

# 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 2*

## Partie 2

J. Pélissier\*

RÉSUMÉ

► L'évolution de la médecine physique et de réadaptation en France au cours de ces 40 dernières années est abordée en 2 parties. Cette deuxième partie traite des années 2000 à 2019 ; elle décrit les difficultés, voire les obstacles rencontrés, en particulier la crise de recrutement des années 2000, et les solutions que la communauté de la MPR a su trouver. La reconnaissance nationale de son bien-fondé puis internationale de la valeur de la MPR française sont ainsi le résultat de ces efforts. Les enjeux de la période en cours, les questions qu'ils posent sont l'objet du dernier paragraphe.

► The evolution of the physical medicine and rehabilitation (PMR) since these last forty years in France is described in two parts. This second part processes from 2000 to 2019; it describes the difficulties, even the challenges, that French PMR met in these last years, and especially the crisis in recruiting for the 2000s, the solutions that the French community has found. The national recognition of the validity of the French PMR, and the international recognition of its value is so the result of these efforts. The issues facing the ongoing period, the questions they ask are the subject of the last paragraph.

SUMMARY

**Mots-clés:** Démographie de la MPR - Financement de la MPR - SSR - Impact factor des Annals of PMR

**Keywords:** Demography of the french PMR - Funding of the french PMR - Impact factor of the Annals of PMR

***"L'idée du passé ne prend un sens et ne constitue une valeur que pour l'homme qui se trouve en soi-même une passion pour l'avenir." Paul Valéry (Avant-propos. Regards sur le monde actuel, 1931)***

Les années 2000 sont dominées par une crise démographique ou crise de recrutement de jeunes praticiens (**figure 1, p. 50**) : si rien n'est fait, l'effectif de moins de 1 000 médecins MPR sera atteint en 2020 !

La réaction de la profession se fait en 2 temps :

- dès 2002 est créé à l'initiative du Cofemer dans 7 inter-régions le DIU de MPR, qui permet à des médecins généralistes ayant déjà une expérience professionnelle et exerçant dans des établissements de MPR de recevoir un enseignement théorique et pratique de 2 ans aboutissant à un diplôme, 1<sup>re</sup> étape vers la qualification par le Conseil national de l'ordre des médecins. Cet appoint sera très utile, de même que les qualifications obtenues par des médecins MPR de l'Union européenne (en particulier de Roumanie), voire hors Union européenne comme les pays du Maghreb ;
- en 2009, et en réponse au souhait de filiarisation (enfin !) des disciplines médicales et chirurgicales, les instances réunies, Cofemer, Syfmer, Sofmer et Fedmer rédigent un mémorandum reprenant ces arguments et concluant à la nécessité d'ouverture à la MPR d'au moins 80 postes de DES chaque année pour enrayer l'hémorragie et stabiliser autour de 1900 l'effectif de la

spécialité. La bataille est rude, de nombreuses personnalités (députés, sénateurs, conseillers de ministres) sont rencontrées par les 4 délégués porteurs de ce dossier ; 67 postes sont attribués à l'ECN (épreuve classante nationale) dès 2010 et ce nombre va augmenter jusqu'à 113 en 2015 (**figure 2, p. 51**). À partir d'études démographiques et de géographie de santé, les postes de DES MPR sont répartis dans chaque région.

## Les années 2000 : vers plus de qualité

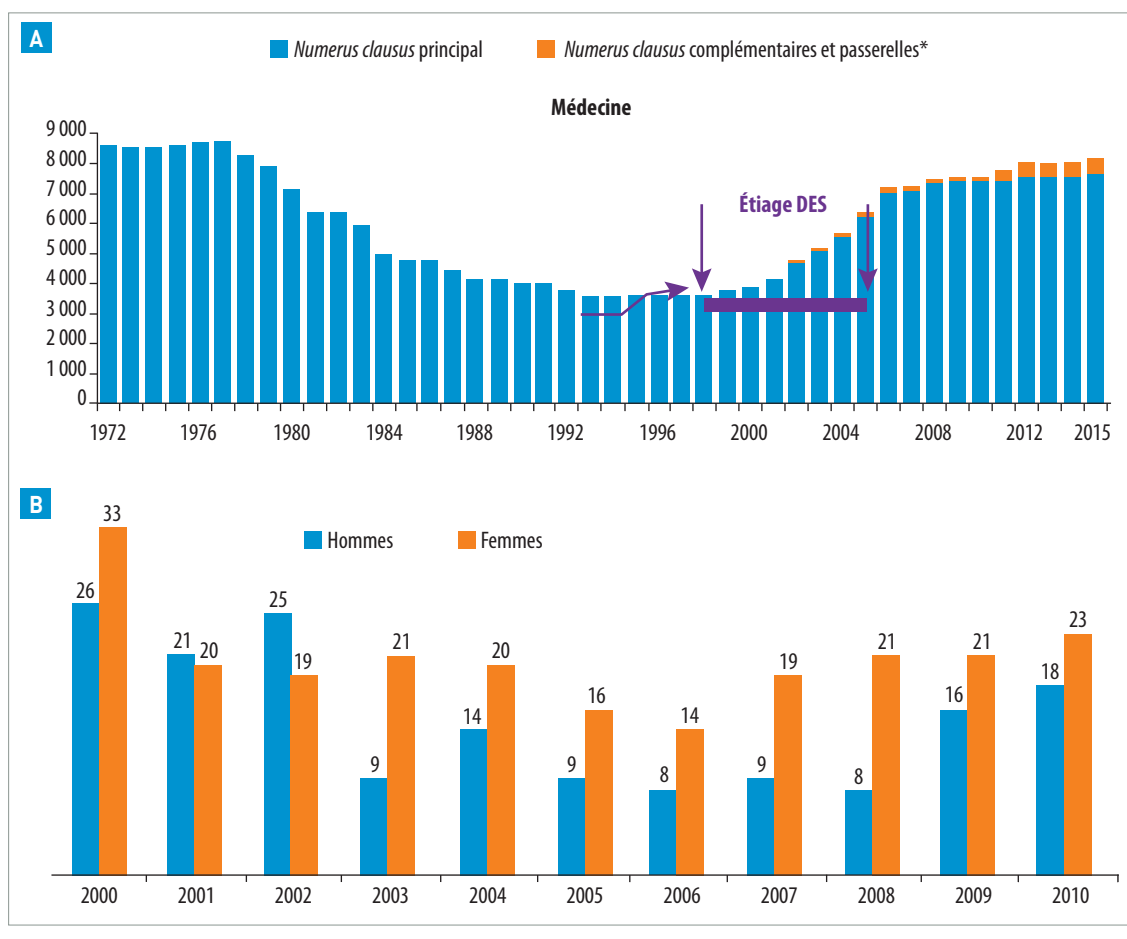
Au cours de la même période, la pratique de notre profession va connaître d'importantes évolutions :

- qualitatives, la pratique devient très rationnelle du fait des protocoles de soins et recommandations produites par la Sofmer, la société savante européenne (ESPRM) et la HAS ; la spécialité est définitivement entrée dans la culture de la médecine par la preuve (*evidence based medicine*) ce qui remet en question un certain nombre de dogmes que l'on pensait acquis, mais encourage l'effort de recherche et de diffusion des résultats de la recherche portée par les différents organismes où la MPR est désormais très active. Parallèlement, des procédures au nom de la politique de "qualité" portée par la HAS comme la certification dès 2005, le recueil des indicateurs IPAQSS depuis 2009 sont imposées aux établissements

*La première partie de cet article a été publiée dans AMPR 2019;3-4:33-6*

*\*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 1.** Évolution du *numerus clausus* d'entrée en médecine en France de 1972 à 2015, avec l'étiage de postes de DES au terme du 2<sup>nd</sup> cycle (A) et le nombre de qualifications en MPR délivrées par le CNOM entre 2000 et 2010 (B). Sources CNOM.



de MPR ; cela reste une évaluation de moyens et non de résultats (à l'exception du taux d'infections nosocomiales !) ; il s'agit surtout de contrôles destinés à faire respecter des normes non spécifiques à la MPR en termes de moyens mis en œuvre et de sécurité ;

- technologiques, avec le développement de nouvelles technologies dont l'échographie indispensable pour la réalisation de nombreux actes en MPR, la diffusion de la toxine botulique et les nouvelles technologies au service de la rééducation (robotique de rééducation, *serious games*) ou de la réadaptation (domotique, robotique de suppléance) ;

- géographiques, avec le regroupement d'établissements et le rapprochement des centres urbains, ce qui contribue à réduire les coûts, en particulier des transports et à sécuriser les prises en charge à proximité d'établissements de MCO, avec service d'urgences et plateaux techniques d'imagerie (TDM, IRM, PET-scan) aisément accessibles si besoin ;

- sociologiques, avec une féminisation croissante et une attirance de nos jeunes confrères vers l'exercice salarié, aux dépens de la pratique libérale (**figures 3 et 4**).

Parallèlement, au niveau européen, la spécialité par l'action des représentants de la Sofmer à l'ESPRM et du

Syfer à l'European Board of PMR définit les objectifs, le contenu des missions et l'action de la MPR, médecine de la personne handicapée, mais plus généralement médecine de la fonction par le livre blanc de la MPR [1, 2]. Ce document sert et servira de référence pour les tutelles de santé.

De la même manière, la rédaction à l'initiative du Cofemer, avec l'aide du Syfer, à la fin des années 2000 des référentiels de compétences sont des documents clés utiles pour la qualification par le CNOM des médecins MPR et pour fixer le contenu de l'enseignement théorique et pratique de MPR en 3<sup>e</sup> cycle des études médicales en France ; la qualité de la formation des futurs MPR est ainsi assise.

C'est dans ce contexte que survient la publication le 17 avril 2008 des décrets réorganisant le SSR. Ils font suite à de longs mois d'une réflexion organisée par la DGOS, à laquelle la Sofmer a participé. La volonté du ministère est de faire disparaître le vieil héritage du moyen séjour séparé entre rééducation et réadaptation d'une part et convalescence ou cure d'autre part. Dès 1998, le PMSI SSR, unissant dans un même mode d'évaluation de l'activité toutes les disciplines du secteur SSR, avait amorcé cette évolution. L'identité MPR ne pouvait alors être sauvegardée

### Dates clés

- 1973 : Reconnaissance de la RRF par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)
- 1984 : Création du DES de MPR en juillet 1984. À la suite de la manifestation du 23 mars 1983, le DESc est écarté
- 1985 : Budget global
- 1997 : CdARR
- 1998 : PMSI SSR
- 1999-2005 : Numerus clausus à l'étiage
- 2000 : Création du DIU MPR
- 2008 : Décrets SSR
- 2010 : Filiarisation du DES MPR
- 2017 : DMA
- 2018 : Impact Factor 4,2 pour les *Annals of PMR*, ISPRM à Paris

que par le CdARR et c'était bien peu. Grande est alors la crainte que la MPR ne soit "balkanisée" au sein des autres SSR que les décrets définissent, vu que ceux-ci mettent en avant comme objectif de prise en charge le gain d'autonomie, la réadaptation, autant d'éléments empruntés à notre mission, et soulignent le rôle de "pivot" du SSR attribué à la MPR ! Dès lors, à chaque fois que le SSR est évoqué, les instances de la MPR n'ont de cesse de mettre en évidence l'apport spécifique de la MPR, s'appuyant sur les résultats validés par la littérature internationale et par l'efficacité mesurée par des indicateurs pertinents (gain d'autonomie mesuré par différentes échelles dont la MIF, qualité de vie, retour à domicile et retour au travail, etc., simultanément à la réduction des séjours hospitaliers), autant d'indicateurs non pris en compte dans la qualité au sens de la HAS. Le médecin de MPR est ainsi identifié comme responsable exclusif de l'équipe de rééducation et réadaptation lors de pathologies locomotrices, neurologiques (avec le neurologue, pas franchement intéressé !), ou bien avec le cardiologue dans les affections cardiovasculaires, le pneumologue dans les affections respiratoires, le pédiatre dans les unités pour enfants et adolescents, le gériatre pour les personnes âgées dépendantes ou à risque de dépendance, et le médecin de MPR retrouve l'exclusivité pour les brûlés. Le danger paraît passé, dans la mesure où le financement à venir sera suffisant au fonctionnement des plateaux techniques, qui sont la valeur ajoutée de notre pratique.

## Année 2019 : des acquis et des questions ?

Les années 2010 voient d'heureuses réponses aux questions et aux craintes du début des années 2000. Mais d'autres interrogations surgissent. L'effectif des médecins de MPR paraît se stabiliser autour 1900 à 2000 praticiens (*figure 3*) ; nous sommes loin de la catastrophe annoncée, la filialisation ayant

Figure 2. Entrées de jeunes DES dans la filière MPR entre 2010 et 2016 après la filiarisation. Sources CNOM.

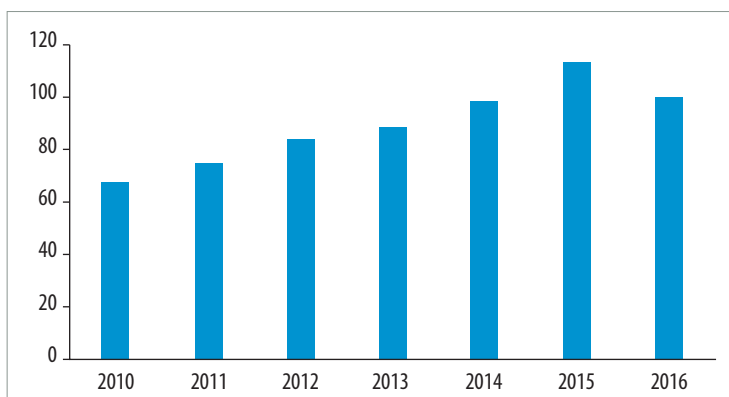


Figure 3. Évolution des effectifs de MPR (effectif global, hommes/femmes) de 2007 à 2017. Sources CNOM.

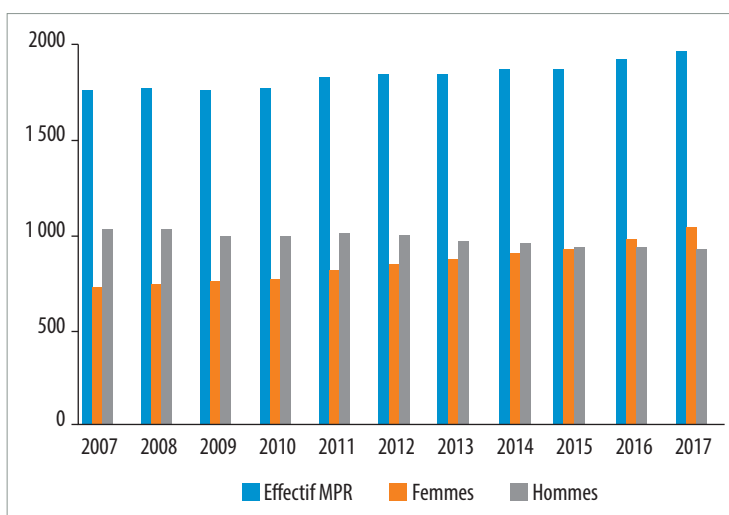
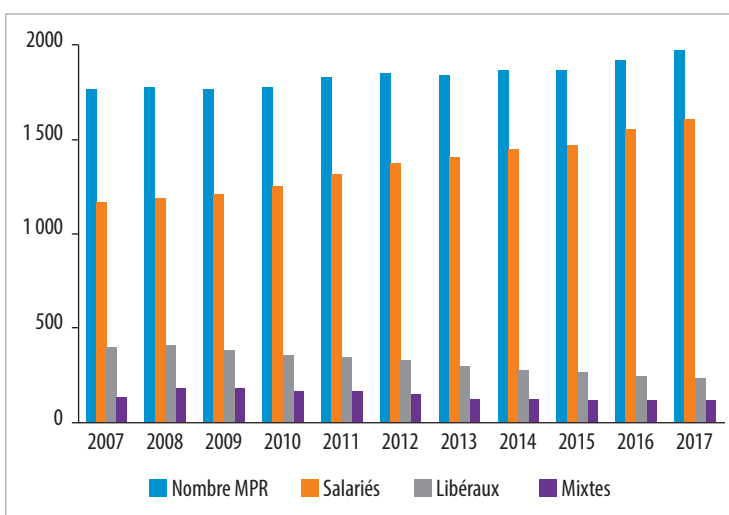


Figure 4. Évolution des effectifs de MPR selon le mode d'exercice : salarié, libéral, mixte de 2007 à 2017. Sources CNOM.



### Abréviations

- AJMER : Association des jeunes médecins de MPR
- ANMCR : Association nationale des médecins certifiés en rééducation
- ANMSR : Association nationale des médecins spécialistes en MPR
- CdARR : catalogues des actes de rééducation et réadaptation
- CNP de MPR : Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation
- Cofemer : Collège français des enseignants hospitalo-universitaires de médecine physique et de réadaptation
- CsARR : catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation
- DAF : dotation annuelle de financement
- DGOS : Direction générale de l'organisation des soins
- DIU : diplôme interuniversitaire
- DMA : dotation modulée à l'activité
- DPC : développement professionnel continu
- EMPR : entretiens de médecine physique et de réadaptation
- EPL : établissements privés lucratifs
- EPNL : établissements privés non lucratifs
- ESPRM : European Society of Physical and Rehabilitation Medicine
- Fedmer : Fédération française de médecine physique et de réadaptation
- ISPRM : International Society of Physical and Rehabilitation Medicine
- GME : modèle des groupes médicoéconomiques
- HAS : Haute Autorité de santé
- IPAQSS : indicateurs pour l'amélioration de qualité et la sécurité du soin
- LFSS : lois annuelles de financement de la Sécurité sociale
- MIF : mesure de l'indépendance fonctionnelle
- ODPC : organisme de développement professionnel continu
- ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
- PHRC : programme hospitalier de recherche clinique
- PMR : Physical Medicine and Rehabilitation
- PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
- SIGAPS : système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
- 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

fait son œuvre. L'effectif se féminise (**figure 3, p. 51**) et la pratique libérale (**figure 4, p. 51**) confirme sa constante régression depuis que le CNOM fournit tous les ans le profil démographique des médecins, mais la répartition sur le territoire reste inégale (**figure 5**). L'effort d'éducation au cours du 2<sup>nd</sup> cycle des études médicales, au cours duquel les jeunes étudiants en médecine découvrent les objectifs et la pratique de notre spécialité, contribue à éveiller des vocations, qui se concrétisent par l'entrée dans la filière MPR lors de l'examen classant. En 2018, tous les CHU de métropole ont au moins un PUPH de MPR en charge de cet enseignement, à l'exception du CHU de Nice (**cf. partie 1, figure**).

L'actualisation des connaissances et des pratiques des praticiens était un vieux projet. À cette fin, la Fédération française de MPR ou Fedmer avait été créée en 1986 à l'initiative du professeur André Bardot ; sans financement et sans cadre juridique, la forma-

tion professionnelle était alors laissée à l'initiative de chacun bien que la participation à des manifestations annuelles réponde à cet objectif : Journée de l'ANMSR, Entretiens de la Fondation Garches, Entretiens de Montpellier (ex ERRF devenu en 1998 EMPR). Le décret du 8 juillet 2016 organise le développement professionnel continu (DPC) des médecins et rend celui-ci obligatoire. La MPR, comme la plupart des spécialités, a adhéré à la Fédération des spécialités médicales et s'est alors dotée d'un Conseil national professionnel par évolution de l'ancienne Fedmer devenant le CNP de MPR fixant les thèmes prioritaires et les objectifs du DPC, et d'un organisme de DPC, bras armé chargé d'organiser ou du moins de coordonner les différentes initiatives, le MPR ODPC.

La Sofmer s'était fixée comme objectif dans les années 1990 de valoriser la MPR française par la diffusion de sa revue, les *Annales*. Celle-ci devenait bilingue en 2008 avec un nouveau titre "*Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*" puis publiée uniquement en langue anglaise depuis janvier 2015 (au grand dam des tenants de la francophonie !). Le label "*published in association with*" ISPRM et ESPRM obtenu en 2008 a largement contribué à faire mieux connaître la revue à l'étranger. Favorisé par ces choix, le niveau d'exigence et donc de qualité des articles soumis s'est considérablement amélioré, en même temps que la diffusion par téléchargement des articles augmentait. Aujourd'hui, la revue est lue sur les 5 continents et les États-Unis sont le premier 1<sup>er</sup> pays pour les téléchargements, suivis par l'Angleterre et la France (3). Épilogue de cette success story, l'*Impact Factor* obtenu en 2018 est de 4,2, ce qui place la revue en 2<sup>e</sup> position au sein des journaux de la catégorie *Rehabilitation du Journal of Citation Reports* (4), et même en 1<sup>re</sup> position s'agissant des journaux de médecine de rééducation. Depuis 2014 les *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* sont valorisées SIGAPS A ; ce qui ne peut qu'encourager nos jeunes praticiens et/ou chercheurs à publier dans la revue. L'organisation à Paris du congrès mondial de MPR (ISPRM 2018) s'inscrivait parfaitement dans cette dynamique.

Cependant, cette décennie laisse la spécialité avec des interrogations :

- Le maintien de l'effectif actuel suffira-t-il à répondre aux besoins de la population alors que ces besoins devraient augmenter du fait des évolutions démographiques et épidémiologiques ? Saurons-nous promouvoir une répartition équilibrée des praticiens au sein des territoires, en vue d'un accès équitable aux soins de MPR ? Devra-t-on et dans ce cas comment envisager la délégation de tâches (donc de compétences) aux membres de l'équipe de MPR non médicaux ? Pourrions-nous répondre à la demande du secteur médicosocial avec ou sans hébergement ?

- La pratique va évoluer ; l'autorité de santé souhaite, à la fois pour maîtriser les coûts et faire profiter au plus grand nombre du dispositif de soins, promouvoir la pratique ambulatoire. Dans quelle mesure serons-nous impactés dans cette évolution ? Nous avons la pratique de l'hospitalisation de jour. Est-elle toujours possible ? Comment organiser sur une période très

courte sans hospitalisation de nuit un bilan exhaustif chez une personne dont le handicap est complexe ? Que contiendra la prestation intermédiaire, moins contraignante que l'hospitalisation de jour, qui permettrait d'accueillir un plus grand nombre de patients ?

- La e-santé va envahir notre pratique ; le but est de mieux soigner, en limitant les déplacements des patients comme de praticiens. Téléexpertise, téléconsultation et même télééducation, comment, par qui et pour qui organiser cela ? À quand dans notre quotidien les dispositifs de partage de l'information ville-hôpital tels le dossier médical partagé, l'accès aux documents d'imagerie ou de laboratoire ?

- Le DPC est obligatoire ; qui en contrôlera la réalité et la qualité, ou plutôt cela se fera-t-il par un processus de recertification ?

Reste le financement.

Pour l'établissement de MPR (hôpitaux publics, EPL et EPNL), la révolution n'a pas eu lieu depuis 1998 ; modulé à la marge par les données du PMSI, et ce quel que soit le modèle de financement choisi (journée pondérée, etc.), le budget global (devenu en SSR la dotation annuelle de financement ou DAF) est resté avec ses qualités (le budget est garanti) et ses défauts (frein à toute évolution). Certes le CdARR a évolué en CsARR, plus complet mais plus complexe. La DMA (dotation modulée à l'activité) devait pallier ces défauts ; le modèle GME inquiète beaucoup notre spécialité car ne prenant pas assez en compte le coût lié au plateau technique et à la phase active de la rééducation et de la réadaptation. Qu'en sera-t-il alors qu'il est prévu de la mettre en place très, vraiment très, progressivement ? Résistera-t-il à la remise en question actuelle initiée par notre ministre des Solidarités et de la Santé ?

Pour la pratique libérale, on pouvait croire en la revalorisation de l'acte en particulier les bilans de patients complexes. Qu'en sera-t-il ? Alors que la pratique ambulatoire est appelée à se développer, au sein de centre externes de MPR regroupant médecins et acteurs de rééducation et de réadaptation, le non-remboursement de certains d'entre eux pourtant indispensables à une prise en charge globale (ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens, diététiciens) rend cette évolution aléatoire.

## Références bibliographiques

1. 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.
2. White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil Med* 2007;145 Suppl):6-47.

## Sites consultés

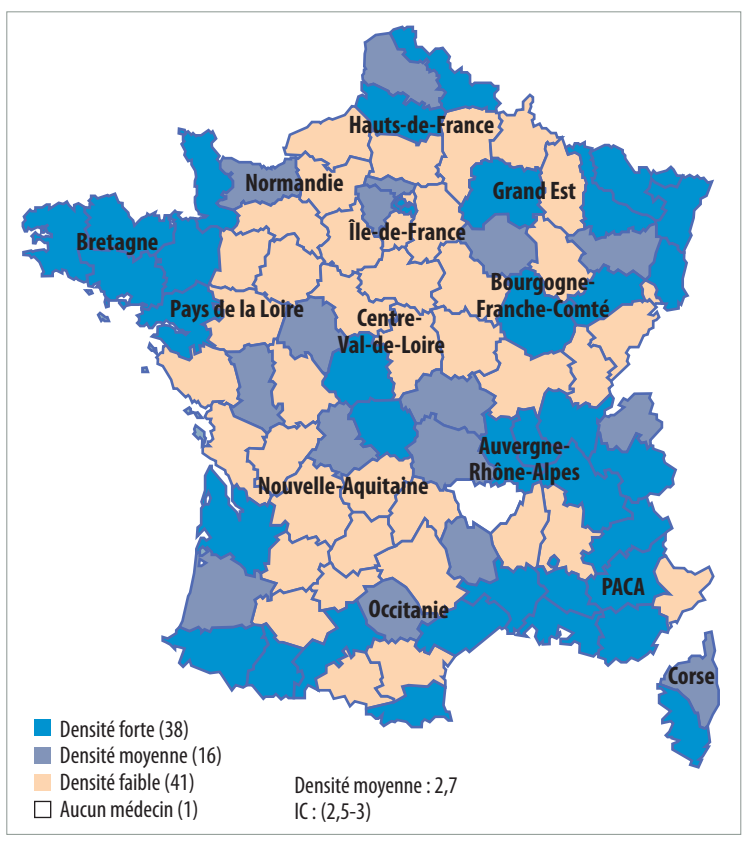
### Sites de la MPR

Sofmer = <http://www.sofmer.com>

Syfmer = [www.syfmer.org](http://www.syfmer.org)

Cofemer = <http://www.cofemer.fr>

Figure 5. Répartition des médecins de MPR en 2017. Sources CNOM.



## Remerciements

Nos remerciements doivent aller à tous ceux et celles qui durant ces 40 années, chacun à sa place et à sa mesure, se sont dévoués pour porter ce développement ; j'ai cru bon de ne citer aucun d'entre eux, bien que les noms (et les visages) soient revenus à ma mémoire ; j'avais trop peur d'en oublier ; je n'ai cité les noms que de 3 pionniers. Je crois que l'on doit sans réserve remercier les présidents successifs, les bureaux, les conseils d'administration de la Sofmer, du Syfmer, du Cofemer, de la Fedmer et aujourd'hui du CNP de MPR, de l'Ajmer et d'associations comme l'ANMSR, les EMPR... Tous ont agi avec foi, sagesse et détermination.

Compétences en MPR = [http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=617](http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=617)

DIU = [http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=117](http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=117)

CNP-Fedmer = <https://sites.google.com/site/cnpdempr/>

J. Pélissier déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec l'article.



#### Autres sites

##### ATIH

CsARR : <https://www.atih.sante.fr/csarr-2018>

##### HAS

Certification (V 2014) = [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc\\_1249882/fr/certification-des-etablissements-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249882/fr/certification-des-etablissements-de-sante)

IPAQSS : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/20120424\\_indicateurs\\_ipaqss.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/20120424_indicateurs_ipaqss.pdf)

##### Legifrance et sites gouvernementaux

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)

##### Décrets du 7 avril 2008 (SSR) :

2008-376 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432&categorieLien=id>

2008-377 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664450>

DPC : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032862648&categorieLien=id>

##### CNOM

Qualification MPR : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel\\_medecine\\_physique\\_et\\_de\\_readaptation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_medecine_physique_et_de_readaptation.pdf)

Atlas : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

Rendez-vous  
sur notre  
**PORTAIL  
SCIENTIFIQUE...**

Tous  
vos contenus  
personnalisés  
**en 1 clic !**



EDIMARK  
PRESSE ÉDITION MÉDIA

[www.edimark.fr](http://www.edimark.fr)

NOUS FAISONS DE VOS SPÉCIALITÉS NOTRE SPÉCIALITÉ