

Les origines et l'essor de la MPR en France

Partie 2

A. Yelnik*

Dans la première partie de cet article avaient été abordés la naissance des spécialités médicales en général, puis les traitements par le mouvement et les agents électriques, qui sont parmi les piliers de la médecine physique et de réadaptation. Cette seconde partie commence avec l'appareillage, troisième des grandes catégories de techniques qui font le socle de notre discipline. Nous verrons ensuite comment les grandes guerres et les épidémies du XIX^e et, surtout, du XX^e siècle ont fait naître une demande du public pour que la médecine s'intéresse à leurs conséquences dans toutes leurs dimensions, ce qui constitue la véritable reconnaissance de la MPR.

Les racines de la médecine physique et de réadaptation

(Cf. partie 1)

Les techniques qui font la médecine physique

(Cf. partie 1)

■ Appareillage : de la prothèse d'Ambroise Paré aux lames de course des sportifs

L'appareillage, orthétique et prothétique, est également millénaire, si l'on en croit de récentes découvertes archéologiques [1]. Du pilon en bois aux lames de course des amputés courant aujourd'hui le 100 mètres aux Jeux olympiques, il est évidemment impossible de résumer en quelques lignes l'histoire de l'appareillage et sa place dans la MPR. L'appareillage est une pièce majeure de la trousse du médecin MPR, qui se doit d'en connaître parfaitement les techniques [2, 3]. Les premiers écrits détaillés en Occident sont d'Ambroise Paré (1509-1590), ce qui ne signifie pas l'absence d'intérêt pour ces questions auparavant. Pline l'Ancien (23-79) avait déjà rapporté, dans *L'Histoire naturelle*, le cas d'un soldat amputé, Marcus Sergius, qui portait une main de fer pour combattre. Ambroise Paré, barbier devenu chirurgien du roi et des champs de bataille, doit sa célébrité à ses nombreuses qualités reconnues à l'époque, dont sa grande humanité et sa grande force ; notamment, il avait survécu à la peste de 1533 et au massacre de la Saint-Barthélemy (24 août 1572), dont il réchappa de peu grâce à l'intervention en sa faveur du roi Charles IX, qui en était pourtant l'instigateur... Il fut le premier médecin-chirurgien à écrire et publier ses travaux en français, nonobstant le procès que la faculté de médecine lui intenta.

Il fit preuve d'une inventivité toute moderne dans la description, étayée de dessins très précis, d'appareillages pour les amputations, comme sa célèbre "main de fer" dont les doigts articulés pouvaient être mus par la main saine (figure 1). Il conçut des prothèses de jambes, pour lesquelles il distinguait la jambe "des pauvres", pilon sans articulation, de la jambe "des riches" avec articulation au genou et au pied (dans le médiopied), certes ingénieuse, mais lourde, sans doute peu utilisée [4, 5].

Figure 1. La "main de fer" articulée, inventée par Ambroise Paré.



Les prothèses articulées ont été progressivement améliorées. Vers 1750, un religieux connu sous le nom de "Sébastien" inventa la première main à articulation mobile, les mouvements du moignon actionnant les doigts. En 1818, l'Allemand Baillif applique l'invention de De Graefe permettant les mouvements par un jeu de cordes en boyau allant s'attacher à un corset. Guillaume-Benjamin Duchenne dit de Boulogne (1806-1875) utilisa l'innovation qu'apportait le caoutchouc introduit par F.L.E. Mellet en 1844, pour améliorer une prothèse inventée par un certain Delacroix, et faire réaliser par Charrière divers appareillages mus par la force élastique. Ainsi fonctionnait son gantelet pour paralysie des extenseurs des doigts et les orthèses pour paralysie des muscles fibulaires ou du triceps.

La première partie de cet article a été publiée dans *AMPR* 2021;(1-2):76-82.

* Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Lariboisière-Fernand-Widal, AP-HP Nord, université de Paris, centre Borelli UMR 9010, Paris.

En 1867 apparaissent les 3 bras de Beaufort (Henri Michel de Jay, comte de Beaufort, *Essai sur la prothèse du bras et de la main*, 1861), selon le niveau d'amputation avec bois modelé.

L'appareillage des membres inférieurs s'est longtemps limité à la fabrication de pilons en bois, plus ou moins bien fixés au moignon. Il faudra attendre 1918 pour que soit inventée la *soft socket* des anglophones, ou "manchon intermédiaire". En 1842, F. Martin avait inventé l'axe de genou déporté en arrière ("postériorisation") et, en 1868, les Allemands Hoefftmann et Schlegelmich, le principe du double recurvatum permettant d'appareiller des patients dont la hanche est désarticulée afin d'obtenir une marche plus physiologique. Les appareillages seront allégés avec l'utilisation, dès 1928, du duralumin (aluminium, cuivre, magnésium et manganèse), puis l'utilisation du polypropylène et, enfin, du carbone.

L'appareillage des déformations du rachis n'a réellement été possible, là encore, qu'avec l'évolution des matériaux, depuis la fabrication du premier corset attribuée à Levacher en 1768, système fait d'une tige de fer avec crémaillère soumettant la colonne à une traction continue que l'on pouvait graduer à volonté. L'appareillage d'aujourd'hui s'est doté de différents types de prothèses selon l'usage auquel elles sont destinées, comme cela fut développé dès la Grande Guerre (1914-1918). L'ouvrage de Gabriel Bidou en reprend et décrit tous les types selon la profession ou l'usage attendu [6]. Les matériaux vont s'améliorer, surtout les composants des articulations, utilisant la force pneumatique, notamment, depuis 1950, par E. Marcquardt à la suite des handicaps causés par l'utilisation du thalidomide. Entre 1950 et 1960 apparaissent aussi la mobilisation électrique et la commande myoélectrique, développées en particulier par la société Ottobock. Dans les années 2000 viendront les prothèses bioniques, qui sont toujours des commandes myoélectriques, mais avec une assistance par préprogrammation selon une logique biologique qui permet une reproduction de schémas de commande réduisant le besoin de contrôle volontaire. L'avenir est aux commandes "transparentes" sans interface, pour les orthèses comme pour les prothèses commandées directement par le cerveau, avec un système court-circuitant les lésions neurologiques.

Ainsi, le développement des techniques, des matériaux et des savoirs a conduit à l'individualisation de professions spécifiques, avec, en 1924, la création du diplôme infirmier de masseur ou infirmier en physiothérapie, qui finalement donnera lieu à la naissance du diplôme de massokinésithérapie en 1946. Le diplôme d'orthophonie a été créé en 1964, celui d'ergothérapie en 1970 et celui de psychomotricité en 1974.

À ces traitements physiques doivent bien sûr être ajoutés les traitements médicamenteux locaux, qui font aussi partie intégrante de notre discipline, qu'il s'agisse de l'application de divers topiques ou d'infiltrations intra-articulaires ou musculaires, des corticoïdes à la toxine botulinique en passant par l'acide hyaluronique et le PRP (*platelet rich plasma*), très à la mode.

Toutes ces connaissances médicales auraient pu faire naître une spécialité médicale, mais ce ne fut pas suffisant. C'est parce qu'elle avait une autre dimension, humaine et sociale, que la spécialité naîtra. Ce qui permet réellement d'en décider la création fut la preuve apportée au plus grand nombre (des médecins notamment!) de l'utilité de ces techniques et, plus encore, du fait que leur vaste champ d'application allait avec un accompagnement médical spécialisé et un accompagnement au long cours prenant en compte la globalité du sujet dans ses caractéristiques environnementales. Un accompagnement médical que les autres spécialités n'offrent pas. Cette évolution a été rendue possible par l'amélioration de la qualité de vie, les progrès techniques depuis la Révolution industrielle du XIX^e siècle, les progrès majeurs faits en médecine et le développement d'une hygiène qui a profondément changé la physionomie des villes européennes dès la fin du XIX^e siècle [7]. La diminution du fatalisme face aux infirmités et l'apparition d'une nouvelle forme d'humanité ont été décisives.

Les événements majeurs du XX^e siècle

La Première Guerre mondiale a sans nul doute révélé notre spécialité naissante. Quelques maladies redoutées, parce que mortelles ou pourvoyeuses de handicaps, ont fait le reste, dans un contexte social en évolution.

• Les guerres

La guerre de Crimée (1853-1856) est considérée comme la première guerre de l'ère moderne par le nombre de blessés, la gravité et la nouveauté des blessures, et a suscité une prise de conscience de la responsabilité de la société dans la réadaptation des blessés. Elle est à l'origine de la première école d'infirmières à Londres, créée en 1860 par Florence Nightingale (qui s'était illustrée pendant le siège de Sébastopol, qui dura 11 mois), et de la première école d'infirmières publique et laïque de France, créée en 1882 par le Dr Désiré Magloire Bourneville. Le Suisse Henri Dunant, qui avait découvert l'horreur d'autres champs de bataille à Solferino en 1859, créa la Croix-Rouge en 1864.

La Première Guerre mondiale, par l'ampleur jamais connue des pertes humaines et des blessés, a précipité les besoins avec 3 595 000 blessés et plus de 2 millions de malades et gazés ! Les soins et la rééducation ont été organisés à grande échelle. À Paris, le Grand Palais fut transformé en centre de rééducation où les blessés étaient rééduqués, tantôt au maniement des armes pour être renvoyés au front, tantôt au travail des champs, profession majoritaire à l'époque [8, 9]. Le reclassement professionnel deviendra une possibilité, un droit même, reconnu par les lois du 2 janvier 1918, du 31 mai 1919 et du 26 avril 1924, droit qui sera étendu aux accidentés du travail par la loi du 14 mai 1930, puis, par la loi du 5 août 1949 dite Cordonnier, à tous les infirmes et anciens malades. Nous en verrons les derniers développements dans la section suivante.

■ Les grandes maladies

Plusieurs maladies ont joué un rôle crucial pour notre spécialité. Elles ont contribué à une évolution fulgurante de la médecine et de la société en une centaine d'années. Les connaissances en infectiologie, d'abord, et l'éducation de l'hygiène développée dans la deuxième partie du XIX^e siècle, ensuite, ont transformé le paysage sanitaire : la fièvre typhoïde et le choléra (dernière épidémie à Paris en 1873) disparaîtront, la vaccine viendra à bout de la variole à la fin du XIX^e siècle, les antibiotiques feront presque disparaître la syphilis, le rhumatisme articulaire aigu et bientôt la tuberculose, et, enfin, les vaccins feront quasiment disparaître (ne l'oublions pas) la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, notamment [4, 7, 10]. La diminution de la pression sur certaines maladies devenues rares ou curables et l'augmentation de l'espérance et du niveau de vie ont permis que l'intérêt se porte sur les conséquences au long cours des maladies.

Deux maladies ont joué un rôle majeur en raison de leur fréquence et de leur impact sur l'organisation des soins. La **tuberculose** a eu un fort impact social, car elle touchait toutes les couches de la société, avec une grande fréquence. Jusqu'à la découverte de la streptomycine par l'équipe de Selman Waksman en 1943, elle était sans ressource thérapeutique, et elle reste aujourd'hui l'une des plus grandes pourvoyeuses de handicaps au monde. De fait, parmi les survivants, avant l'antibiothérapie, les séquelles étaient dramatiques : insuffisance respiratoire, cyphoscoliose et tétraplégie sur mal de Pott, atteintes ostéoarticulaires et neurologiques graves et variées. En 1951, la tuberculose représentait 25 % des admissions en invalidité par l'Assurance maladie, et elle n'en représentait plus que 2 % en 1976 (source : CNAM). Pour la tuberculose avaient été créés de très nombreux sanatoriums avec du personnel et des espaces dédiés, ainsi qu'une rééducation spécialisée, en particulier respiratoire (à la montagne) et ostéoarticulaire (à la mer).

La **poliomyélite** a sévi par des épidémies très fréquentes, tout au long du XX^e siècle, jusqu'à la découverte du vaccin inactivé injectable par Jonas Salk en 1953, puis du vaccin atténué vivant oral par Albert Sabin en 1955. Elle inspirait la frayeur par son atteinte privilégiée des enfants et ses paralysies définitives. Les enfants atteints avaient besoin d'une longue rééducation spécialisée tout au long de leur croissance, avec souvent de nombreuses interventions chirurgicales pour tenter de préserver ou restaurer la fonction respiratoire, la marche et la préhension, tout en leur assurant une scolarité normale. C'est ainsi que sont nés les centres spécialisés : le tout premier en France dès 1919, créé par Ellen Poidatz, puis, la Seconde Guerre mondiale enfin passée, le Centre national du traitement des séquelles de poliomyélite, à Garches, en 1949, par le Pr André Grossiord (1909-1997) (figures 2-4). Le Pr Denis Leroy avait ouvert, en 1948, un centre à Rennes, et de nombreux autres suivront rapidement à Nancy, à Lyon, etc. Parallèlement, les malades poliomyélitiques et les accidentés de la route pourront être progressivement réorientés dans les sanatoriums

Figure 2. Pr André Grossiord.



Figure 3. Salle de rééducation de la Fondation Ellen Poidatz (collection du CRF Ellen Poidatz à Saint-Fargeau-Ponthierry).

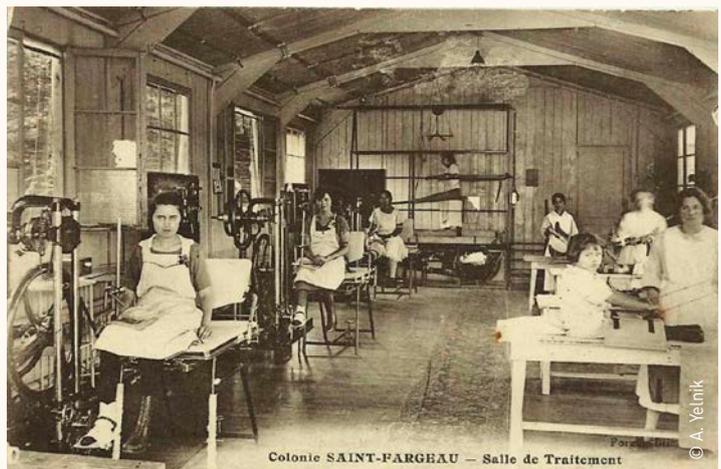


Figure 4. Salle de kinésithérapie à Garches, en 1962, avec des patients atteints de poliomyélite (collection du Pr Held).



dédiés à la tuberculose. La poliomyélite illustre parfaitement tous les besoins qui peuvent être satisfaits par la MPR : une rééducation spécialisée complexe, avec de nombreux intervenants, de nombreux défis médicaux, chirurgicaux et d'appareillages, un travail au long cours, c'est-à-dire toute la vie, une intrication constante des conséquences physiques de la maladie et de ses conséquences scolaires, professionnelles et sociales. L'expérience d'André Grossiord, qui avait accepté de diriger la création du centre de Garches, a été décisive pour la naissance de la discipline de rééducation et de réadaptation fonctionnelle en 1965 (cf. infra) [10].

L'«**épidémie**» **des accidents de la route** a connu une croissance spectaculaire et inquiétante tout au long du XX^e siècle, avec l'augmentation du niveau de vie, l'accroissement du trafic automobile, un réseau routier souvent inadapté, la progression de la vitesse, etc. Un pic sera atteint en 1972, avec 18 034 morts (source : ONISR) ; il y en avait encore 3 498 en 2019, et le nombre de blessés hospitalisés était, en 2018, de 21 238. Parmi eux, de très nombreux blessés médullaires, polytraumatisés et traumatisés crâniens, qui ont besoin de soins de MPR : multiplicité des problèmes médicaux, nécessité de nombreux spécialistes médicaux et paramédicaux et complexité sociale.

Il faut citer le **scandale du thalidomide** durant les années 1960-1963, responsable de la naissance de milliers d'enfants dysméliques. Denise Legrix, artiste atteinte de dysmélie, a joué un rôle essentiel en permettant une levée de fonds destinés à la création de l'institution nationale de rééducation à Saint-Maurice (Val-de-Marne).

De nouveaux besoins médicaux ont émergé. Les **accidents vasculaires cérébraux**, en particulier par l'augmentation de l'espérance de vie, l'augmentation relative du nombre d'AVC et l'augmentation de la survie, représentent la première cause de handicaps sévères, c'est-à-dire nécessitant une aide humaine. Les progrès de la MPR ont joué un rôle primordial dans la récupération après un AVC, en passant notamment d'une période assez contemplative à la période actuelle d'action sur la plasticité cérébrale pour une récupération maximale et la réinsertion sociale.

Les **maladies ostéoarticulaires** viennent aussi au premier plan, par la démonstration scientifique que les traitements physiques peuvent être plus efficaces que les traitements médicamenteux sur les pathologies ostéoarticulaires dégénératives. La lombalgie en est un bon exemple, car elle représente la première cause de handicaps dans le monde, avec un impact social et professionnel majeur et par l'effet privilégié des traitements physiques.

Enfin, pour ne pas citer toutes les affections, la place de la MPR en **cancérologie** apparaît aujourd'hui une évidence, ce qui n'était pas le cas il y a encore quelques années. Cela est lié à l'augmentation de l'espérance de vie avec un cancer stabilisé, à la démonstration que l'effet des traitements médicamenteux est amélioré par les traitements physiques, au besoin de traiter les complications propres aux traitements, et enfin à une approche plus globale de la personne.

Ainsi, c'est bien l'approche scientifique de la MPR qui lui a permis de se faire reconnaître parmi les autres disciplines : effets des thérapeutiques proposées et de l'approche multidisciplinaire coordonnée, importance du couple patient-environnement et de l'approche holistique des conséquences des maladies, et enfin un objectif global de réadaptation qui signifie : autant que possible la récupération par la guérison et, au moins, la réinsertion par la compensation des déficits.

L'évolution de la société

Des techniques donc, des maladies et des traumatismes dramatiques et nombreux. Le catalyseur enfin : la demande du public. Les progrès de la médecine suscitent sans cesse plus d'espoir, le niveau de vie de la société augmente, les succès de la réadaptation sont également connus, il n'y a plus de place pour le fatalisme. Le regard de la société sur l'infirme change, l'incurable devient une personne avec un potentiel [11, 12] ! Même si la guérison n'a pas été obtenue, il faut poursuivre le combat pour atténuer les conséquences des séquelles. Et si la médecine a repoussé les limites de la mort, c'est parfois au prix de séquelles lourdes. La médecine ne peut se contenter d'un rôle de guérisseur et doit évidemment poursuivre ses soins au-delà de l'urgence vitale. De ces besoins naquit presque naturellement, je dirais même s'imposa, la MPR, autour de tous les moyens à mettre en œuvre pour prévenir et diminuer les conséquences des maladies graves, de l'instant de son déclenchement jusqu'à la reprise par le patient de sa place dans la société [13-15].

La demande du public, par le biais des associations de personnes handicapées et de leurs familles, aura un rôle de catalyseur dans l'émergence de notre spécialité médicale. Citons-en quelques-unes : en 1889, l'association Valentin-Haüy pour les aveugles ; en 1915, la Fédération nationale d'assistance aux mutilés des armées de terre et de mer ; en 1923, la constitution de la Fondation santé des étudiants de France, qui créera des centres universitaires de cure et des sanatoriums qui existent toujours, associant études et rééducation ; en 1926, la Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail (LADAPT) par Suzanne Foucher ; en 1933, l'Association des paralysés de France, par 4 poliomyélitiques dont André Trannoy ; en 1949, la première association nationale Les Papillons blancs ; en 1953, la Fédération nationale des malades infirmes et paralysés ; en 1960, l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (UNAPEI) ; en 1986, l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébrolésés ; et, en 2000, le Groupe de liaison et d'information post-polio (GLIP, qui deviendra Polio-France en 2019).

L'évolution des lois traduira (il est rare qu'elle l'anticipe...) celle de la société. Jusque dans les années 1950, l'infirme n'est vu qu'à travers le prisme de son infirmité. De la cause de celle-ci dépend directement son traitement social. Comme nous l'avons vu, ce sont ainsi d'abord les blessés de guerre, puis les mutilés

du travail et, enfin, les infirmes de toutes causes à qui seront reconnus des droits, principalement un droit au travail, vu essentiellement comme le moyen d'éviter le recours à la mendicité. Viendra ensuite ce que Serge Ebersold a nommé "l'invention du handicap", c'est-à-dire un changement du regard de la société sur l'infirmes : le handicap devient l'expression de la conséquence sociétale des déficiences ou incapacités [11]. Ainsi, dans les lois du 23 novembre 1957 et 31 juillet 1963, la déficience n'est plus synonyme d'invalidité, mais synonyme de "rééducabilité". La loi du 30 juin 1975, qui sera confortée par celle du 11 février 2005, consacrera la reconnaissance par la société et le devoir de cette dernière d'intégrer la personne handicapée. Le terme "personne handicapée" apparaîtra. Celle-ci n'est plus un simple infirme, mais bien une personne. Rappelons l'origine du mot handicap : "*hand in cap*", qui est un avantage donné à quelqu'un pour égaliser les chances lors d'une compétition. La notion de solidarité se substitue à celle de charité publique. Les droits à l'éducation, au travail et à la compensation sont affirmés. Il est toutefois paradoxal que, aujourd'hui, ce terme de "personne handicapée" soit à nouveau rejeté et que lui soit préféré celui de "personne en situation de handicap", qui avait été introduit dans les années 1970 sous l'influence, notamment, de Pierre Minaire pour exprimer qu'il n'y a pas de handicap dans l'absolu. L'employer ainsi est dévoyer le sens de cette expression qui voulait exprimer que tout individu peut à un moment de sa vie se trouver en situation de handicap, sans pour autant être en permanence "handicapé".

Pour comprendre ces récentes évolutions législatives, il faut revenir à un grand tournant pris par l'OMS, sous la direction de Philip Wood et d'André Grossiord, dans les années 1970. À la Classification internationale des maladies a été ajoutée une nouvelle classification, celle des handicaps, matérialisant le rôle que la médecine doit jouer dans le traitement des conséquences des maladies. La Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), publiée en 1980, permettra une véritable prise de conscience médicale et sociale en faisant entrer dans le vocabulaire médical les termes d'"incapacité" et de "handicap". Puis, la définition trop médicale des handicaps et ses définitions jugées stigmatisantes ont conduit en 2001 au remplacement de la CIDIH par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, dite CIF, instaurant les termes de "limitation des activités" et de "restriction de la participation", quelles qu'en soient les causes médicales ou environnementales. Ces concepts de handicap, en bénéficiant de mots pour les définir, ont permis la loi du 11 février 2005, qui en reprend les termes. Ils ont aussi contribué à ancrer définitivement la discipline MPR dans la société en France comme dans tous les pays du monde.

En 1952, avant que notre discipline médicale soit enfin reconnue par un diplôme universitaire au même titre que les autres, il y avait d'abord eu la création de la société savante de médecine physique, par un ensemble de médecins d'horizons variés, réunis par cet intérêt

commun : neurologie (André Grossiord, Jean-Pierre Held et François Isch), rhumatologie (Stanislas de Sèze et Lucien Simon), médecine physique (Robert Maigne et Boris Dolto), hygiène (Pierre Joannon), électrologie médicale et thermalisme (Marcelle Peillon), médecine interne et du travail (Louis Pierquin, René Waghemacker), ainsi que quelques autres dont Lescure, Bourre, Salmon, Arné... Pour créer la spécialité, André Grossiord s'appuiera sur cette société.

En 1956 est créé le Syndicat de médecine physique ; en 1958, la revue *Les Annales de médecine physique*. Le premier diplôme sera un diplôme universitaire, de médecine physique et de rééducation, en 1960.

En 1965, grâce à l'action du Pr André Grossiord, est enfin créé le certificat d'études spéciales de "rééducation et réadaptation fonctionnelle" [16].

Les termes rééducation et réadaptation recouvraient les traitements non médicamenteux, et le terme fonctionnel indiquait que l'objectif était la fonction, les activités et la participation, selon les termes de la CIF, qui n'existait pas encore. Il y avait donc l'idée d'une médecine tournée vers la fonction, vers la vie, quelles que soient les séquelles, et non pas seulement orientée vers le traitement des maladies. Il faudra encore attendre 1973 pour que la spécialité soit reconnue par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

En 1983, notre spécialité, âgée de seulement 20 ans, a été menacée de disparition lors de la préparation de la transformation de l'internat, qui, ouvert à tous en 1984, céda la place au diplôme d'études spécialisées. C'est bien grâce à la manifestation conjointe des associations de patients et des professionnels – nous étions nombreux sous les fenêtres du ministre de la Santé, avenue de Ségur – que la spécialité a été confirmée et s'est développée au lieu de devenir une spécialité complémentaire éclatée comme certains l'auraient souhaité.

Le 16 septembre 1974 est créée la Société française de rééducation fonctionnelle, de réadaptation et de médecine physique. Elle deviendra la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) après qu'en 1998 eut été adoptée l'appellation internationale : "médecine physique et de réadaptation".

La maturité

Grâce au contexte social que j'ai évoqué plus haut, grâce à nos connaissances médicales et techniques, la MPR est entrée, à la fin des années 1990, dans une ère de maturité, à égalité avec les autres disciplines médicales.

Nos instances nationales, syndicales (SYFMER), scientifiques (SOFMER) et universitaires (COFEMER), rejointes en 2003 par l'Association des jeunes en MPR (AJMER), ont pu, grâce à un travail en collaboration étroite, être reconnues à tous les niveaux politiques, régionaux et nationaux. La Fédération française de MPR (FEDMER), créée par le Pr André Bardot en 1986, a été un modèle pour la structuration des disciplines médicales et a naturellement permis la création du Comité national professionnel de MPR (CNP). Les CNP ont pour mission

la mise en place du développement professionnel continu (DPC), outil de formation continue, et sont aussi devenus le guichet unique d'accès à une spécialité médicale pour toute autorité ou organisation qui a besoin de sa contribution. Charge au CNP de décliner en son sein la responsabilité des différentes composantes selon les besoins. Certaines évolutions importantes de la législation concernant l'exercice de la médecine en établissement de soins de suite et de réadaptation, tout en ayant brouillé un peu les cartes avec les décrets d'avril 2008, ont conforté la place des médecins de MPR dans ces organisations sanitaires [17].

Pourtant, parmi les difficultés, il y a eu la grande crainte de la baisse démographique en conséquence d'un numerus clausus trop strict, bien racontée par Jacques Péliissier [18]. L'étiage de formation a été atteint dans les années 2006-2008, avec une quinzaine seulement de spécialistes de MPR formés chaque année. La discipline a réagi par la création d'un diplôme interuniversitaire de médecine de rééducation, qui permettra d'établir des passerelles entre médecine de diverses spécialités et MPR, et a principalement agi pour obtenir la filiarisation. Celle-ci a été heureusement décidée pour toutes les spécialités, ultime étape pour la MPR franchie en 2010. Le quota attribué à la MPR, qui est passé de 67, en 2010, à 115, en 2015, devrait permettre de reconstituer un effectif médical adapté.

Initiée dans les années 1980, la dimension scientifique de notre spécialité s'est peu à peu affirmée. Toutes nos équipes sont labellisées et adossées à de grandes équipes universitaires, de l'Inserm ou du CNRS, et conduisent de nombreux projets. La SOFMER a considérablement augmenté son aide aux jeunes par les bourses, dans certains cas avec l'aide de l'industrie. Notre revue scientifique, créée dans les années 1970, s'est progressivement hissée au rang d'une revue internationale, par les actions de Michel Revel pour l'indexation dans PubMed (2001), son évolution vers l'anglophonie avec André Thevenon (2009) et, enfin, l'évolution décisive menée par Dominic Pérennou qui a

permis, en 2018, l'obtention d'un *impact factor* plaçant la revue parmi les premières des revues de "rehabilitation" au monde. La dimension internationale voulue par nombre d'entre nous a également été concrétisée par l'organisation, à Marseille, du congrès européen (2014) et, à Paris, du congrès mondial (2018). Il faut dire que la MPR française avait été une force motrice dans la construction européenne avec, dès les années 1960, grâce à André Bardot et André Macouin, la création de la section MPR de l'Union européenne des médecins spécialistes.

Sur le plan universitaire, il y avait 25 professeurs d'université à la fin des années 1970, il y en avait 57 en 2020. Tous les CHU de France, à l'exception de celui de Nice, ont ouvert au moins un poste de titulaire, professeur ou maître de conférences. La sous-section 49.05 de médecine physique et de réadaptation du Conseil national des universités (CNU) est associée, dans la section 49, à la neurologie, à la neurochirurgie, et à la psychiatrie des adultes et des enfants, depuis sa création. La maturité de la MPR se voit aussi dans la création d'une section CNU des professions paramédicales de la rééducation en 2021. Celle-ci a été possible grâce au soutien total de la MPR. Cette émancipation des professions de la rééducation est positive et marque sans doute aussi la fin d'une période un peu ambiguë où, jusqu'à la fin du XX^e siècle, de nombreux médecins de MPR effectuaient encore eux-mêmes des actes de rééducation. L'évolution de la large palette des techniques possibles de rééducation et toutes les questions encore posées sur leurs indications nécessitent que les rééducateurs disposent de moyens propres. Le rôle du médecin de MPR a lui-même évolué, devant l'augmentation des exigences et des connaissances médicales dues à nos patients pendant toute leur vie. La complexification de toutes les techniques de rééducation et de réadaptation rend encore plus nécessaire son regard de connaisseur sur les indications et la coordination des programmes. Nous sommes 2 080 spécialistes de MPR en France (source : CNOM 2020). De belles pages de la MPR sont à venir.

Références bibliographiques

1. Delattre V. *Handicap : quand l'archéologie nous éclaire*. Éditions Le Pommier, 2018.
2. André JM et al. *Polycopié du diplôme universitaire d'appareillage de Nancy*. 1991.
3. Datie AM, Paysant J. *Les prothèses du membre supérieur revisitées*. *AMPR* 2015;4:6-9.
4. Amuisen JC et al. *Une histoire de la médecine ou le souffle d'Hippocrate*. Université Paris Descartes. La Martinière, 2015.
5. Diamant-Berger L. *Ambroise Paré*. In: *Les Princes de la médecine*. Ed. Anvers Le Club Mondial du Livre, 1960:105-31. Réédition Les Amis du Club du Livre du Mois.
6. Bidou G. *Nouvelle méthode d'appareillage des impotents*. Paris: PUF, 1923.
7. Bolot F. *Influence des grandes épidémies sur le cours de l'Histoire*. Paris: Librairie Le François, 1979.
8. Farret O. *Prise en charge des blessés pendant la Grande Guerre*. *L'Internat de Paris* 2018;93:57-61.
9. Bodin JF. *De la réadaptation dans les écoles de rééducation des blessés de la Grande Guerre ? In: Expériences en ergothérapie : vingt-huitième série*. Montpellier: Sauramps médical, 2015:13-25.
10. Yelnik A. *Poliomyélite. Histoires humaines et histoire scientifique*. Paris: L'Harmattan, 2020.
11. Ebersold S. *L'invention du handicap. La normalisation de l'infirme*. Ed. CTNERHI, 1997.
12. Hamonet C. *De l'infirme à la personne en situation de handicap*. *Journal de réadaptation médicale* 2004;24(4):115-7.
13. Wirotius JM. *Histoire de la rééducation*. *EMC Kinésithérapie-médecine physique-réadaptation* 1999;26-005-A-10.
14. André JM. *Fondements, stratégies et méthodes en médecine physique et de réadaptation*. In: Held JP, Dizièn O. *Traité de médecine physique et de réadaptation*. Flammarion, 1998:3-13.
15. Hamonet C. *La réadaptation, un concept éthique et novateur pour la santé dans la droite ligne des grands fondateurs: Rusk et Grossiord*. *Journal de réadaptation médicale* 2011;31(2):51-2.
16. Hamonet C, Wirotius JM. *Le pionnier souriant (André Grossiord)*. *Journal de réadaptation médicale* 1997;17:42-4.
17. Yelnik A. *Les textes réglementant l'activité en soins de suite et de réadaptation; du décret du 9 mars 1956 aux décrets du 17 avril 2008. Place de la médecine physique et de réadaptation*. *Ann Readapt Med Phys* 2008;51(5):415-21.
18. Péliissier J. *Quatre décennies d'évolution des connaissances et des pratiques de la médecine physique et de réadaptation en France. Partie 1*. *AMPR* 2019;3-4:33-6. *Partie 2*. *AMPR* 2020;3-4:49-54.