

2003



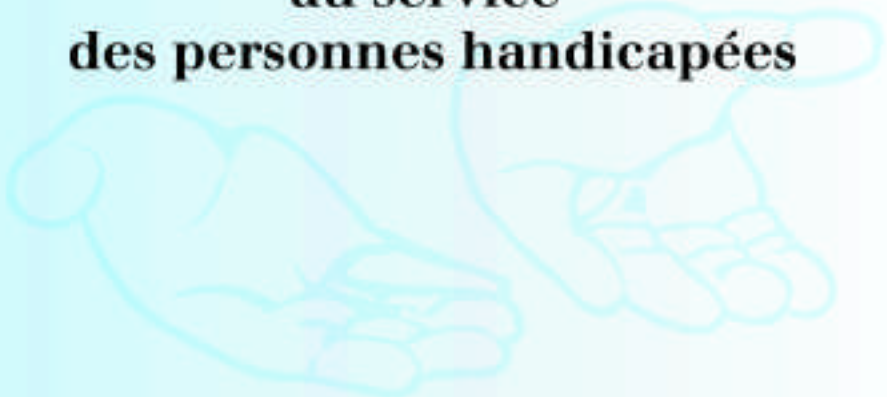
l'Année européenne des personnes handicapées



MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

M.P.R.

Des médecins spécialistes
au service
des personnes handicapées



Bulletin du SYFMER - Février 2003 **Numéro spécial**



COLLÈGE



SYFMER

ASFORED



GMRHP



SNMSR

SOMMAIRE

Organisation de la Médecine Physique et de Réadaptation en France et en Europe. Place de la Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation Pr A. Delarque, Dr G. de Korvin	5
L'enseignement de la Médecine Physique et de Réadaptation Pr J.-M. André	7
Champ d'activité de la Médecine Physique et Réadaptation Critères de prise en charge Pr M. Perrigot	8
Organisation et modalités d'exercice de la Médecine Physique et de Réadaptation en France : état actuel et perspectives Dr B. Morineaux	9
Formation continue et assurance qualité en MPR Pr J.-M. Viton, Dr F. Lemoine	10
Le Médecin de Médecine Physique et Réadaptation Coordinateur du programme de soins d'un réseau pluridisciplinaire en Rééducation, Réadaptation et Réinsertion Dr P. Blondel	11
Les procédures de prise en charge du handicap en Médecine Physique et de Réadaptation : Rééducation-Réadaptation-Réinsertion Dr D. Deparcy	12
Apport des nouvelles technologies dans l'évolution des procédures de Médecine Physique et de Réadaptation Pr J. Pelissier.....	13
Médecine Physique et de Réadaptation et reclassement des travailleurs handicapés Dr P. Charpentier	14

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

Directeur de la Publication :
Dr Bertrand Morineaux - Président.

Rédacteur en chef :
Dr Pierre Jean Benezet
344, boulevard Michelet - BP 84 - 13406 Marseille cedex 09

Comité de rédaction et de lecture :
Francis Le Moine - Bertrand Morineaux
Georges de Korvin - Bertrand Rousseau
Xavier Etchécopar - Jacques Vasseur
Dominique Chomard - Daniel Deparcy

Siège social :
79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS

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

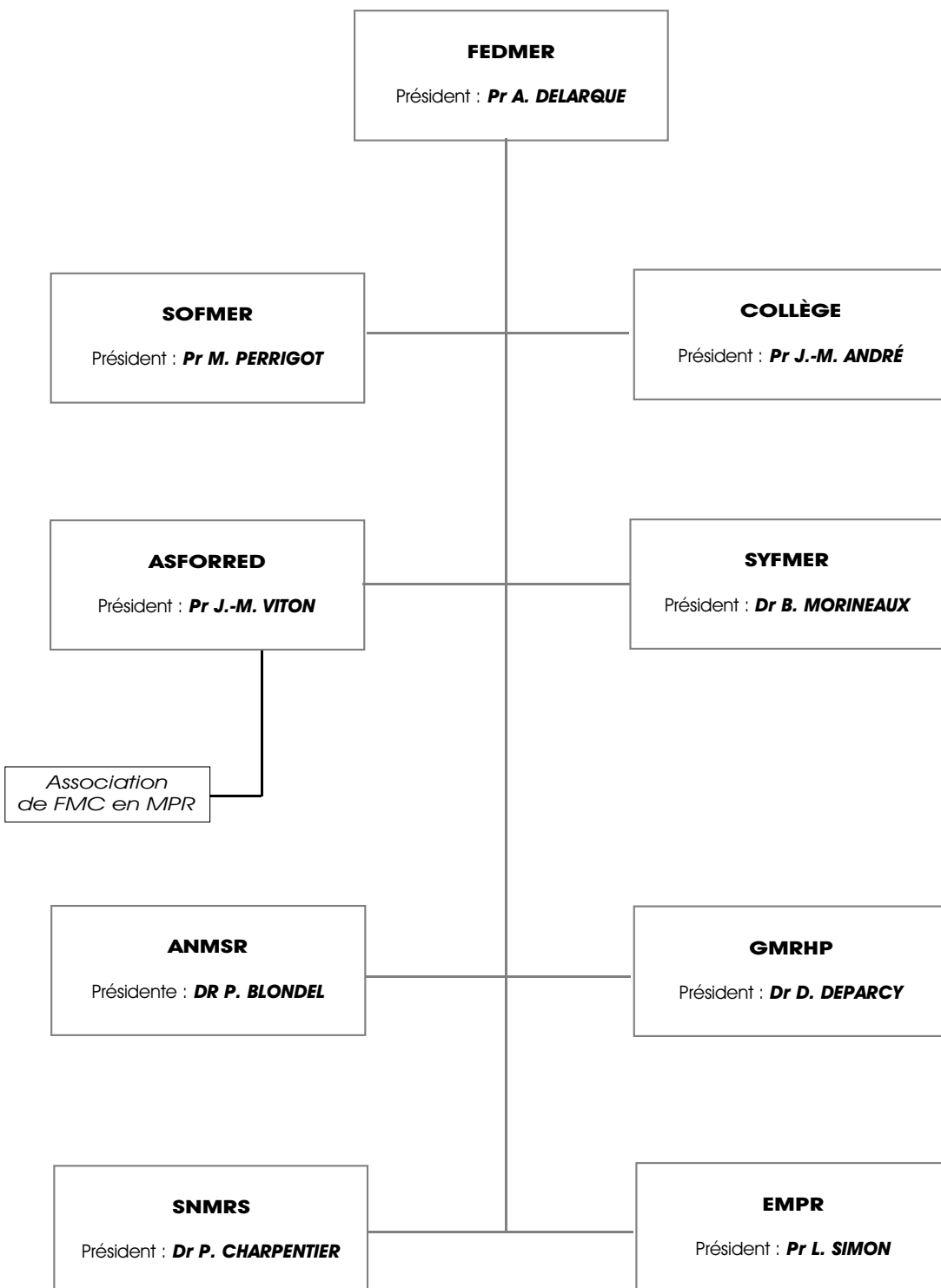
Parution : 3 numéros/an

Cotisation annuelle

Dépôt légal à parution :
1^{er} trimestre Février 2003

N° d'ISSN : en cours.

La Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation



FEDMER

Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation

Pr. Alain DELARQUEadelarque@ap-hm.fr

www.cpod.com/monoweb/fedmer

COLLEGE

Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation

Pr. Jean Marie ANDRE.....jmandre@ir.u-nancy.fr

www.med.univ-angers.fr/invite/college_mpr

SOFMER

Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation

Pr. Michel PERRIGOT.....Michel.perrigot@psl.ap-hop-paris.fr

SYFMER

Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation

Dr. Bertrand MORINEAUX.....b.morineaux@wanadoo.fr

www.cpod.com/monoweb/syfmmer

ASFORRED

Fédération des associations de formation en Médecine Physique et de Réadaptation

Pr. Jean Michel VITON.....jmviton@ap-hm.fr

www.anmsr.asso/asforred

ANMSR

Association Nationale des Médecins Rééducateurs

Dr. Patricia BLONDEL.....Blondel.patricia@wanadoo.fr

www.anmsr.asso.fr

EMPR

Entretiens de Médecine Physique et de Réadaptation de Montpellier

Pr Jacques PELISSIER.....jacques.pelissier@chu-nimes.fr

Pr Christian HERRISSON.....c-herisson@chu-montpellier.fr

GMRHP

Groupe des Médecins Rééducateurs des Hôpitaux Publics

Dr. Daniel DEPARCY.....danieldeparcy@caramail.com

SNMRS

Syndicat des médecins salariés spécialistes en MPR

Dr. Pascal CHARPENTIER.....pcharpentier@handitec.com

www.fnms.org

<http://www.fnms.org/news>

Pr. Alain DELARQUE
Président de la
Fédération Française de
Médecine Physique et
de Réadaptation
(FEDMER),
Secrétaire général
de la Section
Européenne de MPR



Dr. Georges de KORVIN
Secrétaire général
de la FEDMER,
Secrétaire général adjoint
et webmaster de la
section européenne



Organisation de la Médecine Physique et de Réadaptation en France et en Europe

Place de la Fédération
Française de Médecine
Physique et de Réadaptation

ORGANISATION EN FRANCE

Les structures de la FEDMER

La Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation regroupe huit structures nationales scientifiques et professionnelles :

- la Société Française de MPR,
présidée par le professeur Michel Perrigot,
- le Collège Français des Enseignants Universitaires de MPR,
présidé par le professeur Jean-Marie André,
- l'Association Nationale des Médecins Spécialistes en MPR,
présidée par le docteur Patricia Blondel
- les Entretiens de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles de Montpellier,
présidés par le professeur Lucien Simon
- la Fédération pour la Formation Continue des Associations de Médecins de MPR,
présidée par le professeur Jean-Michel Viton,
- le Syndicat Français de MPR,
présidé par le docteur Bertrand Morineaux
- le Syndicat National des Médecins Salariés en MPR,
présidé par le docteur Pascal Charpentier,
- le Groupe des Médecins Rééducateurs des Hôpitaux Généraux et des Centres Hospitaliers Publics,
longtemps
présidé par le docteur Daniel Deparcy, auquel vient de succéder le Dr Bertrand Morineaux.

Les actions en cours

La FEDMER s'est engagée dans des travaux destinés à améliorer la qualité des soins. Une Charte de Qualité a été signée par l'ensemble des structures en octobre 1999. Elle a pour objectif de présenter les missions et l'organisation de toutes les structures qui dispensent des soins de MPR. Les critères d'admission des patients en service ou centre de MPR ont été définis et adoptés par l'ensemble de nos structures en 2001. Les critères de qualité des cabinets libéraux font l'objet d'un travail national en partenariat avec la CNAM, dans le cadre du Fond d'Amélioration de la Qualité des Soins de ville (FAQS). Des démarches sont en cours pour créer et tarifier un acte de « bilan et plan de soins en MPR ».

La démographie de notre spécialité évolue vers une pénurie. Celle-ci était prévue et nous avait conduit à rencontrer les conseillers des deux ministères concernés. Le Collège Français des Enseignants Universitaires de MPR conduit actuellement une réflexion avec le soutien de la FEDMER sur les modalités envisageables pour créer des programmes spécifiques de formation destinés à des médecins non titulaires de la spécialité. Ces passerelles sont dans l'esprit du rapport Berland, « mission démographie des professions de santé » remis au ministre de la Santé en novembre 2002.

ORGANISATION EN EUROPE

La présence au sein des structures européennes de notre spécialité se fait au travers du syndicat (SYFMER) qui nomme des délégués au sein de la section européenne de MPR d'une part, de la SOFMER, qui est représentée au sein de la Fédération européenne de MPR d'autre part. Enfin, les Français sont nombreux au sein de l'Académie européenne de médecine de réadaptation. Les autres structures de la FEDMER devraient, dans l'avenir, s'impliquer plus fortement dans les activités européennes.

La mise en place des Eurocrédits et des Europass, dans le cadre de la formation médicale continue et de la formation professionnelle; le système de l'ECTS et les programmes européens de mobilité des étudiants et des enseignants concernent l'ensemble des structures de la FEDMER.

La Section Européenne de MPR

Site Internet :

www.euro.prm.org (webmestre : Dr Georges de Korvin).

Elle est présidée par Anthony Ward (R.U.). Ses activités sont réparties dans le cadre de trois commissions.

La commission pour l'éducation ou Board est présidée par Angela McNamara (Irlande). Elle est en charge de la certification des médecins et des structures de formation. Elle organise pour les étudiants européens en MPR, des programmes de formation, comme l'European School Marseille. La revue officielle du Board est le Journal of Rehabilitation Medicine.

La commission des affaires cliniques, présidée par Bengt Sjölund, coordonne les activités sur la qualité des soins et l'éthique.

La commission des affaires professionnelles est présidée par Guy Wanet (Belgique).

La Fédération Européenne de MPR

Elle est présidée par Henk Stam (Pays-Bas). Le délégué pour la SOFMER est le Dr Michel Enjalbert. Elle organise le congrès européen de la spécialité. Le prochain aura lieu à Vienne en Autriche, du 12 au 15 mai 2004 (www.ecprm2004.org)

Une Société européenne de MPR sera créée en 2003. Elle accueillera en son sein des représentants des sociétés nationales et des individus. Ses membres viendront de la MPR mais aussi des professions de santé comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes. Les candidatures à titre individuel devront être validées par les structures nationales de la spécialité.

L'Académie Européenne de Médecine de Réadaptation

C'est un organe de réflexion et de référence pour l'esprit humaniste de la spécialité, pour son développement, pour la recherche scientifique et l'éthique dans le domaine de la vie des personnes handicapées. Ses membres sont cooptés. Elle est présidée par le Dr Anne Chamberlain (R.U.).

La FEDMER représente efficacement notre spécialité dans le contexte démographique actuel. Elle aura un rôle important à jouer au niveau national pour la prise en charge du handicap, dans le partage des tâches entre les différentes professions impliquées, la création de nouveaux métiers, l'établissement de passerelles avec les autres spécialités médicales.

Elle doit favoriser les échanges entre toutes ses structures et l'Europe. Le site Internet de la section européenne de MPR facilitera cet objectif. ■



Pr. Jean Marie ANDRE
Président du Collège Français
des Enseignants Universitaires
de Médecine Physique
et de Réadaptation

La spécialité de Médecine Physique et de Réadaptation conserve au fil des ans la réputation d'être une discipline jeune. Son enseignement officiel date de 1968 avec la création du C.E.S. de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle. En 1984, après la transformation en D.E.S., la discipline devient réservée aux étudiants reçus au Concours de l'Internat. Le nombre de diplômés nationaux passe de 150 à 35 par an environ. L'enseignement repose sur une double formation théorique et pratique, nationale et régionale. Des modules théoriques généraux et spécialisés, répartis sur trois années et des stages hospitaliers semestriels, quatre dans la spécialité et trois dans des disciplines parentes, sont validés après un examen à l'issue de quatre années d'internat par un jury universitaire interrégional. Une mobilité au cours de la formation en France comme en Europe devrait être amplifiée. L'engagement européen est en avance par rapport à la plupart des autres spécialités au travers de l'European Board, d'accréditations des terrains d'enseignements, de programmes communs, de cours européens (European School). Le D.I.S. réservé aux étrangers, après un concours national, porte sur le même programme de formation, la validation étant attribuée par un jury national.

La méconnaissance relative de la discipline par les médecins est un grief souvent prononcé à l'égard des enseignants. L'enseignement de la MPR dans le cursus des études de Médecine a été très longtemps facultatif, variant considérablement d'une région à l'autre. En 1997, a été institué un séminaire consacré au handicap, obligatoire pour tous les étudiants en Médecine. C'est en 2003 seulement, avec la réforme du 2ème cycle des études médicales (DCEM2-DCEM4) privilégiant une approche transversale multidisciplinaire qu'ont été introduits des éléments de Médecine Physique et de Réadaptation dans le programme officiel au travers d'un module « handicap, incapacité, dépendance » ainsi que d'une quinzaine d'items appartenant

à d'autres modules. Ils font l'objet de contrôle de connaissance dans chaque UFR et seront matière à concours dans « l'examen national classant » du nouvel internat, déterminant pour l'orientation de chaque étudiant à partir de 2005.

La Médecine Physique et de Réadaptation se trouve également enseignée dans ses aspects quelquefois très spécialisés au travers de D.U. et de D.I.U. très courts, de D.E.A. ou encore de séminaires dans le troisième cycle de Médecine Générale, des D.E.S. d'autres disciplines.

La nécessité de rétablir des « passerelles » après la formation initiale, devenues inexistantes, s'impose. La création d'un D.I.U. de Médecine de Rééducation dès la prochaine année universitaire, devrait permettre à des praticiens ayant découvert l'intérêt de la discipline après leur première orientation ou ayant acquis une expérience partielle de compléter leur formation dans un cursus personnalisé à même d'acquérir la qualification nécessaire à la reconnaissance d'une équivalence de la spécialité.

L'introduction de nouvelles méthodes d'enseignement, l'accueil facilité d'étudiants étrangers, en particulier francophones, la création d'un site donnant accès par internet à des documents pédagogiques devrait élargir et faciliter l'audience de la MPR.

Le Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation qui a beaucoup œuvré pour offrir une palette étendue de formations, initiale et secondaire, espère ainsi répondre au mieux, qualitativement et quantitativement, aux besoins de la discipline et à son rayonnement. ■

27 janvier 2003

Champ d'activité de la Médecine Physique et de Réadaptation

Critères de prise en charge



Pr. Michel PERRIGOT
Président de la Société
Française de Médecine
Physique et de Réadaptation
(SOFMER)

Le champ d'activité de la Médecine Physique et Réadaptation est, selon la définition européenne, de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et incapacités.

Les critères de prise en charge constituent une réponse argumentée aux questions pratiques posées par les malades relevant d'une prise en charge :

- A quel moment doivent-ils être pris en charge ?
- Quelles sont les modalités de leur prise en charge ?
- Quels sont les objectifs de la prise en charge ?
- Combien de temps cette prise en charge est-elle utile et/ou nécessaire ?

Les modalités de prise en charge envisagent :

- à l'occasion d'un événement aigu, les phases initiale, secondaire et tertiaire,
- au cours de l'évolution d'une pathologie chronique les différents types de prise en charge : ambulatoire, hôpital de jour, hôpital de semaine, hospitalisation complète.

Les critères de prise en charge ont été définis selon différentes pathologies, rhumatologiques, orthopédiques, traumatologiques, neurologiques, diverses (dont les affections cardiovasculaires, les brûlures, chez les personnes âgées, chez l'enfant).■

Références

Documents du Groupe de Travail Médecine Physique et Réadaptation Rhône-Alpes et FEDMER, dirigé par Paul Calmels, octobre 2001 en ligne sur le site : www.cpod.com/monoweb/syfmer - qualité en MPR - orientation



Organisation et modalités d'exercice de la Médecine Physique et de Réadaptation en France :

état actuel et perspectives

Parfaitement identifiés en milieu hospitalier et relativement bien développées sur le territoire Français, les unités, services et centres de Médecine Physique et de Réadaptation assurent par leur nombre, leur implantation et leur activité l'essentiel de la prise en charge de rééducation et de réadaptation des personnes déficientes et handicapées. Les équipes préparent le retour des personnes en milieu ordinaire et leur réinsertion. Une prise en charge ambulatoire est possible par l'hospitalisation de jour dont le plateau technique est identique à celui de l'hospitalisation complète ou de semaine et qui ne pose que le problème du transport. De même, la consultation en milieu institutionnel, spécialement celui d'origine, est une possibilité parfaitement intégrée à une vie en milieu ordinaire et permet d'assurer ainsi un suivi des personnes lorsque les possibilités n'existent pas en secteur libéral.

Il existe également des services d'hospitalisation à domicile émanant du secteur public ou de structures associatives. Leur répartition est inhomogène tant par la position géographique que par le nombre de lits. Le prix de journée est variable et ne prend pas en charge des soins identiques selon les régions. L'implantation de ces services est essentiellement urbaine. La capacité totale d'accueil ne représente pas 1% de l'ensemble des lits d'hospitalisation complète.

Le spécialiste libéral de médecine physique et de réadaptation peut intervenir au domicile d'un patient. Cette pratique, courante pour les paramédicaux, l'est beaucoup moins pour le médecin spécialiste. L'écueil majeur auquel sont confrontés les médecins en secteur libéral tient à un manque de moyens par absence de convention adaptée avec les caisses d'assurance maladie et l'absence de nomenclature des actes professionnels. La refonte de la nomenclature des actes professionnels est actuellement en cours au niveau national et intéresse tous les professionnels

de santé. Dans cette perspective, les structures représentatives de la médecine physique et de réadaptation ont engagé à différents niveaux des actions auprès des pouvoirs publics visant à permettre la mise en place des conditions propices à la coordination des soins en particulier par la création à la nomenclature d'un «acte de bilan et plan de soins en Médecine Physique et de Réadaptation».

Dans le cadre de la réorganisation du système de santé en France, un certain nombre de dispositions ont conduit, ces dix dernières années, à permettre de mieux identifier les secteurs d'activité des Services de Suite ou de Réadaptation (SSR) et ainsi de mieux répondre aux besoins des personnes déficientes et handicapées. Parmi ces dispositions, il faut citer l'élaboration des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), la mise en place d'une classification médico-économique (PMSI-SSR) et la révision de la nomenclature des actes professionnels. Les médecins de MPR y ont également participé en élaborant une «charte de qualité en Médecine Physique et de Réadaptation», des «critères de prise en charge en Médecine Physique et de Réadaptation» et un «référentiel de moyen pour les cabinets libéraux». Cependant, la prise en charge des maladies chroniques et du handicap ne bénéficie pas encore pleinement en France, en particulier dans le secteur libéral, de la nécessaire coordination des structures et des acteurs de soins qu'impose la pluridisciplinarité liée à ce type d'activité. Des perspectives existent à travers les actions menées par les structures nationales représentatives de la MPR en collaboration avec les associations de handicapés et auprès des pouvoirs publics. Leur aboutissement positif dans le sens d'une amélioration du service rendu à des populations fragilisées par le handicap et la maladie chronique, sera le fruit d'une volonté partagée et d'une action efficace de l'ensemble des acteurs.■

Pr. Jean Michel VITON

Président de la
Fédération Française des
Associations de formation
médicale continue en
Médecine Physique et de
Réadaptation (ASFORRED)



Dr. Francis LEMOINE

Secrétaire de la
Fédération Française
des Associations de
formation médicale
continue en Médecine
Physique et de
Réadaptation
(ASFORRED)



Compte-tenu de l'évolution des connaissances médicales et des pratiques professionnelles, l'acquis de la Formation initiale doit être enrichi tout au long de la vie d'un médecin.

Ce principe a été reconnu par l'UEMS en 1993. Il est à la base des notions de Formation Médicale Continue (FMC) et du Développement Professionnel Continu (DPC), la qualité des pratiques dépendant de la formation tout au long de la vie.

Les spécialistes français en Médecine Physique et de Réadaptation ont depuis longtemps manifesté leurs intérêts pour la FMC en créant il y a plus de 20 ans l'AS.FOR.RED, fédération des associations de formations continues de médecins spécialistes en MPR, avec pour objectif de faire bénéficier les personnes handicapées des connaissances nouvelles dans le domaine de la médecine du handicap. Pour cela, l'ASFORRED réunit l'ensemble des associations nationales, régionales et locales de FMC, créant un véritable tissu à l'échelle du territoire qui permet à chaque médecin de MPR d'accéder à une formation continue de qualité.

Au niveau Européen, l'UEMS définit le Développement Professionnel Continu comme les moyens éducatifs permettant aux médecins de mettre à jour, de développer et d'améliorer les connaissances, aptitudes et attitudes requises par leur activité professionnelle. L'objectif du DPC est d'améliorer tous les aspects de la performance professionnelle du médecin. Par conséquent, le DPC incorpore le concept de FMC, qui en général réfère uniquement à l'amélioration des connaissances et aptitudes des médecins.

Le DPC dépendra de chaque pays. Il existe néanmoins des possibilités de mobilité au niveau Européen : Europass qui fait reconnaître au niveau des pays d'Europe la possibilité de stages. L'Université de la Méditerranée soumet un projet dans le cadre Léonardo da Vinci dans le domaine de l'accréditation et de la qualité. La mesure Mobilité du programme Léonardo permet le « soutien à la mobilité transnationale des personnes en formation professionnelle et des responsables de formation ».

Pour la FMC il existe la volonté d'une organisation au niveau Européen. Elle repose sur la validation au moyen d'Eurocrédits de programmes de formation à l'échelon Européen.

Ces Eurocrédits permettront à un médecin spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation Français qui a participé à un congrès Européen de MPR dans un autre pays de l'union européenne, de faire valider des points au titre de sa formation médicale continue. Ces Eurocrédits permettront de la même façon à un Médecin de l'Union européenne venu participer à un congrès Français comme celui de la SOFMER de valider des points de FMC.

Le Conseil Européen pour l'Accréditation de la Formation Médicale Continue travaille à apporter des solutions qui répondront d'une part aux besoins des médecins Français qui souhaitent participer à des congrès au sein de l'Union Européenne, et d'autre part qui rendront plus attractifs nos congrès pour les médecins de l'Union Européenne.

La première étape est la labellisation des actions de FMC au niveau européen. La deuxième concernera l'harmonisation des critères d'attribution des points de FMC dans les différents pays qui adopteront le principe des Eurocrédits.

« La Formation médicale continue devrait être une obligation éthique sous le contrôle de la profession elle-même ».

Qualité de la FMC : L'assurance qualité en matière de la Formation Médicale Continue implique l'agrément des organismes formateurs, l'évaluation des programmes de formation, et la reconnaissance de la FMC pour les médecins qui suivent ces programmes.

Continuing medical education should be both an individual and also a collective obligation of the profession; in order to promote and make it effective, each member state must provide the means of making continuing medical education available to all physicians" (Resolution EU Advisory Committee on Medical Training, 1993).■

Le Médecin de Médecine Physique et de Réadaptation

Coordinateur du programme
de soins d'un réseau pluridisciplinaire
en Rééducation, Réadaptation et Réinsertion

Dr Patricia BLONDEL
Présidente de l'Association
Nationale des Médecins
Spécialistes en Rééducation
(ANMSR)



La Médecine Physique et Réadaptation, traitant des personnes en situation de handicap transitoire ou définitif, se situe à l'interface du champ sanitaire et social. La coordination et l'animation d'un réseau pluridisciplinaire de MPR est un aspect fondamental de la pratique du Médecin de Médecine Physique et Réadaptation guidant sa pratique au quotidien, quel que soit son mode d'exercice. Il exerce dans des lieux variés (hôpital, Centre, Secteur libéral, structure médico-sociale,...), avec pour objectifs : la prévention, la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. Il joue un rôle essentiel de coordinateur et d'animateur d'équipe dans cette activité de Réseau.

Il base son action sur des concepts précis :

Fidèle au concept global de Santé de l'OMS, il fonde son action sur une approche globale de la personne en situation de handicap, la positionnant en « acteur », intégrant au-delà des déficiences et incapacités, la composante environnementale (travail, sport, école,...) et la dimension subjective du handicap.

Il est le Véritable animateur du réseau pluridisciplinaire de M.P.R.

De la phase du bilan, jusqu'à la phase de Réadaptation, il utilise une méthodologie précise de travail en équipe. Il met en place et coordonne le programme de Rééducation et Réadaptation.

Il associe selon les temps kinésithérapeutes, infirmières, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, médecins de ville, médecins du travail, enseignants,....

Il est le garant de la bonne mise en œuvre du plan de Soins, dans le respect d'une démarche qualité.

Son champ d'intervention est très varié en fonction :

- des problématiques spécifiques des patients (blessés médullaires, patients cérébro-lésés, patients atteints de sclérose en plaques, incontinence, grands brûlés, troubles de l'équilibre,...)
- de son lieu d'intervention : réseaux de soins locaux-régionaux, articulant les structures d'amont (l'hôpital) avec les structures d'aval (domicile, ...).

Cette action de Coordinateur de Réseau commence à être reconnue par les pouvoirs publics...

Cette notion plus évidente dans les structures hospitalières et les Centres de Rééducation, est enfin reconnue dans le cadre de l'exercice libéral avec le projet de reconnaissance d'un acte spécialisé de bilan et plan de Soins en Médecine Physique et Réadaptation dans le cadre de la nouvelle nomenclature des Actes Médicaux.

Gageons que ce début de reconnaissance d'une pratique s'inscrivant dans une démarche qualité, contribue à répondre aux besoins de Santé de notre population, confrontée de plus en plus à la question du handicap.■



Dr Daniel DÉPARCY
Président du Groupe
des Médecins Rééducateurs
des Hôpitaux Publics
(GMRHP)

Les procédures de prise en charge du handicap en Médecine Physique et de Réadaptation :

Rééducation-Réadaptation-Réinsertion

Quelles sont les procédures utilisées en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) pour réduire le handicap ?

Comme le mentionne le Pr Claude Hamonet, un nouveau concept s'est progressivement imposé, il définit le handicap comme étant une confrontation entre les aptitudes d'une personne et les situations qu'elle rencontre dans la vie : "macro-situations", comme le travail ou la scolarisation, ou "micro-situations" telles que couper sa viande ou utiliser le clavier d'un ordinateur. Les situations handicapantes ne sont pas que structurelles et matérielles, elles sont aussi (et surtout) culturelles. Bien des rejets sont le fait des "autres" et de leurs préjugés. Le handicap c'est aussi le sentiment perçu, via la subjectivité. Ce dernier aspect représente, pour la personne, sa façon de percevoir les différences de son corps, ses limitations fonctionnelles, les situations de handicap qu'elle rencontre mais aussi les circonstances de son entrée dans le handicap (la personne handicapée est souvent une victime) sa perception de la réadaptation et de sa participation à la vie sociale. Ainsi la compensation du handicap ne doit pas se limiter aux situations, elle concerne aussi la personne, de façon individualisée, dans la plus grand respect de son identité. Le résultat visé est complexe. Avant tout c'est éviter le passage de l'exclusion à la marginalité. Qu'elle soit la conséquence de la violence ou de la maladie, la perte de la Santé conduit à la soustraction du regard des autres, via le cloisonnement dans les structures sanitaires et secondairement sociales. Le développement de la notion de solidarité nationale et d'entraide mutuelle a permis un ensemble de dispositions qui figure dans la loi du 30 juin 1975. Elles visent à protéger la personne handicapée, à lui assurer un minimum de ressources et à lui reconnaître un statut social spécifique. Cette démarche, en l'absence de définition du handicap, a produit un effet de stigmatisation avec son corollaire : la marginalisation. Pour limiter cet écueil, la nouvelle loi a prévu des dispositions d'accompagnement. L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et dans le souci de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux. Sous réserve des pouvoirs confiés à l'autorité judiciaire, les interventions auxquelles elle donne lieu sont précédées de la recherche du consentement éclairé des personnes auxquelles elle s'adresse. Dans les limites compatibles avec les dispositions législatives en vigueur, celles-ci bénéficient d'une information sur la nature et l'étendue de leurs droits ainsi que sur les prestations disponibles, du libre choix entre ces prestations, et d'un libre accès à tout document relatif à leur prise en charge.

Les médecins et leurs équipes auront pris la mesure des lésions produites par l'affection, des déficiences induites et des incapacités résultantes. Ils proposeront de prendre les dispositions utiles à leur éradication, leur atténuation au minimum des séquelles possible. Ce sont les démarches de rééducation puis de réadaptation, entreprises en établissements à partir de procédures codifiées. Les prestations délivrées par les établissements sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret. La réinsertion au domicile, dans la famille, mais aussi dans la vie sociale et professionnelle est un autre challenge. Sa mise en oeuvre s'efforcera de régler le statut financier relatif à l'arrêt de travail, à l'invalidité, la demande d'exonération du ticket modérateur, en fonction de la nature des soins reçus. Ultérieurement, elle aidera à formuler les demandes auprès de la C.A.F. pour l'allocation logement et l'A.A.H., auprès du Centre Communal d'Action Sociale de la mairie et du secrétariat de la C.O.T.O.R.E.P. pour toutes les allocations spécifiques et la détermination du handicap. Les outils de ce projet ne peuvent conduire à la réussite qu'en instaurant une réelle coordination entre décideurs et acteurs, et en organisant de façon plus transparente leurs relations. Garantir les droits des usagers et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale passe par l'instauration de procédures de pilotage du dispositif, rénovant le lien entre la planification, la programmation, l'allocation des ressources, l'évaluation et la coordination. Favoriser la réalisation des orientations des schémas sanitaires et sociaux passe par la signature de contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements invités à des actions de coopération complémentaire garantissant la continuité des prises en charge lors des transferts et le décloisonnement entre secteurs sanitaire et social. Au delà, pour assister le retour au domicile des personnes handicapées existent les services d'auxiliaires de vie, les services de soins infirmiers à domicile, les réseaux de soins, les expérimentations faites par différents acteurs locaux et partenaires (DDASS, conseil général, associations, organismes de protection sociale...). Cette diversification des prises en charge est l'une des conditions qui permet de rendre effective la liberté de choix des personnes handicapées : il est impératif qu'elle soit recherchée avec des mesures d'accompagnement prolongées dans le temps par des actions éducatives, médico-éducatives, thérapeutiques, pédagogiques et de suivi médical spécialisé limitant aggravation et surcoût. ■



Apport des nouvelles technologies dans l'évolution des procédures de Médecine Physique et de Réadaptation

Les nouvelles technologies, essentiellement liées au développement des techniques de l'information, à la miniaturisation des motorisations et des sources d'énergie, n'auraient rien apporté de concret si l'état d'esprit de notre spécialité n'avait profondément évolué. Au savoir d'école (ou du maître-gourou) a succédé un savoir critique acquis et partagé, reposant sur la preuve. Cette évolution peut paraître réductrice, limitant le champ de l'initiative individuelle, tant le chemin est désormais long de l'idée fondatrice à la réalisation concrète et surtout à la preuve irrefutable du bien fondé de la technologie proposée.

Cette évolution nous a permis des progrès considérables dont nous n'avons pas la pleine conscience, tant ces technologies sont peu à peu entrées dans notre quotidien.

La valeur de la preuve a été rendue possible par une maîtrise de l'évaluation. La mesure de la force musculaire par dynamomètre isocinétique autorise une approche plus objective de la relation force/angle de mobilité, support de la motricité ; elle a contribué à modifier notre approche de la rééducation d'articulations comme le genou, l'épaule et le coude, le rachis. La posture et le mouvement sont désormais accessibles à des systèmes rustiques mais fiables comme le locomètre, ou plus sophistiqués (donc plus coûteux) comme les systèmes optoélectroniques d'analyse du mouvement. L'Equitest a fait significativement progresser notre compréhension des mécanismes de compensation posturaux. L'analyse de l'adaptation cardio-vasculaire à l'effort permet la mesure en temps réel de paramètres cardiaques, ventilatoires avec mesure des échanges gazeux, de l'adaptation vasculaire périphérique et de l'oxygénation tissulaire ; la prise en charge du déficient cardiovasculaire en a directement bénéficié. Enfin, les nouvelles techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle (PET scan, IRMf), analysant lors d'une tâche motrice ou intellectuelle quelles régions du cerveau travaillent, conduisent à proposer des stratégies de rééducation jusque là ignorées.

Concernant l'usage de ces technologies dans l'acte thérapeutique, les retombées directes sont moins visibles ; c'est plus dans la recherche et la validation de techniques faisant encore appel à la main du thérapeute que l'on doit souligner l'apport de ces techniques d'évaluation. En matière de rééducation neurologique, le réentraînement de la marche par suspension incomplète (gait trainer) est une technique en cours de validation. Chez le paraplégique, les techniques de stimulation externes ont donné des résultats intéressants pour la verticalisation mais non la marche. Les stimulations implantées des paraplégiques remplissent plus les pages des journaux à sensation que des revues scientifiques.

En matière de Réadaptation, les grands handicapés ont bénéficiés largement depuis vingt ans des progrès de la robotique en matière de contrôle d'environnement, d'aide au déplacement ou d'aide à la communication. Ces techniques ont apporté des gains d'autonomie considérables mais ont souligné plus encore le caractère indispensable de la tierce personne.

Au total les progrès technologiques ont valorisé et valoriseront le travail de l'équipe de MPR, en modifiant notre façon de travailler et en faisant évoluer nos techniques de soin. Nombre de techniques d'évaluation nous apprennent à voir et au delà à comprendre. Cependant, lorsque le médecin de MPR est face à face avec le patient, ces techniques s'effacent, la qualité de la relation avec lui, sa capacité à saisir ses attentes et à proposer les solutions adaptés à lui et à lui seul demeurent et demeureront des qualités indispensables dans son exercice professionnel. ■

Dr. Pascal CHARPENTIER
Président du Syndicat
des médecins salariés



La réinsertion professionnelle de la personne handicapée est une préoccupation constante du médecin de MPR. Si cette réinsertion est inscrite dans la loi de 1975, son application est souvent difficile.

Le parcours de la personne handicapée qui souhaite et qui a les capacités de reprendre une activité professionnelle est parsemé d'embûches. Dès l'annonce de son handicap le médecin de MPR oriente sa prise en charge en rééducation/réadaptation vers le maximum d'autonomie. Il s'inscrit dans les schémas conceptuels de WOOD et de la dernière classification du HANDICAP de l'OMS.

Il recherchera lorsque ces déficiences ne sont pas récupérables à les compenser par des orthèses ou des prothèses. De même qu'il prévoira de compenser par des aides techniques les fonctions perdues et préconisera des aménagements de son environnement social et professionnel pour permettre à la personne handicapée de participer pleinement à sa vie en société. C'est d'ailleurs un message fort de la nouvelle classification du HANDICAP de l'OMS(CIF) qui met l'accent plus sur les facteurs environnementaux. D'une approche strictement médicale du handicap, on est passé à une conception sociale incluant une prise en compte des droits et des besoins des personnes handicapées.

Dans la pratique deux situations sont à envisager dans lesquelles le médecin de MPR peut intervenir.

- La personne handicapée est reconnue travailleur handicapé. La COTOREP oriente vers un emploi ou une formation professionnelle et y associe éventuellement des aides financières.
- La personne handicapée n'est pas reconnue comme travailleur handicapé soit parce que la personne handicapée est trop légèrement atteinte soit qu'elle ne souhaite pas être reconnue travailleur handicapé.

La reconnaissance de travailleur handicapé peut être soutenue par le médecin de MPR qui effectue un bilan des capacités restantes de la personne handicapée. Le comité technique de la COTOREP comprenant un médecin de main d'œuvre ou un médecin du travail orientera selon les éléments d'expertise que le médecin de MPR ou tous autres médecins auront fournis. Il déterminera la catégorie A =handicap léger, B=handicap modéré, C=handicap grave. Elle oriente par ailleurs le travailleur handicapé

- Soit vers un **placement en milieu ordinaire de travail**. C'est alors l'ANPE qui est chargé du placement et l'équipe technique de préparation et de suite au reclassement (EPSR),

l'AGEFIPH peut intervenir pour l'aménagement du poste de travail. Il faut savoir que le candidat à l'emploi peut faire l'objet d'un refus d'embauche de l'employeur en raison de son état de santé ou de son handicap. Seul le médecin du travail peut se prononcer sur l'aptitude au travail lors de l'examen d'embauche.

Ce placement peut se faire directement soit après une évaluation auprès d'un centre de pré-orientation, soit après une formation dans un centre de rééducation professionnelle ou en apprentissage ou en contrat de rééducation chez l'employeur

- Soit un placement **en milieu protégé** : Atelier protégé ou CAT

Mais il existe d'autres voies qui ont pu être mises en place.

- **Le DRSP** département de réinsertion professionnelle qui permet à des personnes encore en milieu hospitalier de reprendre des activités pré-professionnelles, de se réhabituer à une cadence et un geste professionnel. Ces structures se trouvent essentiellement dans certain grand centre de MPR.
- **Les UEROS** Unités d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle pour TRAUMATISÉS CRANIENS (circulaire du 4 juillet 1996). Ces structures sont destinées pour les personnes cérébrolésées, orientées par la COTOREP, à reconstruire leur identité et à reprendre leurs marques dans leur environnement social, professionnel ou de formation. Ces structures sont le plus souvent rattachées à un centre de MPR associé à un CRP.
- **Le programme COMETE** est le pendant des UEROS pour les blessés médullaires.
- Pour faciliter l'accès aux solutions de compensation (matériel, aides-techniques, aménagement des lieux de vie) pour toute personne en situation de handicap, quelle que soit sa pathologie ou son âge des structures de coordination « **site de la vie autonome** » ont été mises en place depuis 2000 dans chaque département, ce dispositif est financé par le Ministère des Affaires Sociales. Des équipes de MPR assurent l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap, préconisent les moyens à mettre en œuvre et élaborent le plan de financement prévisionnel.

Ainsi le médecin de MPR est partenaire indispensable non exclusif pour l'évaluation des besoins de la personne handicapée tant sur ces capacités restantes lui permettant d'accéder à un emploi que sur les aménagements nécessaires pour accéder à l'emploi ■

Comité Directeur du Syfmer



Président : Dr Bertrand Morineaux

71, avenue Foch • 54000 NANCY
 ☎ 06.11.10.51.52 • 📠 03.83.28.80.34
 b.morineaux@wanadoo.fr



Vice-président : Dr J.-C. Gourrheux

76, avenue du Prado • 13006 MARSEILLE
 ☎ 04.91.37.53.28 • 📠 04.91.78.54.74
 jean-claude.gourrheux@wanadoo.fr



Vice-président : Dr Francis Le Moine

Centre Hélios Marin • 06220 VALLAURIS
 ☎ 04.92.95.30.00 • 📠 04.93.64.64.49
 chm.lemoine@wanadoo.fr



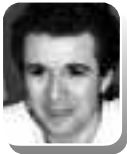
Secrétaire général : Dr Xavier Etchecopar

Résidence Toulouse-Lautrec • Bd Léon Blum • 33210 LANGON
 ☎ 05.56.62.21.83 • 📠 05.56.76.83.17
 xetchecopar@wanadoo.fr



Secrétaire adjoint : Dr Pierre Bénézet

344, boulevard Michelet - BP 84 • 13406 MARSEILLE
 ☎ 04 96 20 39 24 • 📠 04 96 20 39 29
 pbenezet@ugecampacac.com



Trésorier : Dr Bertrand Rousseau

18 bis, rue Fouré • 44000 NANTES
 ☎ 02.40.89.51.50 • 📠 02.40.48.27.77
 bertrand.rousseau@santesurf.com



Trésorier-adjoint : Dr Dominique Chomard

Centre Méd. La Fontaine au Bac • 53170 LE BIGNON DU MAINE
 ☎ 02.43.91.58.04 • 📠 02.43.91.59.07
 dchomard@club-internet.fr

Le comité directeur du Syfmer a été élu en assemblée générale le 15 septembre 2001
 Son mandat est de deux ans.

Membres du bureau :

Pr Alain Delarque

CHU la Timone - 13005 Marseille
 ☎ 04 91 38 56 08 📠 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

CMC Volney • BP 1118 • 35014 RENNES CEDEX
 ☎ 02.99.28.17.00 • 📠 02.99.28.17.08
 georges.dekorvin@uni-medicine.fr

Présidents honoraires :

Pr André Bardot,

17 A, bd de l'Avenir - 13012 Marseille
 ☎ 04 91 42 65 06 - 04 91 93 08 32
 📠 04 91 42 53 68

Dr Antoine Macouin,

60, rue St Placide - 75006 Paris
 ☎ 01 45 44 89 01 - 01 45 44 89 02
 📠 01 42 84 32 87

Dr Jean Delprat

4, chemin Notre Dame des Côteaux
 31320 Vieille Toulouse
 ☎ 05 61 73 47 71

Organigramme du Syfmer

■ Relations avec les Tutelles :

Dr Bertrand Morineaux

■ Communication :

Dr Georges de Korvin

■ Bulletin (rédacteur en chef) :

Dr Pierre Jean Bénézet

■ Gestion :

Dr Bertrand Rousseau

■ Relations avec les annonceurs :

Dr Xavier Etchecopar

■ Annuaire et démographie :

Dr Dominique Chomard

■ Défense des salariés :

Dr Francis Le Moine

■ Défense individuelle

des libéraux : Dr Xavier Etchecopar

et Dr Pierre Réquier

■ Représentation à l'Umespe :

Dr Xavier Etchecopar

et Dr Jacques Vasseau

■ Nomenclature :

Dr Bertrand Morineaux

et Dr Georges de Korvin

■ Pmsi :

Dr Bertrand Morineaux

et Dr Dominique Chomard

■ Lutte contre les illégaux :

Dr Pierre Réquier.

■ Radiologie :

Dr Bertrand Rousseau

et Dr Pierre Réquier.

■ Qualité et accréditation en mpr :

Dr Pierre Bénézet

et Dr Francis Le Moine.

■ Référentiel libéral :

Dr Bertrand Morineaux

et Dr Georges de Korvin

■ Commission

des professions paramédicales -

kinésithérapeutes :

Dr Francis Le Moine.

■ Commission des professions

paramédicales - ergothérapeutes :

Pr Lucien Simon.

■ Fmc, Asforred et Aforspe :

Dr Francis Le Moine

et Dr Jacques Carzon.

■ Représentation Umespe

Ile-de-France : Dr Jacques Carzon.

■ Chronique juridique :

Dr Jean Delprat

■ Représentation européenne

(Uems et Board) :

Dr Antoine Macouin

et Pr Alain Delarque.

■ Relations avec les chirurgiens :

Dr Gérard Taussig

Présidents des structures associées :

■ Collège des enseignants universitaires

de mpr : Pr Jean-Marie André

■ SOFMER : Pr Michel Périot

■ ANMSR : Dr Patricia Blondel

■ ASFORRED : Pr Jean-Michel Viton

■ GMRHP : Dr Daniel Deparcy

■ Synd. Nat. Méd. Sal. CGC :

Dr Pascal Charpentier

■ Entretien de Mpr de Montpellier :

Pr Lucien Simon

■ GMR AP-HP : Pr Michel Perrigot

■ AMRHB : Dr Luc Cavé

Correspondants étrangers :

■ Pr Yves Boulanger :

Institut de Réadaptation de Montréal

■ Dr Guy Wanet : Société Royale Belge de mpr

■ Dr Alessandro Giustini : Syndicat italien de mpr

Consultant officiel pour la refonte de la Nomenclature :

■ Pr Jacques Pélissier

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

Directeur de la Publication :
Dr Bertrand Morineaux - Président.

Rédacteur en chef :
Dr Pierre Jean Benezet
344, boulevard Michelet
BP 84
13406 Marseille cedex 09

**Comité de rédaction
et de lecture :**
Francis Le Moine - Bertrand Morineaux
Georges de Korvin - Bertrand Rousseau
Xavier Etchécopar - Jacques Vasseur
Dominique Chomard - Daniel Deparcy

Siège social :
79, rue de Tocqueville
75017 PARIS

Composition, impression :
TECHNI MÉDIA SERVICES
85602 Montaigu cedex

Parution : 3 numéros/an

Cotisation annuelle

Dépôt légal à parution :
Février 2003

N° d'ISSN : en cours.