

# 4 décennies d'évolution des connaissances et des pratiques de la médecine physique et de réadaptation en France

*The evolution of physical medicine and rehabilitation (PMR) in France for the last 40 years. Part 1*

## Partie 1

J. Pélissier\*

RÉSUMÉ

► L'évolution de la médecine physique et de réadaptation en France au cours de ces dernières 40 années est abordée en 2 parties. Cette 1<sup>re</sup> partie traite des années 1960 à 2000 et souligne les obstacles que cette spécialité a dû franchir pour se construire, s'organiser et devenir une spécialité médicale à part entière, en développant son propre enseignement et sa propre recherche.

► *The evolution of Physical Medicine and Rehabilitation (PMR) during the last forty years in France is described in two parts. This first part processes from 1960 to 2000 and underlines the challenges this medical speciality had to overcome in order to build itself up, to organize itself, and become a medical speciality in itself, developing its own teaching and its own research.*

SUMMARY

**Mots-clés :** Médecine de la fonction - DES MPR - Catalogue des actes de rééducation et réadaptation - Recherche en MPR

**Keywords:** Functional medicine - Graduation in MPR - Catalogue of Interventions in Physical Medicine and Rehabilitation - Research in MPR

***“Que ferons-nous ? Voilà ce qui nous occupe, et rarement. Qu'avons-nous fait ? Cela n'inquiète guère ; et pourtant les conseils pour l'avenir, c'est du passé qu'ils viennent.”***  
Sénèque (lettres à Lucilius, LXXXIII)

La MPR (médecine physique et de réadaptation) n'a pas cessé de s'adapter ; si elle ne l'avait pas fait, elle aurait probablement disparu. Les évolutions démographiques comme épidémiologiques et réglementaires auxquelles la MPR a été confrontée depuis 40 ans (de mémoire de praticien déjà ancien !) méritent d'être connues de tous, et sont susceptibles d'aider dans leur choix ceux qui aujourd'hui ont la responsabilité de notre spécialité comme d'éclairer sur la pertinence de ces choix ceux qui chaque jour sur le terrain la font vivre.

### Les années 1980 : la menace

À la fin des années 1970, la “rééducation et réadaptation fonctionnelle” (RRF) – c'est alors le nom de la spécialité – est exercée par environ 1 900 médecins spécialistes (1). Cette spécialité médicale, créée en 1965, est reconnue par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 1973 ; elle est alors enseignée dans le cadre d'un CES (certificat d'études de spécialité), comme la plupart des spécialités médicales, par 25 professeurs universitaires-praticiens hospitaliers, issus de spécialités plus anciennes : neurologie, rhumatologie, médecine interne, médecine du travail, chirurgie orthopédique, etc. La formation par

équivalence, limitée aux internes des hôpitaux universitaires nommés au concours, reste marginale, mais constitue alors le vivier de recrutement des 1<sup>ers</sup> hospitalo-universitaires formés d'emblée à la spécialité. Déjà 3 instances de portée nationale animent la vie de la spécialité, la société savante (Sofmer), le syndicat (Syfmer) et le collège des enseignants universitaires (Cofemer). Les années 1980 seront marquées par 2 événements. Le 1<sup>er</sup> est la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales (décret du 9 juillet 1984), qui contribue à la création des DES (diplômes d'études de spécialité), dont le DES de RRF. La formation devient alors identique pour tous au terme d'un concours national : 4 ans de formation en CHU ou en établissement de MPR agréé ; c'est donc la fin du recrutement par le CES (largement prioritaire) et par l'internat des hôpitaux universitaires (minoritaire). Cette reconnaissance n'allait pas de soi ; nombreux étaient les représentants d'autres spécialités, neurologues et rhumatologues en tête, qui souhaitaient que la RRF relève d'un DESC, c'est-à-dire un diplôme complémentaire d'une spécialité majeure et obtenu en 2 ans. Le combat fut très dur. On doit souligner le rôle déterminant de l'ANMCR, du Pr Jean-Pierre Held, alors à la pointe du combat. Le point d'orgue fut la manifestation du 23 mars 1983 devant le ministère de la Santé avec les grandes associations de personnes handicapées. Le 2<sup>e</sup> événement est une révolution qui survient en 1983 dans le mode de financement de l'hôpital public et des EPNL (établissements privés non lucratifs) : le BG (budget global) (décret du 11 août 1983), alors que les EPL (établissements privés lucratifs) restent financés au PDJ (prix de journée). Le BG est mis en œuvre le 1<sup>er</sup> janvier 1985.

\*MPR, professeur honoraire, faculté de médecine Montpellier-Nîmes, université de Montpellier ; ancien président de la Sofmer (2004-2008), et ancien vice-président du CNP de MPR (2012-2018) ; président d'honneur des EMPR.

Figure. Évolution des PUPH de MPR dans les hôpitaux universitaires.



Le BG est une dotation globale pour les établissements fixée en début d'année, non modifiable en cours d'année quelle que soit leur activité, et fondée sur le budget de l'année précédente actualisé par la DDASS d'un coefficient dit "taux directeur" fixé par le ministère (en fonction de l'évolution des dépenses de santé). La création simultanée du forfait hospitalier non financé par les caisses de sécurité sociale se veut un outil de régulation très partiel. Le BG fige ainsi durablement les "rentes de situation" des établissements surdotés ou mal gérés et interdit toute évolution d'activité aux établissements sous-dotés. La concurrence avec les EPL est faussée ; ceux-ci conservent dans la négociation du PDJ une large marge de manœuvre, le PDJ étant alors jugé inéquitable entre établissements, d'une part, et inflationniste, d'autre part.

Ainsi, dans les années 1980, la RRF est pratiquée essentiellement dans les EPL et les EPNL, la part hospitalière restant marginale. Les EPL et les EPNL restent localisés le plus souvent dans des territoires où existe une tradition sanitaire forte (anciens sanatoriums, anciens établissements de cure climatique, etc.). La population des villes croît, mais les établissements de RRF restent à la périphérie, voire à distance des centres urbains. Certains furent alors (et certains le sont encore) des lieux d'excellence où se développa une pratique de qualité et des innovations, sans pour autant répondre aux impératifs de la recherche en MPR telle qu'elle était déjà développée dans les pays anglo-saxons.

La pratique libérale est alors florissante dans les villes, y compris les villes moyennes : consultations de médecine manuelle, de médecine du sport. Il s'agit le plus souvent de consultations de pathologie locomotrice (on disait "médecine orthopédique") dans des cabinets adossés à des centres externes de rééducation où exercent des kinésithérapeutes.

La pratique de la RRF est pourtant souvent empirique, reposant sur l'expérience transmise par les aînés et sur

quelques ouvrages. On doit souligner l'importance dans la structuration d'un savoir commun et partagé qu'ont eue les ERRF (entretiens de rééducation et réadaptation fonctionnelles), organisés tous les ans par l'équipe du Pr Lucien Simon à Montpellier, à la fois par le contenu des conférences, la richesse des échanges et la diffusion d'ouvrages. Le rôle du médecin de RRF au sein des équipes et auprès des acteurs de soin n'est alors plus discuté : il fixe les objectifs de prise en charge après bilan, définit le projet thérapeutique et coordonne l'équipe [2]. L'effectif est encore d'environ 1 900 médecins (anciens médecins qualifiés ou compétents, nombreux CES fraîchement installés), ce qui semble couvrir les besoins. La RRF devient la sous-section 49-05 du CNU (Conseil national des universités) en 1987. Lors de cette décennie, le nombre de CHU formant à la spécialité va croître significativement par la nomination de PUPH de RRF (figure). Les bases de la MPR (médecine de la fonction, notion de bilan et de programme de rééducation, de projet de réadaptation et de réinsertion) sont alors enseignées par ces jeunes PUPH aux étudiants en médecine dans quelques villes universitaires.

### Les années 1990 : la maturité, mais...

La RRF semble poursuivre son lent développement, avec une architecture qui évolue peu par rapport aux années 1980 ; l'effectif est d'environ 2 000 médecins qualifiés, exerçant pour la majorité dans des EPL et des EPNL, mais aussi dans des cabinets libéraux. Par contre, la RRF s'installe dans les hôpitaux publics des villes moyennes, car les directions comme les responsables médicaux commencent à saisir l'importance de la "médecine de la fonction" (encadré 1), capable, au-delà de l'événement morbide, de mettre en place un plan de soins (le programme de rééducation), de réduire autant que possible les séquelles d'un état pathologique et de proposer

au patient un projet de réadaptation et de réinsertion sociale et professionnelle. Paradoxalement, ce sont les progrès de la technologie médicale, et en particulier de la réanimation, qui améliorent la survie mais laissent parfois de lourdes séquelles, qui vont y contribuer. Les hôpitaux publics ont besoin de soins de suite assurant la triple fonction de rééducation, réadaptation et réinsertion, et cela, seule la RRF sait et peut le faire. La loi hospitalière du 31 juillet 1991, qui prend en compte la dimension régionale en tant que référence sanitaire, renforçant le contenu de la carte sanitaire, développant les alternatives à l'hospitalisation et créant le SROS (schéma régional d'organisation sanitaire), a indiscutablement joué un rôle favorisant.

Parallèlement, la spécialité accentue son implantation universitaire ; à la fin des années 1990, seules 8 villes universitaires en métropole (sur 27) n'ont pas de PUPH de la spécialité **(figure)** ; les universitaires bordelais assurent la formation pour les territoires d'outre-mer : Antilles et Guyane, Réunion.

En 1998, la RRF devient par décret la "médecine physique et de réadaptation", appellation alors plus conforme à l'intitulé international, "physical medicine and rehabilitation" (PMR).

Deux évolutions ont valeur structurante durant ces années. La 1<sup>re</sup> est le développement très progressif de la recherche dans le champ de la MPR. Cet effort repose alors sur les équipes hospitalo-universitaires, souvent jeunes, qui intègrent une équipe labellisée (Inserm, CNRS, université), et organisent une veille des appels d'offres nationaux, européens et internationaux. Elles y répondent en rédigeant des protocoles, les mettent en place lorsqu'ils sont financés, et en exploitent les résultats, pour les faire connaître de la communauté internationale en soumettant leurs articles aux principales revues de la spécialité et hors spécialité. Cet effort est vivement encouragé par le Cofemer, et le recrutement des PUPH reste orienté vers cet objectif. La création du PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique), en mettant la recherche directement au contact des unités hospitalières à partir de l'appel d'offres de 1993, a un effet très facilitateur. Cependant, cette évolution se heurte à la difficulté d'affirmer la spécificité de la recherche française en MPR par une revue de diffusion internationale. Le conseil d'administration de la Sofmer décide que ce serait le rôle des *Annales de médecine physique et de réadaptation*, dont il faut faire évoluer la ligne éditoriale (3). Dès 1993, le rédacteur en chef de la revue est assisté du secrétaire scientifique de la Sofmer ; le fonctionnement devient celui d'une revue scientifique (évaluation des articles par des pairs, comité de rédaction avec procédure d'acceptation ou de refus). La revue, éditée par Elsevier, est référencée dans Pubmed en 2001, mais reste peu diffusée car publiée exclusivement en français. La 2<sup>e</sup> évolution importante est la mise en place du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) SSR (soins de suite et de réadaptation) et la création du CdARR (Catalogue des actes de rééducation et de réadaptation).

Très vite, le BG a montré ses limites ; l'autorité de santé souhaite moduler celui-ci afin d'obtenir un financement du séjour hospitalier plus conforme aux moyens

### Encadré 1. MPR : médecine du handicap ou médecine de la fonction ?

La médecine physique et de réadaptation française voit depuis ses origines cohabiter 2 conceptions de la pratique soignante, et ce selon le contenu que l'on donne au terme MPR.

La distinction n'est pas que sémantique entre :

- La médecine du handicap, qui vise à la prise en charge des déficiences pour maintenir voire améliorer la fonction de la personne handicapée, à la réadaptation pour rétablir le maximum d'autonomie et mettre tout en œuvre pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle. Cette vision est compatible avec la CIF (Classification internationale du fonctionnement). La MPR a alors pour fonction de prendre en charge essentiellement une population de personnes handicapées ;
- La médecine de la fonction, qui reste différenciée de la médecine d'organe ou de population, et vise, par les programmes de rééducation, à réduire les déficiences, avant de proposer des solutions palliatives afin de réduire la douleur, la perte d'autonomie et, au-delà, le défaut de participation ; ce sont les 3 R : Rééducation, Réadaptation, Réinsertion ; cette vision n'est pas incompatible avec la CIF. La MPR est alors la médecine de la fonction, comme la réanimation est la médecine de la survie. Elle intègre ainsi la prise en charge de déficiences transitoires, chez des personnes non handicapées, comme des déficiences durables, chez les personnes handicapées ; elle intéresse donc un très large éventail de la population, de tous les âges, et inclut la médecine du sport, pour s'intéresser, au-delà de l'autonomie, à la performance.

Le concept de médecine de la fonction est donc moins restrictif que celui de médecine du handicap.

Les compétences à acquérir pour obtenir le diplôme de MPR sont compatibles avec la médecine de la fonction.

Cependant, l'organisation française, avec la cohabitation de 2 secteurs, l'un sanitaire et l'autre médicosocial, rend difficile la prise en charge et l'accompagnement tout au cours de la vie de la personne handicapée ; la réadaptation appartient aux 2 secteurs, qui ont des objectifs, une organisation et un financement bien différents ; notre discipline, en intervenant dans les 2 secteurs, a dû et doit s'adapter à cette spécificité française.

réellement alloués pour la prise en charge du patient. Cette révolution devient possible grâce au développement de l'information médicale, qui permet de renseigner la base de données sur la morbidité du patient et les principaux actes qui lui sont prodigués ; c'est le PMSI. Dès 1994, le secteur MCO (médecine chirurgie obstétrique) est soumis au PMSI, ce qui débouche sur une classification médicoéconomique des séjours. La volonté de la Direction générale de l'hospitalisation est d'appliquer un système dérivé non pas à la seule MPR, mais à l'ensemble du secteur SSR. Des membres de la Sofmer et du Syfmer sont sollicités à titre alors individuel pour faire partie du groupe de pilotage du PMSI SSR à créer. Très vite, il apparaît que l'activité de MPR risque d'être confondue avec des prises en charge SSR moins exigeantes en moyens, comme la simple convalescence médicale par exemple. L'opportunité est offerte de décrire ce que les acteurs de rééducation et de réadaptation font au sein des plateaux techniques et de réunir ces différentes interventions en un catalogue, à partir duquel s'opérera le renseignement du PMSI, et donc, comme on le souhaite, la valorisation. Ce catalogue se veut descriptif, exhaustif et évolutif et, en dépit de la réticence de quelques-uns, devient un "compagnon

### Encadré 2. Abréviations.

- ANMCR : Association nationale des médecins certifiés en rééducation
- ANMSR : Association nationale des médecins spécialistes en MPR
- CdARR : catalogue des actes de rééducation et réadaptation
- Cofemer : Collège français des enseignants hospitalo-universitaires de médecine physique et de réadaptation
- EMPR : entretiens de médecine physique et de réadaptation
- EPL : établissements privés lucratifs
- EPNL : établissements privés non lucratifs
- ERRF : entretiens de rééducation et réadaptation fonctionnelles
- Fedmer : Fédération de médecine physique et de réadaptation
- PHRC : programme hospitalier de recherche clinique
- PMR : physical medicine and rehabilitation
- PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
- RRF : rééducation et réadaptation fonctionnelles
- Sofmer : Société française de médecine physique et de réadaptation
- SSR : Soins de suite et de réadaptation
- Syfmer : Syndicat français de médecine physique et de réadaptation

de codage" pour les acteurs du plateau technique de rééducation et de réadaptation. Le 1<sup>er</sup> catalogue descriptif des actes réalisés au quotidien sur le plateau technique de rééducation et de réadaptation est publié en 1997 ; il sera révisé en 2000 et 2009.

Bien que l'ordonnance du 24 avril 1996 instaure une régulation par les coûts fondée sur les LFSS (Lois annuelles de financement de la Sécurité sociale), sur l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) et introduise une réforme profonde du financement de l'activité MCO reposant en grande partie sur le PMSI MCO, les établissements SSR soumis au BG (hôpitaux publics et EPNL) voient de fait leur mode de financement peu modifié. Le PMSI SSR est une source d'information, voire de justification, mais n'est pas, pour les ARH (agences régionales de l'hospitalisation), un outil exclusif d'attribution budgétaire ; la philosophie du BG

J. Péllissier déclare  
 ne pas avoir de liens  
 d'intérêts.

prévaut. Les EPL sont soumis, depuis l'accord du 4 avril 1991 entre l'État, les organismes d'assurance maladie et l'hospitalisation privée, à l'OQN (objectif quantifié national) ; les EPL se voient fixer un objectif annuel en taux d'évolution, les écarts constatés faisant l'objet d'une régularisation sur le taux d'évolution de l'année suivante ; la PMSI SSR n'est là encore qu'un facteur d'ajustement.

### Les années 2000 : la crise démographique

Les années 2000 sont d'abord dominées par les craintes liées à la baisse des effectifs de médecins de MPR, baisse qui menace à terme notre capacité à fournir les soins de MPR à des patients dont le besoin n'est alors plus discuté. Les signes d'alerte s'accroissent ; les établissements de MPR isolés ou dans les régions moins attractives sont les 1<sup>ers</sup> impactés, et leurs postes médicaux non pourvus menacent la vie même de ces établissements. Les raisons en sont multiples :

- la demande croissante de soins de MPR, certes, alors que l'apport de la spécialité est désormais bien connu, et que la population dépendante croît régulièrement ;
  - le départ à la retraite de la 1<sup>re</sup> génération, celle des CES des années 1960 et 1970 ;
  - les effets de l'étiage du numerus clausus au milieu et à la fin des années 1990 (moins de 3 500 places/an de 1993 à 1999 en 2<sup>e</sup> année de médecine), qui conduit à la formation par le DES de MPR de trop peu de jeunes médecins, plus attirés par des spécialités mieux rétribuées, plus visibles et moins contraignantes. Ce sont les années où dermatologie, radiologie et ophtalmologie sont en tête du palmarès des choix de nos jeunes collègues, alors que d'autres spécialités, dont la nôtre, sont partout négligées ; le nombre moyen de jeunes entrant dans la filière est de 16 en 2006, 2007 et 2008, 35 internes au niveau national sont en formation par le DES de MPR en 2008.
- Si rien n'est fait, l'effectif de moins de 1 000 médecins MPR serait atteint en 2020 !

### Références bibliographiques

1. Frattini MO. Dynamique de création d'une spécialité médicale fragile : la médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelles en France entre médecine et politique. Mémoire de master 2 santé, population, politiques sociales EHESS, septembre 2008.
2. Gutenbrunner C et al. The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). *Ann Phys Rehabil Med* 2011 ; 54(5):298-318.
3. Pérennou D et al. An impact factor for the 60 candles of the Annals. *Ann Phys Rehabil Med* 2018 ; 61(1):1-4.

### Sites consultés

#### Légifrance et sites gouvernementaux

Décret du 9 juillet 1984 : [https://www.legifrance.gouv.fr/fo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000332477&pageCourante=02217](https://www.legifrance.gouv.fr/fo_pdf.do?id=JORFTEXT000000332477&pageCourante=02217)

Décret du 11 août 1983 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000687034>

PHRC : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/article/le-programme-hospitalier-de-recherche-clinique-phrc>

CdARR (version révisée 2009) : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ste\\_20100003\\_0001\\_p000.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ste_20100003_0001_p000.pdf)

#### Politique et management public :

Évolution du financement des hôpitaux : <http://journals.openedition.org/pmp/1340>