



# COFER

Collège Français des Enseignants en Rhumatologie  
Lettre semestrielle N° 5 - Mai 2002

## SOMMAIRE

- Editorial : Pitié pour nos interne P1  
Richard TREVES
- Les objectifs terminaux des études P1  
médicales Christian MARCELLI  
Emmanuelle DERNIS
- Le polycopié national du COFER P2  
Jean SIBILIA
- Journée Nationale des DES : le point P2  
de vue des internes Christelle SORDET
- Le bureau change P4  
Maxime DOUGADOS
- Un nouveau statut P4  
hospitalo-universitaire : le MCU-PH en  
rhumatologie Bernard DELCAMBRE

## QUELQUES DATES CLES DES ACTIVITES DU COFER

- **Avril 2002**  
Deuxième Journée des DES de  
Rhumatologie
- **Mai 2002**  
Cinquième lettre du COFER
- **Mai 2002**  
Mise à disposition du polycopié  
national du COFER pour les étudiants  
du 2<sup>ème</sup> Cycle des études médicales.
- **Juin 2002**  
Session COFER au congrès de la SFR  
à Rouen
- **Septembre 2002**  
Troisièmes journées des enseignants  
du COFER

## EDITORIAL

## PITIE POUR NOS INTERNES

Richard TREVES, Damien COYRAL

L'un des deux auteurs de cet éditorial sait ce qu'il a été, l'autre sait ce qu'il est.

Il n'y a plus rien de comparable entre un interne des hôpitaux d'hier (c'était encore un titre !) et d'aujourd'hui : un interne conserve l'avantage d'une formation à la fois universitaire et hospitalière.

On lui demande beaucoup pour être digne de ce qu'il devrait représenter. On lui voudrait une tête mieux faite, il (elle) se plaint d'avoir un "chef" trop plein.

Un(e) interne de spécialité vit mal les chemins imposés devenus chemins de croix pavés d'embûches par des "drass" (omnipotentes) qui les contraignent parfois à des choix pervers d'une spécialité qu'ils ne souhaitent pas affronter : maudite filière au nom du malthusianisme. La profession se féminise, les chiffres sont éloquentes : doit-on y voir un appauvrissement de cette profession ou un constat d'une évolution inévitable et largement répandue ?

Les gardes les accablent parce que trop nombreuses et trop difficiles.

Etre interne, c'est aussi, comme tout citoyen, un "bureau permanent", une liasse de bordereaux, des documents et formulaires de plus en plus nombreux, de plus en plus compliqués.

L'interne c'est aussi le PMSI : archivage, codage, calibrage..., à la recherche d'une "ISA" économe de ses soins, de nos oins.

L'interne c'est aussi un étudiant en formation, permanente : lecture, bibliothèque, bibliographie... L'interne c'est l'obligation de contrôle des connaissances, les réunions semestrielles (ou non de la spécialité). On leur en demande beaucoup. On va même lui faire remplir un livret d'activité : cela va sûrement lui rappeler le "bon temps" du lycée où il fallait faire signer son carnet de notes.

Nous ne sommes pas certains qu'il faille scolariser jusqu'à l'abêtissement nos internes (du moins de Rhumatologie).

Que peut-on proposer ? Un changement de mentalité et de société ? Non, une radicale réflexion des autorités (dites de tutelle). Il est déjà un peu tard. Il est peut-être trop tard.

Pitié pour nos internes.

## LES OBJECTIFS TERMINAUX DES ETUDES MEDICALES

### Le concept

En septembre 2001, lors des Journées du COFER, lorsque le groupe de travail a présenté la "liste des objectifs pédagogiques en rhumatologie pour le DCEM", plusieurs collègues ont reproché à cette liste de ne pas contenir d'objectifs spécifiques concernant les maladies systémiques. A la suite de cette réunion, un objectif supplémentaire a donc été rédigé à propos de ces affections. Récemment, à l'occasion du lancement de la campagne DELPHI pour la rédaction des objectifs terminaux, plusieurs membres du CRI ont demandé que les maladies systémiques soient l'objet de plusieurs objectifs. L'argument essentiel avancé par nos collègues est que la liste des objectifs définit le champ des compétences du rhumatologue et qu'il convient, ainsi, de défendre l'avenir de notre spécialité. Voici les raisons pour lesquelles cette

Christian MARCELLI

proposition ne me semble pas en accord avec le but poursuivi :

Ce but est la rédaction d'objectifs pour les étudiants du DCEM. Il s'agit donc de définir le champ des connaissances rhumatologiques pour tout étudiant à la fin du DCEM, quelle que soit la spécialité qu'il choisira au cours du troisième cycle (y compris la médecine générale). A trop vouloir "défendre" notre spécialité, comme le font tous les spécialistes depuis quelques années, le programme de DCEM est devenu pléthorique et inaccessible aux étudiants, alors même que la réforme des études diminue le nombre d'heures d'enseignement disponibles (création d'enseignements optionnels obligatoires).

Il ne s'agit pas de définir le champ d'action du rhumatologue. Cela peut être beaucoup mieux réalisé au cours du troisième cycle des études médicales (TCEM),

lorsque les étudiants ont une vision plus globale de l'exercice médical. Dans ce but, il serait souhaitable que les enseignants de rhumatologie s'impliquent beaucoup plus dans des formations autres que le DES de rhumatologie au cours du TCEM, DES de radiologie, DES de rééducation, et surtout au cours du résidanat de médecine générale. En effet, ce cycle de formation dure maintenant 3 ans et durera vraisemblablement 4 ans dans un avenir proche. Pendant le résidanat les étudiants acquièrent une formation pratique lors de leurs stages hospitaliers ou auprès des médecins généralistes, les rendant plus aptes à percevoir les implications cliniques propres à chaque spécialité. La collaboration avec les généralistes enseignants apportera aux étudiants un complément utile de formation rhumatologique leur permettant de mieux comprendre les compétences du rhumatologue.

---

### L'avis du Président du COFER

*La décision définitive, de rajouter ou non plusieurs objectifs portant sur les maladies systémiques, sera*

*prise lors des troisièmes prochaines journées des enseignants en Septembre 2002.*

*Mesdames, Messieurs, qui avez un avis contre ou en faveur... affûtez vos arguments.*

---

Maxime DOUGADOS

### La réalisation pratique

L'élaboration des objectifs terminaux du 2<sup>ème</sup> Cycle des études médicales par une méthode Delphi est actuellement en cours grâce à la collaboration de l'ensemble des membres du COFER.

La méthode Delphi consiste, dans un premier temps, à adresser à six membres du COFER choisis de façon aléatoire un objectif terminal (sur 154 objectifs) qu'il doit expliciter sous forme de 10 phrases courtes (Fiche A). La deuxième étape consiste à faire valider par l'ensemble des membres du COFER les fiches A, de manière à obtenir une fiche B résumant en 10 items les notions les plus pertinentes correspondant à l'objectif.

Emmanuelle DERNIS

Actuellement, nous sommes à la première étape : 38 membres du COFER nous ont fait parvenir leur fiche A, nous avons adressé les 13 premières fiches B à l'ensemble des membres.

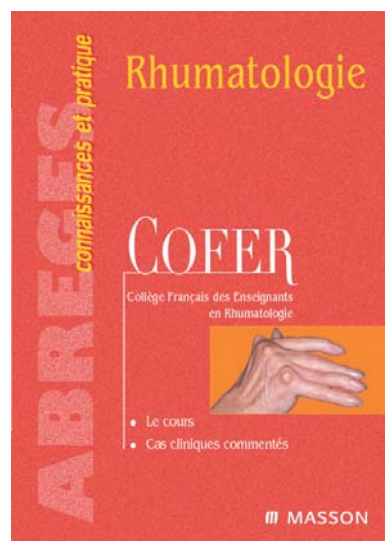
Notre objectif est de parvenir à la finalisation des 154 objectifs en mai 2003.

Le but final est de mettre à disposition des étudiants du 2<sup>ème</sup> Cycle un ouvrage court regroupant les concepts indispensables en rhumatologie.

---

## LE POLYCOPIE NATIONAL DU COFER

Jean SIBILIA



Le polycopié national du COFER est maintenu disponible dans les librairies. Grâce à vous, nous avons pu mener cette formidable action collégiale qui va permettre de mettre à la disposition des

étudiants et des médecins généralistes un ouvrage de rhumatologie moderne et didactique.

J'espère que cet ouvrage deviendra le livre de référence et surtout l'"outil-compagnon" indispensable aux étudiants en médecine pendant leurs études et lors de la préparation du "nouvel internat". Cet ouvrage doit aussi devenir le document de référence du médecin généraliste à l'image de l'ancien abrégé de rhumatologie qui avait eu un grand succès.

Cet ouvrage collégial a certainement différentes vertus, mais nous a aussi fait percevoir quelques faiblesses.

- Sa vertu principale est certainement de pouvoir définir le plus collégialement possible notre discipline. Nous avons conscience que le "champ d'action" de la rhumatologie reste très flou dans l'esprit de nombreux médecins et encore plus dans celui des pouvoirs publics et du grand public. Cet ouvrage ne doit être que le premier pas d'une démarche dont l'objectif est de définir les axes forts de notre discipline. Définir ces

"poutres maîtresses" est de la compétence du COFER. Cette mission devra être accomplie.

- Son autre vertu est d'avoir permis de nous rassembler autour d'un ouvrage commun, ce qui donnera sans aucun doute une image unie et solidaire de notre discipline.
- Sa principale faiblesse est certainement sa "jeunesse". Elle se traduit par une certaine hétérogénéité dans la réaction de certains chapitres qui mériteront d'être revus. Cela est certainement lié à la nécessité que nous avons eue de concevoir, d'écrire, de réaliser et de finaliser ce livre en moins de 18 mois. La deuxième édition devra se faire en fonction de deux pré-requis :
  - Le plan des thèmes abordés dans cet ouvrage doit être discuté et validé par le COFER. Le plan de la prochaine édition dépendra notamment des axes forts que nous voulons défendre dans notre discipline
  - La rédaction de la nouvelle édition devra être précédée par la finalisation des objectifs pédagogiques qui est en cours grâce à une méthode originale (méthode DELPHI). Ces objectifs pourraient être intégrés dans la deuxième édition du polycopié national du COFER (cf. l'article de J. Sibilila, cf. l'article de E. Dernis). Si cela est possible, ces objectifs pourront être inclus en annexe dans cette deuxième édition.

Ces deux points de pré-requis pourront être discutés à la prochaine réunion du COFER du mois de septembre.

- Son autre faiblesse, déjà relevée par certains, est que cet ouvrage collégial sera distribué par un éditeur (MASSON). Notre objectif était de pouvoir éditer un ouvrage bien fini, s'intégrant dans une collection à laquelle l'étudiant est habitué et de pouvoir disposer du réseau de distribution d'un éditeur important. Pour améliorer cette distribution, nous avons envisagé avec l'éditeur la possibilité d'achats groupés par les amicales des facultés de médecine, ce qui permettra peut-être de réduire le prix d'achat. L'objectif est de rendre ce prix assez proche de ce qui est proposé pour l'achat des photocopiés de faculté. L'avenir de la 2<sup>ème</sup> édition pourraient aussi être discutés lors de la réunion de septembre du COFER.

J'espère que vous serez tous satisfaits de cet ouvrage. Sa "jeunesse" va de paire avec un certain enthousiasme mais aussi avec un certain degré de perfectibilité. Cela doit nous inciter à faire de la 2<sup>ème</sup> édition un ouvrage encore plus accompli. Pour cette 2<sup>ème</sup> édition, je compte sur votre soutien pour amplifier ce qui, je l'espère, sera un succès.

Utilisez cette première édition, faites-en la promotion auprès de vos étudiants et de vos collègues. Les auteurs de cet ouvrage doivent en être les premiers promoteurs. Pour qu'il soit connu de tous, nous avons prévu une campagne de presse que votre soutien, le plus large possible, permettra d'amplifier.

## JOURNÉE NATIONALE DES D.E.S. : LE POINT DE VUE DES INTERNES

Christelle SORDET

La deuxième journée nationale des DES de rhumatologie a eu lieu le 3 avril 2002 à l'hôpital Cochin à Paris, sous la présidence du Professeur Dougados. Une quarantaine d'internes dont 2/3 de provinciaux étaient présents. Cinq sujets ont été traités par différents orateurs, et une fiche d'évaluation a été remplie en fin de journée.

### **Sujet 1 : Responsabilité professionnelle en rhumatologie : questions d'actualité (Mr Germain DECROIX)**

Tout d'abord, quelques chiffres : toutes spécialités confondues le nombre de dossiers traités par la compagnie d'assurance "le sou médical", est passé de 5158 de 1980-1989 à 8325 de 1990-1999 ; quant au total des indemnités versées il a été multiplié par 7 environ. Rappelons que le but du plaignant est d'obtenir une indemnisation financière (traité par le tribunal civil pour les établissements privés, ou le tribunal administratif pour l'hôpital public, ou encore par procédure à l'amiable) et/ou une sanction du praticien (par une procédure pénale et le conseil de l'ordre avec une possible interdiction d'exercer). Les modalités de réclamation se font en majorité au civil. Les 3 plus importantes causes de réclamations sont les gestes (64 %), la prise en charge du patient (44 %), l'erreur de diagnostic (24 %).

Il nous a donc été rappelé l'importance du devoir d'information du patient (article 35 du code de déontologie médicale) : l'information doit être loyale, claire et appropriée.

Les professionnels de santé sont dans l'obligation de s'assurer, en cas de deux refus auprès d'une entreprise

d'assurance, le bureau central de tarification fixe le montant de la prime moyennant à laquelle l'assureur est tenu de garantir le risque qui lui a été proposé.

Le délai de prescription est de 10 ans à compter de la consolidation du dommage, le problème est quand il n'existe pas vraiment de consolidation notamment dans les maladies chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde...

Il est donc important de recueillir le consentement éclairé du patient, et bien sûr de tenir les dossiers médicaux de façon irréprochable.

En cas d'accident, il faut :

- bien sûr fournir des explications nécessaires au patient ou à ses proches ;
- garder un bon contact avec le patient ce qui permet souvent de régler le litige à l'amiable ;
- ne jamais reconnaître sa responsabilité (nous ne sommes pas juges !) ;
- prévenir sans délai son assureur afin de constituer si nécessaire un dossier de défense ;
- jouer la carte de la confraternité, et savoir "passer la main".

L'intervention a été appréciée et jugée de qualité.

### **Sujet 2 : Echographie articulaire : rôle de l'échographie dans le diagnostic de l'atteinte articulaire des rhumatismes inflammatoires chroniques (Dr Maria-Antonietta d'AGOSTINO)**

Les buts de l'imagerie est d'aider le médecin dans sa démarche diagnostique, d'évaluer l'activité d'une maladie inflammatoire et de guider les choix thérapeutiques.

L'échographie est un examen dynamique, comparatif, facilement répétitif, économique, extemporané et non invasif, applicable à plusieurs sites, par contre elle est opératoire dépendant aussi bien pour l'exécution que l'interprétation.

L'échographie permet une détection des synovites, elle est supérieure à la radio standard pour détecter les érosions. Elle permet un diagnostic précis des lésions articulaires (tendons, bourse, membrane synoviale). Associée à un examen clinique, elle peut permettre d'accélérer le processus diagnostic-traitement.

Pour se former à l'échographie ostéoarticulaire, il existe un DU organisé par Professeur Bourgeois, il se déroule sur 2 ans ; la 1<sup>ère</sup> année dispense des cours théoriques, et la 2<sup>ème</sup> année est une année de compagnonnage sanctionnée par un examen pratique.

Ce sujet a été particulièrement apprécié par les internes.

### **Sujet 3 : Densitométrie osseuse (Dr Christian ROUX)**

Tout d'abord, il existe différentes possibilités en dehors de l'internat pour se former à la pratique de la densitométrie :

- DIU des méthodes d'exploration du tissu osseux (GRIO)
- Séminaires de densitométrie du GRIO
- Compétence en radio protection : 3 week-ends (prix 229 ₣)

En libéral, il faut identifier ses besoins : périphérique ou axiale, rachis +fémur, corps entier, le plus utile étant le rachis + fémur. Attention aux valeurs de référence qui doivent être françaises !

Côté pratique, il faut prévoir une pièce de 9 m<sup>2</sup> minimum, la source doit être à plus de 2.5 m des portes. L'achat d'un appareil neuf représente un investissement de 76 000 ₣, il existe aussi la possibilité d'acheter un appareil d'occasion, le prix est alors plus abordable. Le prix d'un examen est de 53 ₣, en ajoutant au prix d'achat différents frais soit maintenance, contrôle de qualité..., le seuil de rentabilité est de 40 examens par mois.

La présentation a été jugée de qualité et d'un grand intérêt pratique.

### **Sujet 4 : Radiographies standards (Dr Denis ROLLAND)**

Actuellement, 1 rhumatologue libéral sur 2 pratique la radiologie osseuse classique. Mais, faute d'enseignement initial il ne s'agit pas d'une véritable qualification ; et faute d'une formation ultérieure et d'une évaluation validée par une certification il ne s'agit pas non plus d'une véritable

compétence. Les radiologues soulignent l'obligation légale de formation initiale et continue de tous ceux qui utilisent les rayonnements ioniques. Le problème de compétence expose donc les rhumatologues libéraux à ne plus pouvoir réaliser leurs propres radiographies. Les directives européennes sur la radioprotection vont également dans le même sens.

De plus la numérisation constitue un défi pour les rhumatologues isolés car l'acquisition et l'entretien d'une chaîne de numérisation sont coûteux.

La rhumatologie interventionnelle a pris ces dernières années une place importante. Les gestes à visée thérapeutique nécessitent une évaluation pré-, per-, post-interventionnelle ; le rhumatologue y a donc bien sa place. Il est important d'organiser une compétence en radiologie interventionnelle et standard, pour que le praticien garde son autonomie et que sa légitimité soit garantie.

Sur le plan financier, la pratique de la radiologie pour un rhumatologue libéral engendre 10 à 60 % de majoration des revenus. L'investissement au départ est important :

- Chaîne radio 90 000 ₣ (occasion) à 170 000 ₣ (neuf)
- Chaîne de développement : 23 000 ₣ (argentique) à 180 000 ₣ (numérique)

Les internes n'ont pas manifesté un grand intérêt pour ce sujet.

### **Sujet 5 : Initiation à la recherche clinique : comment faire un beau mémoire (Pr Maxime DOUGADOS)**

Il faut envisager l'écriture d'un mémoire comme celui d'un article scientifique ; le Professeur Dougados a détaillé 12 étapes incontournables. Une des étapes très importante est de définir le but de l'étude. Il a insisté également sur la rédaction d'un cahier d'observation pour le recueil de données, qui doit être rigoureux et minutieux. Il faut être attentif à "l'impact factor" des revues dans lesquelles on veut publier les articles. Tout ceci permet d'acquérir des points, important notamment pour une carrière hospitalo-universitaire.

Cette intervention a été particulièrement appréciée et jugée d'un grand intérêt pratique.

Cette deuxième journée fut incontestablement réussie. Le Professeur Dougados nous a rappelé l'importance de remplir le livret du COFER qui permettra de faire le point sur la formation des internes dans les différents CHU et d'uniformiser celle-ci dans un deuxième temps.

---

## **LE BUREAU CHANGE !**

En accord avec notre règlement, nous avons renouvelé une partie des membres du bureau. Comme cela était la première fois, un tirage au sort a fait que Marie-Christophe Boissier, André Kahan et Bernard Mazières, ont été proposés pour sortir avec la possibilité de se représenter. Yves Maugars a organisé les élections des

**Maxime DOUGADOS**

3 membres du bureau : les trois candidatures ont été approuvées à la quasi unanimité, soit Marie-Christophe Boissier, Christian Marcelli et Olivier Meyer. Bienvenue à eux.

---

## **UN NOUVEAU STATUT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE : LE MCU-PH EN RHUMATOLOGIE**

**Bernard DELCAMBRE**

Le décret n° 84-135 du 24 Février 1984 modifié par le décret n° 2001-952 du 18 Octobre 2001, relatif au statut

des personnels enseignants et hospitaliers des Centres Hospitaliers et Universitaires, fait apparaître la

possibilité d'obtenir des postes de MCU-PH dans les disciplines cliniques, postes jusqu'ici réservés aux disciplines biologiques et mixtes.

#### LES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES :

L'article 48 du décret prévoit que le concours pour ces postes de MCU-PH dans les disciplines cliniques est ouvert :

- **Concours de type 1 :** aux chefs de clinique des universités assistants des hôpitaux (CCU-AH) et aux anciens CCU-AH ainsi qu'aux praticiens hospitalo-universitaires (PHU) et aux praticiens hospitaliers (PH). Les candidats doivent justifier d'au moins un an de fonctions effectives en l'une ou l'autre de ces qualités et être titulaire du diplôme d'études et de recherches en biologie humaine ou du doctorat d'Etat en biologie humaine ou d'un diplôme admis en équivalence et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.
- **Concours de type 2 :** ce concours portant sur un tiers au plus des emplois mis au recrutement est ouvert aux candidats qui n'appartiennent pas à l'une des catégories de personnel énumérées ci-dessus et sont titulaires de l'habilitation à diriger des recherches (HDR) ou du doctorat d'Etat ou du doctorat prévu par le décret n° 84-573 du 05 Juillet 1984 ou du doctorat de 3<sup>ème</sup> cycle ou du diplôme de docteur-ingénieur. Les diplômes et titres étrangers de niveau équivalent peuvent être admis en dispense des diplômes pré cités dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Ces dispositions réglementaires ouvrent donc la possibilité de demander la création de postes de MCU-PH en rhumatologie. Ceci a été illustré dès cette année puisqu'au concours au titre de 2002, deux postes de MCU-PH en rhumatologie étaient ouverts l'un à Paris, l'autre en Province.

Il est important de préciser que ces postes ne correspondent pas à des créations stricto sensu : aucun poste supplémentaire de MCU-PH n'est créé à ce titre. Il s'agit donc en fait de postes redéployés à partir des disciplines biologiques ou mixtes à l'occasion soit du départ en retraite du titulaire, soit de sa promotion sur un poste de PU-PH, soit de sa démission ou de son décès. Chaque demande de poste va donc se traduire dans chaque CHU par des discussions sans doute difficiles.

#### L'ESPRIT DU TEXTE :

Au-delà de l'aspect réglementaire, il est important de comprendre l'esprit dans lequel les conseillers successifs (Jean Rey et Philippe Lauret) du Ministre de l'Education Nationale ont proposé cette disposition : il s'agit de créer un corps intermédiaire et temporaire entre les fonctions de CCU-AH, de PHU ou de PH et les fonctions de PU-PH. Il n'est pas souhaité qu'il s'agisse là de postes titulaires définitifs mais d'un marche-pied éventuellement prolongé vers les fonctions de PU-PH. L'analyse non réglementaire de cette disposition apparaît fondamentale. En effet, dans l'état actuel du statut des différentes catégories de praticiens exerçant dans un CHU, le statut de MCU-PH est le moins valorisant au plan financier : salaire rapidement inférieur à celui d'un PH et, plus encore, retraite calculée comme pour tout hospitalo-universitaire sur le seul salaire universitaire, donc très nettement inférieure à celle d'un PH.

L'amélioration récente du statut des PH et la non revalorisation significative du statut de MCU-PH accentuent encore cet écart. Dans ces conditions il n'y a aucun intérêt, sauf au plan de la recherche et de l'enseignement, pour un CCU-AH à postuler une nomination de MCU-PH s'il n'y a pas à moyen terme d'espoir de promotion sur un poste de PU-PH.

Cette notion importante doit être présente à l'esprit des candidats, de ceux qui les encouragent à postuler sur un tel poste et les soutiennent dans leurs démarches, des instances locales qui cautionnent et permettent l'issue de la procédure et, in fine, des membres de la sous section du CNU qui lorsqu'ils ont à juger de la candidature du postulant doivent intégrer que, a priori, le candidat sera amené à se présenter quelques années plus tard sur un poste de PU-PH.

En définitive, il y a là dans cette nouvelle disposition réglementaire une ouverture intéressante mais elle a ses limites et elle a indiscutablement ses contraintes. On peut s'interroger d'ailleurs sur l'intérêt respectif de ce type de poste par rapport au poste de PHU : l'avantage est un meilleur salaire, un titre plus prestigieux et une sécurité d'emploi car un MCU-PH est quand même un titulaire. L'inconvénient est qu'il va devoir postuler jeune à un poste qui doit être perçu comme un poste de futur PU-PH, ce qui implique de pouvoir faire reconnaître très tôt son aptitude à mener un projet dans le triple domaine des soins de la recherche et de l'enseignement. Le passage par un poste de PHU apparaît d'accès plus facile mais par contre plus aléatoire dans la limite où la durée globale des fonctions de PHU, clinicat compris, ne peut excéder huit ans. Tout ceci doit donc demeurer présent à l'esprit des candidats éventuels et de leur(s) patron(s).

#### VOUS VOULEZ NOUS JOINDRE N'HÉSITEZ PAS !

#### COFER

**Président :** Maxime DOUGADOS  
Hôpital Cochin  
Service de Rhumatologie B  
27, rue du Fbg Saint-Jacques  
75014 PARIS

**Tél :** 01 58 41 25 62

**Fax :** 01 43 54 92 56

**e-mail :** [maxime.dougados@cch.ap-hop-paris.fr](mailto:maxime.dougados@cch.ap-hop-paris.fr)

Avec le soutien de



*la médecine fondée sur les preuves.*

