,5	80,0	86,1	10	600
Echographie	155	49,6	30,0	48,1	3	300
EMG	51	35,1	30,0	23,4	1	100
Densitométrie	143	32,0	20,0	41,8	2	250
Biopsie synoviale	16	3	2	6	1	24
Biopsie des glandes salivaires	46	4	3	4	1	20
Biopsie osseuse	24	2	1	1	1	5
Biopsie cutanée	14	2,7	2,0	1,7	1	5
Lecture du liquide synovial	40	13,5	9,0	14,5	1	50

Remarque : Les rhumatologues semblent avoir eu des difficultés à renseigner les nombres d'actes par mois, il y a beaucoup de valeurs manquantes.

## Nombre moyen d'actes diagnostiques réalisés sur site par mois selon le mode d'exercice principal

	Mode d'exercice principal											
	Libéral						Salarié					
	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Radiographie	143	98,0	80,0	83,8	10	600	7	130,0	50,0	129,5	10	300
Echographie	116	53,3	40,0	45,9	3	200	39	38,4	25,0	53,2	3	300
EMG	50	35,3	30,0	23,6	1	100	1	25,0	25,0		25	25
Densitométrie	113	22,7	20,0	23,1	2	200	30	67,1	45,0	69,9	8	250
Biopsie synoviale	3	10	4	12	2	24	13	2	1	1	1	3
Biopsie des glandes salivaires	3	2	2	2	1	4	43	4	3	4	1	20
Biopsie osseuse	1	1	1		1	1	23	2	1	1	1	5
Biopsie cutanée	0						14	2,7	2,0	1,7	1	5
Lecture du liquide synovial	12	15,6	8,5	17,6	1	50	28	12,6	9,0	13,3	1	50

Remarque : Les rhumatologues semblent avoir eu des difficultés à renseigner les nombres d'actes par mois, il y a beaucoup de valeurs manquantes.

## Nombre moyen d'actes diagnostiques réalisés hors site par mois

	Total					
	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Radiographie	10	41,5	26,0	40,1	8	120
Echographie	22	16,3	10,0	14,4	2	50
EMG	11	19,5	12,0	19,0	2	60
Densitométrie	84	16,1	15,0	10,9	1	60
Biopsie synoviale	4	1,8	1,5	1,0	1	3
Biopsie des glandes salivaires	9	3,2	1,0	3,1	1	10
Biopsie osseuse	2	3,0	3,0	2,8	1	5
Biopsie cutanée	2	5,5	5,5	0,7	5	6
Lecture du liquide synovial	7	18,4	10,0	21,8	0	50

Remarque : Les rhumatologues semblent avoir eu des difficultés à renseigner les nombres d'actes par mois, il y a beaucoup de valeurs manquantes.

## Nombre moyen d'actes diagnostiques réalisés hors site par mois selon le mode d'exercice principal

	Mode d'exercice principal											
	Libéral						Salarié					
	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Radiographie	7	33,6	20,0	33,7	8	100	3	60,0	50,0	55,7	10	120
Echographie	17	15,7	10,0	12,7	2	50	5	18,4	5,0	21,0	2	50
EMG	9	16,9	10,0	17,8	2	60	2	31,0	31,0	26,9	12	50
Densitométrie	78	16,9	15,0	10,9	1	60	6	5,8	5,0	3,5	1	10
Biopsie synoviale	4	2	2	1	1	3	0					
Biopsie des glandes salivaires	7	3	1	3	1	10	2	3	3	3	1	5
Biopsie osseuse	1	5	5		5	5	1	1	1		1	1
Biopsie cutanée	0						2	5,5	5,5	0,7	5	6
Lecture du liquide synovial	4	6,0	7,0	4,9	0	10	3	35,0	50,0	26,0	5	50

Remarque : Les rhumatologues semblent avoir eu des difficultés à renseigner les nombres d'actes par mois, il y a beaucoup de valeurs manquantes.



## VII- Actes thérapeutiques pratiqués

### Répartition des actes thérapeutiques pratiqués selon le mode d'exercice principal

Actes thérapeutiques		Mode d'exercice principal					
		Libéral		Salarié		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Infiltrations sans guidage	Oui	427	97,7%	120	93,8%	547	96,8%
Infiltrations avec guidage sous rayons X	Oui	120	27,5%	41	32,0%	161	28,5%
Infiltrations avec guidage échographique	Oui	108	24,7%	44	34,4%	152	26,9%
Injections d'acide hyaluronique dans le genou sans guidage	Oui	426	97,5%	114	89,1%	540	95,6%
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage sous rayon X	Oui	34	7,8%	17	13,3%	51	9,0%
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage échographique	Oui	43	9,8%	19	14,8%	62	11,0%
Injections d'acide hyaluronique hors genou sans guidage	Oui	209	47,8%	35	27,3%	244	43,2%
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage sous rayon X	Oui	103	23,6%	26	20,3%	129	22,8%
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage échographique	Oui	63	14,4%	24	18,8%	87	15,4%
Ponctions articulaires	Oui	421	96,3%	125	97,7%	546	96,6%
Ponctions articulaires avec guidage sous rayons X	Oui	48	11,0%	32	25,0%	80	14,2%
Ponctions articulaires avec guidage échographique	Oui	100	22,9%	45	35,2%	145	25,7%
Evacuations + infiltrations sans guidage	Oui	419	95,9%	125	97,7%	544	96,3%
Evacuations +infiltrations avec guidage sous rayons X	Oui	54	12,4%	24	18,8%	78	13,8%
Evacuations + infiltrations avec guidage échographique	Oui	95	21,7%	40	31,3%	135	23,9%
Ponctions calcification sous échographie	Oui	34	7,8%	21	16,4%	55	9,7%
Ponctions calcification sous radiographie	Oui	58	13,3%	22	17,2%	80	14,2%
Hypnose	Oui	11	2,5%	4	3,1%	15	2,7%
Mésothérapie	Oui	135	30,9%	10	7,8%	145	25,7%
Rééducation fonctionnelle	Oui	34	7,8%	16	12,5%	50	8,8%
Aponévrotomie	Oui	43	9,8%	11	8,6%	54	9,6%
Manipulation	Oui	136	31,1%	11	8,6%	147	26,0%
Traction	Oui	43	9,8%	17	13,3%	60	10,6%
Vertébroplastie	Oui	5	1,1%	15	11,7%	20	3,5%
Arthroscopie du genou	Oui	12	2,7%	5	3,9%	17	3,0%

## Nombre moyen d'actes thérapeutiques réalisés sur site par mois

Actes thérapeutiques	Total					
	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Infiltrations sans guidage	460	80,9	60,0	73,9	1	600
Infiltrations avec guidage sous rayons X	110	32,4	16,0	45,2	1	350
Infiltrations avec guidage échographique	123	27,3	15,0	37,4	1	200
Injections d'acide hyaluronique dans le genou sans guidage	467	50,8	40,0	46,6	1	300
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage sous rayon X	41	14,9	8,0	18,7	1	80
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage échographique	51	18,0	5,0	28,2	1	120
Injections d'acide hyaluronique hors genou sans guidage	200	20,6	5,0	32,2	1	180
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage sous rayon X	88	7,6	4,5	9,4	1	50
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage échographique	64	7,5	4,0	9,8	1	50
Ponctions articulaires	464	19,9	10,0	26,2	1	262
Ponctions articulaires avec guidage sous rayons X	53	4,3	5,0	3,3	1	20
Ponctions articulaires avec guidage échographique	110	7,3	5,0	6,7	1	40
Evacuations + infiltrations sans guidage	458	17,3	10,0	24,7	1	250
Evacuations +infiltrations avec guidage sous rayons X	51	5,5	2,0	7,8	1	40
Evacuations + infiltrations avec guidage échographique	100	7,2	5,0	8,9	1	50
Ponctions calcification sous échographie	38	3,7	2,0	5,1	1	20
Ponctions calcification sous radiographie	42	3,2	2,0	2,7	1	10
Hypnose	12	11,5	5,0	17,0	1	60
Mésothérapie	124	31,6	10,0	53,5	1	400
Rééducation fonctionnelle	30	53,3	20,0	85,2	2	400
Aponévrotomie	38	3,6	2,0	3,3	1	10
Manipulation	128	50,6	20,0	78,2	1	450
Traction	46	41,2	12,5	131,7	1	900
Vertébroplastie	12	3,3	1,5	3,1	1	10
Arthroscopie du genou	5	4,4	1,0	6,1	1	15

Remarque : Les rhumatologues semblent avoir eu des difficultés à renseigner les nombres d'actes par mois, il y a beaucoup de valeurs manquantes.

## Nombre moyen d'actes thérapeutiques réalisés sur site par mois chez les rhumatologues libéraux

Actes thérapeutiques	Libéral					
	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Infiltrations sans guidage	358	96,3	80,0	75,9	2	600
Infiltrations avec guidage sous rayons X	81	35,8	20,0	50,4	1	350
Infiltrations avec guidage échographique	88	32,9	20,0	42,2	1	200
Injections d'acide hyaluronique dans le genou sans guidage	371	60,1	50,0	47,0	3	300
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage sous rayon X	26	19,8	10,0	21,4	1	80
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage échographique	36	23,8	7,5	31,8	1	120
Injections d'acide hyaluronique hors genou sans guidage	175	22,6	5,0	33,8	1	180
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage sous rayon X	68	8,6	5,0	10,4	1	50
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage échographique	48	9,0	5,0	10,8	1	50
Ponctions articulaires	365	22,5	15,0	28,6	1	262
Ponctions articulaires avec guidage sous rayons X	32	4,7	5,0	3,7	1	20
Ponctions articulaires avec guidage échographique	77	7,7	5,0	7,3	1	40
Evacuations + infiltrations sans guidage	363	19,6	10,0	26,8	1	250
Evacuations +infiltrations avec guidage sous rayons X	35	6,4	2,0	9,2	1	40
Evacuations + infiltrations avec guidage échographique	73	7,6	5,0	9,7	1	50
Ponctions calcification sous échographie	26	4,3	2,0	6,0	1	20
Ponctions calcification sous radiographie	32	3,4	2,0	3,0	1	10
Hypnose	9	5,4	3,0	5,8	1	20
Mésothérapie	118	32,7	10,0	54,5	1	400
Rééducation fonctionnelle	23	39,2	15,0	51,4	2	200
Aponévrotomie	32	3,8	2,0	3,2	1	10
Manipulation	120	53,4	20,0	80,0	1	450
Traction	35	50,6	20,0	150,1	1	900
Vertébroplastie	2	1,0	1,0	0,0	1	1
Arthroscopie du genou	5	4,4	1,0	6,1	1	15

Remarque : Les rhumatologues semblent avoir eu des difficultés à renseigner les nombres d'actes par mois, il y a beaucoup de valeurs manquantes.

## Nombre moyen d'actes thérapeutiques réalisés sur site par mois chez les rhumatologues salariés

Actes thérapeutiques	Salarié					
	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Infiltrations sans guidage	102	26,9	20,0	26,2	1	150
Infiltrations avec guidage sous rayons X	29	22,9	15,0	24,0	1	100
Infiltrations avec guidage échographique	35	13,0	10,0	12,5	1	60
Injections d'acide hyaluronique dans le genou sans guidage	96	14,7	8,0	19,7	1	150
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage sous rayon X	15	6,2	5,0	7,3	1	30
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage échographique	15	4,1	2,0	3,2	1	10
Injections d'acide hyaluronique hors genou sans guidage	25	6,2	5,0	5,2	1	20
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage sous rayon X	20	4,2	4,0	2,8	1	10
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage échographique	16	2,9	2,0	2,5	1	10
Ponctions articulaires	99	10,3	8,0	8,8	1	50
Ponctions articulaires avec guidage sous rayons X	21	3,8	3,0	2,6	1	10
Ponctions articulaires avec guidage échographique	33	6,4	5,0	4,8	1	20
Evacuations + infiltrations sans guidage	95	8,5	5,0	10,2	1	50
Evacuations +infiltrations avec guidage sous rayons X	16	3,6	2,0	2,8	1	10
Evacuations + infiltrations avec guidage échographique	27	6,0	4,0	6,5	1	30
Ponctions calcification sous échographie	12	2,3	1,5	1,6	1	5
Ponctions calcification sous radiographie	10	2,6	2,5	1,3	1	5
Hypnose	3	29,7	25,0	28,3	4	60
Mésothérapie	6	10,2	1,5	14,7	1	36
Rééducation fonctionnelle	7	99,7	30,0	148,8	8	400
Aponévrotomie	6	2,5	1,0	3,7	1	10
Manipulation	8	8,0	7,5	5,9	1	20
Traction	11	11,4	10,0	13,9	1	50
Vertébroplastie	10	3,7	3,0	3,2	1	10
Arthroscopie du genou	0					

Remarque : Les rhumatologues semblent avoir eu des difficultés à renseigner les nombres d'actes par mois, il y a beaucoup de valeurs manquantes.

## Nombre moyen d'actes thérapeutiques réalisés hors site par mois

Actes thérapeutiques	Total					
	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Infiltrations sans guidage	50	22,7	15,0	27,2	1	150
Infiltrations avec guidage sous rayons X	35	16,3	10,0	17,8	1	80
Infiltrations avec guidage échographique	14	12,5	10,0	8,8	1	30
Injections d'acide hyaluronique dans le genou sans guidage	45	19,2	10,0	29,1	1	150
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage sous rayon X	6	10,3	10,0	5,7	2	20
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage échographique	4	5,5	5,0	1,7	4	8
Injections d'acide hyaluronique hors genou sans guidage	9	6,8	4,0	6,5	1	20
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage sous rayon X	28	5,7	4,5	5,1	1	20
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage échographique	11	5,3	5,0	4,1	1	15
Ponctions articulaires	43	5,6	4,0	5,6	1	30
Ponctions articulaires avec guidage sous rayons X	11	3,3	2,0	2,1	1	8
Ponctions articulaires avec guidage échographique	12	4,5	2,0	5,5	1	20
Evacuations + infiltrations sans guidage	42	6,5	4,0	8,5	1	50
Evacuations +infiltrations avec guidage sous rayons X	11	3,6	2,0	4,4	1	14
Evacuations + infiltrations avec guidage échographique	11	5,1	5,0	5,3	1	20
Ponctions calcification sous échographie	7	2,3	2,0	1,1	1	4
Ponctions calcification sous radiographie	18	2,0	2,0	1,3	1	5
Hypnose	0					
Mésothérapie	5	8,8	2,0	10,8	1	25
Rééducation fonctionnelle	12	23,0	20,0	32,1	1	120
Aponévrotomie	11	15,8	5,0	16,7	1	40
Manipulation	16	5,3	4,5	5,0	1	20
Traction	3	2,3	3,0	1,2	1	3
Vertébroplastie	2	1,0	1,0	0,0	1	1
Arthroscopie du genou	5	1,8	1,0	1,1	1	3

Remarque : Les rhumatologues semblent avoir eu des difficultés à renseigner les nombres d'actes par mois, il y a beaucoup de valeurs manquantes.

## Nombre moyen d'actes thérapeutiques réalisés hors site par mois chez les rhumatologues libéraux

Actes thérapeutiques	Libéral					
	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Infiltrations sans guidage	42	17,7	11,0	16,9	1	80
Infiltrations avec guidage sous rayons X	32	16,7	10,0	18,5	1	80
Infiltrations avec guidage échographique	13	11,2	10,0	7,5	1	30
Injections d'acide hyaluronique dans le genou sans guidage	37	13,4	10,0	17,1	1	96
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage sous rayon X	6	10,3	10,0	5,7	2	20
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage échographique	4	5,5	5,0	1,7	4	8
Injections d'acide hyaluronique hors genou sans guidage	9	6,8	4,0	6,5	1	20
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage sous rayon X	28	5,7	4,5	5,1	1	20
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage échographique	11	5,3	5,0	4,1	1	15
Ponctions articulaires	36	4,9	3,5	4,1	1	20
Ponctions articulaires avec guidage sous rayons X	10	2,8	2,0	1,4	1	5
Ponctions articulaires avec guidage échographique	12	4,5	2,0	5,5	1	20
Evacuations + infiltrations sans guidage	34	6,0	4,0	8,7	1	50
Evacuations +infiltrations avec guidage sous rayons X	11	3,6	2,0	4,4	1	14
Evacuations + infiltrations avec guidage échographique	9	5,0	4,0	5,9	1	20
Ponctions calcification sous échographie	6	2,0	2,0	0,9	1	3
Ponctions calcification sous radiographie	17	1,8	2,0	1,1	1	5
Hypnose	0					
Mésothérapie	4	7,3	1,5	11,8	1	25
Rééducation fonctionnelle	11	22,8	20,0	33,6	1	120
Aponévrotomie	10	15,8	5,0	17,6	1	40
Manipulation	16	5,3	4,5	5,0	1	20
Traction	3	2,3	3,0	1,2	1	3
Vertébroplastie	1	1,0	1,0		1	1
Arthroscopie du genou	5	1,8	1,0	1,1	1	3

## Nombre moyen d'actes thérapeutiques réalisés hors site par mois chez les rhumatologues salariés

Actes thérapeutiques	Salariés					
	N valide	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Infiltrations sans guidage	8	48,6	31,0	51,0	2	150
Infiltrations avec guidage sous rayons X	3	12,0	12,0	8,0	4	20
Infiltrations avec guidage échographique	1	30,0	30,0		30	30
Injections d'acide hyaluronique dans le genou sans guidage	8	45,6	17,5	53,4	5	150
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage sous rayon X	0					
Injections d'acide hyaluronique dans le genou avec guidage échographique	0					
Injections d'acide hyaluronique hors genou sans guidage	0					
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage sous rayon X	0					
Injections d'acide hyaluronique hors genou avec guidage échographique	0					
Ponctions articulaires	7	9,3	5,0	9,9	2	30
Ponctions articulaires avec guidage sous rayons X	1	8,0	8,0		8	8
Ponctions articulaires avec guidage échographique	0					
Evacuations + infiltrations sans guidage	8	8,8	9,0	7,8	1	25
Evacuations +infiltrations avec guidage sous rayons X	0					
Evacuations + infiltrations avec guidage échographique	2	5,5	5,5	0,7	5	6
Ponctions calcification sous échographie	1	4,0	4,0		4	4
Ponctions calcification sous radiographie	1	5,0	5,0		5	5
Hypnose	0					
Mésothérapie	1	15,0	15,0		15	15
Rééducation fonctionnelle	1	25,0	25,0		25	25
Aponévrotomie	1	16,0	16,0		16	16
Manipulation	0					
Traction	0					
Vertébroplastie	1	1,0	1,0		1	1
Arthroscopie du genou	0					

Remarque : Les rhumatologues semblent avoir eu des difficultés à renseigner les nombres d'actes par mois, il y a beaucoup de valeurs manquantes.

## VIII- FMC

### Répartition des rhumatologues selon le fait qu'il soit ou non acteur de formation continue

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	229	40,5	40,5	40,5
	Non	336	59,5	59,5	100,0
	Total	565	100,0	100,0	

41% des rhumatologues se déclarent acteurs de formation continue.

*En 2003, l'implication des rhumatologues dans les activités de formation était significativement plus importante, ils étaient alors 57% à se déclarer acteur de formation continue.*

### Répartition des rhumatologues selon le fait qu'il soit ou non acteur de formation continue et le mode d'exercice principal

			Mode d'exercice		Total
			Libéral	Salarié	
Formation Médicale Continue	Oui	Effectif	154	75	229
		%	35,2%	58,6%	40,5%
	Non	Effectif	283	53	336
		%	64,8%	41,4%	59,5%
Total		Effectif	437	128	565
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Les rhumatologues exerçant principalement comme salarié sont proportionnellement plus souvent acteur de formation continue que leurs confrères libéraux (59% contre 35%), la différence est significative ( $p < 0,01$ ).

### Parmi l'ensemble des rhumatologues (N=229) qui ont déclaré être acteur de FMC

#### Répartition des rhumatologues acteurs de formation continue selon le rôle

		Effectif	N % colonne
Animateur	Oui	170	75,2%
	Non	56	24,8%
	Total	226	100,0%
Expert	Oui	123	54,4%
	Non	103	45,6%
	Total	226	100,0%
Organisateur	Oui	64	28,3%
	Non	162	71,7%
	Total	226	100,0%

Le rôle d'animateur est le plus fréquent, il concerne les trois quarts des rhumatologues participant à des actions de formation

*En 2003, le rôle d'animateur était également le plus répandu (84% des rhumatologues). Une coquille s'est glissée dans l'ouvrage de 2003 où la valeur 54% a été indiquée au lieu des 84%.*



## Participation à des actions de FMC (non organisées par l'industrie)

67%, soit 376 rhumatologues ont déclaré avoir participé à des actions de FMC lors de congrès régionaux.

76%, soit 429 rhumatologues ont déclaré avoir participé à des actions de FMC lors de congrès nationaux.

38%, soit 216 rhumatologues ont déclaré avoir participé à des actions de FMC lors de congrès internationaux.

69%, soit 391 rhumatologues ont déclaré avoir participé à des actions de FMC lors de soirées FMC.

## Nombre moyen d'actions de FMC (non organisées par l'industrie) auxquelles les rhumatologues ont assisté en 2013

Mode d'exercice principal		Nombre/an en congrès régional	Nombre/an en congrès national	Nombre/an en congrès international	Nombre/an en soirées FMC
Libéral	N	293	329	153	302
	Moyenne	2,805	1,711	1,353	6,742
	Médiane	2,000	1,000	1,000	5,000
	Ecart-type	2,9260	1,1965	,7115	5,5315
	Minimum	1	1	1	1
	Maximum	30	10	5	35
	Salarié	N	83	100	63
Moyenne		2,639	1,830	2,016	6,000
Médiane		2,000	1,000	2,000	4,000
Ecart-type		2,3352	1,3784	1,6411	6,4013
Minimum		1	1	1	1
Maximum		15	10	10	40
Total		N	376	429	216
	Moyenne	2,769	1,739	1,546	6,573
	Médiane	2,000	1,000	1,000	5,000
	Ecart-type	2,8042	1,2406	1,1071	5,7409
	Minimum	1	1	1	1
	Maximum	30	10	10	40

En moyenne, les rhumatologues ont déclaré participer à :

- 2,8 congrès régionaux par an,
- 1,7 congrès nationaux par an,
- 1,5 congrès internationaux par an et,
- 6,6 soirées FMC par an.

*En 2003, la participation moyenne déclarée à des actions de FMC était plus faible puisque les moyennes respectives étaient de : 1,8 congrès par an pour le niveau régional et national, et de 0,7 congrès à l'international. La question sur les soirées FMC n'existait pas.*

## Répartition des rhumatologues selon leur participation à des actions DPC

		Mode d'exercice principal					
		Libéral		Salarié		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
DPC présentiel	Oui	188	85,8%	39	75,0%	227	83,8%
	Non	31	14,2%	13	25,0%	44	16,2%
	Total	219	100,0%	52	100,0%	271	100,0%
DPC non présentiel	Oui	38	17,4%	3	5,8%	41	15,1%
	Non	181	82,6%	49	94,2%	230	84,9%
	Total	219	100,0%	52	100,0%	271	100,0%
Autre	Oui	41	18,7%	14	26,9%	55	20,3%
	Non	178	81,3%	38	73,1%	216	79,7%
	Total	219	100,0%	52	100,0%	271	100,0%

Remarque : 129 rhumatologues n'ont pas répondu à la question sur la participation à des actions en DPC malgré l'existence de la modalité « aucune », soit 23% de l'ensemble des rhumatologues.

La participation à des actions Rhumato DPC présentiel est la plus fréquente et concerne 84% des rhumatologues ayant répondu avoir participé à au moins une action DPC.

## Répartition des rhumatologues selon leur adhésion à une association FMC

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	319	56,5	59,6	59,6
	Non	216	38,2	40,4	100,0
	Total	535	94,7	100,0	
Manquante	Système manquant	30	5,3		
Total		565	100,0		

6 rhumatologues sur 10 (59,6%) se déclarent membre d'une association FMC.

## Répartition des rhumatologues selon leur adhésion à une association FMC et le mode d'exercice principal

		Mode d'exercice principal				Total	
		Libéral		Salarié			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Membre d'une association FMC	Oui	274	66,0%	45	37,5%	319	59,6%
	Non	141	34,0%	75	62,5%	216	40,4%
Total		415	100,0%	120	100,0%	535	100,0%

Le fait d'être membre d'une association FMC est significativement ( $p < 0.01$ ) plus fréquent chez les rhumatologues libéraux que chez les salariés (66% contre 37,5%).

**Nombre moyen d'actions exclusivement organisées par l'industrie auxquelles les rhumatologues ont assisté en 2013 selon le mode d'exercice principal**

Mode d'exercice principal	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Libéral	346	6,624	5,000	6,7697	1,0	60,0
Salarié	102	6,294	4,000	5,1619	1,0	20,0
Total	448	6,549	5,000	6,4352	1,0	60,0

Remarque : 117 rhumatologues n'ont pas répondu à la question relative aux actions organisées par l'industrie.

Pas de différence selon le mode d'exercice principal.

**Nombre moyen d'actions exclusivement organisées par l'industrie auxquelles les rhumatologues ont assisté en 2013 selon le fait d'être membre d'une association FMC**

Nombre/an organisées par l'industrie

Membre d'une association FMC	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Oui	274	6,799	5,000	6,9218	1,0	60,0
Non	163	6,129	4,000	5,5956	1,0	40,0
Total	437	6,549	5,000	6,4606	1,0	60,0

Pas de différence selon l'adhésion à une association FMC.

## IX- Répartition hebdomadaire et mensuelle du temps professionnel

### Répartition du temps professionnel de l'ensemble des rhumatologues

Nombre d'heures par semaine	Ensemble des rhumatologues						
	N valide	Manquante	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Consultations en cabinet ou dans un établissement privé	453	112	38,9	40,0	14,3	2	140
Consultations externes en hôpital	271	294	9,2	6,0	8,2	1	65
Visites à domicile	21	544	2,3	1,0	2,7	1	10
Nombre d'heures par mois	Ensemble des rhumatologues						
	N valide	Manquante	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Service hospitalier et au lit du patient	185	380	18,3	12,0	20,6	1	200
Enseignement	165	400	5,7	3,0	7,2	1	48
Formation	396	169	6,6	4,0	6,8	1	60
Administratif	464	101	13,0	10,0	15,2	1	150
Missions d'intérêt général	144	421	6,6	4,0	8,2	1	50
Industrie pharmaceutique	95	470	3,4	2,0	3,7	1	20
Etudes de marché	88	477	1,8	1,0	1,5	1	10
Expertises	111	454	15,1	10,0	20,5	1	151
Conseils téléphoniques	346	219	4,2	2,0	5,7	1	40
Investigation en recherche clinique	126	439	12,7	5,0	20,9	1	160

### Répartition du temps professionnel des rhumatologues libéraux

Nombre d'heures par semaine	Libéral						
	N valide	Manquante	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Consultations en cabinet ou dans un établissement privé	423	14	40,7	40,0	12,9	2	140
Consultations externes en hôpital	178	259	5,9	4,0	4,8	1	35
Visites à domicile	19	418	2,0	1,0	2,1	1	10
Nombre d'heures par mois	Libéral						
	N valide	Manquante	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Service hospitalier et au lit du patient	84	353	8,3	6,0	8,0	1	50
Enseignement	86	351	3,4	2,0	4,7	1	30
Formation	304	133	6,4	4,0	6,4	1	35
Administratif	364	73	12,4	10,0	13,1	1	100
Missions d'intérêt général	86	351	5,7	3,0	7,6	1	50
Industrie pharmaceutique	56	381	2,4	2,0	2,6	1	16
Etudes de marché	66	371	1,8	1,0	1,5	1	10
Expertises	93	344	16,5	10,0	21,9	1	151
Conseils téléphoniques	278	159	4,2	2,0	5,8	1	40
Investigation en recherche clinique	54	383	8,1	2,0	16,3	1	80

## Répartition du temps professionnel des rhumatologues salariés

Nombre d'heures par semaine	Salarié						
	N valide	Manquante	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Consultations en cabinet ou dans un établissement privé	30	98	14,0	13,5	7,5	3	30
Consultations externes en hôpital	93	35	15,6	15,0	9,6	2	65
Visites à domicile	2	126	5,5	5,5	6,4	1	10

Nombre d'heures par mois	Salarié						
	N valide	Manquante	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Service hospitalier et au lit du patient	101	27	26,7	25,0	24,0	2	200
Enseignement	79	49	8,1	5,0	8,5	1	48
Formation	92	36	7,3	5,0	8,1	1	60
Administratif	100	28	14,8	10,0	21,2	1	150
Missions d'intérêt général	58	70	7,9	4,5	9,0	1	43
Industrie pharmaceutique	39	89	4,8	4,0	4,6	1	20
Etudes de marché	22	106	2,0	1,5	1,2	1	5
Expertises	18	110	7,4	6,0	5,5	1	25
Conseils téléphoniques	68	60	4,0	2,0	5,5	1	40
Investigation en recherche clinique	72	56	16,2	9,0	23,3	1	160

Remarque : la répartition du temps professionnel était abordée en temps hebdomadaire pour toutes les rubriques en 2003. Par ailleurs, les modalités descriptives des activités cliniques et extra-cliniques étaient sensiblement différentes et moins nombreuses. Les données ne sont pas strictement comparables.

## Nombre moyen de semaines de vacances selon le mode d'exercice principal

Mode d'exercice principal	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Libéral	420	6,24	6,00	3,141	1	56
Salarié	120	5,85	5,00	2,681	2	30
Total	540	6,15	6,00	3,047	1	56

Les distributions sont statistiquement différentes (Test de Mann-Withney).

## Nombre moyen de semaines de vacances selon le sexe

Sexe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Homme	322	5,89	5,00	3,389	1	56
Femme	218	6,54	6,00	2,412	2	30
Total	540	6,15	6,00	3,047	1	56

Les distributions sont statistiquement différentes (Test de Mann-Withney).

## X-Revenus 2012

Remarque : 150 rhumatologues n'ont pas renseigné leurs revenus pour l'année 2012 et un rhumatologue a renseigné la valeur 1 pour les 3 types de revenus, il est exclu du calcul moyen. Au total, 151 individus soit 27% de l'ensemble des rhumatologues n'ont pas répondu.

### Revenus moyens des rhumatologues selon le mode d'exercice principal

Mode d'exercice principal		Revenu net salarié annuel	Bénéfice libéral annuel	Chiffre d'affaire libéral annuel
Libéral	N	157	306	293
	Moyenne	19435,287	92096,745	192105,246
	Médiane	7500,000	80000,000	162295,000
	Ecart-type	35676,9239	80623,1590	174378,9738
	Minimum	150,0	89,0	183,0
	Maximum	240000,0	980000,0	2100000,0
	Salarié	N	93	19
Moyenne		62684,871	17344,684	46655,333
Médiane		60000,000	14000,000	31000,000
Ecart-type		30752,6214	13654,9925	37525,5105
Minimum		2500,0	1400,0	5000,0
Maximum		210000,0	54000,0	126164,0
Total		N	250	325
	Moyenne	35524,132	87726,625	186382,626
	Médiane	20500,000	75459,000	160000,000
	Ecart-type	39819,6893	80235,9092	173380,7930
	Minimum	150,0	89,0	183,0
	Maximum	240000,0	980000,0	2100000,0

Remarque : Les résultats sont donc à interpréter avec prudence au regard de l'amplitude des valeurs renseignées.

## Revenus moyens des rhumatologues selon le mode d'exercice principal

Sexe		Revenu net salarié annuel	Bénéfice libéral annuel	Chiffre d'affaire libéral annuel
Homme	N	153	210	201
	Moyenne	36242,967	98676,810	211141,990
	Médiane	14000,000	86000,000	180877,000
	Ecart-type	44946,8329	84099,4205	189203,6548
	Minimum	150,0	89,0	183,0
	Maximum	240000,0	980000,0	2100000,0
Femme	N	97	115	104
	Moyenne	34390,299	67730,635	138530,394
	Médiane	28000,000	52000,000	111950,000
	Ecart-type	30197,1720	68600,5930	125316,9811
	Minimum	1200,0	10000,0	21000,0
	Maximum	140000,0	500000,0	1250000,0
Total	N	250	325	305
	Moyenne	35524,132	87726,625	186382,626
	Médiane	20500,000	75459,000	160000,000
	Ecart-type	39819,6893	80235,9092	173380,7930
	Minimum	150,0	89,0	183,0
	Maximum	240000,0	980000,0	2100000,0

Remarque : Les résultats sont donc à interpréter avec prudence au regard de l'amplitude des valeurs renseignées.

## XI- Retraite complémentaire

### Répartition des rhumatologues selon la souscription à une retraite complémentaire (Madelin)

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	331	58,6	62,8	62,8
	Non	196	34,7	37,2	100,0
	Total	527	93,3	100,0	
Manquante	Système manquant	38	6,7		
Total		565	100,0		

Globalement, près des deux tiers des rhumatologues (62,8%) ont souscrit à une retraite complémentaire.

### Répartition des rhumatologues selon la souscription à une retraite complémentaire (Madelin) et le mode d'exercice principal

		Mode d'exercice principal				Total	
		Libéral		Salarié			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Retraite complémentaire	Oui	308	74,2%	23	20,5%	331	62,8%
	Non	107	25,8%	89	79,5%	196	37,2%
Total		415	100,0%	112	100,0%	527	100,0%

La souscription à une retraite complémentaire est fortement influencée par le mode d'exercice principal puisque les trois quarts des rhumatologues libéraux (74,2%) y ont souscrit contre 20,5% de leurs confrères salariés. La différence est significative ( $p < 0,01$ ).



## XII- Appartenance syndicale et sociétés

### Répartition des rhumatologues selon leur appartenance à une centrale syndicale

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	UMESPE-CSMF	96	17,0	50,8	50,8
	FMF	14	2,5	7,4	58,2
	SML	45	8,0	23,8	82,0
	Autre centrale syndicale	34	6,0	18,0	100,0
	Total	189	33,5	100,0	
Manquante	Système manquant	376	66,5		
Total		565	100,0		

Un tiers des rhumatologues (33,5%) appartient à une centrale syndicale. En majorité, ils dépendent de l'UMESPE-CSMF.

### Répartition des rhumatologues selon leur appartenance à une centrale syndicale selon le mode d'exercice principal

		Mode d'exercice principal				Total	
		Libéral		Salarié			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Adhésion à une centrale Syndicale	UMESPE-CSMF	91	52,9%	5	29,4%	96	50,8%
	FMF	14	8,1%	0	0,0%	14	7,4%
	SML	45	26,2%	0	0,0%	45	23,8%
	Autre centrale syndicale	22	12,8%	12	70,6%	34	18,0%
Total		172	100,0%	17	100,0%	189	100,0%

Logiquement, le mode d'exercice principal influence l'appartenance syndicale.

## Répartition des rhumatologues selon l'appartenance à différentes sociétés selon le mode d'exercice

		Mode d'exercice principal					
		Libéral		Salarié		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Membre de la société française de rhumatologie	Oui	224	57,3%	103	93,6%	327	65,3%
	Non	167	42,7%	7	6,4%	174	34,7%
	Total	391	100,0%	110	100,0%	501	100,0%
Membre d'autres sociétés savantes	Oui	125	32,0%	43	39,1%	168	33,5%
	Non	266	68,0%	67	60,9%	333	66,5%
	Total	391	100,0%	110	100,0%	501	100,0%
Membre du Collège Français des Médecins Rhumatologues	Oui	205	52,4%	41	37,3%	246	49,1%
	Non	186	47,6%	69	62,7%	255	50,9%
	Total	391	100,0%	110	100,0%	501	100,0%
Membre du Syndicat National des Médecins Rhumatologues	Oui	293	74,9%	20	18,2%	313	62,5%
	Non	98	25,1%	90	81,8%	188	37,5%
	Total	391	100,0%	110	100,0%	501	100,0%

Près des deux tiers des rhumatologues sont membres de :

- Société française de rhumatologie (65,3%),
- Syndicat National des Médecins Rhumatologues (62,5%).

La moitié des rhumatologues (49,1%) est membre du Collège Français des Médecins Rhumatologues et un tiers (33,5%) est membre d'autres sociétés savantes.

L'appartenance aux trois sociétés identifiées diffère statistiquement selon le mode d'exercice principal. La quasi-totalité (93,6%) des salariés est membre de la Société française de rhumatologie contre 53,7% des libéraux ; à l'inverse les membres du Collège Français des Médecins Rhumatologues et du Syndicat National des Médecins Rhumatologues ont plus souvent une activité libérale (respectivement 52,4% contre 37,3% et 74,9% contre 18,2%).

## RESULTATS ENQUETE CONSULTATIONS

---

### SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>Contexte de la consultation</b>	<b>2</b>
1.1	Type de consultation	2
1.2	Admission du patient	2
<b>2</b>	<b>Caractéristiques des patients</b>	<b>3</b>
2.1	Distribution selon le sexe et l'âge	3
2.2	Distribution selon les distances au lieu de consultation	4
2.3	Distribution selon la situation sociale	4
2.3.1	Situation professionnelle du patient	4
2.3.2	Tiers payant	5
2.3.3	CMU	6
2.3.4	Affection de longue durée (ALD)	6
<b>3</b>	<b>Mode de recours</b>	<b>7</b>
3.1	Les patients adressés, N=372	7
3.2	Motifs de recours	8
3.3	Information médicale	8
<b>4</b>	<b>Caractéristiques de la consultation</b>	<b>9</b>
4.1	Durée de la consultation	9
4.2	Type de consultation	9
4.3	Première fois pour cette raison	10
4.4	Code et montant des actes CCAM pratiqués	10
<b>5</b>	<b>Pertinence du recours</b>	<b>13</b>
5.1	Premier recours	13
5.2	Nombre de médecins consultés avant la « visite »	13
<b>6</b>	<b>Prise en charge antérieure et pertinence</b>	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>Prise en charge lors de la consultation</b>	<b>16</b>
7.1	Les examens réalisés	17
7.2	Les examens prescrits	18
7.3	Les examens planifiés mais pas débutés	19
7.4	Geste technique principal	20
7.5	Geste technique secondaire	21
<b>8</b>	<b>Les traitements</b>	<b>22</b>
<b>9</b>	<b>Orientation proposée</b>	<b>23</b>
<b>10</b>	<b>Diagnostic ou hypothèses diagnostiques</b>	<b>24</b>
10.1	Les diagnostics lésionnels ou étiologiques	24
10.2	Les diagnostics symptomatiques	26
10.3	La traumatologie et les autres diagnostics	26

Au départ, la base de données (transmise au format excel) comportait 710 fiches patients.

- 1 fiche patient a été supprimée car considérée comme suspecte du fait que tous les diagnostics ou hypothèses diagnostiques ont été cochés.
- 1 fiche patient exclue car le questionnaire est incomplet (aucune variable n'est renseignée à partir de la partie « Mode d'adressage du patient »).

Au final, 708 fiches patients ont été prises en compte pour les traitements.

## 1 Contexte de la consultation

### 1.1 Type de consultation

#### Répartition des patients selon le type de consultation

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Consultation libérale	586	82,8	82,8	82,8
	Consultation hospitalière	122	17,2	17,2	100,0
	Total	708	100,0	100,0	

L'activité de consultation libérale concerne plus de huit patients sur dix (82,8%).

*En 2003, cette part était moins importante. En effet, la répartition de l'activité de consultation était de 78,4% pour l'activité libérale et de 21,6% pour l'activité hospitalière. Cette répartition diffère significativement avec celle observée en 2014 ( $p = 0.015$ ).*

### 1.2 Admission du patient

#### Répartition des patients selon le contexte d'admission

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Nouveau patient	239	33,8	84,8	84,8
	Patient reçu en urgence	43	6,1	15,2	100,0
	Total	282	39,8	100,0	
Manquante	Système manquant	426	60,2		
Total		708	100,0		

**Remarques :** La mise en forme du questionnaire a pu générer un problème de compréhension. En effet, sous la dénomination « Type de consultation » apparaissaient également les modalités de réponse correspondant en réalité à une deuxième question « Admission du patient » (Nouveau patient ou En urgence).

De plus, cette question ne permettait pas d'une part l'identification des patients connus du médecin (pour cette affection ou pour une autre affection que celle qui motive la consultation) et d'autre part, mélangeait des situations qui ne sont pas exclusives (le statut de nouveau patient n'exclut pas un contexte d'urgence).

Ainsi, un nombre important de rhumatologues n'a pas répondu à cette question comme le montre la proportion de données manquantes (cf. tableau ci-dessus).

**Ceci implique que cette variable est inexploitable, les résultats étant ininterprétables.**

*Pour information : en 2003, 11% des consultations intervenaient dans un contexte d'urgence sans différence selon le type de consultation. La proportion de nouveaux patients étaient estimée à 41% dont 32% de patients inconnus et de 9% de patients connus pour une autre affection.*

## 2 Caractéristiques des patients

### 2.1 Distribution selon le sexe et l'âge

#### Répartition des patients selon le sexe et le type de consultation

			Sexe		Total
			Homme	Femme	
Type de consultation	Consultation libérale	Effectif	231	355	586
		%	39,4%	60,6%	100,0%
	Consultation hospitalière	Effectif	51	71	122
		%	41,8%	58,2%	100,0%
Total		Effectif	282	426	708
		%	39,8%	60,2%	100,0%

En 2014, les femmes comptent pour 60% des patients vus en consultation, sans différence selon le type de consultation ( $p=0.625$ ).

*En 2003, la proportion de femmes (64%) était similaire à celle observée en 2014,  $p=0.052$ .*

#### Répartition des patients selon l'âge et le sexe

		Sexe				Total	
		Homme		Femme			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Tranche d'âge	< 30 ans	11	3,9%	15	3,5%	26	3,7%
	30-39 ans	27	9,6%	33	7,7%	60	8,5%
	40-49 ans	49	17,4%	70	16,4%	119	16,8%
	50-59 ans	72	25,5%	89	20,9%	161	22,7%
	60-69 ans	65	23,0%	103	24,2%	168	23,7%
	70-79 ans	42	14,9%	68	16,0%	110	15,5%
	80 ans et +	16	5,7%	48	11,3%	64	9,0%
Total	282	100,0%	426	100,0%	708	100,0%	

En 2014, l'âge moyen des patients est de 58 ans. Sept patients sur dix (71%) ont 50 ans ou plus.

Les effectifs féminins sont dominants dans les tranches d'âges élevées à partir de 60 ans et leur âge moyen est supérieur de près de 3 années à celui des hommes, respectivement 59,2 ans contre 56,3 ans.

*En 2003, les patients vus en consultation étaient en moyenne plus jeunes d'une année (57 ans). Les femmes avaient en moyenne 57,9 ans contre 55,3 ans pour les hommes.*

## 2.2 Distribution selon les distances au lieu de consultation

### Répartition des patients selon la distance au lieu de consultation et le type de consultation

		Type de consultation				Total	
		Consultation libérale		Consultation hospitalière			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Habitat	Moins de 20km de votre consultation	401	68,4%	61	50,4%	462	65,3%
	Plus de 20km de votre consultation	185	31,6%	60	49,6%	245	34,7%
Total		586	100,0%	121	100,0%	707	100,0%

En 2014, globalement près des deux tiers des patients résident à moins de 20 km du lieu de consultation. La proportion de patients résidant à moins de 20 km est significativement plus importante en activité de consultation libérale qu'hospitalière ( $p < 0.001$ ).

*En 2003, la distance au lieu de consultation n'était pas recueillie selon la même échelle (<10km, 10-30km, 30km ou plus), les variables ne sont pas comparables.*

## 2.3 Distribution selon la situation sociale

### 2.3.1 Situation professionnelle du patient

#### Répartition des patients selon la situation professionnelle déclarée

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	En activité professionnelle	289	40,8	40,8	40,8
	Retraité	313	44,2	44,2	85,0
	Demandeur d'emploi	21	3,0	3,0	88,0
	En arrêt de travail	46	6,5	6,5	94,5
	Maladie professionnelle	5	,7	,7	95,2
	Etudiant	8	1,1	1,1	96,3
	Autre	26	3,7	3,7	100,0
	Total	708	100,0	100,0	

En 2014, un peu moins de la moitié des patients (44%) consultant dans le cadre d'une affection rhumatologique est à la retraite, ce qui est conforme à la structure d'âge des patients.

*En 2003, le même constat était observé avec 45% de patients retraités.*

### Répartition des patients selon la situation professionnelle déclarée et le sexe

		Sexe				Total	
		Homme		Femme			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Situation professionnelle du patient	En activité professionnelle	127	45,0%	162	38,0%	289	40,8%
	Retraité	112	39,7%	201	47,2%	313	44,2%
	Demandeur d'emploi	12	4,3%	9	2,1%	21	3,0%
	En arrêt de travail	21	7,4%	25	5,9%	46	6,5%
	Maladie professionnelle	3	1,1%	2	,5%	5	,7%
	Etudiant	1	,4%	7	1,6%	8	1,1%
	Autre	6	2,1%	20	4,7%	26	3,7%
Total		282	100,0%	426	100,0%	708	100,0%

La répartition de la situation professionnelle déclarée diffère selon le sexe des patients ( $p=0.031$ ). Ainsi, les femmes consultant dans le cadre d'une affection rhumatologique sont plus souvent à la retraite que les hommes (47,2% contre 39,7%).

*En 2003, les proportions observées de patients retraités étaient respectivement de : 43% pour les hommes et 46% pour les femmes. Les questions permettant de décrire la situation sociale des patients étaient différentes en 2003, les différences statistiques ne peuvent donc pas être mesurées.*

### 2.3.2 Tiers payant

*En 2003, cette variable n'existait pas.*

### Répartition des patients selon le fait qu'ils bénéficient ou non du tiers payant

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	150	21,2	21,4	21,4
	Non	550	77,7	78,6	100,0
	Total	700	98,9	100,0	
Manquante	Système manquant	8	1,1		
Total		708	100,0		

En 2014, plus d'un patient sur cinq (21,4%) bénéficie du tiers payant, sans différence selon le sexe.

### Répartition des patients selon le fait qu'ils bénéficient ou non du tiers payant et le type de consultation

		Type de consultation				Total	
		Consultation libérale		Consultation hospitalière			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Tiers payant	Oui	97	16,8%	53	43,4%	150	21,4%
	Non	481	83,2%	69	56,6%	550	78,6%
Total		578	100,0%	122	100,0%	700	100,0%

Les patients vus dans le cadre d'une consultation hospitalière sont proportionnellement plus nombreux à bénéficier du tiers payant (43,4% contre 16,8% dans le cadre d'une consultation libérale).

### 2.3.3 CMU

En 2003, cette variable n'existait pas.

#### Répartition des patients selon le fait qu'ils bénéficient ou non de la CMU

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	35	4,9	5,1	5,1
	Non	649	91,7	94,9	100,0
	Total	684	96,6	100,0	
Manquante	Système manquant	24	3,4		
Total		708	100,0		

En 2014, 5,1% des patients bénéficient de la CMU, sans différence selon le sexe ou le type de consultation.

D'après le Statiss de la Drees, 6,2% de la population de France métropolitaine bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) au 31.12.2012.

### 2.3.4 Affection de longue durée (ALD)

#### Répartition des patients selon le fait qu'ils bénéficient ou non d'une prise en charge dans le cadre d'une ALD

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	183	25,8	26,1	26,1
	Non	518	73,2	73,9	100,0
	Total	701	99,0	100,0	
Manquante	Système manquant	7	1,0		
Total		708	100,0		

En 2014, plus du quart des patients vus dans le cadre d'une consultation rhumatologique sont en ALD, sans différence selon le sexe.

En 2003, 17% des patients bénéficiaient d'une ALD (15% d'hommes et 19% de femmes).

#### Répartition des patients vus dans le cadre d'une ALD selon le type de consultation

		Type de consultation				Total	
		Consultation libérale		Consultation hospitalière			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Affection Longue Durée	Oui	126	21,7%	57	47,1%	183	26,1%
	Non	454	78,3%	64	52,9%	518	73,9%
Total		580	100,0%	121	100,0%	701	100,0%

En 2014, les patients bénéficiant d'une ALD sont proportionnellement plus nombreux lors d'une consultation hospitalière (47,1%) que libérale (21,7%).



### 3 Mode de recours

En 2003, le questionnaire était construit différemment, les données ne sont donc pas comparables.

**Remarque :** le questionnaire mélange ici des situations différentes qui caractérisent des éléments tenant au contexte de la consultation et au mode de recours : à savoir, le statut du patient (déjà suivi, non connu) et le fait qu'il soit adressé ou non. Par ailleurs, il n'est pas possible de distinguer si le patient est déjà connu pour l'affection qui motive la consultation ou pour une autre affection.

#### Répartition des patients selon le mode de recours

		Type de consultation				Total	
		Consultation libérale		Consultation hospitalière			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Mode de recours du patient	Patient déjà suivi non adressé	261	44,9%	42	34,4%	303	43,1%
	Patient non connu venant de lui même	22	3,8%	6	4,9%	28	4,0%
	Patient adressé	298	51,3%	74	60,7%	372	52,9%
Total		581	100,0%	122	100,0%	703	100,0%

En 2014, plus de la moitié des patients (52,9%) vus dans le cadre d'une consultation rhumatologique ont été adressés. Malgré les écarts observés entre l'activité hospitalière et libérale où respectivement 60,7% des patients ont été adressés contre 51,3%, les différences statistiques ne sont pas significatives.

#### 3.1 Les patients adressés, N=372

##### Répartition des patients adressés selon le statut du médecin qui adresse le patient

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Médecin libéral	344	92,5	93,2	93,2
	Médecin hospitalier	25	6,7	6,8	100,0
	Total	369	99,2	100,0	
Manquante	Système manquant	3	,8		
Total		372	100,0		

Pour l'essentiel, les patients sont adressés par un médecin libéral (93,2%).

##### Répartition des patients adressés selon la spécialité du professionnel de santé qui adresse le patient

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Généraliste	284	76,3	80,0	80,0
	Rhumatologue libéral	17	4,6	4,8	84,8
	Autre spécialiste	50	13,4	14,1	98,9
	Autre professionnel de santé	4	1,1	1,1	100,0
	Total	355	95,4	100,0	
Manquante	Système manquant	17	4,6		
Total		372	100,0		

Dans huit cas sur dix, le médecin généraliste est l'origine du recours.

## Répartition des patients adressés selon le professionnel de santé qui adresse le patient et le statut du médecin

	Adressé par				Total	
	Médecin libéral		Médecin hospitalier			
	Effectif	%	Effectif	%r	Effectif	%
Adressé par Généraliste	284	86,3%	0	0,0%	284	80,2%
Rhumatologue libéral	15	4,6%	2	8,0%	17	4,8%
Autre spécialiste	27	8,2%	23	92,0%	50	14,1%
Autre professionnel de santé	3	,9%	0	0,0%	3	,8%
Total	329	100,0%	25	100,0%	354	100,0%

### 3.2 Motifs de recours

Remarque : pour 2 patients, aucun motif n'est renseigné.

### Répartition des motifs de recours selon le type de consultation

	Type de consultation						
	Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total		
	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	
Avis diagnostique	Oui	169	57,1%	59	79,7%	228	61,6%
	Non	127	42,9%	15	20,3%	142	38,4%
	Total	296	100,0%	74	100,0%	370	100,0%
Avis thérapeutique	Oui	215	72,6%	49	66,2%	264	71,4%
	Non	81	27,4%	25	33,8%	106	28,6%
	Total	296	100,0%	74	100,0%	370	100,0%
Geste technique	Oui	97	32,8%	7	9,5%	104	28,1%
	Non	199	67,2%	67	90,5%	266	71,9%
	Total	296	100,0%	74	100,0%	370	100,0%

En 2014, les patients adressés pour un geste technique sont proportionnellement moins nombreux en milieu hospitalier qu'en cabinet libéral (respectivement 9,5% contre 32,8%). Pour les autres motifs, les différences observées entre l'activité de consultation libérale et hospitalière ne sont pas statistiquement significatives.

En 2003, le même constat était observé. Toutefois, les proportions respectives étaient différentes : 14% contre 39% pour le geste technique et quel que soit le lieu de consultation 81% pour l'avis thérapeutique et 67% pour l'avis diagnostic.

### 3.3 Information médicale

En 2003, cette variable était recueillie différemment : **pas de comparaison possible**.

### Répartition des patients selon le fait qu'ils ont été adressés avec une information médicale

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Une lettre du correspondant	331	89,0	93,2	93,2
Un appel urgent du médecin généraliste	24	6,5	6,8	100,0
Total	355	95,4	100,0	
Manquante Système manquant	17	4,6		
Total	372	100,0		

L'essentiel des patients (93,2%) est adressé par lettre du correspondant, sans différence selon le type de consultation (libérale ou hospitalière) ni selon qu'il s'agisse d'une consultation ou d'un avis ponctuel de consultant.

## 4 Caractéristiques de la consultation

### 4.1 Durée de la consultation

En 2003, cette variable n'existait pas.

#### Durée moyenne de la consultation en minutes

N	Valide	683
	Manquante	26
Moyenne		24,955
Médiane		24,000
Ecart-type		9,9379
Minimum		10,0
Maximum		75,0

#### Durée moyenne de la consultation en minutes selon le type de consultation

Type de consultation	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Consultation libérale	569	24,112	20,000	9,7987	10,0	75,0
Consultation hospitalière	114	29,158	30,000	9,5940	15,0	60,0
Total	683	24,955	24,000	9,9379	10,0	75,0

### 4.2 Type de consultation

En 2003, cette variable n'existait pas.

**Remarque :** 112 rhumatologues n'ont pas renseigné le type de consultation, soit 16%.

#### Répartition des patients selon le type de consultation

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	CS	367	51,8	61,6	61,6
	C2	229	32,3	38,4	100,0
	Total	596	84,2	100,0	
Manquante	Système manquant	112	15,8		
Total		708	100,0		

La C2 « avis ponctuel de consultant » concerne quatre patients sur dix (38,4%).

### 4.3 Première fois pour cette raison

En 2003, cette variable n'existait pas.

**Remarque :** A quoi se réfère la « première fois » ? et à quoi se réfère la « raison de la consultation » ? Par défaut, nous avons supposé que cette question était directement liée à la question précédente.

#### Première fois pour cette raison

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	359	50,7	55,6	55,6
	Non	287	40,5	44,4	100,0
	Total	646	91,2	100,0	
Manquante	Système manquant	62	8,8		
Total		708	100,0		

#### Première fois pour cette raison selon le type de consultation

		Type de consultation				Total	
		CS		C2			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Première fois pour cette raison	Oui	153	43,1%	169	78,2%	322	56,4%
	Non	202	56,9%	47	21,8%	249	43,6%
Total		355	100,0%	216	100,0%	571	100,0%

Les premières consultations pour cette raison sont plus fréquentes lors d'un avis ponctuel de consultation (78,2% contre 43,1% pour une consultation « simple »).

### 4.4 Code et montant des actes CCAM pratiqués

En 2003, cette variable n'existait pas.

En 2014, 38,4% des rhumatologues ont renseigné un ou plusieurs codes CCAM.

#### Répartition des patients selon le nombre d'actes réalisés au cours de la consultation

Nombre d'actes ccam		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	172	24,3	63,2	63,2
	2	60	8,5	22,1	85,3
	3	27	3,8	9,9	95,2
	4	11	1,6	4,0	99,3
	5	2	,3	,7	100,0
	Total	272	38,4	100,0	
Manquante	Système manquant	436	61,6		
Total		708	100,0		

Parmi les 272 rhumatologues (38,4%) qui ont renseigné un ou plusieurs actes CCAM, 113 (soit 41,5%) ont aussi indiqué un montant.

### Montant moyen déclaré tous actes confondus

N	Valide	113
	Manquante	159
Moyenne		63,03
Médiane		57,00
Ecart-type		28,888
Minimum		23
Maximum		149

Globalement et quel que soit le nombre d'acte CCAM pratiqué lors de la consultation, le montant moyen est égal à 63€.

Le tableau suivant présente les montants moyens en fonction du nombre d'acte CCAM déclaré.

### Montant moyen déclaré selon le nombre d'actes réalisés

Nombre d'actes ccam	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
1	64	50,09	50,00	18,047	23	101
2	22	70,91	70,50	21,356	38	120
3	18	81,44	90,00	42,477	28	149
4	8	95,00	95,00	16,266	73	117
5	1	130,00	130,00		130	130
Total	113	63,03	57,00	28,888	23	149

Logiquement le montant moyen déclaré est lié au nombre d'actes déclaré.

## Répartition des actes CCAM pratiqués

code ccam	Effectifs	Pourcentage
NZLB001	92	21,5%
MZLB001	38	8,9%
C2	27	6,3%
CS	20	4,7%
NZJB001	18	4,2%
PBQM003	17	4,0%
MZQK003	14	3,3%
K8/2	13	3,0%
AFLB007	8	1,9%
AHQB032	8	1,9%
K5	8	1,9%
LFQK002	8	1,9%
NFQK004	8	1,9%
K10	7	1,6%
MCS	7	1,6%
MPC	7	1,6%
NFQK003	7	1,6%
PAQK007	7	1,6%
NAQK015	6	1,4%
YYYY420	6	1,4%
AHLB006	5	1,2%
K2/5	5	1,2%
K4	5	1,2%
MAQK001	5	1,2%
NZHB002	5	1,2%
AFLH001	4	0,9%
LDQK002	4	0,9%
LEQK002	4	0,9%
LHRP001	4	0,9%
YYYY033	4	0,9%
LHLB001	3	0,7%
MZLH002	3	0,7%
NZLH002	3	0,7%
PBQM004	3	0,7%
AHQB0321	2	0,5%
LEQK001	2	0,5%
MDQK001	2	0,5%
MFQK002	2	0,5%
MGQK002	2	0,5%
MZHB002	2	0,5%
NEQK035	2	0,5%
NZQK005	2	0,5%
PBQM001	2	0,5%
PBQM002	2	0,5%
AFLB001	1	0,2%
AGLB001	1	0,2%
C3	1	0,2%
K10/2	1	0,2%
K5/2	1	0,2%
K8	1	0,2%
LFEP002	1	0,2%
LHQK007	1	0,2%
MAK003	1	0,2%
MAQK003	1	0,2%
MDQK002	1	0,2%
MEQH001	1	0,2%
MGQH001	1	0,2%
MHQH001	1	0,2%
MZJB001	1	0,2%
MZQK002	1	0,2%
NFQH001	1	0,2%
NHQH001	1	0,2%
NZL/2	1	0,2%
PCQM001	1	0,2%
PQMN004	1	0,2%
YYYY028	1	0,2%
YYYY057	1	0,2%
ZZLJ002	1	0,2%
Total	427	100%

## 5 Pertinence du recours

En 2003, la pertinence du recours faisait partie d'un bloc spécifique à ne remplir que pour les patients que le rhumatologue voyait pour la première fois pour l'affection motivant la consultation. De plus, le recueil des informations était différent. **Les données ne sont donc pas comparables.**

### 5.1 Premier recours

**Remarque :** la question suivante « S'agit-il d'un premier recours ? » ne permet pas de distinguer les patients venus consulter pour la première fois le rhumatologue (nouveau patient avec une affection déjà connue), des patients venus consulter pour la première fois pour l'affection motivant la consultation (nouveau patient ou patient déjà connu pour une autre affection).

#### Répartition des consultations selon qu'il s'agit ou non d'un premier recours

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	345	48,7	49,9	49,9
	Non	347	49,0	50,1	100,0
	Total	692	97,7	100,0	
Manquante	Système manquant	16	2,3		
Total		708	100,0		

La moitié des consultations correspondent à des premiers recours sans différence selon qu'elles se déroulent dans le cadre d'une activité libérale ou hospitalière et selon qu'il s'agisse d'une consultation ou d'un avis ponctuel de consultant.

En 2003, la pertinence du recours au rhumatologue a été étudiée chez les patients venus le consulter pour la première fois pour l'affection motivant la consultation (les nouveaux patients + patients connus pour une autre affection).

### 5.2 Nombre de médecins consultés avant la « visite »

**Remarque :** Compte-tenu de l'ambiguïté sur la définition des premiers recours les résultats suivants sont présentés pour l'ensemble des patients d'une part et pour les « premiers recours » identifiés à la question précédente d'autre part.

Par ailleurs, les valeurs manquantes sont nombreuses mais il n'est pas possible de savoir s'il s'agit de véritables valeurs manquantes. On ne peut pas distinguer les deux situations suivantes : le rhumatologue n'a pas connaissance de cette information ou les patients n'ont consulté aucun autre médecin avant la visite. Le terme « visite » a également pu prêter à confusion.

#### Répartition des patient selon le nombre de médecins consultés avant la visite

Nombre de médecins consultés avant la visite		Totalité des patients	Pourcentage	Premier recours	Pourcentage
Valide	0	57	8,1	50,0	14,5
	1	265	37,4	114,0	33,0
	2	105	14,8	21,0	6,1
	3	39	5,5	2,0	0,6
	4	14	2,0	2,0	0,6
	5	3	,4		
	6	1	,1		
	7	1	,1		
	Total	485	68,5	189,0	54,8
Manquante	Système manquant	223	31,5	156	45,2
Total		708	100,0	345	100,0

### Nombre moyen de médecins consultés avant la visite

Nombre de médecins consultés avant la visite		Totalité des patients	Premier recours
N	Valide	485	189
	Manquante	223	156
Moyenne		1,394	,899
Médiane		1,000	1,000
Ecart-type		,9936	,7112
Minimum		0,0	0,0
Maximum		7,0	4,0

### Nombre moyen de médecins consultés avant la visite selon le type de consultation

#### Totalité des patients

Type de consultation	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Consultation libérale	402	1,311	1,000	,9237	0,0	7,0
Consultation hospitalière	83	1,795	2,000	1,2073	0,0	6,0
Total	485	1,394	1,000	,9936	0,0	7,0

#### Premier recours

Type de consultation	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Consultation libérale	157	,841	1,000	,6254	0,0	4,0
Consultation hospitalière	32	1,188	1,000	,9980	0,0	4,0
Total	189	,899	1,000	,7112	0,0	4,0

### Délai moyen en nombre de jours entre la prise de rendez-vous et la consultation

Délai en jours entre la prise de rendez vous et la consultation		Totalité des patients	Premier recours
N	Valide	570	273
	Manquante	138	72
Moyenne		32,8	30,2
Médiane		25,0	23,0
Ecart-type		33,8	29,9
Minimum		0	0
Maximum		270	240

### Délai moyen en nombre de jours selon le type de consultation

#### Totalité des patients

Type de consultation	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Consultation libérale	466	28,24	25,00	25,598	0	180
Consultation hospitalière	104	53,01	30,00	53,213	0	270
Total	570	32,76	25,00	33,761	0	270

#### Premier recours

Type de consultation	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Consultation libérale	219	25,54	21,00	22,922	0	120
Consultation hospitalière	54	49,20	30,00	44,457	0	240
Total	273	30,22	23,00	29,923	0	240



## 6 Prise en charge antérieure et pertinence

En 2003, la prise en charge antérieure faisait partie d'un bloc spécifique à ne remplir que pour les patients que le rhumatologue voyait pour la première fois pour cette affection. De plus, le recueil des informations était différent. **Les données ne sont donc pas comparables.**

**Remarques :** Dans cette partie, l'analyse des résultats est à considérer avec prudence et ne permet pas de croisements en raison de potentielles erreurs d'interprétations relevées à plusieurs niveaux :

- la possibilité de renseigner le fait qu'il n'existe aucune prise en charge antérieure à la consultation n'était pas prévue dans le questionnaire
- le rhumatologue avait la possibilité de renseigner les items quel que soit le statut du patient (nouveau, déjà connu, premier recours pour cette affection, adressé...).
- aucune consigne de saisie n'était indiquée : les rhumatologues ont pu renseigner toutes les prises en charge antérieures du patient en lien ou non avec l'affection ayant motivé la consultation.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble des patients.

### Répartition des prises en charges antérieures selon le type de consultation

		Type de consultation					
		Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
IRM réalisée avant la consultation	Oui	110	21,9%	25	23,6%	135	22,2%
	Non	392	78,1%	81	76,4%	473	77,8%
	<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>100,0%</b>	<b>106</b>	<b>100,0%</b>	<b>608</b>	<b>100,0%</b>
Traitement médicamenteux administré avant la consultation	Oui	369	73,4%	85	79,4%	454	74,4%
	Non	134	26,6%	22	20,6%	156	25,6%
	<b>Total</b>	<b>503</b>	<b>100,0%</b>	<b>107</b>	<b>100,0%</b>	<b>610</b>	<b>100,0%</b>
Geste technique effectué avant la consultation	Oui	72	14,8%	10	10,2%	82	14,0%
	Non	415	85,2%	88	89,8%	503	86,0%
	<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100,0%</b>	<b>98</b>	<b>100,0%</b>	<b>585</b>	<b>100,0%</b>
<b>Rééducation fonctionnelle réalisée avant la consultation</b>	<b>Oui</b>	<b>128</b>	<b>26,4%</b>	<b>10</b>	<b>9,7%</b>	<b>138</b>	<b>23,5%</b>
	Non	357	73,6%	93	90,3%	450	76,5%
	<b>Total</b>	<b>485</b>	<b>100,0%</b>	<b>103</b>	<b>100,0%</b>	<b>588</b>	<b>100,0%</b>
Ostéopathe avant la consultation	Oui	65	13,1%	8	7,7%	73	12,2%
	Non	430	86,9%	96	92,3%	526	87,8%
	<b>Total</b>	<b>495</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>	<b>599</b>	<b>100,0%</b>

Sont signalés en gras, les répartitions qui diffèrent significativement.

### Répartition des prises en charges antérieures selon leur pertinence et le type de consultation

Pertinence des examens réalisés avant la consultation		Type de consultation					
		Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Pertinence IRM	Oui	68	61,8%	19	79,2%	87	64,9%
	Non	42	38,2%	5	20,8%	47	35,1%
	<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>	<b>134</b>	<b>100,0%</b>
Pertinence traitement médicamenteux	Oui	306	86,7%	71	87,7%	377	86,9%
	Non	47	13,3%	10	12,3%	57	13,1%
	<b>Total</b>	<b>353</b>	<b>100,0%</b>	<b>81</b>	<b>100,0%</b>	<b>434</b>	<b>100,0%</b>
<b>Pertinence geste technique</b>	<b>Oui</b>	<b>54</b>	<b>80,6%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>62</b>	<b>82,7%</b>
	Non	13	19,4%	0	0,0%	13	17,3%
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>75</b>	<b>100,0%</b>
Pertinence rééducation	Oui	89	70,6%	9	100,0%	98	72,6%
	Non	37	29,4%	0	0,0%	37	27,4%
	<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>	<b>135</b>	<b>100,0%</b>

Sont signalés en gras, les répartitions qui diffèrent significativement.

## 7 Prise en charge lors de la consultation

En 2003, la question était formulée différemment, **les données ne sont donc pas comparables**.

Remarque : 92 rhumatologues, soit 13% n'ont renseigné aucun item. Le questionnaire ne comportait pas de modalité « aucun ».

### Répartition des actes réalisés selon le type de consultation

		Type de consultation					
		Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Examen complémentaire à voir	<b>Oui</b>	<b>273</b>	<b>53,8%</b>	<b>87</b>	<b>79,8%</b>	<b>360</b>	<b>58,4%</b>
	Non	234	46,2%	22	20,2%	256	41,6%
	Total	507	100,0%	109	100,0%	616	100,0%
Geste thérapeutique réalisé lors de la consultation	<b>Oui</b>	<b>220</b>	<b>43,4%</b>	<b>20</b>	<b>18,3%</b>	<b>240</b>	<b>39,0%</b>
	Non	287	56,6%	89	81,7%	376	61,0%
	Total	507	100,0%	109	100,0%	616	100,0%
Délivrance d'un certificat	Oui	21	4,1%	3	2,8%	24	3,9%
	Non	486	95,9%	106	97,2%	592	96,1%
	Total	507	100,0%	109	100,0%	616	100,0%
Appel téléphonique durant la consultation	<b>Oui</b>	<b>48</b>	<b>9,5%</b>	<b>10</b>	<b>9,2%</b>	<b>58</b>	<b>9,4%</b>
	Non	459	90,5%	99	90,8%	558	90,6%
	Total	507	100,0%	109	100,0%	616	100,0%
Nouvelle consultation programmée	<b>Oui</b>	<b>265</b>	<b>52,3%</b>	<b>75</b>	<b>68,8%</b>	<b>340</b>	<b>55,2%</b>
	Non	242	47,7%	34	31,2%	276	44,8%
	Total	507	100,0%	109	100,0%	616	100,0%

Sont signalés en gras, les répartitions qui diffèrent significativement.

## 7.1 Les examens réalisés

Remarque : 426 rhumatologues, soit 60,2% n'ont renseigné aucune modalité de réponse

### Répartition des examens réalisés selon le type de consultation (n=282)

		Type de consultation					
		Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Examen biologique réalisé	Oui	<b>91</b>	<b>38,1%</b>	<b>32</b>	<b>74,4%</b>	<b>123</b>	<b>43,6%</b>
	Non	148	61,9%	11	25,6%	159	56,4%
	Total	239	100,0%	43	100,0%	282	100,0%
Examen radiologique réalisé	Oui	132	55,2%	24	55,8%	156	55,3%
	Non	107	44,8%	19	44,2%	126	44,7%
	Total	239	100,0%	43	100,0%	282	100,0%
Examen échographique réalisé	Oui	38	15,9%	3	7,0%	41	14,5%
	Non	201	84,1%	40	93,0%	241	85,5%
	Total	239	100,0%	43	100,0%	282	100,0%
Scanner réalisé	Oui	15	6,3%	2	4,7%	17	6,0%
	Non	224	93,7%	41	95,3%	265	94,0%
	Total	239	100,0%	43	100,0%	282	100,0%
IRM réalisé	Oui	25	10,5%	5	11,6%	30	10,6%
	Non	214	89,5%	38	88,4%	252	89,4%
	Total	239	100,0%	43	100,0%	282	100,0%
Scintigraphie réalisée	Oui	2	,8%	0	0,0%	2	,7%
	Non	237	99,2%	43	100,0%	280	99,3%
	Total	239	100,0%	43	100,0%	282	100,0%
Densitométrie réalisée	Oui	12	5,0%	3	7,0%	15	5,3%
	Non	227	95,0%	40	93,0%	267	94,7%
	Total	239	100,0%	43	100,0%	282	100,0%
EMG réalisé	Oui	16	6,7%	1	2,3%	17	6,0%
	Non	223	93,3%	42	97,7%	265	94,0%
	Total	239	100,0%	43	100,0%	282	100,0%

Sont signalés en gras, les répartitions qui diffèrent significativement.

## 7.2 Les examens prescrits

En 2003, une section spécifique du questionnaire permettait aux rhumatologues de décrire leurs prescriptions. La liste des examens comportait un nombre plus important de propositions, **les données ne sont donc pas comparables**.

Remarque : 408 rhumatologues, soit 57,6% n'ont renseigné aucune modalité de réponse

### Répartition des examens prescrits selon le type de consultation (n= 300)

		Type de consultation					
		Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Examen biologique prescrit	<b>Oui</b>	<b>161</b>	<b>71,6%</b>	<b>63</b>	<b>84,0%</b>	<b>224</b>	<b>74,7%</b>
	Non	64	28,4%	12	16,0%	76	25,3%
	Total	225	100,0%	75	100,0%	300	100,0%
Examen radiologique prescrit	<b>Oui</b>	<b>63</b>	<b>28,0%</b>	<b>24</b>	<b>32,0%</b>	<b>87</b>	<b>29,0%</b>
	Non	162	72,0%	51	68,0%	213	71,0%
	Total	225	100,0%	75	100,0%	300	100,0%
Examen échographique prescrit	<b>Oui</b>	<b>20</b>	<b>8,9%</b>	<b>11</b>	<b>14,7%</b>	<b>31</b>	<b>10,3%</b>
	Non	205	91,1%	64	85,3%	269	89,7%
	Total	225	100,0%	75	100,0%	300	100,0%
Scanner prescrit	<b>Oui</b>	<b>15</b>	<b>6,7%</b>	<b>3</b>	<b>4,0%</b>	<b>18</b>	<b>6,0%</b>
	Non	210	93,3%	72	96,0%	282	94,0%
	Total	225	100,0%	75	100,0%	300	100,0%
IRM prescrit	<b>Oui</b>	<b>23</b>	<b>10,2%</b>	<b>17</b>	<b>22,7%</b>	<b>40</b>	<b>13,3%</b>
	Non	202	89,8%	58	77,3%	260	86,7%
	Total	225	100,0%	75	100,0%	300	100,0%
Scintigraphie prescrite	<b>Oui</b>	<b>7</b>	<b>3,1%</b>	<b>4</b>	<b>5,3%</b>	<b>11</b>	<b>3,7%</b>
	Non	218	96,9%	71	94,7%	289	96,3%
	Total	225	100,0%	75	100,0%	300	100,0%
Densitométrie prescrite	<b>Oui</b>	<b>8</b>	<b>3,6%</b>	<b>11</b>	<b>14,7%</b>	<b>19</b>	<b>6,3%</b>
	Non	217	96,4%	64	85,3%	281	93,7%
	Total	225	100,0%	75	100,0%	300	100,0%
EMG prescrite	<b>Oui</b>	<b>7</b>	<b>3,1%</b>	<b>2</b>	<b>2,7%</b>	<b>9</b>	<b>3,0%</b>
	Non	218	96,9%	73	97,3%	291	97,0%
	Total	225	100,0%	75	100,0%	300	100,0%

Sont signalés en gras, les répartitions qui diffèrent significativement.

### 7.3 Les examens planifiés mais pas débutés

Remarque : 619 rhumatologues, soit 87,4% n'ont renseigné aucune modalité de réponse

#### Répartition des examens planifiés mais pas débutés selon le type de consultation (n=89)

		Type de consultation					
		Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Examen biologique planifié	Oui	18	28,1%	10	40,0%	28	31,5%
	Non	46	71,9%	15	60,0%	61	68,5%
	Total	64	100,0%	25	100,0%	89	100,0%
Examen radiologique planifié	Oui	18	28,1%	7	28,0%	25	28,1%
	Non	46	71,9%	18	72,0%	64	71,9%
	Total	64	100,0%	25	100,0%	89	100,0%
Examen échographique planifié	Oui	9	14,1%	2	8,0%	11	12,4%
	Non	55	85,9%	23	92,0%	78	87,6%
	Total	64	100,0%	25	100,0%	89	100,0%
Scanner planifié	Oui	5	7,8%	1	4,0%	6	6,7%
	Non	59	92,2%	24	96,0%	83	93,3%
	Total	64	100,0%	25	100,0%	89	100,0%
IRM planifié	Oui	11	17,2%	4	16,0%	15	16,9%
	Non	53	82,8%	21	84,0%	74	83,1%
	Total	64	100,0%	25	100,0%	89	100,0%
Scintigraphie planifiée	Oui	2	3,1%	1	4,0%	3	3,4%
	Non	62	96,9%	24	96,0%	86	96,6%
	Total	64	100,0%	25	100,0%	89	100,0%
Densitométrie planifiée	Oui	10	15,6%	6	24,0%	16	18,0%
	Non	54	84,4%	19	76,0%	73	82,0%
	Total	64	100,0%	25	100,0%	89	100,0%
EMG planifié	Oui	7	10,9%	2	8,0%	9	10,1%
	Non	57	89,1%	23	92,0%	80	89,9%
	Total	64	100,0%	25	100,0%	89	100,0%

Sont signalés en gras, les répartitions qui diffèrent significativement.

## 7.4 Geste technique principal

En 2003, cette question n'existait pas.

**Remarque :** Le questionnaire présente un problème d'ergonomie car lorsqu'une modalité est sélectionnée, il n'est plus possible ensuite de la décocher. Ceci explique peut-être la différence entre le nombre de rhumatologues ayant déclaré avoir réalisé ou prescrit ou planifié mais pas débuté un geste technique principal ou secondaire (n=358) et le nombre de rhumatologue ayant précisé de quel geste technique il s'agissait (n=337).

### Répartition des gestes techniques principaux selon le type de consultation

		Type de consultation				Total	
		Consultation libérale		Consultation hospitalière			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Geste technique principal	Réalisé	243	76,4%	23	57,5%	266	74,3%
	Prescrit	26	8,2%	9	22,5%	35	9,8%
	Planifié mais pas débuté	49	15,4%	8	20,0%	57	15,9%
Total		318	100,0%	40	100,0%	358	100,0%

		Geste technique principal						Total	
		Réalisé		Prescrit		Planifié mais pas débuté			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Geste technique principal	Aucun	2	,8%	0	0,0%	2	4,0%	4	1,2%
	Acide hyaluronique genou sans guidage	61	24,1%	5	14,7%	10	20,0%	76	22,6%
	Acide hyaluronique genou avec guidage rayons X	1	,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	,3%
	Acide hyaluronique hors genou avec guidage rayons X	0	0,0%	0	0,0%	2	4,0%	2	,6%
	Infiltration sans guidage	114	45,1%	3	8,8%	20	40,0%	137	40,7%
	Infiltration avec guidage rayons X	12	4,7%	20	58,8%	11	22,0%	43	12,8%
	Infiltration avec guidage échographique	11	4,3%	0	0,0%	0	0,0%	11	3,3%
	Manipulation	6	2,4%	1	2,9%	1	2,0%	8	2,4%
	Mésothérapie	6	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	6	1,8%
	Onde de choc	0	0,0%	2	5,9%	0	0,0%	2	,6%
	Ponction articulaire sans guidage	28	11,1%	1	2,9%	1	2,0%	30	8,9%
	Ponction articulaire avec guidage rayons X	2	,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	,6%
	Traction	1	,4%	0	0,0%	1	2,0%	2	,6%
	Vertébroplastie	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	1	,3%
	Autre	9	3,6%	2	5,9%	1	2,0%	12	3,6%
Total		253	100,0%	34	100,0%	50	100,0%	337	100,0%

## 7.5 Geste technique secondaire

En 2003, cette question n'existait pas.

Remarque : cf. remarque supra.

### Répartition des gestes techniques secondaires selon le type de consultation

		Type de consultation				Total	
		Consultation libérale		Consultation hospitalière			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Geste technique secondaire	Réalisé	37	48,1%	3	30,0%	40	46,0%
	Prescrit	7	9,1%	4	40,0%	11	12,6%
	Planifié mais pas débuté	33	42,9%	3	30,0%	36	41,4%
Total		77	100,0%	10	100,0%	87	100,0%

		Geste technique secondaire						Total	
		Réalisé		Prescrit		Planifié mais pas débuté			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Geste technique secondaire	Aucun	0	0,0%	0	0,0%	2	6,7%	2	2,7%
	Acide hyaluronique genou sans guidage	8	22,2%	5	55,6%	16	53,3%	29	38,7%
	Acide hyaluronique genou avec guidage rayons X	0	0,0%	0	0,0%	2	6,7%	2	2,7%
	Acide hyaluronique hors genou sans guidage	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	1	1,3%
	Infiltration sans guidage	15	41,7%	0	0,0%	0	0,0%	15	20,0%
	Infiltration avec guidage rayons X	0	0,0%	0	0,0%	4	13,3%	4	5,3%
	Infiltration avec guidage échographique	2	5,6%	2	22,2%	2	6,7%	6	8,0%
	Manipulation	2	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,7%
	Mésothérapie	2	5,6%	1	11,1%	2	6,7%	5	6,7%
	Ponction articulaire sans guidage	4	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	4	5,3%
	Ponction articulaire avec guidage rayons X	1	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%
	Autre	2	5,6%	1	11,1%	1	3,3%	4	5,3%
Total		36	100,0%	9	100,0%	30	100,0%	75	100,0%

## 8 Les traitements

En 2003, les traitements médicamenteux étaient envisagés dans le cadre des prescriptions à l'issue de la consultation alors qu'en 2014 aucune consigne de saisie n'est indiquée. Les rhumatologues peuvent donc renseigner tout traitement en cours et/ou prescrit. **Les données ne sont donc pas comparables.**

Remarque : 197 rhumatologues, soit 27,8% n'ont choisi aucune modalité de réponse.

### Répartition des traitements selon le type de consultation

		Type de consultation					
		Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Traitement antalgique	Oui	261	63,7%	64	64,0%	325	63,7%
	Non	149	36,3%	36	36,0%	185	36,3%
	Total	410	100,0%	100	100,0%	510	100,0%
Traitement AINS	Oui	139	33,9%	34	34,0%	173	33,9%
	Non	271	66,1%	66	66,0%	337	66,1%
	Total	410	100,0%	100	100,0%	510	100,0%
Traitement corticoïdes	Oui	80	19,5%	25	25,0%	105	20,6%
	Non	330	80,5%	75	75,0%	405	79,4%
	Total	410	100,0%	100	100,0%	510	100,0%
Traitement IPP	Oui	98	23,8%	29	29,0%	127	24,9%
	Non	313	76,2%	71	71,0%	384	75,1%
	Total	411	100,0%	100	100,0%	511	100,0%
Traitement anti ostéoporotiques	Oui	53	12,9%	18	18,4%	71	13,9%
	Non	358	87,1%	80	81,6%	438	86,1%
	Total	411	100,0%	98	100,0%	509	100,0%
Traitement DMARDs	<b>Oui</b>	<b>75</b>	<b>18,3%</b>	<b>33</b>	<b>33,0%</b>	<b>108</b>	<b>21,2%</b>
	Non	334	81,7%	67	67,0%	401	78,8%
	Total	409	100,0%	100	100,0%	509	100,0%
Traitement biothérapie	<b>Oui</b>	<b>38</b>	<b>9,2%</b>	<b>21</b>	<b>21,0%</b>	<b>59</b>	<b>11,5%</b>
	Non	373	90,8%	79	79,0%	452	88,5%
	Total	411	100,0%	100	100,0%	511	100,0%
Traitement Anti Arthrosiques d'Action Lente	Oui	49	11,9%	12	12,0%	61	11,9%
	Non	362	88,1%	88	88,0%	450	88,1%
	Total	411	100,0%	100	100,0%	511	100,0%
Traitement par rééducation	Oui	133	32,5%	40	40,4%	173	34,1%
	Non	276	67,5%	59	59,6%	335	65,9%
	Total	409	100,0%	99	100,0%	508	100,0%
Traitement sous perfusion de biphosphonates	<b>Oui</b>	<b>10</b>	<b>2,4%</b>	<b>11</b>	<b>11,0%</b>	<b>21</b>	<b>4,1%</b>
	Non	401	97,6%	89	89,0%	490	95,9%
	Total	411	100,0%	100	100,0%	511	100,0%

Sont signalés en gras, les répartitions qui diffèrent significativement.



## 9 Orientation proposée

En 2003, les propositions d'orientation étant différentes et les différentes options d'orientations avaient été hiérarchisées pour l'analyse, **les données ne sont pas comparables**.

### Répartition des orientations selon le type de consultation

		Type de consultation					
		Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne
Renvoi au correspondant	Oui	282	49,3%	50	41,0%	332	47,8%
	Non	290	50,7%	72	59,0%	362	52,2%
	Total	572	100,0%	122	100,0%	694	100,0%
Suivi par vous	Oui	344	60,1%	76	62,3%	420	60,5%
	Non	228	39,9%	46	37,7%	274	39,5%
	Total	572	100,0%	122	100,0%	694	100,0%
Consulte un autre spécialiste	Oui	43	7,5%	11	9,0%	54	7,8%
	Non	529	92,5%	111	91,0%	640	92,2%
	Total	572	100,0%	122	100,0%	694	100,0%
Arrêt de travail	Oui	10	1,7%	0	0,0%	10	1,4%
	Non	562	98,3%	122	100,0%	684	98,6%
	Total	572	100,0%	122	100,0%	694	100,0%

En 2014, les options d'orientations les plus fréquentes, sans différence selon le cadre de la consultation (libérale ou hospitalière) sont :

- La consultation de suivi rhumatologique (60,5%),
- Le renvoi vers le médecin correspondant (47,8%).

### Arrêt de travail

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Initial	1	10,0	11,1	11,1
	Prolongation	8	80,0	88,9	100,0
	Total	9	90,0	100,0	
Manquante	Système manquant	1	10,0		
Total		10	100,0		

Remarque : compte-tenu de la faiblesse des effectifs les pourcentages sont à interpréter avec prudence.

## 10 Diagnostic ou hypothèses diagnostiques

*En 2003, les possibilités de réponse étaient moins nombreuses et une distinction était faite entre diagnostic suspecté avant la consultation et diagnostic établi au terme de la consultation. **Les données ne sont donc pas comparables.***

**Remarque :** Au total, pour 351 patients (soit 50%), il n'est fait aucune mention d'un diagnostic ou d'une hypothèse diagnostique. Par ailleurs, deux fiches patients ont été exclues de l'analyse car présentant trop de modalités de réponses ce que l'on peut considérer comme non cohérent.

### 10.1 Les diagnostics lésionnels ou étiologiques

314 patients ont au moins un diagnostic lésionnel ou étiologique au terme de la consultation (244 en cabinet libéral et 70 en milieu hospitalier).

Les trois diagnostics les plus fréquents surlignés en bleu dans le tableau suivant sont :

- Rhumatisme abarticulaire du membre supérieur,
- Polyarthrite rhumatoïde,
- Spondylarthropathie.
- 

A eux trois ces diagnostics représentent 62% de l'ensemble des diagnostics lésionnels ou étiologiques.

Le diagnostic de rhumatisme abarticulaire du membre supérieur est porté avec une fréquence relative 6 fois plus souvent en cabinet libéral qu'en milieu hospitalier.

La polyarthrite rhumatoïde est identifiée dans les mêmes fréquences en cabinet libéral ou hospitalier.

La spondylarthropathie est davantage diagnostiquée en milieu hospitalier qu'en cabinet libéral.

## Répartition des diagnostics lésionnels ou étiologiques selon le type de consultation

Diagnostics lésionnels ou étiologiques		Type de consultation					
		Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Rhumatisme</b>							
Rhumatisme inflammatoire infectieux	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
Polyarthrite rhumatoïde	Oui	63	22%	22	22%	85	22%
Spondylarthropathie	Oui	39	14%	23	23%	62	16%
Connectivite	Oui	7	2%	10	10%	17	4%
Pseudo polyarthrite rhizomélisque et Horton	Oui	17	6%	3	3%	20	5%
SAPHO	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
Goutte	Oui	4	1%	6	6%	10	3%
Chondrocalcinose	Oui	12	4%	3	3%	15	4%
Hydroxyapatite	Oui	5	2%	1	1%	6	2%
Rhumatisme abarticulaire du membre supérieur	Oui	87	30%	5	5%	92	24%
Rhumatisme abarticulaire du membre inférieur	Oui	24	8%	7	7%	31	8%
Maladie de Dupuytren	Oui	1	0%	0	0%	1	0%
Capsulite	Oui	4	1%	0	0%	4	1%
<b>Arthropathie non inflammatoire</b>							
Algodystrophie	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
Coxarthrose	Oui	1	0%	1	1%	2	1%
Gonarthrose	Oui	7	2%	1	1%	8	2%
Arthrose digitale	Oui	3	1%	0	0%	3	1%
Arthrose (autre localisation)	Oui	5	2%	0	0%	5	1%
Ostéonécrose	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
Ostéochondromatose	Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Synovite villo nodulaire	Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Hémochromatose	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
<b>Radiculgie et névralgies</b>							
Cruralgie	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
Sciatique	Oui	3	1%	1	1%	4	1%
Névralgie cervico-brachiale	Oui	2	1%	1	1%	3	1%
Névralgie (autre localisation)	Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Maladie neurologique	Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Syndrome canalaire	Oui	2	1%	2	2%	4	1%
Dérangement intervertébral mineur	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
<b>Ostéopathie bénigne</b>							
Ostéoporose	Oui	2	1%	1	1%	3	1%
Paget	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
Ostéomalacie	Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Fracture de fatigue	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
Ostéite	Oui	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Tumeur osseuse</b>							
Tumeur osseuse bénigne	Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Tumeur osseuse maligne	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
Aponévrosite	Oui	0	0%	1	1%	1	0%
<b>Total</b>		<b>288</b>	<b>100%</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>	<b>386</b>	<b>100%</b>

## 10.2 Les diagnostics symptomatiques

23 patients ont un diagnostic symptomatique dont 21 en cabinet libéral et 2 en milieu hospitalier.

Les douleurs monoarticulaires sont les plus fréquentes devant la fessalgie et la lombalgie chronique.

### Répartition des diagnostics symptomatiques selon le type de consultation

Diagnostic symptomatique	Type de consultation					
	Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Douleur monoarticulaire Oui	11	41%	0	0%	11	38%
Douleur polyarticulaire Oui	2	7%	0	0%	2	7%
Polyarthrite Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Monoarthrite Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Cervicalgie chronique Oui	2	7%	0	0%	2	7%
Cervicalgie aiguë Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Dorsalgie chronique Oui	1	4%	0	0%	1	3%
Dorsalgie aiguë Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Lombalgie chronique Oui	4	15%	0	0%	4	14%
Lombalgie aiguë Oui	2	7%	0	0%	2	7%
Fessalgie Oui	3	11%	2	100%	5	17%
Myalgie Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Paresthésie Oui	2	7%	0	0%	2	7%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Remarque : compte-tenu de la faiblesse des effectifs les pourcentages sont à interpréter avec prudence.

## 10.3 La traumatologie et les autres diagnostics

51 patients ont un diagnostic traumatologique ou autre dont 40 en cabinet libéral et 11 en milieu hospitalier.

### Répartition des diagnostics traumatologiques ou autres selon le type de consultation

	Type de consultation					
	Consultation libérale		Consultation hospitalière		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Traumatologie</b>						
Fracture Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Entorse Oui	1	2%	0	0%	1	2%
Contusion Oui	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Autre</b>						
Fibromyalgie Oui	6	14%	7	58%	13	24%
Douleur post-opératoire Oui	3	7%	0	0%	3	6%
Douleur fonctionnelle Oui	5	12%	1	8%	6	11%
Maladie de Lyme Oui	0	0%	0	0%	0	0%
Scoliose Oui	3	7%	2	17%	5	9%
Autre Oui	24	57%	2	17%	26	48%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

Remarque : compte-tenu de la faiblesse des effectifs les pourcentages sont à interpréter avec prudence.

## RESULTATS ENQUETE HOSPITALISATION

---

### SOMMAIRE

<b>1. Contexte d'hospitalisation</b> .....	<b>2</b>
1.1. Statut du patient .....	2
<b>2. Caractéristiques des patients</b> .....	<b>3</b>
2.1. Distribution selon le sexe et l'âge .....	3
2.2. Distance au lieu d'hospitalisation .....	4
2.3. Distribution selon la situation sociale .....	4
2.3.1. Situation professionnelle du patient .....	4
2.3.2. Tiers payant .....	6
2.3.3. CMU .....	6
2.3.4. Affection de longue durée (ALD) .....	6
<b>3. Mode de recours</b> .....	<b>7</b>
3.1. Les patients adressés ou transférés, N=78 .....	8
<b>4. Caractéristiques de l'hospitalisation</b> .....	<b>10</b>
4.1. Mode d'hospitalisation .....	10
4.2. Durée d'hospitalisation .....	10
<b>5. Pertinence du recours</b> .....	<b>11</b>
5.1. Premier recours .....	11
5.2. Nombre de médecins consultés avant l'hospitalisation .....	11
5.3. Délai entre la prise de contact et l'hospitalisation .....	12
<b>6. Prise en charge antérieure et pertinence</b> .....	<b>13</b>
<b>7. Prise en charge lors de l'hospitalisation</b> .....	<b>14</b>
7.1. Lors de la consultation .....	14
7.2. Examens réalisés .....	15
7.3. Examens prescrits .....	16
7.4. Examens planifiés mais pas débutés .....	17
7.5. Geste technique principal .....	18
7.6. Geste technique secondaire .....	19
<b>8. Les traitements</b> .....	<b>20</b>
<b>9. Orientation proposée</b> .....	<b>21</b>
<b>10. Diagnostic ou hypothèses diagnostiques</b> .....	<b>22</b>
10.1. Les diagnostics lésionnels ou étiologiques .....	22
10.2. Les diagnostics symptomatiques .....	23
10.3. La traumatologie et les autres diagnostics .....	23

**Remarque** : La faiblesse des effectifs conduit à considérer les résultats avec prudence, ils traduisent des tendances mais ne peuvent pas être considérés comme représentatifs de la prise en charge en hospitalisation.

En 2014 115 patients ont été en contact avec les médecins participants à l'enquête.

En 2003 ils étaient 276, soit plus du double.

## 1. Contexte d'hospitalisation

### 1.1. Statut du patient

#### Répartition des patients selon le statut du patient

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Nouveau patient	46	40,0	40,0	40,0
En urgence	25	21,7	21,7	61,7
Valide Patient connu du service pour cette affection	41	35,7	35,7	97,4
Patient connu du service pour une autre affection	3	2,6	2,6	100,0
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Une seule réponse possible pour cette question alors qu'un patient arrivé en urgence peut aussi être un nouveau patient. Il aurait fallu introduire la notion d'urgence dans une autre question pour pouvoir bien distinguer les nouveaux patients des patients connus du service. Pour les 25 patients arrivés en urgence on ne sait pas si ce sont des nouveaux patients ou s'ils sont connus du service

	MODE1				Total
	Patient déjà suivi non adressé	Patient non connu venant de lui même	Patient adressé	Patient transféré d'un autre service ou d'un autre établissement	
PATT Nouveau patient	1	1	35	9	46
En urgence	0	3	10	12	25
Patient connu du service pour cette affection	32	0	8	1	41
Patient connu du service pour une autre affection	0	0	2	1	3
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>4</b>	<b>55</b>	<b>23</b>	<b>115</b>

## 2. Caractéristiques des patients

### 2.1. Distribution selon le sexe et l'âge

#### Age moyen des patients selon le sexe

		AGE
		Moyenne
SEXE	Homme	54
	Femme	64
	Ensemble	59

En 2014 l'âge moyen est de 59 ans.

L'âge moyen des femmes est supérieur de 10 années à celui des hommes, respectivement 64 ans contre 54 ans.

#### Répartition des patients selon le sexe

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Homme	57	49,6	49,6	49,6
Valide	Femme	58	50,4	50,4	100,0
	Total	115	100,0	100,0	

Le pourcentage de femme est de 50,4% en 2014.

*En 2003, la proportion de femmes (56%) était plus importante que celle observée en 2014.*

#### Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Tranche d'âge	Homme		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 30 ans	6	10,5	2	3,4	8	7,0
30-39 ans	9	15,8	3	5,2	12	10,4
40-49 ans	7	12,3	6	10,3	13	11,3
50-59 ans	11	19,3	11	19,0	22	19,1
60-69 ans	11	19,3	14	24,1	25	21,7
70-79 ans	5	8,8	6	10,3	11	9,6
80 ans et plus	8	14,0	16	27,6	24	20,9
Total	57	100	58	100	115	100

Sept patients sur dix (71%) ont 50 ans ou plus. Les effectifs féminins sont dominants dans les tranches d'âges élevées à partir de 60 ans.

*En 2003 près de sept patients sur dix (69,7%) avaient 50 ans ou plus. Les effectifs féminins étaient également dominants dans les tranches d'âges élevées à partir de 60 ans.*

## 2.2. Distance au lieu d'hospitalisation

En 2003 cette variable avait pour modalités moins de 10 km, entre 10 et 30km ou plus de 30 km. Elle n'est donc pas comparable.

### Répartition des patients selon la distance entre le lieu de résidence et l'hospitalisation

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Moins de 20km de votre consultation	55	47,8	47,8
Valide	Plus de 20km de votre consultation	60	52,2	100,0
	Total	115	100,0	100,0

## 2.3. Distribution selon la situation sociale

### 2.3.1. Situation professionnelle du patient

En 2003 la question n'était pas posée de la même manière puisqu'il était possible de distinguer dans 2 questions différentes les patients en activité puis en arrêt de travail. Sur le questionnaire de 2014 la question étant à choix unique, on ne peut pas distinguer parmi les patients en arrêt de travail s'ils sont actifs ou autre.

### Répartition des patients selon la situation professionnelle

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	En activité professionnelle	41	35,7	35,7
	Retraité	54	47,0	82,6
	Demandeur d'emploi	3	2,6	85,2
Valide	En arrêt de travail	11	9,6	94,8
	Etudiant	5	4,3	99,1
	Autre	1	,9	100,0
	Total	115	100,0	100,0

Un peu moins de la moitié des patients (47%) hospitalisés dans le cadre d'une affection rhumatologique est à la retraite, ce qui est conforme à la structure d'âge des patients.



### Répartition des patients selon le sexe et la situation professionnelle

		SEXE					
		Homme		Femme		Total	
		Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)
Situation professionnelle du patient	En activité	25	43,9%	16	27,6%	41	35,7%
	Retraité	22	38,6%	32	55,2%	54	47,0%
	Demandeur d'emploi	2	3,5%	1	1,7%	3	2,6%
	En arrêt de travail	6	10,5%	5	8,6%	11	9,6%
	Etudiant	2	3,5%	3	5,2%	5	4,3%
	Autre	0	0,0%	1	1,7%	1	0,9%
	Total	57	100,0%	58	100,0%	115	100,0%

En 2014, la proportion de femmes en activité est relativement plus faible (27,6%) que celle des hommes (43,9%).

Inversement la proportion de femmes en retraite (55,2%) est plus importante que celle des hommes (38,6%).

La situation professionnelle est surtout liée à l'âge des patients.

### Répartition des patients selon l'âge et la situation professionnelle

		Situation professionnelle							
		En activité		Retraité		Autres catégories regroupées		Total	
		Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Âge	Moins de 30 ans	2	4,9%			6	30,0%	8	7,0%
	30-39 ans	7	17,1%			5	25,0%	12	10,4%
	40-49 ans	10	24,4%			3	15,0%	13	11,3%
	50-59 ans	17	41,5%	3	5,6%	2	10,0%	22	19,1%
	60-69 ans	5	12,2%	17	31,5%	3	15,0%	25	21,7%
	70-79 ans			11	20,4%			11	9,6%
	80 ans et plus			23	42,6%	1	5,0%	24	20,9%
Total	41	100,0%	54	100,0%	20	100,0%	115	100,0%	

### 2.3.2. Tiers payant

En 2003 cette variable n'existait pas.

#### Répartition des patients selon le fait qu'ils bénéficient ou non du tiers payant

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Oui	70	60,9	62,5	62,5
Valide	Non	42	36,5	37,5	100,0
	Total	112	97,4	100,0	
Manquante	Système manquant	3	2,6		
Total		115	100,0		

Deux tiers des patients (62,5%) bénéficient du tiers payant.

### 2.3.3. CMU

En 2003 cette variable n'existait pas.

#### Répartition des patients selon le fait qu'ils bénéficient ou non de la CMU

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Oui	3	2,6	2,7	2,7
Valide	Non	109	94,8	97,3	100,0
	Total	112	97,4	100,0	
Manquante	Système manquant	3	2,6		
Total		115	100,0		

### 2.3.4. Affection de longue durée (ALD)

En 2003 cette variable n'existait pas.

#### Répartition des patients selon le fait qu'ils bénéficient ou non d'une prise en charge dans le cadre d'une ALD

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Oui	54	47,0	47,0	47,0
Valide	Non	61	53,0	53,0	100,0
	Total	115	100,0	100,0	

En 2014, plus de la moitié des hospitalisés ne bénéficie pas d'une prise en charge en ALD, sans différence significative selon le sexe.

### 3.Mode de recours

Il n'y a pas de filtre sur les questions, il est possible de répondre aux questions concernant les patients adressés quelle que soit la réponse à la question relative au mode d'adressage.

#### Répartition des patients selon le mode d'adressage

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Patient déjà suivi non adressé	33	28,7	28,7
	Patient non connu venant de lui même	4	3,5	32,2
Valide	Patient adressé	55	47,8	80,0
	Patient transféré	23	20,0	100,0
	Total	115	100,0	100,0

#### Répartition des patients selon le statut du médecin qui adresse le patient

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	Médecin libéral	48	41,7	64,0
Valide	Médecin hospitalier	27	23,5	100,0
	Total	75	65,2	100,0
Manquante	Système manquant	40	34,8	
	Total	115	100,0	

#### Répartition des patients selon le mode d'adressage et le statut du médecin adresseur

		Adressé par		Total
		Médecin libéral	Médecin hospitalier	
Mode	Patient déjà suivi non adressé	7	0	7
adressage	Patient non connu venant de lui même	0	1	1
	Patient adressé	40	14	54
	Patient transféré d'un autre service ou d'un autre établissement	1	12	13
	Total	48	27	75

**Remarque** : ce tableau d'effectifs justifie le fait de regrouper dans l'analyse suivante les patients adressés et les patients transférés

### 3.1. Les patients adressés ou transférés, N=78

#### Répartition des patients adressés ou transférés selon le statut du médecin qui adresse le patient

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Médecin libéral	41	52,6	61,2	61,2
	Médecin hospitalier	26	33,3	38,8	100,0
	Total	67	85,9	100,0	
Manquant	Système	11	14,1		
Total		78	100,0		

#### Répartition des patients adressés ou transférés selon le professionnel de santé qui adresse le patient et le statut du médecin

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Généraliste	26	33,3	40,0	40,0
	Rhumatologue libéral	16	20,5	24,6	64,6
	Autre spécialiste	23	29,5	35,4	100,0
	Total	65	83,3	100,0	
Manquant	Système	13	16,7		
Total		78	100,0		

En ce qui concerne les patients adressés ou transférés 40% ont été adressés par un généraliste, 25% par un rhumatologue libéral et 35% par un autre spécialiste.

#### Répartition des patients adressés ou transférés selon le motif

		Nombre	(%)
Avis diagnostic	Oui	42	56,8%
	Non	32	43,2%
	Total	74	100,0%
Avis thérapeutique	Oui	52	70,3%
	Non	22	29,7%
	Total	74	100,0%
Geste technique	Oui	14	18,9%
	Non	60	81,1%
	Total	74	100,0%

70,3% des patients sont adressés pour un avis thérapeutique et 56,8% pour un avis diagnostic.

### Répartition des patients adressés ou transférés selon le moyen d'information utilisé

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Une lettre du correspondant	32	41,0	42,7	42,7
	Un appel urgent du médecin généraliste	10	12,8	13,3	56,0
	Un appel urgent du médecin rhumatologue	4	5,1	5,3	61,3
	Un appel urgent d'un médecin autre	7	9,0	9,3	70,7
	Par les urgences	22	28,2	29,3	100,0
	Total	75	96,2	100,0	
Manquant	Système	3	3,8		
Total		78	100,0		

Parmi les réponses valides 42,7% des patients ont été adressés ou transférés avec une lettre du correspondant.

### Répartition des patients selon le mode d'adressage et le moyen d'information utilisé

		Mode d'adressage				Total	
		Patient adressé		Patient transféré			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
VIA	Une lettre du correspondant	30	57,7%	2	8,7%	32	42,7%
	Un appel urgent du médecin généraliste	9	17,3%	1	4,3%	10	13,3%
	Un appel urgent du médecin rhumatologue	4	7,7%	0	0,0%	4	5,3%
	Un appel urgent d'un médecin autre	2	3,8%	5	21,7%	7	9,3%
	Par les urgences	7	13,5%	15	65,2%	22	29,3%
Total		52	100,0%	23	100,0%	75	100,0%

## 4. Caractéristiques de l'hospitalisation

### 4.1. Mode d'hospitalisation

#### Répartition des patients selon les caractéristiques de l'hospitalisation

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Hospitalisation traditionnelle	77	67,0	67,0
	Hospitalisation de jour	23	20,0	87,0
	Hospitalisation de semaine	14	12,2	99,1
	Hospitalisation traditionnelle + Hospitalisation de jour	1	,9	,9
	Total	115	100,0	100,0

### 4.2. Durée d'hospitalisation

#### Durée moyenne d'hospitalisation en jours

N	Valide	114
	Manquant	1
Moyenne		5,95
Médiane		4,50
Ecart type		5,875
Minimum		1
Maximum		35

#### Durée moyenne d'hospitalisation en jours selon le mode d'hospitalisation

		DUREEHOSP
		Moyenne
HOSPI	Hospitalisation traditionnelle	8
	Hospitalisation de jour	1
	Hospitalisation de semaine	3
	Total	6

## 5. Pertinence du recours

### 5.1. Premier recours

#### Répartition des patients selon qu'il s'agit ou non d'un premier recours

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	64	55,7	55,7
	Non	51	44,3	100,0
	Total	115	100,0	100,0

### 5.2. Nombre de médecins consultés avant l'hospitalisation

#### Nombre moyen de médecins consultés avant l'hospitalisation

N	Valide	99
	Manquant	16
Moyenne		1,43
Médiane		1,00
Ecart type		1,051
Minimum		0
Maximum		5

#### Répartition des patients selon le nombre de médecins consultés avant l'hospitalisation

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	15	13,0	15,2	15,2
	1	45	39,1	45,5	60,6
	2	27	23,5	27,3	87,9
	3	6	5,2	6,1	93,9
	4	5	4,3	5,1	99,0
	5	1	,9	1,0	100,0
	Total	99	86,1	100,0	
Manquant	Système	16	13,9		
Total		115	100,0		

### 5.3. Délai entre la prise de contact et l'hospitalisation

#### Délai moyen en nombre de jours entre la prise de contact et l'hospitalisation

N	Valide	102
	Manquant	13
Moyenne		12,18
Médiane		3,00
Ecart type		17,843
Minimum		0
Maximum		85

#### Répartition des délais entre prise de contact et hospitalisation

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1 jour ou moins	41	35,7	40,2	40,2
	Entre 2 et 7 jours	22	19,1	21,6	61,8
	Entre 8 et 15 jours	13	11,3	12,7	74,5
	Plus de 15 jours	26	22,6	25,5	100,0
	Total	102	88,7	100,0	
Manquant	Système	13	11,3		
Total		115	100,0		

Parmi les questionnaires valides, 40,% des patients ont attendu 1 jour ou moins entre la prise de contact et l'hospitalisation.

*En 2003 cette part était de 31%. Mais la part des patients ayant attendus 7 jours ou moins était de deux patients sur 3 comme en 2014.*



## 6. Prise en charge antérieure et pertinence

### Répartition des patients selon les prises en charge avant hospitalisation

		Nombre	(%)
IRM réalisée	Oui	27	25,2%
	Non	80	74,8%
	Total	107	100,0%
Traitement médicamenteux administré	Oui	87	81,3%
	Non	20	18,7%
	Total	107	100,0%
Geste technique effectué	Oui	18	17,0%
	Non	88	83,0%
	Total	106	100,0%
Rééducation réalisée	Oui	14	13,9%
	Non	87	86,1%
	Total	101	100,0%
Ostéopathe consulté	Oui	6	5,7%
	Non	100	94,3%
	Total	106	100,0%

81,3% des patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux avant l'hospitalisation.

### Répartition des prises en charges antérieures selon leur pertinence

Répartition des prises en charges antérieures selon leur pertinence		Nombre	(%)
IRM	Oui	25	92,6%
	Non	2	7,4%
	Total	27	100,0%
Traitement médicamenteux	Oui	72	85,7%
	Non	12	14,3%
	Total	84	100,0%
Geste technique	Oui	17	100,0%
	Non	0	0,0%
	Total	17	100,0%
Rééducation	Oui	10	83,3%
	Non	2	16,7%
	Total	12	100,0%

Pour 85,7% des patients le traitement médicamenteux est jugé pertinent, quand celui-ci a été réalisé.

## 7. Prise en charge lors de l'hospitalisation

### 7.1. Lors de la consultation

**Remarque** : cette question n'est pas explicite dans la mesure où il s'agit de l'enquête « hospitalisation », s'agit-il d'une consultation pré-hospitalisation auquel cas ce n'est pas précisé ou d'une erreur dans le questionnaire ?

51 rhumatologues, soit 44% n'ont renseigné aucun item. Le questionnaire ne comportait pas de modalité « aucun ».

#### Répartition des patients selon les actes réalisés à la consultation (n=64)

		Nombre	(%)
Examen complémentaire à voir	Oui	53	82,8%
	Non	11	17,2%
	Total	64	100,0%
Geste thérapeutique réalisé lors de la consultation	Oui	14	21,9%
	Non	50	78,1%
	Total	64	100,0%
Délivrance d'un certificat	Oui	1	1,6%
	Non	63	98,4%
	Total	64	100,0%
Appel téléphonique durant la consultation	Oui	13	20,3%
	Non	51	79,7%
	Total	64	100,0%

Ces résultats ne sont pas exploitables en raison de la remarque supra.

## 7.2. Examens réalisés

Remarque : 12 rhumatologues, soit 10% n'ont renseigné aucun item. Le questionnaire ne comportait pas de modalité « aucun ».

### Répartition des examens réalisés lors de l'hospitalisation (n=103)

		Nombre	(%)
Examen biologique réalisé	Oui	98	95,1%
	Non	5	4,9%
	Total	103	100,0%
Examen radiologique réalisé	Oui	71	68,9%
	Non	32	31,1%
	Total	103	100,0%
Examen échographique réalisé	Oui	32	31,1%
	Non	71	68,9%
	Total	103	100,0%
Scanner réalisé	Oui	30	29,1%
	Non	73	70,9%
	Total	103	100,0%
IRM réalisé	Oui	15	14,6%
	Non	88	85,4%
	Total	103	100,0%
Scintigraphie réalisée	Oui	7	6,8%
	Non	96	93,2%
	Total	103	100,0%
Densitométrie réalisée	Oui	6	5,8%
	Non	97	94,2%
	Total	103	100,0%
EMG réalisé	Oui	4	3,9%
	Non	99	96,1%
	Total	103	100,0%

### 7.3. Examens prescrits

Remarque : 51 rhumatologues, soit 44% n'ont renseigné aucun item. Le questionnaire ne comportait pas de modalité « aucun ».

#### Répartition des examens prescrits lors de l'hospitalisation (n= 64)

		Nombre	(%)
Examen biologique prescrit	Oui	58	90,6%
	Non	6	9,4%
	Total	64	100,0%
Examen radiologique prescrit	Oui	30	46,9%
	Non	34	53,1%
	Total	64	100,0%
Examen échographique prescrit	Oui	15	23,4%
	Non	49	76,6%
	Total	64	100,0%
Scanner prescrit	Oui	14	21,9%
	Non	50	78,1%
	Total	64	100,0%
IRM prescrit	Oui	10	15,6%
	Non	54	84,4%
	Total	64	100,0%
Scintigraphie prescrite	Oui	4	6,3%
	Non	60	93,8%
	Total	64	100,0%
Densitométrie prescrite	Oui	5	7,8%
	Non	59	92,2%
	Total	64	100,0%
EMG prescrite	Oui	5	7,8%
	Non	59	92,2%
	Total	64	100,0%

## 7.4. Examens planifiés mais pas débutés

Remarque : 99 rhumatologues, soit 86% n'ont renseigné aucun item. Le questionnaire ne comportait pas de modalité « aucun ».

### Répartition des examens prescrits mais non débutés lors de l'hospitalisation (n= 16)

		Nombre	(%)
Examen biologique planifié	Oui	5	31,3%
	Non	11	68,8%
	Total	16	100,0%
Examen radiologique planifié	Oui	2	12,5%
	Non	14	87,5%
	Total	16	100,0%
Examen échographique planifié	Oui	3	18,8%
	Non	13	81,3%
	Total	16	100,0%
Scanner planifié	Oui	1	6,3%
	Non	15	93,8%
	Total	16	100,0%
IRM planifié	Oui	3	18,8%
	Non	13	81,3%
	Total	16	100,0%
Scintigraphie planifiée	Oui	0	0,0%
	Non	16	100,0%
	Total	16	100,0%
Densitométrie planifiée	Oui	0	0,0%
	Non	16	100,0%
	Total	16	100,0%
EMG planifié	Oui	2	12,5%
	Non	14	87,5%
	Total	16	100,0%

Ces résultats sont à considérer avec prudence en raison de la faiblesse des effectifs.

## 7.5. Geste technique principal

En 2003, cette question n'existait pas.

**Remarque :** Le questionnaire présente un problème d'ergonomie car lorsqu'une modalité est sélectionnée, il n'est plus possible ensuite de la décocher. Ceci explique peut-être les 4 cas pour lesquels aucun geste technique n'est renseigné à la question suivante.

### Répartition des patients selon le geste technique principal

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Réalisé	52	45,2	78,8
	Prescrit	5	4,3	86,4
	Planifié mais pas débuté	9	7,8	100,0
	Total	66	57,4	100,0
Manquante	Système manquant	49	42,6	
Total		115	100,0	

		Geste technique principal							
		Réalisé		Prescrit		Planifié mais pas débuté		Total	
		Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Geste technique principal	Aucun	4	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	4	6,1%
	Aponévrotomie	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%
	Infiltration sans guidage	12	23,1%	1	20,0%	1	11,1%	14	21,2%
	Infiltration avec guidage rayons X	6	11,5%	1	20,0%	4	44,4%	11	16,7%
	Infiltration avec guidage échographique	5	9,6%	0	0,0%	1	11,1%	6	9,1%
	Ponction articulaire sans guidage	7	13,5%	0	0,0%	0	0,0%	7	10,6%
	Ponction articulaire avec guidage rayons X	3	5,8%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,5%
	Ponction articulaire avec guidage échographique	3	5,8%	0	0,0%	1	11,1%	4	6,1%
	Traction	2	3,8%	0	0,0%	1	11,1%	3	4,5%
	Autre	9	17,3%	3	60,0%	1	11,1%	13	19,7%
	Total	52	100,0%	5	100,0%	9	100,0%	66	100,0%

## 7.6. Geste technique secondaire

En 2003, cette question n'existait pas.

### Répartition des patients selon le geste technique secondaire

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Réalisé	17	14,8	60,7
	Prescrit	3	2,6	71,4
	Planifié mais pas débuté	8	7,0	100,0
	Total	28	24,3	100,0
Manquante	Système manquant	87	75,7	
Total		115	100,0	

		Geste technique secondaire							
		Réalisé		Prescrit		Planifié mais pas débuté		Total	
		Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)	Nbre	(%)
Geste technique secondaire	Aucun	5	29,4%	1	33,3%	1	12,5%	7	25,0%
	Infiltration sans guidage	3	17,6%	0	0,0%	2	25,0%	5	17,9%
	Infiltration avec guidage rayons X	0	0,0%	0	0,0%	2	25,0%	2	7,1%
	Ponction articulaire sans guidage	2	11,8%	1	33,3%	0	0,0%	3	10,7%
	Ponction articulaire avec guidage rayons X	1	5,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%
	Ponction articulaire avec guidage échographique	1	5,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%
	Autre	5	29,4%	1	33,3%	3	37,5%	9	32,1%
	Total	17	100,0%	3	100,0%	8	100,0%	28	100,0%

Ces résultats sont à considérer avec prudence en raison de la faiblesse des effectifs.

## 8. Les traitements

En 2003, les traitements médicamenteux étaient envisagés dans le cadre des prescriptions à l'issue de l'hospitalisation alors qu'en 2014 aucune consigne de saisie n'est indiquée. Les rhumatologues peuvent donc renseigner tout traitement en cours et/ou prescrit. **Les données ne sont donc pas comparables.**

### Répartition des traitements

		Nombre	(%)
Traitement antalgique	Oui	99	86,8%
	Non	15	13,2%
	Total	114	100,0%
Traitement AINS	Oui	40	36,4%
	Non	70	63,6%
	Total	110	100,0%
Traitement corticoïdes	Oui	37	32,2%
	Non	78	67,8%
	Total	115	100,0%
Traitement IPP	Oui	49	42,6%
	Non	66	57,4%
	Total	115	100,0%
Traitement anti ostéoporotiques	Oui	9	7,8%
	Non	106	92,2%
	Total	115	100,0%
Traitement DMARDs	Oui	25	21,7%
	Non	90	78,3%
	Total	115	100,0%
Traitement biothérapie	Oui	24	20,9%
	Non	91	79,1%
	Total	115	100,0%
Traitement Anti Arthrosiques d'Action Lente	Oui	0	0,0%
	Non	115	100,0%
	Total	115	100,0%
Traitement par rééducation	Oui	5	4,4%
	Non	109	95,6%
	Total	114	100,0%
Traitement sous perfusion de biphosphonates	Oui	29	25,4%
	Non	85	74,6%
	Total	114	100,0%
Traitement antalgique	Oui	4	3,5%
	Non	109	96,5%
	Total	113	100,0%



## 9. Orientation proposée

En 2003, cette question n'existait pas

### Répartition des orientations proposées

		Nombre	(%)
Renvoi au correspondant	Oui	46	41,1%
	Non	66	58,9%
	Total	112	100,0%
Suivi par vous	Oui	58	51,8%
	Non	54	48,2%
	Total	112	100,0%
Consulte un autre spécialiste	Oui	13	11,6%
	Non	99	88,4%
	Total	112	100,0%
Arrêt de travail	Oui	5	4,5%
	Non	107	95,5%
	Total	112	100,0%

		si arrêt de travail,					
		Initial		Prolongation		Reprise du travail	
		Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
ORIENT4	Oui	2	40,0%	3	13,6%	0	0,0%
	Non	3	60,0%	19	86,4%	1	100,0%
	Total	5	100,0%	22	100,0%	1	100,0%

Ces résultats sont à considérer avec prudence en raison de la faiblesse des effectifs.

## 10. Diagnostic ou hypothèses diagnostiques

En 2003, les possibilités de réponse étaient moins nombreuses et une distinction était faite entre diagnostic suspecté avant l'examen et diagnostic établi au terme de l'examen. **Les données ne sont donc pas comparables.**

### 10.1. Les diagnostics lésionnels ou étiologiques

104 patients ont au moins un diagnostic lésionnel ou étiologique déclaré.

Les trois diagnostics les plus fréquents surlignés en bleu dans le tableau suivant sont :

- Sciatique,
- Polyarthrite rhumatoïde,
- Spondylarthropathie.
- 

A eux trois ces diagnostics représentent 42% de l'ensemble des diagnostics lésionnels ou étiologiques.

#### Répartition des diagnostics lésionnels ou étiologiques

Rhumatisme	Nb de réponses positives	%
Rhumatisme inflammatoire infectieux	11	7,6
Polyarthrite rhumatoïde	19	13,1
Spondyloarthropathie	17	11,7
Connectivite	3	2,1
Pseudo polyarthrite rhizomelique et Horton	6	4,1
Goutte	3	2,1
Chondrocalcinose	4	2,8
Hydroxyapatite	1	0,7
Rhumatisme abarticulaire du membre supérieur	4	2,8
Rhumatisme abarticulaire du membre inférieur	6	4,1
Maladie de Dupuytren	1	0,7
<b>Arthropathie non inflammatoire</b>		
Algodystrophie	1	0,7
Coxarthrose	4	2,8
Gonarthrose	1	0,7
Arthrose digitale	1	0,7
Arthrose (autre localisation)	6	4,1
Ostéonécrose	1	0,7
<b>Radiculgie et névralgies</b>		
Cruralgie	8	5,5
Sciatique	25	17,2
Névralgie cervico-brachiale	5	3,4
Maladie neurologique	1	0,7
Syndrome canalair	1	0,7
<b>Ostéopathie bénigne</b>		
Ostéoporose	9	6,2
Paget	1	0,7
Fracture de fatigue	1	0,7
<b>Tumeur osseuse</b>		
Tumeur osseuse maligne	5	3,4
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>

## 10.2. Les diagnostics symptomatiques

29 patients ont au moins un diagnostic symptomatique déclaré.

Diagnostic symptomatique	Nb de réponses positives	%
Douleur monoarticulaire	5	10,6
Douleur polyarticulaire	3	6,4
Polyarthrite	4	8,5
Monoarthrite	4	8,5
Cervicalgie chronique	2	4,3
Cervicalgie aiguë	3	6,4
Dorsalgie chronique	4	8,5
Dorsalgie aiguë	1	2,1
Lombalgie chronique	8	17,0
Lombalgie aiguë	6	12,8
Fessalgie	3	6,4
Myalgie	1	2,1
Paresthésie	3	6,4
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

## 10.3. La traumatologie et les autres diagnostics

12 patients ont au moins un diagnostic traumatologique ou autre déclaré.

Traumatologie	Nb de oui
Fracture	2
Entorse	1
<b>Autre</b>	
Fibromyalgie	2
Autre	8
<b>Total</b>	<b>13</b>

# ANNEXE 4

## RESULTAT DU SONDAGE AUPRES DES JEUNES RHUMATOLOGUES

### Question 1 : vous êtes :

cca	14
interne	35

### Question 2 : vous souhaitez à terme :

exercer en tant que salarié en dehors d'un établissement hospitalier	4
ne sais pas	5
rester à l'hôpital	26
vous installer en libéral	14
	49

### Question 3 : pensez-vous pouvoir réaliser votre souhait ?

ne sais pas	19
non	6
oui	24
	49

### Question 4 : en cas d'installation libérale, vous privilégiez :

une création de cabinet	1
une installation en cabinet libéral de groupe de rhumatologie	14
une installation en cabinet libéral de groupe multidisciplinaire	10
une installation en clinique	3
nsp	21
	49

### Question 5 : pensez-vous vous installer dès la fin de votre formation ?

oui	3
non	28
nsp	18
	49

### Question 6 : vous avez fait votre formation dans votre région d'origine :

oui	18
non	31

### Question 7 : vous souhaitez rentrer dans votre région d'origine :

oui	11
non	34
nsp	4

### Question 7 bis : vous souhaitez exercer dans votre région de formation :

oui	30
non	19

### Question 7 ter : souhaitez vous vous installer dans une 3ème région (autre que votre région d'origine et que votre région de formation) ?

oui	17
non	28
nsp	4
	49

Question non apparue: vous estimez que votre formation est satisfaisante en vue d'une future activité libérale :

oui	
non	
nsp	

Question 8 : êtes-vous formé à l'échographie ?

oui	25
non	24
nsp	0
	49

Question 8 bis : si vous n'êtes pas encore formé à l'échographie, envisagez-vous de vous y former prochainement ?

oui	25
non	2

Question 9 : êtes-vous formé à la rhumatologie interventionnelle ?

oui	17
non	32
nsp	0
	49

Question 10 : Seriez-vous intéressé par un stage en milieu libéral ?

oui	42
non	7

Question 11: Connaissez-vous l'enseignement européen "EULAR on line"?

oui	39
non	10
nsp	0
	49

Question 12: Si vous connaissez cet enseignement, l'avez-vous suivi?

oui	9
non	39

Question 13: Etes-vous favorable à ce que cet enseignement uniformisé pour toute l'Europe et en anglais soit rendu obligatoire dans le cadre du DES de Rhumatologie?

oui	33
non	15
nsp	1
	49

Question 13 : vous estimez que votre formation vous permettra d'acquérir les compétences à la prise en charge des malades dans les champs suivants de la rhumatologie:

*Polyarthrite rhumatoïde*

oui	47
non	1
nsp	1
	49

*Spondyloarthrite*

oui	47
non	1
nsp	1

*Maladies systémiques*

oui	30
non	9
nsp	10
	49

*Pathologies microcristallines*

oui	46
non	1
nsp	2
	49

*Pathologies infectieuses*

oui	30
non	7
nsp	12
	49

*Arthrose*

oui	40
non	8
nsp	1
	49

*Ostéopathies fragilisantes*

oui	35
non	6
nsp	8
	49

*Rachis*

oui	39
non	3
nsp	7
	49

*Epaule*

oui	36
non	6
nsp	7
	49

*Pied*

oui	16
non	24
nsp	9
	49

*Pathologie abarticulaire*

oui	26
non	16
nsp	7
	49

*Oncorhumato*

oui	19
non	24
nsp	6
	49

*Rhumatopédiatrie*

oui	3
non	37
nsp	9
	49

**Le Livre Blanc de la Rhumatologie Française 2015**

Coordination : Dr Eric Senbel, rhumatologue

Maquette : ApiRubi Santé

Conception graphique et réalisation : Naga-Infographie

Tous droits réservés. Toute reproduction, même partielle, du contenu, de la couverture ou des graphiques, par quelque procédé que ce soit (électronique, photocopie ou autre) est interdite sans autorisation préalable.



RHUMATO

DPC



ODPC habilité  
à dispenser des  
programmes de DPC

L'Organisme **spécialiste**  
du **D**éveloppement **P**rofessionnel **C**ontinu  
des **RHUMATOLOGUES**

L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ,  
**LA MAÎTRISE DES SOINS,**  
UNE **MEILLEURE PRISE EN CHARGE** DES PATIENTS

Programmes validants et indemnisables par l'OGDPC

Présentiel - E-learning - 100% en ligne

Programmes  
et inscriptions  
sur  
[rhumatodpc.fr](http://rhumatodpc.fr)