

Charte des unités de MPR Libérales

I. Les compétences et les ressources actuelles

A. Deux approches pour une même spécialité

En 1995, la spécialité de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles a adopté la *dénomination internationale de Médecine Physique et de Réadaptation*. Ce titre reflète les deux approches développées par notre discipline au cours de son histoire et qui tendent actuellement à se rejoindre en une culture commune de la prise en charge globale du patient dans son environnement.

1. La médecine physique

La médecine physique a su codifier un certain nombre de pratiques empiriques qui s'adressaient au départ à la pathologie ostéo-articulaire mécanique. Cette rationalisation a adopté la démarche médicale hippocratique, fondée sur la recherche de fondements anatomiques et biomécaniques, l'observation clinique et l'évaluation scientifique objective. Elle se distingue ainsi résolument et sans ambiguïté des « paramédecines » telles que l'étiopathie, la chiropraxie et autres thérapies dites douces.

Comme l'a souligné le Pr Michel PERRIGOT, cette démarche particulière de la Médecine physique a été reproduite dans tous les domaines où les moyens manuels et physiques, la pédagogie, l'entraînement, permettent aux patients d'améliorer leur état physique et fonctionnel ou de pallier leurs déficiences : orthopédie médicale, médecine et traumatologie sportive, rééducation respiratoire, cardiaque, vasculaire, rééducation des dysfonctionnements pelvisphinctériens, rééducation des troubles cognitifs, etc...

2. La médecine de réadaptation

Son objectif est la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle de la personne malade ou handicapée au travers d'une prise en charge globale intégrant les conditions environnementales. Sa démarche se réfère au modèle de WOOD (voir première partie) et s'inscrit dans l'esprit de la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975. Comme l'a explicité le Pr André BARDOT, le spécialiste en MPR est appelé à assurer des *tâches médicales*, mais aussi des *tâches médico-sociales* en vue de la réinsertion de la personne handicapée.

B. La formation

La médecine physique et de réadaptation a été reconnue comme spécialité médicale par le décret du 7 mai 1973 relatif à la qualification des médecins spécialistes. En 1984 le CES de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles a été remplacé par un DES couplée à la filière unique de l'Internat. Le 19 juillet 1991 a été créé l'European Board of Physical Medicine and Rehabilitation, reconnu dans 18 pays de la Communauté européenne. L'arrêté du 9 mai 1995 a officialisé le changement de dénomination de la spécialité de « rééducation et réadaptation fonctionnelle », remplacée par les termes de « médecine physique et de réadaptation » en conformité avec la terminologie européenne et internationale.

La durée des études de MPR est de quatre ans (après le deuxième cycle des études de médecine) et devrait bientôt passer à cinq ans pour être en conformité avec la charte de l'UEMS pour la formation des médecins spécialistes dans la CEE. Le Board européen a une validité de deux ans. Son renouvellement est assujéti à la poursuite d'une formation continue régulière et authentifiée.

En 1995, on comptait en France environ 2.000 médecins physiques et de réadaptation, dont 600 titulaires de l'European Board of Physical Medicine and Rehabilitation. Un peu plus de 700 spécialistes MPR exerçaient dans le secteur libéral.

C. Les orientations actuelles

Il n'y a pas actuellement de modèle standardisé d'exercice de la Médecine Physique et de Réadaptation en milieu libéral. Au contraire, l'histoire particulière de notre discipline, les contraintes dues à l'absence de cadre réglementaire et de nomenclature adaptés, les contextes régionaux différents, l'imagination et le dynamisme créatif des médecins physiques et de réadaptation, expliquent une grande variété dans les orientations, les modes et les conditions d'exercice.

En 1996, le SYFMER a réalisé une enquête nationale sur les orientations et les modes d'exercices en

médecine physique et de réadaptation. Nous avons recueilli 500 réponses, dont 239 de médecins libéraux. Les chiffres indiqués ci-dessous se rapportent aux réponses des libéraux.

1. L'appareil locomoteur (orthopédie-traumatologie)

85% des MPR libéraux ont une activité orientée vers l'appareil locomoteur. Ceci recouvre diverses formes de recrutement et de services offerts aux patients :

- Thérapeutiques manuelles (manipulations) : 69%.
- Consultation d'orthopédie médicale : 71%.
- Médecine et traumatologie sportive : 72%.
- Radiologie osseuse : 17%.
- Gestes invasifs : 6%.
- Appareillage orthopédique : 35%..
- Kinésithérapie : 49%.

2. Autres orientations

- Rééducation neurologique et neuro-orthopédique : 36%.
- Explorations neurophysiologiques : 17%. 1% réalisent le monitoring per-opératoire des potentiels évoqués lors de la chirurgie rachidienne (scolioses).
- Urodynamique et rééducation vésico-sphinctérienne : 21%.
- Rééducation pneumologique : 9%.
- Rééducation cardio-vasculaire : 5%.
- Gériatrie : 10%.
- Expertises : 27%.

D. Les orientations qui pourraient être développées

1. Fonctions cognitives et troubles neuro-psychologiques :

La prise en charge des traumatisés crâniens, des hémiplésiques, des IMOC, a conduit les médecins physiques à se consacrer à la rééducation des fonctions supérieures : aphasie, troubles de la mémoire, troubles praxiques...

2. Prises en charge complexes

L'organisation « transversale » de la Médecine physique et de réadaptation la place au centre de la prise en charge de patients souffrant de déficiences complexes : IMC, myopathies, polytraumatisés... La spécialité apporte également une approche utile pour les patients atteints de maladies rhumatismales (polyarthrites), neurologiques (hémiplésies, polynévrites, sclérose en plaques...), ainsi que pour les personnes âgées qui représentent une population à haut risque de perte d'autonomie.

3. Réadaptation et expertise médico-sociale

Rompus à l'évaluation fonctionnelle, les médecins physiques et de réadaptation sont naturellement appelés à pratiquer l'expertise médico-sociale.

Les techniques modernes d'évaluation fonctionnelle quantifiée et reproductible donneront un poids grandissant à l'avis des spécialistes en Médecine physique et de réadaptation et permettront de renforcer le dialogue avec les autres acteurs dans l'optique d'une **réinsertion sociale et professionnelle plus précoce et plus efficace**.

E. Les conditions et modes d'exercice

Selon notre enquête, 40% des MPR ont un exercice isolé en ville. 34% sont associés à d'autres médecins. 29% exercent avec des kinésithérapeutes. 16% ont une activité en clinique ou centre de rééducation privé.

1. L'exercice isolé en cabinet de ville

Les médecins physiques exerçant en cabinet de ville ont généralement adopté une orientation spécifique : appareil locomoteur (thérapeutiques manuelles, médecine du sport...), urodynamique et rééducation vésico-

sphinctérienne, expertises... Dans la première catégorie, beaucoup de cabinets sont équipés d'un matériel de radiologie ostéo-articulaire.

D'autre part, même s'ils ne disposent pas directement d'un plateau technique de kinésithérapie, les médecins physiques jouent un rôle qualitativement important dans la prescription et le contrôle des soins paramédicaux de rééducation.

2. Les centres de réadaptations libéraux

Dans de nombreuses villes, les médecins physiques se sont entourés de kinésithérapeutes salariés ou participant à une SCM commune, et ont créé de véritables centres ambulatoires libéraux de réadaptation, souvent dotés d'un équipement très complet tant sur le plan diagnostique (radiologie, EMG, urodynamique...) que thérapeutique (physiothérapie, kinésithérapie, appareils de renforcement musculaire isocinétique, balnéothérapie...).

3. L'exercice en clinique

S'inspirant de modèles hospitaliers qui ont assuré leur formation, certains médecins physiques ont choisi d'exercer dans l'environnement polydisciplinaire d'une clinique médico-chirurgicale. Bénéficiant de la proximité des différents plateaux techniques (radiologie, chirurgie), les médecins physiques peuvent y intervenir dès le stade primaire de la prise en charge des patients.

L'intervention des médecins physiques s'exprime en particulier par :

- la prise en charge améliorée de la « petite traumatologie » non chirurgicale, sur le modèle de la traumatologie sportive,
- l'organisation de consultations médico-techniques d'appareillage,
- le développement de l'orthopédie médicale en milieu ambulatoire (traitement des cyphoses, scolioses, ostéochondrites...),
- la pratique de gestes micro-invasifs : infiltrations sous radioscopie, arthroscopie...

L'intervention du médecin physique a généralement pour effet d'optimiser la prise en charge thérapeutique et de réduire la durée d'hospitalisation, par une meilleure organisation des soins et une meilleure coordination entre les acteurs.

II. Répondre à quels besoins ?

A. Vocation spécifique de la MPR libérale

La médecine physique et de réadaptation libérale a vocation d'assurer **des prises en charges ambulatoires** en offrant des qualités de **souplesse** et de **proximité**.

Elle participe naturellement au réseau de soins libéral, incluant les cliniques médico-chirurgicales privées où elle a un rôle particulier à jouer. Mais elle doit aussi être un maillon essentiel de la relation ville-hôpital et peut certainement contribuer au raccourcissement des durées de séjour tout en garantissant la continuité et la qualité des soins.

B. La place de la MPR libérale dans la filière des soins

1. A l'extrémité de la filière des soins

Traditionnellement, la médecine physique et de réadaptation se place à la fin de la filière des soins, après l'intervention des spécialités « d'appareil », médecine ou chirurgie.

- elle a permis *d'optimiser certaines techniques* (par ex.: chirurgie de la main),
- elle a permis d'accélérer des *prises en charge précoces* : réveil des traumatisés crâniens,
- elle contribue au *désencombrement des lits hospitaliers*, en développant l'autonomie des patients et en recherchant les moyens d'un retour au domicile.

2. Mais aussi à l'entrée de la filière des soins

L'expérience acquise dans notre discipline lui donne également une nouvelle place **dès l'entrée** de la chaîne des soins :

- la priorité donnée à l'examen clinique, l'utilisation à bon escient des thérapeutiques manuelles et autres traitements non médicamenteux, permettent d'identifier et de résoudre rapidement un certain nombre de problèmes ne justifiant pas des explorations lourdes.
- mais à un degré de plus, l'évaluation fonctionnelle, complément indispensable du diagnostic pathologique, permet de **mieux préciser les objectifs de la prise en charge médicale** qui sera ainsi modulée en fonction des besoins réels du patient, et non de processus automatiques.
- Enfin, la discipline intervient en aval immédiat de la déficience par **une prise en charge préventive** des déficiences secondaires prévisibles (métaboliques, cutanées, viscérales, sensorielles, neuropsychologiques, etc... (« rééducation préventive » du Pr J.M. André).

3. Au milieu du réseau d'intervenants médicaux et paramédicaux

Le médecin physique et de réadaptation doit donc pouvoir développer son rôle de coordinateur ou de référent. Par rapport au médecin généraliste, la complémentarité doit découler d'une compétence méthodologique et de moyens techniques et humains particuliers, représentés par les plateaux médico-techniques de réadaptation.

C. Les relations avec les autres professionnels de santé

1. Avec les autres spécialités médicales

Discipline transversale, la Médecine physique et de réadaptation se trouve confrontée à de nombreuses spécialités médicales ou chirurgicales. Selon le contexte historique local, les démarches ont pu se rejoindre, les exercices se ressembler, parfois dans un esprit de concurrence, le plus souvent dans la complémentarité et la synergie.

- **Disciplines chirurgicales** : beaucoup de stratégies chirurgicales ne se conçoivent plus sans une intervention précoce, voire préalable du médecin physique : chirurgie de la scoliose, chirurgie de la main...
- **Rhumatologues** : longtemps inscrites sous le signe de la polémique, les relations entre rhumatologues et médecins physiques se sont apaisées. De plus en plus, les spécialistes des deux disciplines s'associent au sein d'une même structure à laquelle ils apportent leurs compétences respectives.
- **Gériatres** : avec les gériatres, les médecins de réadaptation partagent une complémentarité d'approche de la personne âgée et de son risque de dépendance fonctionnelle.

2. Avec les médecins généralistes

Si le principe du libre accès au spécialiste ne mérite pas d'être remis en cause, il reste à développer davantage les relations de complémentarité entre médecins généralistes et spécialistes en médecine physique et de réadaptation. L'insuffisance actuelle de cette relation tient au fait que notre spécialité est restée jusqu'en 1995 absente du cursus d'enseignement obligatoire des premiers et deuxième cycles des études médicales.

Les spécialistes libéraux de MPR ont à offrir une compétence, un mode d'organisation et des plateaux techniques dont les médecins généralistes ne pourront jamais disposer.

3. Avec les professions paramédicales

Le haut niveau de prestation offert par les centres et services hospitaliers de rééducation a démontré la supériorité du travail en équipe encadré par un médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation. Nous souhaitons que ce modèle puisse être plus facilement transposable en milieu libéral, dans le cadre de plateaux techniques communs ou de réseaux de qualité.

Ceci concerne les kinésithérapeutes, mais également les orthoprothésistes, les ergothérapeutes et autres professionnels paramédicaux.

*Par contre, nous sommes résolument hostiles à toute forme d'auto-prescription par les kinésithérapeutes, le **diagnostic médical** devant rester la référence incontournable de toute prescription d'actes de réadaptation*

III. Définition des moyens

Le développement, longtemps contrarié, de la médecine physique et de réadaptation en milieu libéral passe

obligatoirement par la définition d'un **cadre réglementaire et financier** adapté aux spécificités et à la diversité de son exercice.

A. Moyens matériels et humains

Notre enquête de 1996 a montré une **grande diversité** des conditions d'exercice de la médecine physique et de réadaptation dans le secteur libéral. La surface des cabinets varie de 30 à plus de 400 m². Le nombre d'employés varie de 0 à 15... Il serait donc illusoire de vouloir normaliser les moyens matériels et humains, ce qui ferait d'ailleurs perdre au secteur libéral sa qualité première qui est la **souplesse d'adaptation aux besoins**.

Nous pouvons néanmoins donner une liste de critères d'équipement susceptible d'être secondairement utilisée pour bâtir une **grille d'accréditation en fonction des objectifs de soins**.

1. Accessibilité des locaux

Les spécialistes en médecine physique et de réadaptation se doivent de porter une attention particulière à l'accessibilité de leurs locaux. On peut définir quatre niveaux d'accessibilité :

- Niveau 0 : existence de marches ou de seuils à franchir
- Niveau 1 : accessibilité en fauteuil roulant. Pas de seuil supérieur à 10 cm, portes de 80 cm de large au moins, couloirs de plus d'un mètre de large. WC accessibles à proximité.
- Niveau 2 : accessibilité en brancard. Passage pour ambulances et zone de déchargement. Portes de plus d'un mètre de large. Couloirs ou zone d'attente permettant le stationnement d'au moins un brancard
- Niveau 3 : accessibilité en lit pour les patients hospitalisés en clinique.

2. Secrétariat

Le secrétariat est un outil majeur pour la gestion des informations administratives et médicales ainsi que pour la communication entre les acteurs. Il peut représenter 40% des charges de fonctionnement d'un cabinet de MPR. Les moyens comprennent :

- un local assez vaste, permettant une certaine confidentialité des entretiens avec les patients ; une place suffisante pour le matériel et pour l'archivage,
- un équipement bureautique complet et un progiciel adapté à la MPR,
- une (ou des) secrétaire(s) médicale(s) formée à l'utilisation des outils bureautiques et capable d'assister les patients dans leurs démarches administratives.

3. Consultation

Les locaux de consultation peuvent être divisés pour permettre une meilleure gestion des temps d'attente (habillage, déshabillage, délais techniques...) sans nuire au confort du patient. Une communication directe avec certains locaux techniques (par exemple salle de moulage) peut être très utile.

4. Explorations

Les équipements d'exploration dépendent de l'orientation du cabinet : radiologie, échographie, électromyographie, chaîne d'exploration urodynamique, laboratoire d'analyse de la marche, appareils d'isocinétisme, etc... La liste ne saurait être exhaustive car elle est susceptible d'évoluer rapidement avec les progrès de la discipline.

Ces équipements d'exploration, comme ceux décrits aux paragraphes suivants, peuvent :

- être intégrés au cabinet, directement possédés ou loués par le médecin MPR, une société civile professionnelle, une société d'exercice libéral ou toute autre structure juridique apparentée,
- être partagés avec d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux dans le cadre d'une même structure juridique (société civile de moyens par exemple),
- être partie distincte du cabinet, mais immédiatement accessibles du fait de leur proximité : par exemple au sein d'une clinique ou d'un centre de consultation pluridisciplinaire.

5. Rééducation

L'unité ambulatoire de médecine physique et de réadaptation devrait pouvoir se constituer, en fonction de

son orientation et de son contexte d'exercice, à partir des modules suivants :

- Kinésithérapie : salles de massages, box de physiothérapie, salles de rééducation avec appareils de mécanothérapie (éventuellement isocinétisme), matériel de rééducation proprioceptive, piste de marche, table de Bobath...
- Ergothérapie : salle de rééducation de la main, simulateur de logement ou de poste de travail, lieu d'essai et d'adaptation des aides techniques...
- Balnéothérapie : bassin ou piscine de rééducation, dispositif de traction vertébrale en piscine, bains bouillonnants...

6. Appareillage

L'équipement doit permettre :

- la réalisation immédiate d'appareillage médical d'application directe,
- l'organisation d'une consultation médico-technique avec prise de moulages, application et retouches des orthèses et prothèses ; la phase de fabrication proprement dite ayant lieu dans un atelier spécialisé extérieur.

Il est donc nécessaire de disposer au minimum d'un atelier spécifique doté d'un équipement de base: pistolet à air chaud, scie sauteuse, touret à meuler, établi et outillage courant, zone de moulage avec évier, barres murales, cadre de suspension...

7. Pédagogie

Pour permettre le développement d'une activité pédagogique à visée préventive, il conviendra de prévoir un lieu d'enseignement (salle éventuellement louée ou partagée avec d'autres utilisateurs), un matériel audiovisuel et dans certains cas, des ateliers de simulation.

B. Différents modes d'organisation médico-technique

Contrairement au secteur institutionnel où tous les acteurs de l'équipe, y compris le médecin, sont salariés d'un établissement, le secteur libéral doit rester ouvert à plusieurs modes d'organisation. Le choix se fera en fonction du contexte local, des possibilités financières et de la motivation des différents acteurs.

1. L'équipe salariée par le médecin

Le médecin (ou l'association médicale) est le seul responsable de la gestion de l'entreprise que représente l'unité ambulatoire de médecine physique et de réadaptation : il est à la fois utilisateur, investisseur et employeur. Cette formule a l'avantage d'une certaine clarté, mais représente aussi de sérieux inconvénients : investissements lourds et prise de risque importante, que les jeunes médecins ont de plus en plus de difficultés à assumer.

2. L'équipe de professionnels médicaux et paramédicaux partageant un même plateau technique

Le même plateau technique est partagé par plusieurs utilisateurs, professionnels médicaux et paramédicaux. Ce partage peut être organisé au sein d'une même société civile de moyens ou prendre la forme d'une simple juxtaposition d'un cabinet médical et d'un cabinet kinésithérapique.

Dans ce cas de figure, chaque acteur conserve son indépendance de recrutement et la responsabilité de son fonctionnement. Néanmoins, la proximité immédiate est favorable à un échange direct d'informations entre le médecin et les professionnels paramédicaux, de sorte qu'en pratique, le mode de fonctionnement sera très proche de celui des centres de rééducation traditionnels.

3. La consultation médico-technique

Le type en est la consultation médico-technique d'appareillage : le plateau technique appartient au médecin qui y invite différents techniciens extérieurs (orthoprothésistes, podo-orthésistes) pour participer de manière conjointe aux principales phases de l'appareillage, hors la fabrication proprement dite : examen initial, moulage, essayage, livraison, suivi d'adaptation.

Le même modèle d'organisation peut s'appliquer à des consultations pluridisciplinaires ou à l'intervention d'autres professionnels paramédicaux : pédicure-podologue, infirmière, ergothérapeute, assistante sociale, etc...

4. Le réseau de qualité

Le réseau de qualité peut se concevoir comme un exercice en équipe médico-technique « out of the walls » (hors des murs). Il suppose la participation volontaire à un groupe, la même vision du service aux patients, l'établissement d'une culture commune au travers de réunions de formation et de travail, l'élaboration de protocoles consensuels et l'échange fiabilisé d'informations entre le médecin coordinateur et les autres professionnels.

C. Définir un cadre de rémunération adapté

L'évolution et le développement de la médecine physique et de réadaptation dans le secteur libéral passe par la définition d'un mode de rémunération recouvrant non seulement le temps passé au contact direct du patient, mais aussi le temps d'organisation et les frais d'exploitation du plateau médico-technique.

IV. Conclusion

L'évolution démographique laisse prévoir une **augmentation inéluctable des besoins en réadaptation de proximité**, qu'il s'agisse de pathologies légères qu'il faut savoir traiter avec compétence, ou de handicaps lourds pour lesquelles il faut des relais à la prise en charge hospitalière initiale.

La médecine physique et de réadaptation libérale offre **un réseau de compétences et de plateaux techniques peu onéreux et de qualité**. Si son développement a été freiné par un environnement réglementaire peu favorable, la définition d'un cadre de fonctionnement et de rémunération adaptés et équitables sera le plus sûr moyen de promouvoir des alternatives à l'hospitalisation, économiques et efficaces.

Dans cet esprit, la place de la médecine physique et de réadaptation ne doit pas être confinée à l'extrémité de la chaîne des soins, mais elle doit avoir la **possibilité d'intervenir à toutes les étapes d'amont, dans une approche synthétique du patient**.

En Amérique du Nord, la médecine physique et de réadaptation est l'une des trois spécialités qui connaissent le plus grand développement. Selon le Pr Yves Boulanger (Université de Montréal), **les compagnies d'assurance du Canada et des USA ont estimé qu'un dollar investi dans cette discipline permettait un retour direct ou indirect de 10 à 35 dollars**. Ceci doit convaincre les responsables politiques français de l'intérêt de reconnaître enfin la place que mérite notre spécialité et de lui offrir les moyens de ses missions.

Ceci relève d'une **stratégie positive d'utilisation des ressources** humaines et matérielles de notre système médico-social et d'une politique volontaire d'amélioration de la **qualité**.