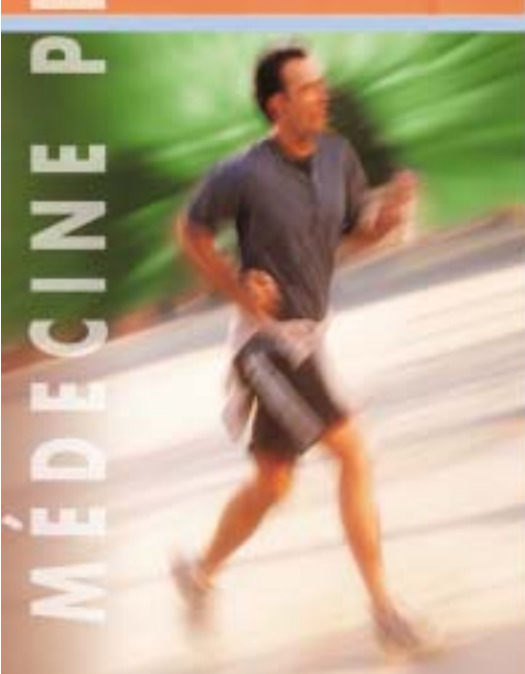


MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

Le **SYFMER** fête
ses **50** ans



MPR
les médecins spécialistes
du Handicap et de la
performance fonctionnelle



N° spécial



S O M M A I R E

→ Préface	
Pr. Jean-Marie André	1
→ Lettre du Président	
Dr Bertrand Morineaux	2
→ Editorial	
Dr Xavier Etchecopar	3
→ Naissance et développement d'un syndicat	
Dr André Bardot, Dr Antoine Macouin	4
→ Vers les années de mutation	
Dr Jean Delprat	6
→ Le Board Européen de Médecine Physique et de Réadaptation	
Dr Antoine Macouin, Dr André Bardot	8
→ Le Section Européenne de Médecine Physique et de Réadaptation	
Pr Alain Delarque, Dr Georges de Korvin	10
→ La M.P.R. en France, quelques chiffres	
Dr Bertrand Rousseau	12
→ La démographie en M.P.R.	
Dr Dominique Chomard	13
→ Les Missions de la M.P.R.	
Dr Daniel Deparcy, Dr Marc Genty	16
→ Formation médicale continue (FMC), évaluation de la pratique professionnelle (EPP) et accréditation en M.P.R.	
Dr Francis Lemoine, Dr Pierre Benezet, Dr Georges de Korvin	18
→ Un si long chemin ensemble...	
Pr Jacques Pélissier	20

Le bulletin du SYFMER est une publication
éditée par le SYFMER.

Directeur de la Publication :
Dr Bertrand MORINEAUX - Président.

Rédacteur en chef :

Dr Marc LE FORT
Centre Mauvoisins
25, rue Mauvoisins
44200 NANTES

marclefort@club-internet.fr

Comité de rédaction et de lecture :

Francis LEMOINE - Bertrand MORINEAUX
Georges DE KORVIN - Bertrand ROUSSEAU - Marc LEFORT
Xavier ETCHÉCOPAR - Marc GENTY - Alain DELARQUE
Dominique CHOMARD - Daniel DEPARCY - Pierre BENEZET

Siège social :
Résidence Toulouse-Lautrec, Bd Léon Blum
33210 LANGON

Composition, impression :
TECHNI MÉDIA SERVICES
45, rue Georges Clemenceau - BP 225
85602 Montaigu cedex

Parution : 3 numéros/an

Cotisation annuelle

Dépôt légal à parution :
Juin 2006

N° d'ISSN : en cours.

Préface

→ Pr Jean-Marie ANDRÉ

Président du Collège Français
des Enseignants Universitaires
de Médecine Physique et de Réadaptation



La spécialité de médecine physique et de réadaptation est tout autant passionnante que singulière.

En premier lieu, parce qu'elle est généraliste. La médecine physique et de réadaptation, en droite ligne avec la pensée hippocratique, guidée d'abord par un projet de vie à reconstruire puis à rendre possible, s'appuie sur une approche globale de la personne handicapée. Ceci réclame d'abord des connaissances solides dans les différents champs de la médecine d'organes.

En second lieu, parce que elle se fonde sur une démarche originale fondée sur l'analyse puis le traitement des difficultés et des impossibilités rencontrées dans la vie quotidienne résultant des conséquences des maladies et s'exprimant en termes de restriction d'activité et de participation à la vie sociale, d'incapacité et de handicap. Son efficience repose sur l'apport à la personne handicapée de tous les moyens de récupération, de compensation et d'adaptation nécessaires. Ceci sous-tend des connaissances spécifiques.

En troisième lieu, parce que les moyens de traitement utilisés conjuguent les compétences spécifiques de

multiples soignants et techniciens intervenant dans les domaines variés, qu'ils soient sanitaires bien sûr, professionnels et sociaux mais aussi de tous les aidants. Il revient au médecin de médecine physique et de réadaptation de régler le ballet de tous ces participants, avec persévérance jusqu'à ce que la meilleure récupération possible ait été obtenue et qu'alors les moyens de compensation les plus efficaces aient été validés.

Ceci sous-tend des qualités de stratégie, d'animation, de diplomatie adoucies aussi d'humilité.

Ainsi la médecine physique et de réadaptation, agissant aux confins des différentes disciplines médicales, mais aussi aux lisières des champs sociaux et technologiques, a vocation de tisser des liens entre tous les acteurs, d'orienter et d'accompagner les personnes handicapées dans le dédale des filières sanitaires et médico-sociales et au total de prévenir les situations de handicap. Fortement impliquée par les environnements des personnes handicapées, la médecine physique et de réadaptation se doit d'engagements dans l'élaboration et dans la mise en œuvre des politiques de santé publique.

Par ailleurs, cette démarche n'est possible que si les compétences des praticiens de médecine physique et de réadaptation sont reconnues par ses différents partenaires, ce qui exige l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques multidisciplinaires.

L'approche de plus en plus morcelée d'une médecine nécessairement sur-spécialisée et compartimentée par une législation segmentée, a imposé la nécessité de la médecine physique et de réadaptation comme le prolongement et le complément indispensable de la médecine moderne au point d'en faire une des disciplines médicales qui a connu un des plus grands développements au cours de ces dernières décennies outre Manche.

Les développements en perspective ne pourront que conforter la médecine physique et de réadaptation comme une discipline médicale du futur, indispensable.

Lettre du Président

→ Dr Bertrand MORINEAUX
Président



« La pire des maltraitances qu'on peut faire à des gens, c'est de les empêcher de bien travailler alors qu'ils savent le faire » (une anesthésiste hospitalière : « Les conditions de travail des médecins », rapport de la DREES, N° 50, juin 2005, Ministère de l'emploi de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités.)

Le SYFMER fête ses 50 ans !

Cinquante années au cours desquelles des dizaines, des centaines de bénévoles de la spécialité se sont succédés pour améliorer la qualité de la Médecine Physique et de Réadaptation au service d'une noble mission, celle de l'évaluation, de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Ce combat acharné vers l'amélioration de la qualité s'est fait parfois en accord et en collaboration avec les administrations de tutelle et les pouvoirs publics mais aussi, et hélas ! trop souvent, en opposition à des décisions arbitraires, prises en vertu de considérations bien éloignées de l'intérêt des personnes soignées et des professionnels qui dispensent les soins. Pour le moins cette activité déployée par les uns et les autres témoigne du dynamisme de notre spécialité et de sa préoccupation constante d'un exercice de qualité.

Après un demi siècle de services pour que naisse puis vive une

spécialité médicale dont l'objet est de « limiter au minimum inévitable les conséquences » des maladies, malformations, accidents et traumatismes, nous devons rendre hommage et remercier tous ceux qui ont pris de leur temps pour le combat syndical et ainsi contribuer à l'amélioration des conditions d'exercice et de prise en charge des patients qui nous font confiance. Un combat syndical qui a pris parfois l'aspect d'actions de masse (manifestations de rue, pétitions,...), mais surtout un combat syndical fait d'actions quotidiennes besogneuses (participation aux réunions, constitution de dossiers, information aux adhérents,...), un combat qui exige pour ceux qui s'y engagent une motivation de tous les instants. Ce travail laborieux qu'ils ont conduit nous permet aujourd'hui d'être une spécialité médicale structurée qui dispose d'une charte de qualité pour son exercice, de critères objectifs de prise en charge et d'orientation des patients, de référentiels de moyens et de pratiques. Une spécialité qui a su s'adapter aux contraintes du temps mais aussi et surtout à l'évolution technologique. Aujourd'hui nous disposons des outils nécessaires à un exercice de qualité. Et pourtant ! Ces outils ne sont pas tous opérationnels. Pourquoi ?... Pourquoi n'a-t-on pas la possibilité de travailler « bien » alors que nous savons le faire ?

C'est donc que le combat n'est pas terminé !

Il nous faut encore et « cent fois sur le métier remettre notre ouvrage ». C'est ce qu'ont fait nos prédécesseurs, c'est ce que nous faisons au quotidien, c'est ce que feront nos successeurs. L'exemple le plus éloquent est sûrement le combat conduit depuis des années pour obtenir une nomenclature adaptée à l'activité de la MPR. Combien de rapports, de réunions, de rencontres, de déplacements pour obtenir, au fil des années, que soit décrite cette activité, puis qu'elle apparaisse à la nomenclature des actes médicaux. Combien faudra-t-il encore de rapports, de rencontres, de réunions et de déplacements pour en obtenir la tarification ? Ces rapports nous les écrivons, ces rencontres nous les provoquerons, ces réunions nous y assisterons, ces déplacements nous les ferons.

Demain, les visages auront changé, mais les sujets de préoccupations resteront les mêmes : quelle sera la place de la MPR dans le nouveau paysage d'organisation sanitaire ? Serons-nous suffisamment nombreux pour répondre à la demande de soins ? Aura-t-on les moyens matériels et réglementaires pour exercer notre activité ? Autant de questions dont vous découvrirez les éléments à travers la lecture de ce bulletin qui retrace l'histoire du Syfmer. Histoire faite de beaux jours et de moments plus difficiles comme toutes les histoires, mais histoire d'es-pérance qui montre tout ce que peut apporter une dynamique d'équipe au service du beau métier qui est le notre.

Edito

→ Dr Xavier ETCHEPAR
Secrétaire général du Syfmer



CINQUANTE ANS D' ACTIONS ET PUIS...

Comment rédiger cet éditorial du demi siècle d'activité du SYFMER sans se retourner sur ce qu'ont fait nos prédécesseurs ? Je me suis donc plongé dans les archives.

La lecture des comptes rendus des comités directeurs et autres Assemblées Générales révèle les préoccupations d'alors. En voici un petit échantillon non exhaustif :

- **La nomenclature** : il était alors plus question de défense individuelle face à des interprétations divergentes des textes par les caisses que de réflexions sur la hiérarchisation des actes.
- **Les modes d'exercice** : on notait déjà la difficulté de l'exercice en équipe pluridisciplinaire, et l'extrême diversité des exercices salariés.
- **Les relations** avec les autres professions de santé, sans être réellement conflictuelles, nécessitaient de continuelles mises au point sur notre rôle d'experts du handicap.
- Enfin on ne saurait passer sous silence **le rôle pionnier** de notre spécialité en matière de FMC et d'Europe.
- **La démographie** était déjà

une interrogation et une inquiétude pour la spécialité et c'était déjà les premières attaques contre la spécialité lors de la création des DES.

A tout cela le SYFMER a su répondre avec pugnacité par de très nombreuses réunions, rencontres et présentations de dossiers consommatrices de temps et d'énergie mais hélas n'a pas toujours été suffisamment écouté voire entendu et pourtant ! Le SYFMER a su se comporter en syndicat responsable, non seulement en étant une force de proposition constructive face aux institutionnels, mais aussi en participant très activement au sein de la FEDMER à la cohésion de la spécialité par le biais de la charte et des critères de prise en charge en médecine physique et réadaptation.

Où en sommes-nous à l'heure actuelle ?

- la CCAM à laquelle la spécialité, et donc le Syfmer, a participé très activement se voit amputé de bon nombre d'actes, des cotations absentes ou insuffisantes, qui en tout cas ne permettent pas le recentrage de notre activité sur les personnes en situation de handicap lourd.
- Ce qui est des modes d'exercice la notion d'équipe pluridisciplinaire et de soins coordonnés n'est pas plus valorisée malgré tous les travaux réalisés par la spécialité pour favoriser cette coordination des soins. De plus l'acti-

vité en SSR est gravement menacée par le flou des textes concernant l'exercice de la MPR au sein de ces services.

- En matière de FMC et d'EPP le Syfmer avait anticipé en élaborant le référentiel de moyens des cabinets médicaux libéraux de MPR. L'action du SYFMER et de la FEDMER à l'UEMS est toujours aussi intense et pionnière.
- Comme dans les autres spécialités la démographie devient de plus en plus problématique malgré le succès de plus en plus évident du DIU.

Ainsi il me semble que l'action du Syfmer est passée de la défense individuelle des praticiens et de la construction de la spécialité à une défense de la spécialité gravement mise en danger par la non reconnaissance de nos travaux et des actes refondateurs de la MPR voulus et créés par l'ensemble de la spécialité dans un souci de qualité, d'efficacité, de lisibilité.

...ET PUIS IL FAUT ENCORE PLUS D' ACTIONS ET DE COHESION !

Naissance et développement d'un Syndicat

→ Dr André BARDOT
→ Dr Antoine MACOUIN
Présidents d'honneur du Syfmer



« Un Syndicat Français de Médecine Physique avait été créé en Janvier 1956 avec pour secrétaires adjoints René Waghemacker et Robert Maigne. Avec son tempérament de lutteur, le premier s'était très vite passionné pour les problèmes professionnels qui concernaient notre discipline et les conflits qu'ils entraînaient ; c'était, avant la lettre, le combat pour la reconnaissance de la discipline. En 1966, il devait, après moi, assurer la présidence de ce syndicat. »



Ainsi s'exprimait en Mai 1982 le Professeur Grossiord, en hommage à René Waghemacker qui nous avait quittés l'année précédente. En effet, après la création en 1962 de la « Société Française de Médecine Physique » sous l'impulsion du Professeur Pierre Joannon, professeur d'Hygiène et d'Hydrologie à la Faculté de Médecine de Paris, et du Docteur Marcelle Peillon, praticien privé en Médecine Physique et consultant à l'hôpital, un organisme syndical s'avérait nécessaire pour supporter et défendre une discipline naissante. Celle-ci, en effet, n'était pas volontiers admise par diverses catégories professionnelles du monde de la Santé, on s'en doute sans peine même en 2006... C'est donc le 19 Janvier 1956 que prit naissance le Syndicat Français de Médecine Physique. Cette discipline n'était encore ni une spécialité, ni même une compé-

tence, ce qu'elle ne put commencer à être qu'après la création d'un Diplôme Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation en 1960 par le Professeur Grossiord, aidé de Jean-Pierre Held, son Chef de Clinique qui devait plus tard ouvrir le Service de Rééducation Neurologique à la Salpêtrière. Cet enseignement universitaire en deux ans ouvrait la voie à ce qui allait devenir un CES de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles en 1965, DES en 1984, puis un DES de Médecine Physique et de Réadaptation en 1995.

En 1957, le Syndicat comptait soixante membres. On relève, parmi eux, des noms de médecins de toutes disciplines originelles et de diverses régions de France : Grossiord (Neurologue), Maigne (Rhumatologue formé à la Médecine Manuelle Orthopédique en Grande Bretagne comme Waghemacker), Joannon (Hygiéniste), Fèvre (Orthopédie Pédiatrique), de Sèze (Rhumatologue), Decoulx (Chirurgien Orthopédiste), Dolto (créateur et Directeur-enseignant de l'Ecole de Kinésithérapie de la rue Cujas à Paris), Triboulet (scolioses), Forestier (rhumatologue), Cara (Pneumologue), Serre (Rhumatologue), Isch (Neurologue), Peillon (probablement Electro-Radiologiste principalement experte en Electrologie Médicale)...

En fait, comme il est de règle ou de coutume, l'essentiel du travail était assuré par un petit groupe très motivé, très agissant, formé de Marcelle Peillon, Robert Maigne, René Waghemacker, Boris Dolto. Maigne et Waghemacker

étaient Vice-Présidents, Dolto Trésorier. La suite va nous montrer combien la spécialité actuelle est redevable à ces grands Anciens.

En 1966 la présidence fut assurée par Waghemacker, puis plus tard par Maigne. C'est en 1970 qu'entrèrent au Comité Directeur du Syndicat Macouin et Bardot, ce dernier prenant alors la suite de Maigne à la présidence, Macouin Vice-Président étant chargé notamment des relations avec la Sécurité Sociale. Les médecins titulaires d'un Certificat d'Etudes Spéciales en Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle n'avaient alors qu'une compétence, honorés comme des généralistes. Ils avaient choisi cette discipline par conviction, bien loin de la perspective de faire fortune. C'est encore le cas, mais au moins avec un CS. En effet, à la suite des démarches entreprises antérieurement par Maigne et Waghemacker et soutenues par le Professeur Grossiord, un décret du 7 Mai 1973 instituait la spécialité médicale de « Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles », en application de l'article 12 du décret du 28 Novembre 1955 portant Code de déontologie médicale. Le Bulletin de l'Ordre des Médecins publiait cette importante information dès le mois de Juin suivant. Les médecins qualifiés en R.R.F. devenaient spécialistes. Le remboursement de ce CS par les caisses a dû attendre encore plusieurs mois (courant 1974). Ceci, entre autres choses, a conduit à une importante Assemblée Générale du Syndicat, qui s'est tenue le 19 Janvier 1974 à la Domus Medica. Cette AG extraordinaire eut pour effets :

1 • de modifier le titre du Syndicat, qui de « Syndicat des médecins qualifiés en RRF, Médecine Physique » devint « Syndicat des médecins spécialistes en

Naissance et développement d'un Syndicat

Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles, Médecine Physique ». Cela n'a peut-être l'air de rien, mais nous en fûmes tous fort satisfaits.

2 • Le nombre des Vice-Présidents passait de deux à quatre avec pour chacun une fonction particulière.

3 • Un nouveau Comité de Direction de dix-huit membres, constitué par élection, désignait un nouveau Bureau : Président Bardot ; Vice-Présidents Waghemacker (relations internationales), Macouin (relations administratives), Maigne (relations inter-professionnelles), Chrestian (enseignement) ; Secrétaire Général Le Morvan ; Secrétaires Généraux adjoints Fesquet et Moreau ; Trésorier Bidart (Pellen devait prendre sa suite) ; Trésorier adjoint Le Corre. Dans les années suivantes, la présidence fut assurée successivement par Le Morvan, puis Macouin, puis Delprat, puis Bertrand Moreaux.

.....

Durant les années 70, les activités des responsables, chacun selon ses attributions ou ses relations et moyens d'agir, eurent divers domaines d'application : nomenclature évidemment, non sans conflits, tant avec les dirigeants de la CNAMTS qu'avec diverses catégories professionnelles ; lutte contre les illégaux, notamment un dur conflit unissant notre syndicat à ceux des Rhumatologues et des médecins ostéopathes contre une proposition de Loi déposée à l'Assemblée pour officialiser la profession de chiropracteur ; actions diverses ayant pour effet de créer des structures régionales représentatives du Syndicat, notamment un très actif Groupement des médecins rééducateurs de l'Ouest, une Association méditerranéenne des médecins rééducateurs,

puis des structures semblables autour de Bordeaux, de Lyon, de Nancy. Nous sûmes, entre autres innovations, faire en sorte que les médecins salariés spécialistes en MPR puissent être affiliés et représentés, en tant que tels, dans notre syndicat, ce qui mettait un terme à de stupides, inutiles et néfastes compétitions entre libéraux et salariés. Une enquête lancée par Bidart en Janvier 1974 faisait état de 475 noms de médecins spécialistes en RRF. La démographie de la spécialité en France s'est heureusement considérablement enrichie dans les années qui ont suivi (1850 en 1996)... et l'on sait les problèmes qui se posent actuellement pour la relève. Bien plus tard, le 23 Mars 1983, une grande manifestation nationale des médecins spécialistes en MPR réunissait dans les rues de Paris ceux de notre Syndicat, ceux du Syndicat des médecins salariés, ceux de l'ANMSR, ceux du Collège des enseignants universitaires, ceux du Groupement des médecins rééducateurs des hôpitaux, pour protester énergiquement contre la menace de disparition de la spécialité que constituait le projet, dans la réforme de l'Internat, de remplacer le CES de RRF par un « DESC » (Diplôme d'Études Spéciales Complémentaires) et non un DES. Une délégation des manifestants, reçue rue de Grenelle, par des Conseillers du Ministre de l'Éducation Nationale, a obtenu ce jour là satisfaction : le CES allait devenir DES, la survie de la spécialité était assurée. C'est dans ce climat que furent élaborés en 1983 sous l'impulsion de quelques visionnaires, et déposés en préfecture, les premiers statuts de la FEDMER. Celle-ci devait dormir durant des années avant de se réveiller avec le succès que l'on sait.

• Si quelques noms ont été cités dans la relation de ces souvenirs, bien plus nombreux furent ceux qui ont activement et efficacement participé aux travaux du Syndicat. Qu'il nous soit permis d'en citer ici, en priant de tout cœur de nous pardonner, ceux dont les noms seraient oubliés, involontairement de notre part : Causse, Châ, Gourheux, Hennequin, de Jenlis, Lecrenier, Lelegard, Le Moine, Lemonnier, Marteil, Ploquin, Quittelier, Rageot, Sienne, Thersiquel, Toubeau, Voisin, Vuillemin, d'autres sûrement, dont certains, déjà anciens, continuent à œuvrer au Comité Directeur.

.....

Longue vie au Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation !

RÉFÉRENCES

- Grossiord A. The man on the spot : René Waghemacker (in memoriam). Annales de Médecine Physique XXIV – 2 – 1981- 93-97
- Goldet R. Historique en Médecine Physique et de Réadaptation. Mémoire – Université René Descartes Fac. Méd. Paris Ouest – 1998.
- Archives et souvenirs personnels.

Vers les années de mutation

→ Dr Jean DELPRAT
Président d'honneur du SYFMER



La création d'un syndicat en 1955 apparut à tous les jeunes que nous lancions dans la voie toute nouvelle de la Médecine Physique comme le premier pas vers la reconnaissance par l'Ordre, puis, après 1960, par la Sécurité Sociale. Il faut rendre hommage à ces pionniers qu'André Bardot vient de citer.



Entré très tôt dans l'équipe, je fus témoin des efforts faits dans des conditions matérielles difficiles, avec les techniques de communication de l'époque, sans aucun budget réel. Je fus chargé du secrétariat en 1980, Antoine Macouin étant président ; puis de la présidence de 1995 à 2000.

La première dizaine de ces années fut celle du combat pour la survie d'une spécialité clairement menacée de disparition par voie directe (rapport Got) ou par complet oubli, totale ignorance. Tel, au plus haut niveau ministériel, ce chef de cabinet devant lequel nous avions, à trois, exposé quelques problèmes comme la prise en charge précoce du handicap post traumatique, (*qui n'est, je crois, pas encore entrée dans la pratique !*) et qui rebondit (*c'était le mot tendance !*) sur handicap : « Le handicapé ! qui s'en occupe en France ? personne ! » et

devant nos visages muets : « Vous, peut-être, un peu ? » ou, combien de fois entendu au ministère ou à la CNAM : « Au fond, quelle est la différence entre vous et un kiné ? ».

Combat aussi pour la défense au quotidien des intérêts des confrères libéraux et très vite des salariés. Lettres, démarches, parfois en compagnie d'un responsable de la CSMF pour plus de représentativité. Essayer de faire triompher le bon sens devant des règlements injustes, à contre sens ou parfaitement ridicules. Ainsi le refus de la prise en compte de notre mode d'exercice pluridisciplinaire avec, « compéragé » si un kiné libéral travaillait au cabinet, et sous remboursement si les kinés étaient salariés (*il y eu même projet d'interdiction, pour les médecins, de salarier des kinés !*) Demeure, toujours vraie, l'impossibilité d'avoir en libéral un ergothérapeute. Règles léonines comme celle des trois actes ou des « petites articulations (doigts) quel qu'en soit le nombre ». Les déplacements pris en charge pour la fracture du poignet en AT et refusée pour la fracture des deux jambes en « maladie » à moins qu'il ne s'agisse d'un centre mutualiste à prix de journée trois ou quatre fois supérieur au notre !

Une section créée au sein du bureau, avec un responsable, un avocat spécialisé, au plan national, nous a permis de développer une activité de défense individuelle devant les Caisses ou devant l'Ordre qui manifestait la même totale incompréhension de notre mode d'exercice. Parallèlement Francis Lemoine gérait avec beaucoup de dévouement une section consacrée aux

confrères travaillant en Institution, assurant leur défense devant l'employeur.

En effet l'un de nos grands objectifs fut d'arriver à l'Unité. Avec notre démographie faible, nos exercices variés, nos intérêts divergents, il fallait nous unir, nous rassembler. Avec les salariés ce fut très vite l'ouverture d'une section consacrée à leurs problèmes spécifiques, qui rencontra, grâce à Francis, un grand succès puisque nous obtinmes un nombre de cotisants salariés vite égal à celui des libéraux. Une entente, fut ensuite réalisée, avec un syndicat exclusivement salarié, ce qui permit d'éviter toute lutte fratricide et au contraire de travailler ensemble. Beaucoup d'hospitalo-universitaires nous soutinrent, certains à l'exemple d'André Bardot s'investirent, aucun ne nous fut réellement hostile.

La formation continue venait de naître, officiellement du moins ! Nous avons créé, distincte de nos structures mais très intriquée par notre participation, un organisme regroupant et coordonnant toutes les formations de formation : l'ASFORD. (*Puis-je émettre un vœu : que de nombreux confrères libéraux continuent à participer, à publier, au sein de ces structures. Nous fûmes trois libéraux au bureau de la SOFMER*). Grâce à ces rapprochements, des travaux purent être menés avec le soutien d'associations, telle l'ANMSR.

La création de sections spécialisées au sein du bureau permit de concrétiser ces ouvertures et de répondre aux problèmes spécifiques rencontrés par nos confrères de différents exercices :

Centres d'appareillage, internes, P.H, problèmes d'enseignement de la spécialité, gestion de la démographie, mais aussi présentation de la spécialité dans le cursus des études médicales, plus tard évaluation des pratiques avec, comme début, les références médicales opposables (RMO).

Mais il fallait aller plus loin encore et la structure syndicale ne le permettait point. Ce fut l'idée d'André Bardot de créer une Fédération regroupant tous les aspects, toutes les activités de la Médecine Physique : la FEDMER. Cette unité nous permet lorsqu'une décision collégiale est prise, d'avoir l'appui de toutes les structures universitaires, « Collège des enseignants » ou « Sociétés Savantes ». Ce fut un grand pas vers la reconnaissance de notre crédibilité.

Le souci de répondre à la nécessité d'une crédibilité "opposable" fut en effet un autre de nos objectifs. C'était, pour l'exercice en institution, l'époque du PMSI sur lequel des membres du Comité Directeur actuel ont travaillé. En 97 la mise en chantier d'une Charte des établissements de rééducation aboutit au premier référentiel dont l'existence fut appréciée par nos tutelles. *(Suite logique : le référentiel de moyens des cabinets de Médecine Physique, soutenu directement par la CNAM et réalisé en 2002).*

Pour être entendu il était nécessaire d'être reconnu comme un partenaire crédible mais aussi "responsable". La volonté des Caisses de remplacer la NGAP par un catalogue des actes... fut l'occasion d'une véritable participation de nos responsables au sein même des interminables discussions *(sont-elles terminées ?)*.

A propos de cette action par négociation entre partenaires responsables permettez moi, chers amis et confrères, de dire que si les coordinations spontanées, nées à l'occasion d'une difficulté, peuvent nous être utiles dans la mesure où elles réussissent à créer une pression de la rue, il est nécessaire de ne pas laisser les caisses ou le gouvernement gérer seul la suite et qu'un partenaire reconnu crédible est une chance. Alors pourquoi s'opposer entre confrères, pourquoi les critiques parfois personnelles et virulentes entendues ?

La dernière période de mon mandat fut celle de la mutation au niveau de la communication et de la gestion. J'avais connu le stylo, la machine à écrire, le « polycop » et les timbres-poste, la lettre de liaison, l'épouse secrétaire bénévole. Un Bulletin « bleu », imprimé, né en 1993, a sans doute été un progrès mais devenait une charge très lourde en temps et en frais. Il fallait s'adapter aux techniques modernes de communication.

Par ailleurs la gestion de la trésorerie à l'ancienne devenait légalement insuffisante, il fallut s'adjoindre un commissaire. J'étais bien aidé par l'équipe du Comité Directeur polyvalente, efficace et « professionnelle ». Notre ami Pellen dont la scrupuleuse honnêteté, le dévouement et la compétence méritent qu'on lui rende hommage, sût faire cette mutation. Mais il fallait aller plus loin. Georges de Korvin fut celui qui, secrétaire général, amorça le virage vers une conception différente de la machine syndicale, avec large utilisation des techniques numériques de communication, modifiant notre façon d'exprimer, donc, in fine, de penser. Mon seul mérite fut peut-être de l'avoir soutenu, accompagné, dans cette évolution/révolution qui surprit certains mais était nécessaire. Je suis heureux de voir le résultat obtenu par l'équipe actuelle : un syndicat moderne, techniquement performant, fédérant toute la spécialité et, grâce à cette unité, une puissance de représentativité que n'ont pas encore obtenue des syndicats plus favorisés au plan démographique. Bon courage à vous tous, confrères syndiqués, restez unis *(ce sera toujours le plus difficile)* et que règne au Comité Directeur la même amitié que celle qui fût la nôtre, qui réchauffe encore le cœur des "anciens".

Bonne année et bon vent au SYFMER !

Le Board Européen de Médecine Physique & de Réadaptation

→ Dr Antoine MACQUIN

→ Dr André BARDOT

Présidents d'honneur du Syfmer



L'Europe avance souvent à petits pas. C'est en jetant un regard sur elle, après 15 ou 20 ans de travail, dans une équipe européenne déterminée, que ses progrès nous apparaissent évidents et nécessaires. C'est le cas pour les spécialités médicales.



Les médecins spécialistes européens se sont regroupés en 1958, au sein de l'U.E.M.S. : « L'Union Européenne des Médecins Spécialistes ». Chaque spécialité devait élire deux représentants par pays et par spécialité, qui se sont réunis à partir de 1962 au sein de sections spécialisées, constituant des « Collèges d'experts » pour chaque discipline médicale. L'UEMS avait pour objet de promouvoir et d'harmoniser la qualité de la pratique de la médecine spécialisée en Europe.

Cependant, le conseil de direction de l'UEMS, afin de permettre la libre circulation des médecins spécialistes en Europe, selon les souhaits du Traité de Rome, a chargé les sections de se préoccuper de la définition, de la formation, de la qualification, et de l'exercice de la discipline dans sa spécialité, dans chaque pays d'Europe. Pour répondre à ces buts, chaque section a créé un « Board européen », constitué des membres de la section et de certains experts choisis pour leur compétence. La section spécialisée en MPR, qui fonctionnait depuis 1971, était devenue l'une des plus actives depuis plusieurs années.

Le Board de Médecine Physique et de Réadaptation fut créé en 1989, mais ses statuts n'ont été déposés à La Haye qu'en 1991. Ses membres, statutairement, sont les membres de la section MPR de l'UEMS. Son Comité Directeur, régulièrement renouvelé par élection, est différent de celui de la Section, sauf pour ce qui concerne le Secrétaire et son adjoint. Nous fûmes les premiers à en assurer le fonctionnement, l'un comme Président (A.B.) pour un court mandat avant de se cantonner au rôle d'expert, l'autre comme Secrétaire (A.M.) pour beaucoup plus longtemps.

Dans un premier temps, le Board a rassemblé des informations concernant le contenu et la durée de l'enseignement de notre discipline, dans chaque pays européen. Cette durée et ce contenu étaient très divers. La définition et les frontières de la Médecine Physique et de Réadaptation étaient, aussi, très disparates. Il fallait tenter de les harmoniser. Par exemple, certains pays laissaient la rééducation des enfants et celle des « seniors » aux Pédiatres et aux Gériatres. Certains pratiquaient « les manipulations vertébrales », d'autres non. L'électrothérapie, l'usage des ondes courtes, des ultrasons, n'étaient pas toujours enseignés. La durée des études variait de 3 à 5 ans.

La Médecine Physique française, à cet égard, avait un large éventail de pratiques médicales, une formation et un enseignement universitaires solides, un syndicat professionnel actif, et cette discipline reconnue comme compétence depuis 1965, comme spécialité depuis 1973, était solidement implantée depuis 1983 sous le vocable de Médecine Physique et de Réadaptation. Elle était donc, tout naturellement, un exemple. La Grande Bretagne a reconnu notre spécialité après la formation du Board. L'Allemagne bien plus tard. Tous les pays

Le Board Européen

de Médecine Physique & de Réadaptation

ont, ainsi, reconnu, les uns après les autres, la Médecine Physique et de Réadaptation. Une seule défection, celle du Danemark, qui a fusionné Rhumatologie et Médecine Physique et de Réadaptation sous le seul vocable de Rhumatologie.

Nous avons adopté un programme théorique commun essentiellement rédigé sur le modèle établi par le Collège français des enseignants universitaires de la spécialité ; nous avons établi des critères pour l'agrément des médecins et des services et centres formateurs, et mis en place des commissions chargées d'évaluer la qualité des services formateurs partout en Europe, par des « visites » des centres et services, réalisées par des médecins européens, accompagnés pour chaque

visite d'un expert de même nationalité que l'établissement visité. Enfin un examen final a été organisé chaque année, le même jour, à la même heure, avec les mêmes sujets, dans tous les pays d'Europe. Lorsque nous évoquons « tous les pays d'Europe », cela mérite quelques explications, en effet, les pays de l'AELE (Association Européenne de Libre échange) : la Suisse, la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein, ont signé avec Bruxelles des contrats, permettant aux médecins spécialistes de coopérer au Board européen, et d'avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs. Les examens, les visites des services formateurs ont lieu, aussi, chez eux. Enfin, depuis le début du Board, la Turquie et la Croatie participent aux travaux du Board comme observateurs, l'enseignement y a été modifié selon les critères européens.

La France, bien sûr, a bénéficié, aussi, de ce travail. Le terme de « Médecine Physique et de Réadaptation » était l'appellation européenne, cela nous a permis d'abandonner le vocable « Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles » qui n'était utilisé qu'en France et au Luxembourg, pour rejoindre un terme reconnu partout. La quasi-totalité des centres et services français agréés pour le DES de MPR est agréée par le Board. Ce Board, sensiblement agrandi et renforcé par l'extension à 25 du nombre des pays de l'Union Européenne, ce qui a alourdi sa charge de travail, continue son développement sous l'actif secrétariat d'Alain Delarque et de Georges de Korvin.



La Section Européenne de Médecine Physique & de Réadaptation

→ Pr Alain DELARQUE

→ Dr Georges DE KORVIN

Membres du comité directeur du Syfmer



La Section Européenne de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

www.euro-prm.org

est membre de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).

www.uems.net

Le président de la Section est le Docteur Anthony Ward (RU), le secrétaire général est le Professeur Alain Delarque, le secrétaire général adjoint, en charge du site Internet est le Docteur Georges de Korvin.

La section européenne de MPR est composée de trois comités :

- le Comité pour l'éducation ou Board,
- le Comité des affaires cliniques et
- le Comité pour la pratique professionnelle.

Chaque état membre de l'Union européenne désigne ses 2 représentants au sein de la Section.

Pour la France c'est le Syndicat français de MPR ou SYFMER, présidé par le Dr Bertrand Morineaux, qui a désigné les Docteurs Georges de Korvin et Alain Delarque.

Le board européen MPR est le comité pour l'éducation de la Section Européenne de MPR

ORGANIGRAMME

Président : Pr Guy Vanderstraeten (B)

Vice-Président : Pr Xanthi Michail (GR)

Secrétaire Général : Pr Alain Delarque (FR)

alain.delarque@ap-hm.fr

Webmaster : Dr Georges de Korvin (FR)

www.euro-prm.org

gdekorvin@free.fr

Responsable pour l'organisation de

l'examen au niveau européen :

Pr Xanthi Michail (GR)

Responsable de l'examen pour la France, en charge de la commission des questions d'examen :

Pr Jean-Michel Viton

jean-michel.viton@ap-hm.fr

Trésorier : Dr Martinus Terburg (NL)

Les DES de MPR

peuvent trouver sur le site Internet de la section européenne de MPR.

www.euro-prm.org

- un programme des connaissances théoriques qui doivent être acquises pendant la formation des internes, selon les responsables européens de la spécialité,
- une liste d'ouvrages de référence européens et internationaux, établie par les responsables européens de la spécialité,
- une liste des terrains de stage accrédités par le Board Européen de MPR selon des critères spécifiques, à la suite de visites réalisées par les experts visiteurs du Board,

Physical and Rehabilitation Medicine in Europe	Médecine Physique et de Réadaptation en Europe
<p>Welcome to the Physical and Rehabilitation Medicine Section of the European Union of Medical Specialists</p>	<p>Bienvenue sur le site de la Section de Médecine Physique et de Réadaptation de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes</p>
<p>Updated on 24/01/2004</p> <p>011635 011635 011635 011635</p>	<p>Euro-prm is now on a new website.</p> <p>Click here and go!</p>
	<p>Euro-prm a été transféré sur un nouveau site.</p> <p>Cliquez ici pour vous y rendre!</p>
	<p> UEMS Website</p>
<p>Private access</p>	
<p>General Secretary - Secrétaire général : Pr Alain Delarque Assistant Secretary and Webmaster - Secrétaire adjoint : Dr Georges de Korvin</p>	
<p>This page was updated on 29/01/2004 Mis à jour le 29/01/2004</p>	

La Section Européenne

de Médecine Physique & de Réadaptation

- une liste d'enseignements européens ouverts à des conditions très avantageuses aux internes européens inscrits au Board Européen de MPR. Le prochain enseignement organisé conjointement par le Board Européen et le Collège Français des Enseignants Universitaires de MPR aura lieu à Marseille du 3 au 13 juillet 2006. C'est l'« European School Marseille on motor disabilities, posture and movement analysis, rehabilitation, neurophysiology ».

www.univmed.fr/esm

- un agenda des réunions scientifiques européennes accréditées par le Board Européen ; lors de ces manifestations des prix sont décernés par le Board Européen. Ces prix récompensent les meilleures présentations des internes inscrits au Board Européen. La prochaine manifestation européenne de la spécialité aura lieu à Madrid du 16 au 20 mai 2006, dix bourses de 500 € seront attribuées.

www.ecprm2006.com

info e-mail :

m.velazquez@torrespardo.com

Le **DIPLOME EUROPEEN**

s'acquiert par la réussite à un examen. Les candidats doivent être titulaires de la spécialité de MPR dans leur pays d'origine ou être inscrits en dernière année de formation. Les modalités des prochaines épreuves qui se dérouleront à Marseille, le samedi 25 novembre 2006, seront disponibles sur le site Internet du Board.

www.euro-prm.org

Le responsable de l'examen du Board Européen pour la France est le Professeur Jean-Michel Viton.

jean-michel.viton@ap-hm.fr

Le comité des affaires cliniques

Il est présidé par le Professeur Bengt Sjölund (S)

Son activité principale est dédiée à la mise en place d'une procédure d'accréditation de la qualité des soins en MPR.

Le docteur Georges de Korvin est co-responsable de la mise en place de cette procédure.

Le comité de la pratique professionnelle

Il est présidé par le professeur Christoph Gutenbrunner (D).

Son activité principale est la rédaction d'un nouveau livre Blanc de la MPR européenne. Les deux autres structures européennes de la MPR, l'Académie et la Société coopèrent à la rédaction de cet ouvrage.

En 2006 une procédure de ré-accréditation sera ouverte en France pour les médecins qui avaient obtenu leur certification il y a 10 ans ou plus. Elle se fera sur la base de la formation continue effectuée durant les 5 dernières années.



La M.P.R. en France

Quelques chiffres

→ Dr Bertrand ROUSSEAU
Trésorier du Syfmer



1750
1750 médecins en 2005
dont 40% de femmes,
âge moyen de 51 ans.

La tendance au vieillissement est très nette puisqu'en 2001 20% des MPR avaient moins de 40 ans alors que ce pourcentage descend à 10% en 2005.

65% de MPR salariés
et 35% de libéraux.

La MPR en CRF et à l'hôpital

500 MPR hospitaliers,
450 en Centre de Rééducation
et 200 en clinique privée.

30 000 lits en réadaptation
1/3 du champ d'activité des SSR.

308 services de MPR en hôpital public
(source FHF).

Un accroissement de l'activité ambulatoire, surtout en secteur privé (source DREES).

La MPR en secteur libéral

550 médecins libéraux
en cabinet de ville.

50% des MPR libéraux ont
une activité libérale exclusive,
2/3 sont en secteur 1.

La moitié des MPR libéraux travaillent seuls (50%). Peu de femmes (22%) sont installées en libéral. 50% des MPR libéraux travaillent en groupe, soit avec un autre médecin, soit avec des professions paramédicales (kinésithérapeutes majoritairement). 50% ont une activité salariée complémentaire (temps partiel et/ou vacations).

En 2003, le médecin libéral spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation est un homme de 51 ans, installé en ville depuis plus de dix ans. Dans l'environnement technique et multidisciplinaire d'un réseau de compétences, c'est un employeur qui travaille en collaboration avec de nombreux collègues et professions paramédicales. Son activité, plutôt spécialisée, procède d'une culture de l'évaluation ; elle est ouverte sur les nouvelles technologies vers l'innovation et la



modernité. S'il a pu développer les éléments de sa spécialité dans le secteur de la rééducation, par contre, l'absence de moyens adaptés en soins de ville dans le domaine de la réadaptation ne lui permet pas d'exprimer pleinement ses compétences, en particulier, au service des personnes handicapées. (Extrait de : « le référentiel de moyens des cabinets libéraux de MPR » – annexe p 96).

Un MPR libéral emploie en moyenne
2 salariés.

- 25% des libéraux ont une activité exclusive de consultation.
- 50% : consultation + 1 activité technique.
- 25% : consultation + plusieurs activités techniques.

60% des MPR libéraux font des explorations diagnostiques ou fonctionnelles : 22% de la radiologie, 19% de l'EMG, 10% des bilans urodynamiques, 5% de l'isocinétisme, 5% de l'analyse la posture et du mouvement. 50% des médecins font des actes de rééducation (neurologique, locomotrice, vésico-sphinctérienne) et 23% possèdent un équipement de balnéothérapie.

30% des libéraux pratiquent
l'appareillage.

La démographie en MPR

→ Dr Dominique CHOMARD
Trésorier adjoint du Syfmer



Avec l'ensemble du corps médical, la MPR n'échappera pas à un déficit démographique annoncé.

Selon l'enquête menée sur 1700 médecins MPR par le Syfmer avec une hypothèse de départ à la retraite à 65 ans et des arrivées de nouveaux confrères de l'ordre de 40 par an (moyenne raisonnable en l'état actuel des prévisions), on peut situer une inversion du nombre de MPR à compter de 2010. Les constatations faites au sein du Syfmer font apparaître un âge de départ réel plus proche de 60 ans que de 65 ans. Cet état va entraîner un décalage plus précoce que prévu.

Une analyse plus détaillée montre que les départs augmentent rapidement jusqu'en 2008 pour atteindre déjà 20% à cette date puis s'accroissent tous les ans avec un plafond entre les années 2008 et 2020 avec environ 5 à 7 % de la profession partant par an.

A l'exemple de la création d'un DIU de médecine rééducation.

Des mesures d'anticipation sont prises par les instances représentatives de la spécialité.

Les effectifs de notre spécialité dépendent en grande partie, du nombre d'internes s'engageant dans cette voie depuis peu la voie du DIU, dont la qualification n'est pas automatiquement liée à l'obtention du diplôme, permet d'envisager un apport complémentaire de confrères dans la spécialité. Le nombre de médecin suivant cette voie ne produira ces effets que dans trois à quatre ans compte tenu des obligations légitimes de validation des acquis et de la qualification nécessaire par le Conseil de l'Ordre.

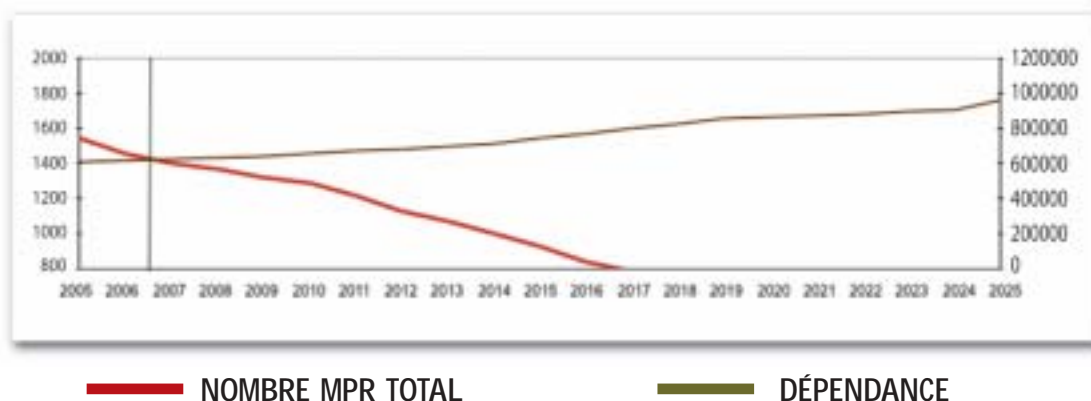
Seulement 30 à 50 médecins de MPR seront formés chaque année dans les 5 ans qui viennent.

Après questionnement des instances de formation, on peut raisonnablement envisager environ 30 MPR à venir tous les ans pendant encore deux ans, puis 50 dans trois ans et ce pendant environ trois ans. Un chiffre de 40 nouveaux praticiens par an semble devoir être retenus actuellement pour la suite.

Les données du Conseil de l'Ordre montre une arrivée positive entre 2002 et 2003 (+26) et pour la première fois un déficit des arrivées entre 2003 et 2004 (-3) (variation de -0,2%). Le nombre de MPR passant de 1782 en 2002 à 1740 en 2005.

Selon les projections de l'enquête du Syfmer, le nombre de médecins qualifiés en MPR a commencé à décroître

EVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS MPR ET DE PERSONNES DÉPENDANTES



La démographie

en MPR

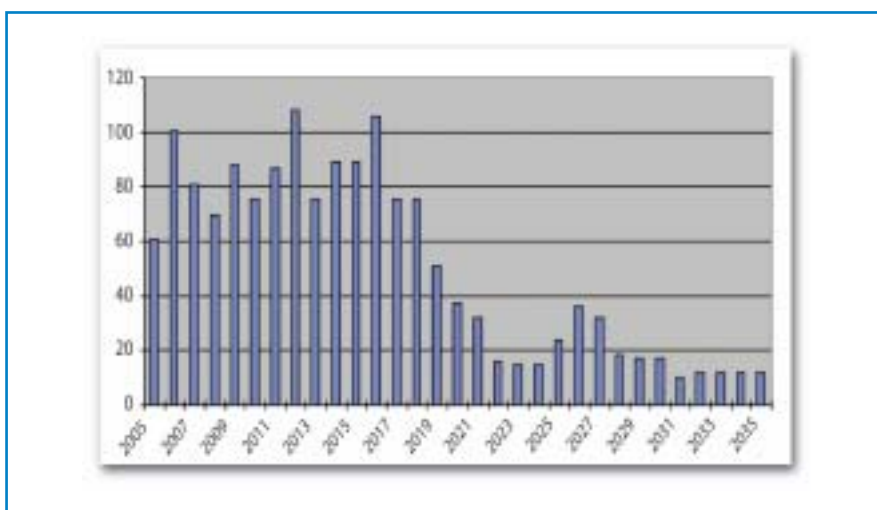
depuis 2003. Ce nombre devrait continuer à baisser avec environ 10 MPR en moins jusqu'en 2010, date à laquelle cette diminution va s'accélérer. En 2011, il devrait y avoir 90 MPR en moins et 280 en 2015 dans les projections optimistes d'une arrivée régulière et d'un départ à la retraite uniforme à 65 ans.

Compte tenu des besoins liés aux personnes porteuses d'un handicap, dont le nombre va être croissant d'ici environ 5 ans selon les chiffres de l'INSEE, en tout état de cause, il va exister un déficit en médecins MPR entre 2008 et 2010, et ce malgré les mesures prises par les instances de la

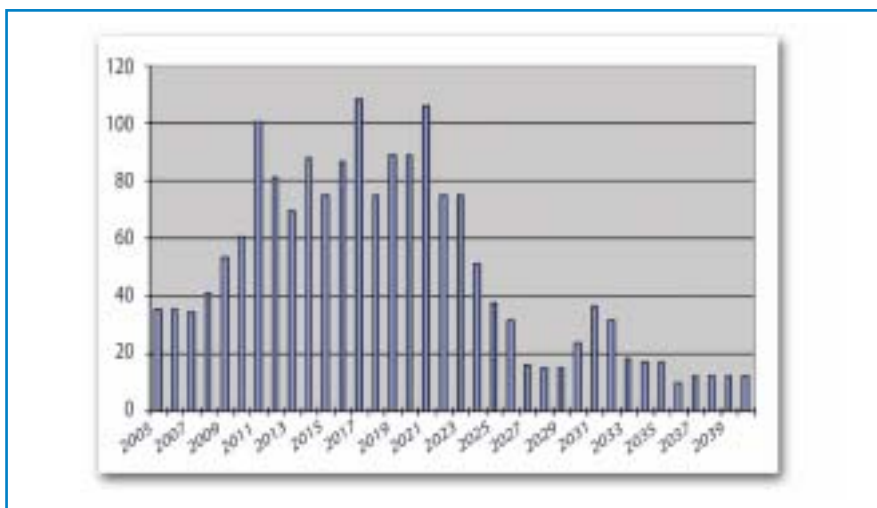
spécialité qui ont essayé d'anticiper ce phénomène.

Il faudrait former entre 80 et 100 médecins de MPR par an, entre 2005 et 2015, pour compenser les départs en retraites.

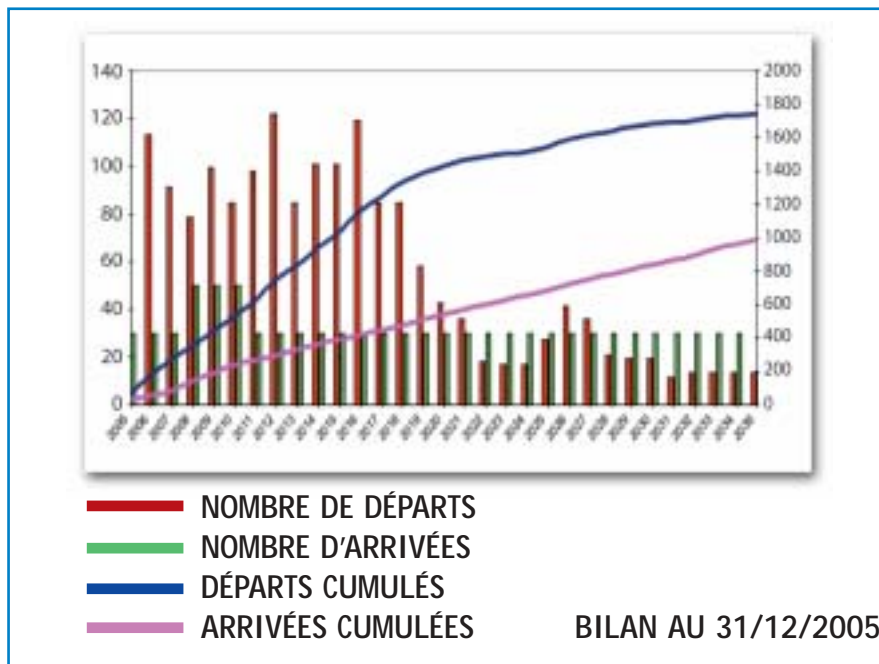
DÉPARTS PRÉVISIBLES POUR UNE RETRAITE À 60 ANS POUR 1747 MPR



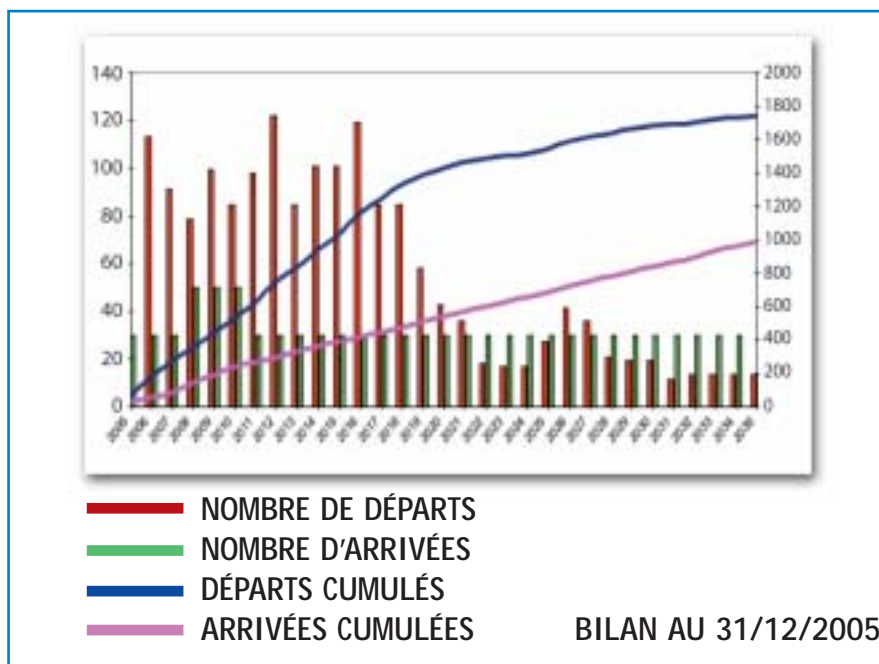
DÉPARTS PRÉVISIBLES POUR UNE RETRAITE À 65 ANS POUR 1747 MPR



ÉVOLUTION DE L'EFFECTIF DES MÉDECINS QUALIFIÉS EN MPR - RETRAITE 60 ANS



ÉVOLUTION DE L'EFFECTIF DES MÉDECINS QUALIFIÉS EN MPR - RETRAITE 65 ANS



Les Missions de la MPR

→ Dr Daniel DEPARCY

Membre du comité directeur du Syfmer

→ Dr Marc GENTY

Vice président du Syfmer



Les médecins que nous sommes se sentent investis d'une charge et d'un pouvoir dans le domaine de la réadaptation. Il ne s'agit plus des victimes physiques de la guerre 1914-1918 mais des exclus temporaires ou apparemment définitifs de la société.

Ces inadaptés de la vie moderne méritent intégration selon la Déclaration de Madrid de 2002. Le dépôt en préfecture des statuts du syndicat, le 07 décembre 1955, a précédé la création de la spécialité de rééducation et réadaptation fonctionnelle⁽¹⁾. Il fallait croire que la mise en œuvre et la coordination de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire, au minimum inévitable, les conséquences fonctionnelles, subjectives, sociales et donc, économiques des atteintes corporelles par maladie, accident, ou du fait de l'âge, ne manqueraient pas de poser problème.

Il est vrai que les Croisés que nous sommes encore pouvons nous prévaloir des ordres mendiants tant pour la conversion du corps médical à notre credo que pour le soutien de nos tutelles, voire de la population. Comme les missionnaires des Nouveaux Mondes, nous défrichons des terres encore mal connues, ce qui peut expliquer la frilosité de ces évangélistes. Nous avons compté des soutiens puissants en 1957 à propos d'une loi sur les travailleurs handicapés puis, le 30 juin 1975, avec la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées jusqu'au regard bienveillant de l'OMS qui a classé les handicaps en 1970 puis en 1980 et enfin, en 2000 avec la classification internationale des fonctionnements, des handicaps et de la santé (CIF).

C

omme tout médecin, nous avons été formés à la connaissance des maladies et des déficiences qu'elles occasionnent. A l'instar de nos confrères des autres spécialités, nous avons eu à cœur de développer les techniques d'analyse de ces troubles fonctionnels. Nous sommes toujours dans l'attente de la reconnaissance de ces moyens modernes d'évaluation (bilans cinématiques et cinétiques, posturaux et de la locomotion...). Les moyens de la guérison ou de l'adaptation devant cette reconnaissance puisque même les masseurs-kinésithérapeutes sont habilités maintenant (JO du 14 janvier 2006) à prescrire des aides techniques. Notre regard ne s'arrête pas là⁽²⁾.

N

ous nous honorons au-delà des soins médicaux, dans le respect du modèle social, à considérer le handicap comme un problème créé par la société gênant l'intégration complète de l'individu. Nous sommes encore dans l'attente d'une reconnaissance de l'acte bilan pour l'évaluation des limitations à la vie sociale du fait de l'altération des fonctions physiques, sensorielles, mentales et psychiques d'un individu dans son cadre de vie⁽³⁾. Pourtant la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées de mars 2004 voudrait compenser ces difficultés médico-sociales.

L

'enquête INSEE de 1999 sur la démographie en France, toujours en cours d'exploitation, n'a pas fini de nous révéler l'importance des problèmes de handicap. Au-delà de l'épidémiologie, c'est à tous les niveaux communal, départemental, régional et national que s'organise le soutien de ces personnes en difficulté.

Il est clair que le médecin ne peut agir seul. Il doit fédérer autour de lui les promoteurs de la rééducation, de la réadaptation et de la réinsertion sociale comme professionnelle. Il lui est demandé de veiller à tous ces niveaux aux conséquences économiques des actions qu'il va entreprendre. Celles-ci seront directement applicables à l'individu, ou auront un retentissement à distance par exemple au niveau judiciaire ou professionnel. Les programmes de recherche au niveau national sont également impliqués ne serait-ce que pour les débouchés domotiques. Au-delà du confort de vie, la sécurité reste une priorité ainsi que les moyens de communication, au moindre coût.

P

our ce faire, nous nous sommes assurés de la qualité de nos partenaires au sein des équipes des services hospitaliers de MPR, comme des centres polyvalents ou spécialisés⁽⁴⁾. Des critères d'admission y ont été définis⁽⁵⁾. Le médecin spécialiste libéral est invité à s'intégrer dans des réseaux de soins, et bientôt de santé. La mise en place de ces stratégies est soumise à une organisation sanitaire qui devient régionale, et même territoriale dans un souci de transparence et surtout une fois encore d'économie.

La pérennité de cette mise en œuvre suppose l'évaluation des moyens⁽⁶⁾ et des résultats, surtout de l'efficacité, avec la garantie d'une qualité durable basée sur l'évaluation des pratiques professionnelles et d'une formation continue.

.....

Nous ne manquons donc pas de missions.

Nous devons être formés à l'évaluation des déficiences qu'elles soient sensorielles, physiques, psychologiques, au niveau clinique et para-clinique. L'instrumentation moderne ne doit pas nous être inconnue même si elle n'est pas encore reconnue. La maîtrise des traitements de ces déficiences explique bien le long apprentissage qui nous est nécessaire dans un parcours clinique diversifié. Les exigences pour l'obtention du DIU sont donc justifiées.

Nous avons fait la promotion de l'évaluation des incapacités auprès de nombreux confrères spécialistes (neurologues, cardiologues...). En suivre l'évolution dans tous ces divers domaines demande de la disponibilité et impose le partenariat.

C'est encore plus nécessaire pour l'appréhension des retombées sur la qualité de vie, avec la dimension psychologique et la subjectivité qui module les ressources de l'individu. Nous devons développer notre aptitude à percevoir le changement intervenu chez le malade, son entourage, qu'il soit familial, professionnel ou de soutien institutionnel pour certifier la justification, la pertinence et le bénéfice des dispositions de soins mises en œuvre sous notre responsabilité, même si les soucis démographiques tendent à promouvoir la délégation de soin. (rapport Berland).

Le médecin de MPR doit donc réunir et entendre tous les acteurs de soins, lourde tâche loin d'être reconnue dans la tarification à l'activité qui nous est proposée dans la nouvelle comptabilité analytique hospitalière. C'est encore

plus vrai pour l'activité de relation avec les partenaires sociaux hospitaliers ou de ville et enfin, pour l'activité d'enseignement aux stagiaires, médicaux et paramédicaux, et s'il reste du temps pour l'activité de recherche clinique. Elle doit déboucher sur une participation active à la formation médicale continue au sein de notre spécialité mais aussi de l'ensemble de la communauté médicale.

La promotion de notre belle discipline au sein de diverses commissions hospitalières, communales, régionales est un plus à ne pas négliger dans cette recherche forcée des ressources de fonctionnement. Nous œuvrons largement dans le secteur des soins de suite qui n'est pas loin s'en faut le mieux pourvu dans l'organisation hospitalière. Nous sommes également invités à soutenir avec des moyens encore plus dérisoires les structures d'accueil et d'hébergement des plus dépendants ayant épuisé les ressources de soins à domicile.

Nous sommes nombreux à réussir dans ces différents domaines que nous nous imposons, à peu de frais pour la société, pour peu que notre évaluation reste qualitative et que nous ayons une grande patience. Nous sommes habitués à nous confronter au fardeau du handicap et à développer des stratégies de compensation qui suffisent à mettre en exergue les petits bonheurs qui font que la vie vaut d'être vécue et surtout partagée avec des partenaires. Notre communion au sein du syndicat en est le plus fidèle témoin.

RÉFÉRENCES

- 1. C.Hamonet, M.De Jouvencel, J.Tronina-Petit
Origines de la Réadaptation
Journal de réadaptation
médicale 2005-25-1.3,6
- 2. I.Richard, V.Compain, J-M.Mouillie, F.Adès, F.Garnier, F.Dubas, J-P.Saint André
Evaluation de l'attitude vis à vis de personnes handicapées des étudiants en médecine de 3^{ème} et 4^{ème} année par le questionnaire « Attitude towards disabled persons ». Effets de l'enseignement théorique et de stage dans les services de MPR.
Annales de réadaptation et de médecine physique 2005-48-9.662,667
- 3. Bulletin du SYFMER n° spécial février 2003
MPR : des médecins spécialistes au service des personnes handicapées
- 4. J-M.Wirotius
La perception des changements en réadaptation. « progresser », « régresser », « stagner »... dans un service de médecine physique et de réadaptation Journal de réadaptation médicale 2005-25-1.16,21
- 5. Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation Groupes MPR Rhône Alpes et FEDMER Document octobre 2001
- 6. Référentiel de Moyens des cabinets libéraux de MPR SYFMER, FEDMER, CNAM ts Techni Média Services
45 rue Georges Clemenceau BP 225 85602 Montaigu CEDEX

Formation médicale continue (FMC), Evaluation de la pratique professionnelle (EPP) et Accréditation en MPR

- Dr Francis LEMOINE Vice président du Syfmer
- Dr Pierre BENEZET Secrétaire adjoint
- Dr Georges DE KORVIN Membre du comité directeur



La FMC est obligatoire en France depuis les lois JUPPE de 1996. Un barème de points a été publié par le Conseil national de FMC, mais il n'y a toujours pas de procédure ni d'organisme opérationnel en place pour valider la FMC des praticiens. Des textes officiels sont attendus pour fin mars 2006. Pour qu'une formation soit validée, il faut qu'elle soit réalisée par un organisme agréé (numéro d'agrément accordé par les Préfectures).

.....

L'ASFORRED (Fédération des associations de FMC en MPR) dispose d'un numéro de formateur agréé, ainsi que nombreuses associations régionales de MPR

Au niveau Européen, l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) a demandé à chaque spécialité d'harmoniser la formation initiale et continue des médecins spécialistes. Le Board de MPR a organisé plusieurs programmes de certification : Certification des médecins spécialistes, Certification des formateurs (trainers) Certification des sites formateurs. L'UEMS a signé avec la section de MPR une convention lui confiant l'accréditation des actions de formation susceptibles de donner lieu à délivrance de points de formation (eurocredits), valables dans toute la communauté européenne.

En France, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est indissociable de la FMC (loi du 13 août 2004, chapitre 6). L'EPP n'est ni un contrôle des connaissances, ni une validation de la formation continue, mais s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la pratique professionnelle. L'EPP figure dans la 2^{ème} version de l'accréditation des établissements.

La mise en œuvre de l'EPP est pilotée et contrôlée par la Haute Autorité en Santé (HAS). L'HAS définit les modalités de l'EPP et, après avis du Conseil National de FMC (CNFMC) agréé

les organismes, habilite les médecins, contrôle et rend compte de la marche du dispositif. Les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) organisent l'évaluation des médecins libéraux, les Commissions Médicales des Établissements (CME) organisent l'évaluation des médecins salariés. Pour les médecins libéraux travaillant dans un établissement privé, la CME peut, organiser les EPP en relation avec l'URML. Des Médecins Habilités (MH) ou des Organismes Agréés (OA), accompagnent les médecins dans la mise en œuvre de leur évaluation et proposent, si nécessaire, des mesures correctrices. Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) veille au respect de l'obligation quinquennale. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) délivre l'attestation d'évaluation et transmet annuellement aux caisses d'assurance maladie (CPAM) la liste des médecins ayant reçu une attestation d'EPP.

La SOFMER introduira dans ses congrès annuels des actions ponctuelles de FMC. En parallèle l'AS.FOR.RED pourra être le maître d'œuvre des EPP. Le SYFMER apportera le soutien logistique.

Formation médicale continue (FMC), Evaluation de la pratique professionnelle (EPP) et Accréditation en MPR

.....

Le SYFMER souhaite que le programme d'accréditation de la qualité des soins en MPR, mis en œuvre par la Section européenne de MPR, soit une procédure reconnue d'EPP pour les spécialistes MPR en France

L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) est une organisation non gouvernementale qui réunit les délégués des organisations nationales de médecins spécialistes (pour la France, c'est l'Union des Médecins Spécialistes – UMESPE-CSMF). Elle

comporte une structure centrale et des sections spécialisées, dont la Section MPR, où les délégués français sont désignés par le Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation (Syfmer).

Depuis février 2005, la Section européenne de MPR a décidé de mettre en place un programme d'accréditation de la qualité des soins en MPR, fondé sur les principes suivants :

- **Motivation** : faire connaître les procédures de soin offertes par la MPR, par une publication sur internet des procédures accréditées.
- **Objet** : les procédures de prise en charge en MPR, en référence avec la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF).
- **Volonté** de mettre en place une procédure européenne, contrôlée par les médecins MPR, légère et peu coûteuse.

- **Principe** : réponse à un questionnaire qui sera soumis à validation d'un jury européen de 5 membres. Algorithme de validation en ligne. Synthèse des commentaires faite par le président du jury et retournée au candidat, quelle que soit la décision. Visites aléatoires de contrôle sur site.

- *Une condition majeure de l'accréditation sera que le programme soit supervisé par un médecin MPR certifié par le Board. Ceci ouvre à nouveau la discussion sur la certification des seniors sur titres et travaux.*

- **Outil** : dispositif entièrement géré sur internet : soumission de la procédure, validation par le jury, échanges d'informations, affichage des procédures accréditées.

- **Responsables** : G. de Korvin (Syfmer-France) et B. Sjölund (Suède) + groupe de travail, dans le cadre de la Commission des Affaires Cliniques.

Un si long chemin ensemble...

→ Pr Jacques PÉLISSIER

Président de la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (Sofmer)



La Sofmer et le Syfmer l'ont parcouru dès les années soixante et jusqu'à aujourd'hui, accompagnant chaque étape de la croissance puis de la maturité de notre spécialité, chacun dans son rôle propre.

La Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (Sofmer) a pour mission le développement scientifique et technique de la spécialité. « Société Savante », elle est de fait l'interlocuteur privilégié des tutelles et en particulier de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) comme de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour tout ce qui concerne le contenu et les évolutions de la pratique médicale en Médecine Physique et de Réadaptation. On comprend que Sofmer et Syfmer aient été très proches dans la gestion de nombreux dossiers.

Ainsi, dès le début des années 90, membres des deux organisations ont travaillé à l'élaboration du PMSI-SSR. Aujourd'hui alors que bien des craintes sont apaisées, même si l'on discute de la valeur des informations qu'il recueille et de son architecture comme de sa pertinence économique, on ne peut nier qu'il fut une occasion pour notre spécialité de définir ce que nous faisons, c'est à dire quels patients nous traitons, dans quel but et selon quelles techniques. Nous savons aujourd'hui que cette étape était nécessaire car elle a contribué à nous individualiser plus encore au sein du moyen séjour, non pas par la définition de nos plateaux techniques, mais par la description de nos objectifs et de nos pratiques de soin.

La constitution de la Fédération de MPR (Fedmer) a contribué à sceller ce rapprochement. La rédaction des « critères de prise en charge en MPR » coordonnée par les équipes Rhone-Alpes

a été l'occasion de fructueux échanges entre les membres les plus actifs et les plus déterminés des deux organisations. Aujourd'hui ces critères sont l'outil de référence pour la DHOS et la CNAM, et ils ont joué dans les différentes régions un rôle déterminant pour l'élaboration des SROSS 3.

Il n'est pas de mon propos de signaler toutes les étapes de ce chemin commun ; cela me paraît bien difficile, et à côté d'actions communes orchestrées entre les deux organisations, il y a de nombreuses actions individuelles de membres, le plus souvent d'ailleurs actifs dans les deux.

Aujourd'hui d'autres défis sont devant nous. Le premier aurait dû ne plus en être un ; mandatée par la DHOS et la CNAM pour participer à l'élaboration de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Sofmer a contribué à décrire et à scorer les actes les plus caractéristiques de notre pratique ; elle a trouvé dans le Syfmer un soutien sans faille ; il en a résulté l'inscription d'actes innovants, essentiellement actes d'évaluation de déficiences locomotrices (tels l'évaluation en isocinétisme ou l'analyse du mouvement) ou de déficiences viscérales. Aujourd'hui la plupart de ces actes innovants ne sont pas tarifés donc ne dégagent pas de ressources tant pour la pratique libérale que pour les institutions de soin. Cette situation est dangereuse à terme. La Sofmer accompagne le Syfmer dans ce lent et patient travail auprès de nos instances tarifaires.

La Sofmer est constamment sollicitée par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour représenter la spécialité dans des groupes de travail chargés d'élaborer des recommandations ; cela concerne désormais de nombreux domaines tels l'évolution des actes de la CCAM, les critères de

prise en charge des Affections de Longue Durée (ALD), le contenu de l'Education et de la Prévention... La liste est longue, et s'allonge chaque jour. La collaboration active avec le Syfmer est indispensable si l'on veut aboutir.

Les décrets régissant la Formation Médicale Continue (FMC) et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) viennent de paraître. Se former selon certaines règles et être évalué dans sa pratique fait désormais partie de notre quotidien. La Sofmer, interlocuteur de l'HAS, va être chargée d'organiser l'une et l'autre ; ce sera une lourde mais importante tâche. Ce travail nécessitera une collaboration plus étroite encore avec le Syfmer, car de tels programmes ne se conçoivent qu'avec une participation effective des praticiens. Les collègues universitaires du Collège Français des Enseignants Universitaires de MPR (Cofemer) apporteront une contribution indispensable. Les associations déjà impliquées dans la formation apporteront une précieuse contribution.

L'évolution de notre spécialité passe désormais par une identification plus claire de nos objectifs et de nos pratiques ; leur bien fondé doit s'appuyer sur un niveau de preuve suffisant. L'environnement médical nous pousse vers plus de transparence et de rigueur ; les tutelles l'exigent. Ces preuves souvent manquent ce qui pourrait contribuer encore à nous fragiliser. La recherche clinique est une réponse ; la Sofmer s'y investit en apportant un soutien matériel et en participant à des réseaux de recherche nationaux et européens. La Sofmer contribue à l'élaboration de recommandations en organisant des conférences d'experts.

La Sofmer a encore beaucoup à apporter et à recevoir du Syfmer. Alors encore beaucoup de chemin ensemble...

Comité Directeur du Syfmer



PRÉSIDENT :
Dr Bertrand MORINEAUX
71, avenue Foch • 54000 NANCY

☎ 06.11.10.51.52
fax : 03.25.87.70.97
b.morineaux@wanadoo.fr

VICE-PRÉSIDENT :

Dr Marc GENTY
Clinique Valmont • 1823 GLION • Suisse
☎ (00) 41 21 962 3535 • fax : (00) 41 21 962 3737
marc.genty2@wanadoo.fr



VICE-PRÉSIDENT :

Dr Francis LEMOINE
Centre Hélios Marin • 06220 VALLAURIS
☎ 04 92 95 30 00 • fax : 04 93 64 64 49
flemoine@ugcampacac.com

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL :

Dr Xavier ETCHECOPAR
Résidence Toulouse-Lautrec • Bd Léon Blum
33210 LANGON
☎ 05 56 62 21 83 • fax : 05 56 76 83 17
xetcheopar@wanadoo.fr



SECRÉTAIRE ADJOINT :

Dr Pierre BÉNEZET
344, boulevard Michelet • BP 84 • 13406 MARSEILLE
☎ 04 96 20 39 24 • fax : 04 96 20 39 29
pbenezet@ugcampacac.com

TRÉSORIER :

Dr Bertrand ROUSSEAU
18 bis, rue Fouré • 44000 NANTES
☎ 02 40 89 51 50 • fax : 02 40 48 27 77
bertrandrousseau@free.fr



TRÉSORIER-ADJOINT :

Dr Dominique CHOMARD
Centre Médical La Fontaine au Bac
53170 LE BIGNON DU MAINE
☎ 02 43 91 58 04 • fax : 02 43 91 59 07
dchomard@club-internet.fr

Organigramme du Syfmer

- **Relations avec les Tutelles :** Dr Bertrand MORINEAUX
- **Bulletin (rédacteur en chef) :** Dr Marc LE FORT
- **Gestion :** Dr Bertrand ROUSSEAU
- **Relations avec les annonceurs :** Dr Xavier ETCHECOPAR
- **Annuaire et démographie :** Dr Dominique CHOMARD
- **Défense des salariés :** Dr Francis LEMOINE
- **Défense individuelle des libéraux :** Dr Xavier ETCHECOPAR
- **Représentation à l'Umepspe :** Dr Xavier ETCHECOPAR
- **Nomenclature :** Dr Bertrand MORINEAUX et Dr Georges DE KORVIN
- **Pmsi :** Dr Bertrand MORINEAUX et Dr Dominique CHOMARD
- **Radiologie :** Dr Bertrand ROUSSEAU
- **Qualité et accréditation en mpr :** Dr Bertrand MORINEAUX et Dr Francis LEMOINE.
- **Référentiel libéral :** Dr Bertrand MORINEAUX et Dr Georges DE KORVIN
- **Commission des professions paramédicales - kinésithérapeutes :** Dr Francis LEMOINE.
- **Commission des professions paramédicales - ergothérapeutes :** Pr Lucien SIMON.
- **Fmc, Asforred et Aforspe :** Dr Francis LEMOINE, Dr Xavier ETCHECOPAR et Pr Jean-Michel VITON
- **Représentation Umepspe Ile-de-France :** Dr Jacques CARZON.
- **Représentation européenne :** Pr Alain DELARQUE et Dr Georges DE KORVIN

Membres du bureau

Pr Alain DELARQUE
CHU La Timone • 13005 Marseille • ☎ 04 91 38 56 08 • fax : 04 91 42 53 68

Dr Daniel DEPARCY
Centre Hospitalier • 135, rue du Président Coty • 59208 Tourcoing
☎ 03 20 69 49 49

Dr Georges de KORVIN
C.H. privé St Grégoire • 6, boulevard de la Boutière • CS 56816
35768 St Grégoire cedex
☎ 02 23 25 30 90 • fax : 02 23 25 30 91 • gdekorvin@cpa-sante.com

Présidents honoraires

Pr André BARDOT
17 A, boulevard de l'Avenir • 13012 Marseille • abardot@free.fr

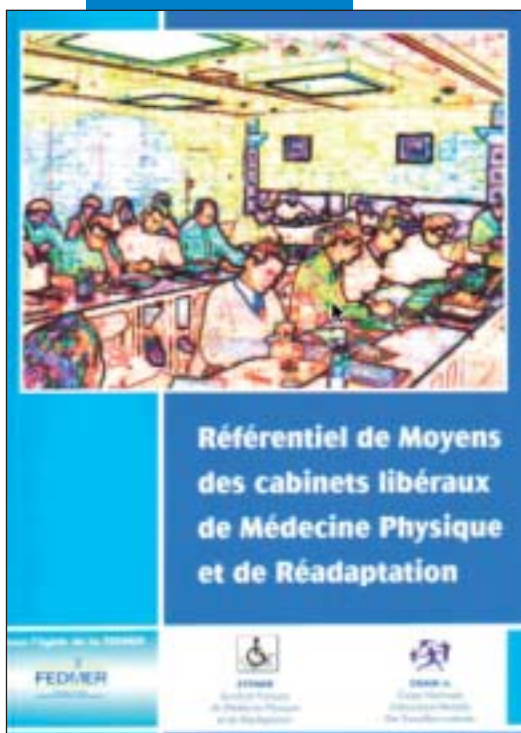
Dr Antoine MACQUIN
60, rue St Placide • 75006 Paris • fax : 01 77 10 88 59

Dr Jean DELPRAT
4, chemin Notre Dame des Côteaux
31320 Vieille Toulouse

Structures associées :

- Collège des enseignants universitaires de MPR ■ SOFMER ■ ANMSR ■ ASFORRED ■ GMRHP
- Synd. Nat. Méd. Sal. CGC ■ Entretiens de Mpr de Montpellier ■ GMR AP-HP ■ AMRHB

LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (MPR) ONT FAIT LE CHOIX DE LA QUALITÉ



Au terme de 3 années de travail, fruit d'une collaboration entre le SYFMER (Syndicat Français des Médecins spécialistes en Médecine Physique et de Réadaptation) et les services de la CNAMts (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) et grâce à un financement du FAOSV (fond d'aide à l'amélioration de la qualité des soins de ville), le « Référentiel de moyens des cabinets libéraux de MPR » a été publié aux éditions Techni Média Services.

Ce Référentiel a été élaboré dans le but d'orienter l'exercice des professionnels libéraux de Médecine Physique et de Réadaptation dans une démarche de modernisation et de qualité de la prise en charge des patients, entreprise par l'ensemble de la spécialité de médecine physique et de réadaptation à travers :

- L'amélioration des standards de qualité des cabinets libéraux de Médecine Physique et de Réadaptation, respectant la diversité des situations de terrain, mais convergeant vers des critères communs de qualité.
- L'amélioration de l'organisation des soins ambulatoires en Médecine Physique et de Réadaptation avec une meilleure définition du rôle joué par les médecins libéraux, en complémentarité avec les structures institutionnelles.

Le travail conduisant à la rédaction de ce référentiel a permis de définir les moyens matériels, humains et professionnels adaptés aux règles de bonnes pratiques fondées sur l'état de la science et le consensus professionnel.

Ce référentiel de moyens a été conçu comme un outil s'inscrivant dans la démarche engagée par la profession sous l'appellation « évaluation des pratiques professionnelles » (EPP).

RENSEIGNEMENTS :

Dr Bertrand MORINEAUX
Tel : 06 11 10 51 52
Fax : 03 25 87 70 97

Mail :
b.morineaux@wanadoo.fr

Pour se procurer le référentiel

TECHNI MEDIA SERVICES Edition
45, rue Georges Clemenceau - BP 225 - 85602 Montaigu cedex
Tél : 02 51 46 48 48 - Fax : 02 51 46 48 50 - tms@technimediaseservices.fr

Joindre un chèque bancaire à l'ordre de : SYFMER
D'un montant de 28 € (référentiel 24 € + 4 € frais de dossier et frais de port)