


ELSEVIER  
MASSONDisponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)Elsevier Masson France  
EM|consulte  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 53S (2010) e28–e36

ANNALS  
OF PHYSICAL  
AND REHABILITATION MEDICINE

## Champs de compétence en MPR

### Communications orales

Version française

CO34-001

#### Les champs de compétence de la médecine physique et de réadaptation (MPR) dans le cadre des classifications internationales de l'OMS

C. Gutenbrunner\*

*Comité des activités professionnelles, section de MPR de l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS)*

\* Adresse de correspondance. Université de Hannover

Adresse email : [gutenbrunner.christoph@mh-hannover.de](mailto:gutenbrunner.christoph@mh-hannover.de)

La médecine physique et de réadaptation, comme toutes les spécialités médicales, se doit de définir et de décrire, ses champs de compétence, en termes de savoir, de savoir faire, d'aptitudes et de champ d'activité en santé publique. Le Comité de la pratique professionnelle de la section de MPR de l'UEMS s'est impliqué dans la description des champs de compétence de notre spécialité. Cette description porte sur les champs de connaissances à acquérir, en formation initiale puis continue, les savoir faire et les aptitudes développés par les médecins de MPR.

Elle se réfère aux activités diagnostics (CIM10), d'évaluations fonctionnelles (CIF), d'information, d'éducation, de traitements, à la conduite de programmes interdisciplinaires, à la prise en charge de différentes catégories de patients, aux différentes étapes de leur évolution tout au long de leur vie.

L'ensemble des travaux sera mis à la disposition des médecins de MPR et des personnes intéressées sous la forme d'un eBook, accessible gratuitement sur le site de la section et du Board de MPR de l'UEMS.

[www.euro-prm.org/](http://www.euro-prm.org/)

CO34-002

#### Aphasie et champ de compétence MPR

X. De Boissezon<sup>a,\*</sup>, J.-C. Daviet<sup>b</sup>, J.-D. Journet<sup>c</sup>, J.-M. Mazaux<sup>d</sup><sup>a</sup> CHU de Toulouse, Toulouse ; <sup>b</sup> CHU de Limoges, Limoges ; <sup>c</sup> Fédération nationale des aphasiques de France, Paris ; <sup>d</sup> CHU de Bordeaux, Bordeaux

\* Auteur correspondant.

Adresse email : [xavier.deboissezon@gmail.com](mailto:xavier.deboissezon@gmail.com)

L'aphasie est une déficience très fréquente, source de limitations d'activités, de restrictions de participations et de détresse psychologique souvent sévères. Le médecin MPR joue un rôle important dans la rééducation et la réadaptation de la personne aphasique.

**Objectifs.** Définir le champ de compétence du médecin MPR dans le domaine de l'aphasie.

**Méthode.** Revue de littérature, documents de recommandations, avis d'experts.

**Résultats.** Depuis son DES, le médecin MPR sait dépister et évaluer les symptômes et le pronostic de l'aphasie. Il connaît les textes réglementaires qui régissent la prescription et le remboursement de l'orthophonie. Les organismes de FMC contribuent à l'actualisation des connaissances. À la phase post-aiguë, le médecin MPR participe activement à l'information du patient et de ses proches, coordonne le bilan et prescrit la rééducation. En collaboration avec le médecin traitant et d'autres spécialistes, il assure ensuite le suivi évolutif, reste en relation avec les orthophonistes, organise les évaluations ultérieures qui conditionneront la poursuite ou non de la rééducation. Il dépiste les complications telles que la dépression, prescrit les traitements adaptés et participe au soutien psychologique du patient et de l'entourage. Il veille à ce que la prise en charge se fasse au niveau de la déficience linguistique mais aussi des activités de communication et des restrictions de participation. Il joue enfin un rôle important d'information (grand public, associations d'utilisateurs, instances administratives : ARS, MDPH).

**Conclusion.** Quel que soit son mode d'exercice professionnel, le médecin MPR doit disposer de réelles compétences dans le domaine de l'aphasie.

CO34-003

#### Champs de compétence en MPR et personnes âgées

P. Dehail<sup>a,\*</sup>, V. Cressot<sup>b</sup>, C. Delleci<sup>a</sup>, A. Nozeres<sup>a</sup><sup>a</sup> Service de MPR, pôle de neurosciences cliniques, CHU de Bordeaux, Bordeaux ; <sup>b</sup> service de SSR, pôle de gériatrie clinique, CHU de Bordeaux, Bordeaux

\* Auteur correspondant.

Adresse email : [patrick.dehail@chu-bordeaux.fr](mailto:patrick.dehail@chu-bordeaux.fr)

Le vieillissement de la population et l'augmentation, avec l'avancée en âge, de l'incidence de survenue de différentes affections sources de déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation conduisent au développement d'une MPR dédiée à la personne âgée. Le rapprochement des disciplines gériatriques, gériologiques et de MPR se trouve facilité par un abord commun du patient, orienté avant tout vers le retour à l'autonomie et son maintien. La culture de l'évaluation fonctionnelle, l'interdisciplinarité, la prise en charge de la dépendance, y compris psychologique et sociale, sont autant de valeurs partagées. Cependant, le développement de ce champ de compétence, aussi naturel qu'il puisse paraître, nécessite des expertises spécifiques. Les personnels médicaux et paramédicaux impliqués dans les programmes de « MPR Gériatrique » doivent être spécialement formés. Ils doivent connaître les spécificités du grand-âge ; les possibilités, souvent sous-estimées, de sollicitation des réserves fonctionnelles, mais également les contraintes de la prise en charge de ces patients. La polypathologie, l'importance de la dégradation des fonctions cognitives, la dénutrition, l'isolement psychoaffectif et les autres facteurs de fragilité nécessitent d'être systématiquement dépistés et pris en compte. L'évaluation gériologique standardisée (EGS), dont l'efficacité a été démontrée, représente l'outil de dépistage le plus approprié et son emploi doit être généralisé. Même si certains programmes de MPR dédiés aux personnes âgées ont déjà fait la preuve de leur

efficacité, l'impact favorable de cet axe de développement de la MPR doit encore faire la démonstration de sa pertinence tant à un niveau individuel que sociétal pour promouvoir son essor.

CO34-004

### Compétence du médecin de MPR et AVC

J. Pélissier<sup>a,\*</sup>, A. Yelnik<sup>b</sup>, P.A. Joseph<sup>c</sup><sup>a</sup> Fedmer, service de MPR, centre hospitalier Carémeau 30029, Nîmes ;<sup>b</sup> sofmer, service de MPR, hôpital Fernand-Wida, l 200, rue du faubourg Saint-Denis, 75745 Paris cedex 10 ; <sup>c</sup> cofemer, service de MPR, hôpital Tastet-Girard, CHU Pellegrin, 33076 Bordeaux

\* Auteur correspondant.

Adresse email : jacques-yvon.pelissier@wanadoo.fr

La déclinaison du champ de compétence du médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) repose sur l'analyse des besoins du patient à chaque étape de sa maladie et de sa prise en charge, au sein de la filière de soin, de l'alerte jusqu'aux consultations de suivi. L'objectif est la récupération de la fonction, le gain d'activité et la réduction au minimum tolérable de la perte de participation du patient. Le médecin de MPR est le coordonnateur de l'équipe de MPR pour élaborer le plan de soin comme pour faire lui-même certains gestes d'exploration ou de thérapeutique et pour mettre en route le projet de vie. Cette compétence s'exerce à chaque étape dans les champs moteur, cognitif, sensoriel, vésico-sphinctérien :

- alerte, installation du déficit (phase de soin aiguë) où l'enjeu est à la fois vital et déjà fonctionnel ;
- récupération et réinsertion (phase de soins de suite et de réadaptation ou SSR) où l'enjeu est fonctionnel ;
- retour et maintien au domicile (phase de soins à distance de l'ictus) où le maintien de la fonction est un impératif.

Le médecin de MPR, qui connaît les besoins sanitaires de l'hémiplégique initiaux comme à distance de l'AVC, doit rester l'interlocuteur privilégié du médecin généraliste, du neurologue, des soignants libéraux, comme des aidants. Face aux séquelles de l'AVC, le patient et le médecin de MPR, avec sa connaissance du handicap et sa technicité, ont un long chemin à faire ensemble.

CO34-005

### Champs de compétences : MPR et troubles vésicosphinctériens

G. Amarenco

Service de neuro-urologie, hôpital Tenon. APHP, unité Er 6 UPMC université Paris 06, Paris

Adresse email : gerard.amarenco@rth.ap-hop-paris.fr

La MPR a un rôle clef dans l'expertise des troubles vésicosphinctériens, anorectaux et génitosexuels. En effet le médecin de MPR intervient comme expert tant dans l'évaluation et le diagnostic de ces troubles, que dans leur prise en charge thérapeutique. Ces troubles surviennent souvent dans le cadre de pathologies déjà prises en charge dans leur globalité en MPR en ce qui concerne le management général et spécifique des handicaps. C'est ainsi le cas au cours des maladies neurologiques (lésions médullaires, SEP, AVC, TC, atteintes périphériques...), mais les troubles fonctionnels de la miction ou anorectaux ou sexuels sont aussi des domaines de compétences spécifiques du médecin de MPR. L'évaluation clinique et instrumentale (explorations urodynamiques, neurophysiologiques), les traitements spécifiques (qu'ils fassent appel au traitement per os, aux neuro-stimulations, aux injections de toxine botulique, aux différentes techniques de rééducation), et le suivi de ces troubles (tout particulièrement celui des vessies neurologiques) font partie des compétences de base ou spécialisées des médecins de MPR. Ce dernier a un rôle clef dans l'équipe pluri-disciplinaire le plus souvent nécessaire (urologue, neurologue, neurochirurgien, kinésithérapeute, infirmière, ergothérapeute, psychologue) pour une prise en charge neuro-urologique optimale.

CO34-006

### Champs de Compétence en MPR et Réinsertion Professionnelle

F. Le Moine<sup>a,\*</sup>, M. Busnel<sup>b</sup>, M. Enjalbert<sup>c</sup><sup>a</sup> Centre Helio-Marin, Vallauris ; <sup>b</sup> comète France, Lorient ; <sup>c</sup> service MPR, centre hospitalier, Perpignan

\* Auteur correspondant.

Adresse email : fle.moine@free.fr

La médecine physique et de réadaptation porte bien, par son intitulé, la mission de réinsertion sociale et professionnelle qui lui incombe. Au-delà du simple paradigme de la reprise du travail pour tous, il en va aussi de la dignité et de l'espoir de chaque personne, à s'accomplir, quelque soit son handicap, dans une activité professionnelle, source de reconnaissance sociale et de place dans le groupe. La médecine physique et de réadaptation est particulièrement à même, grâce au savoir-faire des professionnels qui la composent d'engager cette prise en charge globale visant la réussite, le plus précocement possible après la sortie de l'établissement de soins, d'un projet de vie réaliste et cohérent, incluant une dimension professionnelle. L'association nationale comète France qui en 2010 regroupe 34 établissements SSR spécialisés MPR, en partenariat avec la DHOS, l'AGEFIPH et le FIPHP, a mis en place dans ses établissements une équipe pluridisciplinaire, sous l'autorité du médecin MPR, exclusivement dédiée au retour à l'emploi des patients hospitalisés souhaitant, malgré leur déficience, être maintenus ou acquérir un emploi en milieu ordinaire de travail. Dans ce cadre et dans une action continue de démarche précoce d'insertion sociale et professionnelle, accompagner, à chaque étape du parcours, les patients vers la reprise professionnelle. Cet accompagnement ne se substitue en aucun cas à la motivation de la personne qui reste, tout au long du processus, actrice de son projet de vie. Ainsi la réinsertion professionnelle est effectivement un élément majeur du champ de compétence de la MPR.

CO34-007

### Champs de compétence en MPR et Pathologies sportives

H. Collado<sup>\*</sup>, L. Bensoussan, J.-M. Coudreuse, J.-M. Viton, A. Delarque

Assistance publique des hôpitaux de Marseille, Marseille cedex 5

\* Auteur correspondant.

Adresse email : hervecollado@hotmail.fr

Pour plusieurs raisons la MPR a une place centrale dans la prise en charge des patients présentant des pathologies sportives. La formation des internes en MPR permet une connaissance très clinique de l'appareil ostéo-articulaire (bilan articulaire, musculaire...) nécessaire dans la prise en charge de ce type de patients. De plus, cette même formation permet au médecin de MPR de se familiariser avec un travail d'équipe, primordial dans le domaine du sport (kinésithérapeute, psychologue, préparateur physique...). Grace à ce cursus, historiquement, de nombreux médecins actuels dit « médecin du sport » sont issus de la filière de MPR. Néanmoins les formations en médecine du sport sont hétérogènes et il existe actuellement une volonté d'uniformiser l'accès à la médecine du sport par la création récente du DESC de médecine du sport. D'autres formations, plus courtes, et avec un accès plus large existent comme les capacités, les DU et les DIU en médecine du sport. Ce DESC, quant à lui, est dans la suite logique du DES de MPR. Cette formation de deux ans, en fin d'internat, rend obligatoire le choix de poste d'interne dans un service prenant en charge des pathologies de l'appareil locomoteur, et donc le plus souvent un choix en MPR. Aujourd'hui ce diplôme de spécialisation complémentaire connaît un réel essor, entraînant un afflux d'étudiants en troisième cycle de médecine dans les services de MPR. Pour toutes ces raisons, il est essentiel que la médecine du sport puisse faire partie intégrante du champ de compétence de la MPR.

CO34-008

### Champ de compétences des médecins MPR pour les affections des brûlés

Y.-N. Marduel<sup>a,\*</sup>, H. Descamps<sup>b</sup>, J.-M. Rochet<sup>c</sup><sup>a</sup> Centre hospitalier d'Argentières, 69610 Argentières ; <sup>b</sup> centre hospitalier de Bullion, Bullion ; <sup>c</sup> CRF Coubert, Coubert

\* Auteur correspondant.

Adresse email : ynmarduel@ch-argentiere.fr

**Introduction.**– La prise en charge des affections des brûlés en MPR est actuellement bien codifiée. Une condition nécessaire est la connaissance par le médecin MPR de l’histopathologie de la cicatrisation et celle du profil social de cette population de patients.

**Objectif.**– Évoquer les modalités d’une prise en charge en MPR selon les différentes phases d’évolution, phase aiguë, phase secondaire dont la période de réparation chirurgicale et de la réinsertion sociale.

**Méthodologie.**– Définir les critères de prise en charge des affections des brûlés en MPR en fonction de la gravité (profondeur et surface corporelle atteinte) et de la localisation des brûlures et en fonction de l’âge, des caractéristiques sociales du patient et de ses pathologies associées, tares médicales et psychiatriques.

**Discussion et conclusion.**– En France, les brûlés représentent une faible part des victimes des accidents de la vie. On ne note guère que dix mille hospitalisations en centres aigus spécialisés par an. Par voie de conséquence, il existe peu de services de MPR spécialisés dans cette pathologie d’adultes et d’enfants brûlés, ces services se situant géographiquement proches des centres aigus. Mais cette pathologie « à part » requiert d’importantes connaissances scientifiques et l’intégration de la MPR dans une filière de soins bien définie, depuis le ramassage du brûlé sur les lieux de l’accident jusqu’à sa réinsertion sociale.

CO34-009

### Médecine manuelle-ostéopathie en France ; organisation-enseignement-champ de compétence

P. Vautravers<sup>a,\*</sup>, M.-E. Isner<sup>b</sup>, C. Blaes<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine physique et réadaptation, hôpital Hautepierre, 67098 Strasbourg ; <sup>b</sup> CHU de Strasbourg, Strasbourg

\* Auteur correspondant.

Adresse email : philippe.vautravers@chru-strasbourg.fr

La médecine manuelle-ostéopathie (MMO) est relativement homogène dans son organisation hexagonale. Elle est enseignée, en France, dans le cadre d’un diplôme inter-universitaire (DIU) de MMO, responsable de la formation initiale. Ce diplôme, à l’histoire tumultueuse, est devenu national et reconnu par l’ordre des médecins en 1995. Les enseignants des 15 facultés responsables sont regroupés au sein du collège français des enseignements universitaires de MMO (CEMMO). L’enseignement initial est complété par une formation médicale continue dispensée par les sociétés savantes et adossée à une revue scientifique dédiée. Ce DIU est, jusqu’à présent, le viatique médical nécessaire et suffisant. Le praticien de MMO est avant tout un médecin qui se doit d’appliquer les exigences du code de déontologie. Certains articles de ce code (11, 33, 39, 70) s’appliquent parfaitement à une pratique sérieuse de la MMO. Enfin, le champ de compétence, diagnostique et thérapeutique, de la MMO est globalement celui de la pathologie musculo-squelettique. Les techniques thérapeutiques manuelles enseignées dans le cadre du DIU le sont dans le cadre d’un « jeu de rôle » avec mise en situation des étudiants et de leurs médecins formateurs. Depuis mars 2007, certaines thérapies manuelles, jusque là réservées au corps médical, font partie du champ de compétences professionnelles des non-médecins. Cette nouvelle organisation, si elle perdure, doit faire prendre conscience, à chacun, de ses responsabilités et devoirs.

CO39-001

### La place de la MPR lors de la phase aiguë des affections invalidantes

A. Ward<sup>a,\*</sup>, C. Gutenbrunner<sup>b</sup>, H. Damjan<sup>c</sup>, A. Giustini<sup>d</sup>, A. Delarque<sup>e</sup>

<sup>a</sup> North Staffordshire Rehabilitation Centre, Haywood Hospital, Stoke on Trent, UK ; <sup>b</sup> Hannover Medical School, Hannover, Deutschland ; <sup>c</sup> National PRM Center, Ljubljana, Slovenia ; <sup>d</sup> Rehabilitation Hospital San Pancrazio, Venise, Italy ; <sup>e</sup> AP-HM, Marseille, France

\* Auteur correspondant.

Adresse email : anthony@bward2.freeserve.co.uk

La mise en place de programmes de MPR durant la phase aiguë de maladies ou de traumatismes, est un facteur qui peut favoriser la diminution des durées de séjour en milieu hospitalier.

La mise en route de ces programmes de MPR est justifiée dès que la priorité des soins passe, du diagnostic et du traitement de la maladie, à la mise en place de la

réadaptation. À ce moment là, le médecin de MPR supervise la prise en charge médicale.

En pratique une fois que la phase de réanimation ou de soins aigus est achevée, le séjour du patient est dominé par les activités de réadaptation puis de réinsertion. Notre présentation repose sur un article récemment publié [1] qui présente les diverses possibilités d’interventions de MPR durant la phase aiguë.

Nous présenterons les différentes modalités de MPR qui sont utilisées dans ces cas. Il peut s’agir de :

- transferts des patients vers des unités de MPR dans les hôpitaux dédiés aux soins aigus ;

- de mise en place d’équipes mobiles de MPR, qui interviennent sur des patients hébergés dans des unités de diverses spécialités médicales ou chirurgicales ;

- de visites et de soins réalisés, à une fréquence adaptée, par des médecins et des membres de services centraux de MPR ;

- enfin de transferts vers des centres de MPR extérieurs, mais adaptés à l’accueil de patients en phase aiguë.

Article recommandé :

PRM in Acute Settings.

Reference

[1] Ward A B, Gutenbrunner C, Damjan H, Giustini A, Delarque A. J Rehabil Med 2010;42:417–424.

CO39-002

### Établissement d’un référentiel des compétences en Médecine Physique et Réadaptation. L’approche du collège français des enseignants de MPR (COFEMER)

I. Richard<sup>a,\*</sup>, P.A. Joseph<sup>b</sup>, S. Poiraudau<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Centre régional de RRF, rue des Capucins, 49100 Angers, Angers ; <sup>b</sup> hôpital Tastet-Girard, groupe hospitalier Pellegrin, CHU, bordeaux ; <sup>c</sup> service de rééducation et de réadaptation de l’appareil locomoteur et des pathologies du rachis, hôpital Cochin, 27, rue du faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris

\* Auteur correspondant.

Adresse email : isabelle.richard@univ-angers.fr

**Objectifs.**– Établir une liste des compétences d’un médecin qualifié en MPR, afin d’orienter les procédures de validation du diplôme d’études spécialisées et de préciser ces compétences vis-à-vis des employeurs, des organismes payeurs et des autorités de tutelle.

**Méthodes.**– Le travail collaboratif du COFEMER comprend trois étapes. Un brainstorming a permis de définir les compétences à partir de contextes cliniques spécifiques (ex : MPR à orientation neurologique). Trois experts (PAJ, SP, IR) ont ensuite regroupé les compétences et les ont reclassées dans un cadre tenant compte de la classification internationale du fonctionnement, et des rôles médicaux tels que définis par exemple dans le référentiel Canmeds. Une liste de 13 compétences larges, détaillée en 188 compétences précises a été adressée pour une procédure DELPHI aux membres du COFEMER évaluant la pertinence, et de la clarté de la rédaction. La liste a ainsi été réduite à 143 items pour un deuxième tour DELPHI. Sa validation finale inclura le recueil de l’avis de médecins de MPR.

**Résultats.**– Treize compétences cadres ont été identifiées telles « conduire un projet de réadaptation : prescrire et interrompre les traitements, organiser, participer ou coordonner les moyens d’action multidisciplinaires utiles (sanitaires, dispositifs et technologies, médico-sociaux, éducatifs et professionnels, associations et aidants), en évaluant les résultats et en corrigeant les risques, dans une utilisation optimale des moyens » ou « mettre en place un plan personnel d’auto-formation tout au long de la vie professionnelle et maîtriser l’évolution des connaissances scientifiques du champ de la MPR ».

CO39-003

### Pratiques de MPR ambulatoire visant la lutte contre le handicap vécu en situation réelle de vie

B. Pollez<sup>a,\*</sup>, F. Beuret-Blanquart<sup>b</sup>, P. Blondel<sup>c</sup>, P. Calmels<sup>d</sup>, A. Carpentier<sup>e</sup>, M. Delarque<sup>f</sup>, X. Etchecopar<sup>g</sup>, V. Gautheron<sup>d</sup>, G. De Korvin<sup>h</sup>, P. Roppenneck<sup>b</sup>, J. Sengler<sup>i</sup>, M. Sevens<sup>j</sup>, M. De Seze<sup>k</sup>, L. Wiat<sup>l</sup>, E. Richer<sup>l</sup>

<sup>a</sup> Pôle handicaps, dépendance et citoyenneté, Lille ; <sup>b</sup> CRMPR, Bois-Guillaume ; <sup>c</sup> UGECAMIDF, Coubert ; <sup>d</sup> CHU, Saint-Étienne ; <sup>e</sup> centre Marc-Sautelet, Villeneuve d'Ascq ; <sup>f</sup> SAMSAH TC, Marseille ; <sup>g</sup> cabinet médical MPR, Langon ; <sup>h</sup> cabinet médical MPR, Rennes ; <sup>i</sup> centre hospitalier, Mulhouse ; <sup>j</sup> centre hospitalier, Saint-Denis ; <sup>k</sup> cabinet médical MPR, Bordeaux ; <sup>l</sup> L'ADAPT Château Rauzé, Cenac

\* Auteur correspondant.

Adresse email : bruno.pollez@icl-lille.fr

**Objectif.**– Présenter différentes pratiques de MPR « hors les murs », ambulatoire, détailler ses champs d'intervention et modalités, énoncer avantages et limites.

**Méthode.**– Revue et analyse de différentes modalités de MPR ambulatoire auprès de personnes de tous âges atteintes d'une affection invalidante.

**Résultats.**– Il existe des pratiques appartenant au sanitaire, hospitalières hors les murs (HAD, équipe mobile, consultations au domicile...) ou libérales organisant la pluridisciplinarité nécessaire, des pratiques appartenant au médico-social (CAJ, SESSAD, SAMSAH...), des pratiques en réseau de santé mobilisant les ressources sanitaires et (médico-) sociales indiquées, des pratiques en plate-forme permettant la mutualisation des moyens et compétences.

**Discussion.**– Toutes ont leurs indications propres et leurs limites, l'essentiel étant, grâce à leur articulation, de pouvoir servir de façon optimale une personne atteinte d'un problème de santé invalidant et accompagner ses proches à chacune des étapes du parcours de soins et de vie, avec transfert et maintien des acquis.

**Conclusion.**– La MPR a pour objet final la lutte contre le handicap des personnes de tous âges atteintes d'une affection invalidante. Conformément aux modélisations OMS (CIH, CIF), elle optimise le service vraiment rendu à la personne (et à ses proches) en agissant autant que de besoin sur chacun des trois niveaux, analytique (état clinique), fonctionnel (capacités effectives) et situationnel (interactions personne-milieu). Pour ce faire, elle doit pouvoir mobiliser et coordonner les compétences sanitaires, pluridisciplinaires, et sociales, jusque dans la situation réelle de vie.

CO39-004

### Critères de prise en charge médecine physique et réadaptation pathologies cancéreuses

M. Genty<sup>a</sup>, P. Calmels<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Clinique privée de réadaptation Valmont, 1823 Glion ; <sup>b</sup> hôpital Bellevue, CHU de St-Étienne, F42055 St-Étienne Cedex 2

**Introduction.**– La prise en charge MPR des affections cancérologiques reste encore limitée. La complexité croissante du traitement des cancers, l'espérance de vie, en faisant une maladie chronique, justifie de développer des programmes de rééducation et réadaptation.

**Objectifs.**– Évoquer les modalités d'une prise en charge en MPR selon les différentes phases d'évolution : phase aiguë, phase secondaire ou phase tardive.

**Méthodologie.**– Ce travail rapporte les éléments constituant les critères d'orientation et de prise en charge en médecine physique et de réadaptation, selon l'évolution, dans le champ des maladies cancéreuses, faisant état du rôle des médecins de MPR et des différents moyens techniques à mettre en œuvre pour ces patients, en fonction des localisations, des complications et prenant en compte l'ensemble des dimensions : déficiences, incapacités, handicaps.

**Discussion.**– Au-delà de cette volonté de prise en charge de ce type de patients, un vrai travail d'information et de formation, de modélisation des prises en charge mais aussi des outils de rééducation, des structures ambulatoires, de la constitution de filières sur l'ensemble de la prise en charge dans ce champ spécifique, semble nécessaire à mettre en place.

**Mots-clés :** Médecine physique et réadaptation, kinésithérapie, ergothérapie, orthèse, prothèse, soins de suite et réadaptation

*Pour en savoir plus*

[1] Djurdjevic A, Nikolic S. Profile of handicap situations in cancer patients. J BUON 2009;14(3): 435–40.

[2] Palacio A, Calmels P, Genty M, Le-Quand B, Beuret-Blanquart F. Oncology and physical medicine and rehabilitation. Ann Phys Rehabil Med 2009;52(7–8): 568–78.

CO39-005

### Formations et initiatives d'implantation de la MPR en Cote d'Ivoire

A.M. Datié<sup>a</sup>, M.B. Nandjui<sup>a</sup>, B. Manou<sup>a</sup>, D. Allo<sup>a</sup>, A. Coulibaly<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Faculté de médecine d'Abidjan, Abidjan ; <sup>b</sup> centre d'appareillage Vivre Debout, Abidjan

Adresse email : ange\_datie@yahoo.fr

Mots clés : Formation; Politique; Réadaptation; Cote d'Ivoire

**Objectif.**– Envisager des perspectives de correction ou de renforcement des actions de développement de la MPR en Cote d'Ivoire au vu de l'expérience acquise sur le terrain.

**Matériel et méthode.**– Un recensement des actions de formation en MPR et d'implantation de structures publiques de réadaptation en Cote d'Ivoire au cours des dix dernières années a été effectué. Une analyse critique de ces actions a été menée afin d'en ressortir les acquis, les faiblesses et les opportunités.

**Résultats.**– Diverses actions de formation et d'implantation de structures ont été menées :

- dix auxiliaires kinésithérapeutes formés par Handicap International (HI) pour la kinésithérapie hospitalière ;
- six orthoprothésistes formés par HI ;
- création d'un DES de MPR à vocation sous régionale à la faculté de médecine d'Abidjan depuis 2006 ;
- ouverture d'une école de kinésithérapie depuis 2008.

Concernant les structures :

- création de centres d'appareillage par HI à Abidjan et à Bouaké (non fonctionnel) ;
- implantation d'unités de kinésithérapie hospitalière à Bouaké, Man et Danané (zones de conflit) mais fermées depuis le départ de HI fin 2008.

**Discussion et conclusion.**– Des efforts appréciables ont été réalisés pour le développement de la MPR en Cote d'Ivoire. Mais, une meilleure collaboration entre ONG internationales et compétences locales s'appuyant sur une politique effective de réadaptation, actuellement quasi-inexistante, permettrait d'éviter les échecs constatés et d'assurer la pérennisation des actions initiées. La formation des professionnels doit être renforcée par la formalisation de partenariats sous-régionaux et Nord-Sud.

CO39-006

### Création d'une unité post-réanimation d'éveil et de rééducation neurologique dans le cadre d'une activité MCO au centre hospitalier de Mulhouse : analyse de l'activité et particularités financières

N. Winisdoerffer, K. Bendjelida, P. Fender, S. Lefebvre, S. Perrin, D. Portal, J. Sengler

Centre hospitalier de Mulhouse, Mulhouse

Adresse email : winisdoerffer@ch-mulhouse.fr

**Introduction.**– Les services de rééducation post-réanimation (SRPR) existent depuis plusieurs années, et sont dédiés à la prise en charge précoce de patients victimes de lésions cérébrales ou d'affections neurologiques graves. Un service de ce type, dénommé « unité post-réanimation d'éveil et de rééducation neurologique » vient d'être ouvert au centre hospitalier de Mulhouse. Il présente l'originalité d'être un service de « court séjour-MCO ».

**Objectifs.**– Analyser l'activité de cette unité. Présenter les particularités financières de son fonctionnement dans le champ MCO.

**Méthodes.**– L'évaluation porte sur des indicateurs de structure (organisationnels), d'activité (données PMSI) et de pertinence (place de l'unité SRPR dans la filière de prise en charge des patients cérébro-lésés). Les modalités du financement à l'activité (T2A) sont décrites.

**Résultats.**– L'unité mulhousienne a été créée en septembre 2009 sous la forme d'une unité de surveillance continue, et comporte huit lits. Après six mois, 28 patients ont été admis (11 femmes et 17 hommes), avec un âge moyen de 59 ans. La DMS est de 40 jours. L'origine des lésions cérébrales est vasculaire



(13 cas), traumatique (8 cas) ou post-anoxique (1 cas). Quatre patients présentaient une polyneuropathie. L'orientation secondaire s'est fait vers un service MPR-SSR dans 70 % des cas.

*Discussion et conclusion.*– Le SRPR participe à la fluidification de la filière de soins des patients cérébro-lésés graves. Sa viabilité financière sous la forme d'une unité de surveillance continue est dépendante d'une forte répartition de patients issus de services de réanimation du même établissement.

CO39-007

### Rééducation du comateux en réanimation

G.T. Kpadonou<sup>a</sup>, E. Alagnide<sup>a</sup>, P.C. Hounkpe<sup>b</sup>, D. Atchade<sup>b</sup>, E. Labitan<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (SRRF)/CNHU, Cotonou ; <sup>b</sup> service polyvalent d'anesthésie et de réanimation (SPAR), Cotonou  
Adresse email: kpadonou\_toussaint@yahoo.fr

L'introduction de la rééducation dans l'arsenal thérapeutique du coma a amélioré dans les pays industrialisés le pronostic jadis redoutable des patients comateux. Au Bénin où la rééducation constitue une discipline récente, cette stratégie de soins est peu appliquée.

*Objectif.*– Analyser les résultats de la rééducation chez les comateux admis en réanimation.

*Méthode.*– Étude prospective à visée descriptive et analytique portant sur 70 comateux du service polyvalent d'anesthésie et de réanimation (SPAR), CNHU de Cotonou de 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 août 2007 répartis en deux groupes : G1 (40 comateux non rééduqués) et G2 (30 comateux rééduqués).

*Résultats.*– L'âge moyen des patients était de 39,3 ans. Le délai moyen entre le début du coma et l'admission au SPAR a été de 13 heures. Les principales causes de coma ont été : traumatismes crâniocéphaliques (37 %), pathologies neurologiques (34 %) dominées par les AVC (23,6 %), causes toxiques et métaboliques (14 %). Le stade II (37 %) a été le plus fréquent. Le délai moyen de la prise en charge rééducative a été de 4 jours 8 heures. La rééducation a eu un effet bénéfique sur la prévention des escarres, la réduction significative du taux de mortalité et une reprise précoce de l'autonomie chez les patients du G2. Parallèlement on a enregistré plus de complications de décubitus et 100 % de décès dans G1.

*Conclusion.*– La rééducation a permis une amélioration significative du pronostic vital et fonctionnel du comateux au SPAR. Elle devrait faire partie intégrante de l'arsenal thérapeutique en réanimation.

CO39-008

### Proposition de thésaurus national des actes médicaux pratiqués par les médecins de médecine physique et réadaptation

P.-J. Bénézet

UGECAM PACA et Corse, Marseille

Adresse email: pbenezet@ugecampacac.com

*Objectif.*– Dans le cadre du groupe de travail pluridisciplinaire pour la constitution du catalogue spécialisé des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) piloté par l'agence technique d'information hospitalière (ATIH) nous avons été amenés à constituer un thésaurus des actes médicaux les plus couramment pratiqués par les médecins spécialistes en MPR.

*Méthode.*– Pour cela nous avons utilisé comme base de travail la classification commune des actes médicaux (V17) d'une part. D'autre part, avec le concours de la SOFMER nous avons lancé un appel (janvier 2010) à tous les médecins MPR de France pour qu'ils nous communiquent les actes qu'ils pratiquent. Nous avons regroupé de façon exhaustive la totalité des actes qui étaient ainsi déclarés, en respectant le plan de la CCAM.

*Résultats.*– Nous avons reçu les réponses de 6 médecins de MPR exerçant en libéral de 22 structures ou groupement de structures de MPR. Cela nous a permis d'identifier 451 actes spécifiques à la MPR répartis dans 7 grands appareils.

*Conclusion.*– Ce travail national piloté par la SOFMER et la FEDMER nous a permis, au-delà de l'aspect médico-économique, d'avoir un aperçu du champ de

compétences en MPR tel qu'il est pratiqué en France en 2010. Ce recueil n'est pas limitatif et tout médecin de MPR peut pratiquer des actes de la CCAM dans son intégralité, à conditions qu'il ait acquis les compétences requises pour le faire.

CO39-009

### Champ de compétence en MPR et éducation thérapeutique

É. Coudeyre<sup>a</sup>, A. Gelis<sup>b</sup>, M.-M. Lefevre-Colau<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine physique et réadaptation, CHU Clermont-Ferrand, hôpital Nord ; <sup>b</sup> département MPR CHU Caremeau, Montpellier ; <sup>c</sup> service de MPR, hôpital Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux  
Adresse email: ecoudeyre@chu-clermontferrand.fr

*Objectif.*– Définir les compétences des médecins MPR en matière d'éducation thérapeutique (ETP).

*Résultats.*– L'ETP fait partie intégrante des compétences que doit posséder un spécialiste de MPR en exercice au même titre que les autres interventions d'ordre psychosocial. L'ETP peut être réalisée par un professionnel de santé isolé pour les actes les plus simples ou par une équipe pluridisciplinaire. Par conséquent, le spécialiste en MPR doit être capable de coordonner le travail des différents professionnels (kinésithérapeute, ergothérapeute, IDE. . .) impliqués dans un programme d'ETP. « L'éducateur thérapeutique » ne doit pas être considéré comme un nouveau métier mais comme l'acquisition (ou validation des acquis de l'expérience) de compétences spécifiques. Les compétences nécessaires à la mise en place de tels programmes s'appuient sur une formation spécifique et agréée pour tout professionnel de santé souhaitant l'exercer.

*Discussion.*– La formation initiale des spécialistes en MPR français à l'ETP s'appuie sur un module spécifique dans le cadre de l'enseignement national du DES qui peut être complétée par un master en ETP. La formation continue, en l'absence d'enseignement spécifique pour la MPR, s'appuie sur des diplômes d'université non-spécialisés.

*Conclusion.*– L'ETP fait partie des compétences attendues d'un spécialiste en MPR pour mettre en place ou coordonner un programme. Ces compétences doivent s'appuyer sur des formations spécifiques qui sont encore peu développées et ne permettent pas de couvrir tous les champs de la discipline.

### Version anglaise

CO34-001

### The field of competence in Physical and Rehabilitation Medicine in the framework of International Health Classifications

C. Gutenbrunner

Coordination Centre for Rehabilitation Research, Hannover medical school, Hannover

Email address: gutenbrunner.christoph@mh-hannover.de

As any other medical field physical and rehabilitation medicine (PRM) has to define and describe its competence in terms of knowledge, skills and aptitudes as well as its fields and goals of service. Further on the problems in terms of diseases and disabilities the specialty addresses to needs explanation. The Professional Practice Committee of the UEMS-PRM section took different approaches that still are under development. These are:

- looking at the medical knowledge, skills and aptitudes including diagnostic and assessment skills, therapies, and teamwork. This also includes the description of diseases treated and disabilities rehabilitated;
- looking at the context the PRM specialist is working in reflecting the micro, meso- and macro-level;
- describing the role of PRM specialists in treatment and rehabilitation of persons with specific diseases and deficits.

As result of this work will the field of competence of PRM has been describes by the UEMS-PRM Section and Board highlighting the clinical skills and aptitudes in diagnostics and assessment of health conditions and functional deficits as well as treatment and rehabilitation. The conceptual description of the

rehabilitation strategy and of PRM has been updated and adopted by the ESPRM and the UEMS-PRM Section and Board. The work to describe the settings PRM specialists are working in using the framework of a health care matrix still is still in progress. The contribution of PRM in health care concepts for specific needs will be subject of an e-book published by the UEMS-PRM Section.

CO34-002

### Aphasia and PRM field of competence

X. De Boissezon<sup>a</sup>, J.-C. Daviet<sup>b</sup>, J.-D. Journet<sup>c</sup>, J.M. Mazaux<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *CHU de Toulouse, Toulouse* ; <sup>b</sup> *CHU de Limoges, Limoges* ; <sup>c</sup> *Fédération nationale des aphasiques de France, Paris* ; <sup>d</sup> *CHU de Bordeaux, Bordeaux*  
Email address: xavier.deboissezon@gmail.com

Aphasia is a very common deficit, the source of many limitations and restrictions, including often severe psychological stress. The PRM physician plays an important role in rehabilitation of the aphasic person.

**Objectives.**– Define the field of competence of the PRM physician in aphasia.

**Method.**– Review of the literature, guideline documents, expert opinions.

**Results.**– The PRM physician knows how to screen and evaluate symptoms of aphasia and its prognosis. Regulatory texts describe prescriptions and reimbursements for speech therapy. Continuing education contributes to training and updating knowledge. At the post-acute phase the PRM physician actively participates in providing the patient and family with information, coordinates the work-up and prescribes rehabilitation. In collaboration with the primary care physician and other specialists, the PRM physician assures the long-term follow-up, keeping in touch with the speech therapist, organizing later evaluations which determine whether rehabilitation needs to continue or not. The PRM physician screens for complications including depression, prescribes adapted treatments and participates in the psychological support for the patient and family, taking care that the management corresponds with the linguistic deficit but also with restrictions in communication and participation. The PRM physician plays an important role in information (general public, user associations, administrations).

**Conclusions.**– Whatever the mode of practice, the PRM physician should have extensive competency in the field of aphasia.

CO34-003

### PRM field of competence and elderly persons

P. Dehail<sup>a</sup>, V. Cressot<sup>b</sup>, C. Delleci<sup>a</sup>, A. Nozères<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Service de MPR, pôle de neurosciences cliniques, CHU de Bordeaux, Bordeaux* ; <sup>b</sup> *service de SSR, pôle de gérontologie cliniques, CHU de Bordeaux, Bordeaux*

Email address: patrick.dehail@chu-bordeaux.fr

As the population grows older, the incidence of different conditions causing deficits, limited activity, and restricted participation lead to the development of a PRM dedicated to the elderly person. The association of geriatric, gerontological and PRM disciplines is facilitated by a common approach to the patient especially focused on maintaining autonomy. In the culture of functional interdisciplinary evaluation, dependence management, including the psychological and social dimensions, come naturally, but requires specific expertise. Medical and allied professions implied in PRM geriatric programmes should have special training. They should be able to recognize specific features related to very old age, and be familiar with the often-underestimated possibilities of solicitation of functional reserves, but also the constraints related to the patient's age. Polypathology, degradation of cognitive function, malnutrition, psycho affective isolation, and other factors require systematic screening and care. A standardized gerontological evaluation with demonstrated efficacy is the most appropriate screening tool, which should be used systematically.

Although certain PRM programmes dedicated for elderly subjects have proven efficacy, the favorable impact of this avenue for development in the field of PRM still has to demonstrate its pertinence on an individual and societal level to ensure is progression.

CO34-004

### PRM field of competence and stroke

J. Pélissier<sup>a</sup>, A. Yelnik<sup>b</sup>, P.-A. Joseph<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Fedmer, service de MPR, centre hospitalier Carêmeau, 30029 Nîmes* ; <sup>b</sup> *sofmer 2, service de MPR hôpital Fernand-Widal, 200, rue du Faubourg Saint-Denis, 75745 Paris cedex 10* ; <sup>c</sup> *cofemer, service de MPR, hôpital Tastet-Girard, CHU Pellegrin 33076 Bordeaux*

Email address: jacques-yvon.pelissier@wanadoo.fr

The field of competence of the Physical Medicine and Rehabilitation (PMR) physician in stroke victims is based on the needs of the patient at each phase of the disease and its treatment, from acute care to long-term follow-up. The goal is to recover function, gain activity, and reduce to a tolerable minimum the loss of participation.

The PRM physician is the coordinator of the PRM team, elaborating the plan of care and performing certain exploratory or therapeutic interventions in order to help the patient participate in his or her project of life. This competence is used at each phase and concerns the dimensions of motor function, cognition, sensorial capacity, and bladder sphincter control:

- acute care: installation of the deficit which can be life threatening;
- follow-up care and rehabilitation where the objective is maintenance of function;
- home care where maintenance of function is mandatory.

The PRM physician, who is familiar with the healthcare needs of the hemiplegics, during the acute phase and in the chronic phase, is a particularly important partner for the primary care physician, the neurologist, and allied professionals. Faced with the consequences of a stroke, the patient and the PRM physician, with specific competences in terms of knowledge and technicity, have a long story to live together.

CO34-005

### Fields of competence: PRM and bladder-sphincter disorders

G. Amarenco

*Service de neuro-urologie, hôpital Tenon, APHP, unité Er 6 UPMC, Univ Paris 06, Paris, France*

Email address: gerard.amarenco@rth.fr

PRM plays a key role of expertise for bladder-sphincter, anorectal, and genitosexual disorders. The PRM physician intervenes for evaluation and diagnosis, as well as therapeutic management. These disorders often occur within the context of pathological conditions already treated globally by the PRM physician who is concerned with general and specific management of disability. For patients with neurological diseases (cord injury, multiple sclerosis, stroke, brain damage, peripheral conditions) and functional disorders of miction or anorectal or sexual function are specific domains of competence in PRM. Clinical and instrumental evaluation (urodynamics, neurophysiology), specific treatments (oral, neurostimulation, botulinum injections, rehabilitation techniques) are part of the basic competence of the PRM physician who plays a key role in the pluridisciplinary team together with the urologist, the neurologist, the neurosurgeon, the physical therapist, the nursing staff, the ergotherapist, and the psychologist providing optimal neuro-urological management.

CO34-006

### PRM field of competence and vocational reinsertion

F. Le Moine<sup>a,\*</sup>, M. Busnel<sup>b</sup>, M. Enjalbert<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Centre Helio-Marin, Vallauris, France* ; <sup>b</sup> *Comète-France, Lorient, France* ; <sup>c</sup> *centre hospitalier, service MPR, Perpignan, France*

\* Corresponding author.

Email address: fle.moine@free.fr

Physical and rehabilitation medicine, as its name implies, plays a key role in the patient's social reinsertion and employability. Beyond the simple paradigm of

returning to work, there is also the dimension of personal dignity and hope each patient has that despite the disability, he-she can return to work which is the source of social recognition. Physical and rehabilitation medicine is particularly adapted for the necessary patient-centered approach aiming at successful social reinsertion as early as possible after discharge from the healthcare institution with a realistic and coherent project of life, including the occupational dimension. In France, the national association COMETE France, which in 2010 groups together 34 follow-up and rehabilitation units, working in partnership with DHOS, AGEFIPH and FIPHFP has implemented a pluridisciplinary team working under the direction of the PRM physician, exclusively devoted to the re-employment of hospitalized patients who desire returning to work in an ordinary setting despite their disability. This support is important but cannot substitute for personal motivation. Thus, vocational reinsertion is a major element of competence of the physical and rehabilitation physician.

CO34-007

### PRM field of competence and sports-related pathology

H. Collado, L. Bensoussan, J.M. Coudreuse, J.M. Viton, A. Delarque  
Assistance publique des hôpitaux de Marseille, Marseille cedex 5, France

\* Corresponding author.

Email address: hervecollado@hotmail.fr

For several reasons, PRM plays a central role in the management of patients with sports-related pathologies. During their residency, PRM physicians acquire a very clinical knowledge of the musculoskeletal system required for the management of this type of patient. In addition, this same period of training allow the PRM physician to become more familiar with teamwork, primordial in the field of sports medicine (physical therapist, psychologist, trainer). With this background, historically, many of the physicians called 'sports physicians' were trained as PRM physicians. Nevertheless, training is very heterogeneous in sports medicine. At the present time, there is a desire in France to create a uniform access to sports medicine training by the recent creation of a special certification in sports medicine (DESC). Other programmes with a broader access and shorter curriculum (DU, DIU) provide training in sports medicine. The DESC is a two-year programme beginning at the end of the residency where the resident is responsible for patients with disease of the musculoskeletal system, generally in a PRM unit. To date, this certification is very popular for third cycle medical students in PRM units. For all of these reasons, it is essential that sports medicine remain an integral part of the field of competence of PRM.

CO34-008

### PRM field of competence for burn victims

Y.N. Marduel<sup>a,\*</sup>, H. Descamps<sup>b</sup>, J.M. Rochet<sup>c</sup>

<sup>a</sup> CH Argentière 69610, Argentière, France; <sup>b</sup> CH de Bullion, Bullion, France;

<sup>c</sup> CRF Coubert, Coubert

\* Corresponding author.

Email address: ynmarduel@ch-argentiere.fr

**Introduction.**— Treatment of burn victims in PRM is well defined. One prerequisite is a full knowledge of the histopathology of the healing process and the social profile of this patient population.

**Objectives.**— Discuss the modalities for PRM care as a function of the pathological process from the acute phase to the secondary phase with the period of surgical repair and social reintegration.

**Methodology.**— Define the management criteria for burn victims in the PRM setting as a function of gravity (depth and surface involved) and the localization of the burns as a function of age, social characteristics and associated disease states, medical or psychiatric conditions.

**Discussion and conclusion.**— In France, burn victims account for a small proportion of accident patients. There are approximately 10,000 hospitalizations in specialized acute care centers per year. Consequently, there are few PRM units specialized in care for adult and children burn victims. These units are situated close to the acute care centers. This 'special' pathology requires

important scientific knowledge and specific care in the PRM unit, covering all areas of competence from recovery of the burn victim from the site of the accident to social reinsertion.

CO34-009

### Manual medicine-osteopathy in France: organization-training-field of competence

P. Vautravers<sup>a</sup>, M.E. Isner<sup>b</sup>, C. Blaes<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Strasbourg, France; <sup>b</sup> CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

\* Corresponding author.

Email address: philippe.vautravers@chru-strasbourg.fr

Manual medicine-osteopathy (MMO) has a relatively homogeneous organization in France. Initial training is acquired via an Inter-University Diploma (DIU). The history of this diploma is rather complex, but has now become a national diploma recognized by the Order of Medicine in 1995. Faculty members from fifteen universities are grouped together in the CEMMO (*Collège Français des Enseignements Universitaires de MMO*). The initial training is completed by a continuous medical education programme delivered by learned societies and supported by a scientific journal. The DIU is to date the necessary and sufficient medical access to the profession. The MMO practitioner is a physician who must abide by the code of deontology. Certain articles of the code (11, 33, 39, 70) apply specifically to serious practice of MMO. The field of competence for diagnostic and therapeutic purposes of MMO are globally those of the musculoskeletal system. The manual therapeutic techniques taught in the DIU are those of "role playing" between students and physician faculty. Since March 2007, certain manual therapies, to date reserved for the medical community, are part of the professional competence of non-physician practitioners. This new organization, if it persists, should increase awareness of each practitioner's responsibilities and duties.

CO39-001

### PRM in Acute Settings

A. Ward<sup>a,\*</sup>, C. Gutenbrunner<sup>b</sup>, H. Damjan<sup>c</sup>, A. Giustini<sup>d</sup>, A. Delarque<sup>e</sup>

<sup>a</sup> North Staffordshire Rehabilitation Centre, Haywood Hospital, Stoke-on-Trent, UK; <sup>b</sup> Hannover Medical School, Hannover, Deutschland; <sup>c</sup> National PRM Center, Ljubljana, Slovenia; <sup>d</sup> Venice, Italy; <sup>e</sup> AP-HM, Marseille, France

\* Corresponding author.

Email address: anthony@bward2.freeserve.co.uk

Starting PRM programmes early following the onset of a health condition provides specialist medical interventions during acute hospital admissions and potentially reduces inpatient stays in acute beds. The point of entry is defined as when "the priority of care has moved from the definitive acute treatment to one of rehabilitation" and it is at this time that the PRM specialist takes the lead for clinical care. In reality, once definitive care or resuscitation has taken place, a patient's inpatient stay in hospital is primarily for rehabilitation and dedicating facilities, including beds, for this purpose will bear fruit to meet healthcare priorities. Early rehabilitation describes PRM interventions within the first month of a hospital admission following a disabling health condition. This presentation reports on a published article and describes the strategy, the options and, as an example, an evidence based care pathway following a study on PRM interventions on brain-injured patients in the intensive care unit. It will also describe the categories of suitable patients for early PRM programmes. Below are some examples of how it may be delivered:

- transfer of patients to specialist beds in the acute hospital;
- establishment of mobile rehabilitation teams while the patient remains in the referring specialist's bed;
- daily visits to the acute wards by specialists from a stand-alone rehabilitation facility;
- establishment of rehabilitation centers to take patients in the very short term.

Further reading

[1] Ward A B, Gutenbrunner C, Damjan H, Giustini A, Delarque A.J Rehabil Med 2010;42:417–424.

CO39-002

**Establishing a reference for Physical And Rehabilitation Medicine: the COFEMER approach**I. Richard<sup>a,\*</sup>, P.A. Joseph<sup>b</sup>, S. Poiraudou<sup>c</sup><sup>a</sup> Centre régional de RRF, rue des Capucins, 49100 Angers, France ; <sup>b</sup> hôpital Tastet-Girard, groupe hospitalier Pellegrin, CHU de Bordeaux, France ;<sup>c</sup> hôpital Cochin, service de rééducation et de réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris, France

\* Corresponding author.

Email address: isabelle.richard@univ-angers.fr

**Objectives.**– Establish a list of competences for qualified PRM physicians in order to guide validation procedures for specialist training and to detail these competences for employers, funding organizations and public authorities.

**Methods.**– Collaborative work at COFEMER included three phases. Brainstorming sessions defined competences from specific clinical contexts (for instance, PRM with a neurology orientation). Three experts (PAJ, SP, IR) then grouped these competencies which were reclassified in light of the international classification of function and medical roles such as defined by CANMEDS. A list of 13 broad competences detailing 188 specific competences was addressed to the COFEMER members for the DELPHI procedure to evaluate pertinence and readability. The list was then reduced to 143 items by the second DELPHI round. The final validation will include the comments made by PRM physicians.

**Results.**– 13 framework competences were identified, for instance, “lead a rehabilitation project: prescribe and discontinue treatments, organize, participate or coordinate useful multidisciplinary actions (hygiene, devices and technology, medico-social, educational and professional, association of caregivers), by evaluating the results and correcting for risk, for optimal utilization of resources” or “institute a long-term personal self-training plan for occupational life and manage the evolution of scientific knowledge in the field of PRM”.

CO39-003

**Ambulatory PRM practices designed to reduce disability in real life situations**B. Pollez<sup>a,\*</sup>, F. Beuret-Blanquart<sup>b</sup>, P. Blondel<sup>c</sup>, P. Calmels<sup>d</sup>, A. Carpentier<sup>e</sup>, M. Delarue<sup>f</sup>, X. Etchecopar<sup>g</sup>, V. Gautheron<sup>d</sup>, G. De Korvin<sup>h</sup>, P. Roppenneck<sup>b</sup>, J. Sengler<sup>i</sup>, M. Sevene<sup>j</sup>, M. De Seze<sup>k</sup>, L. Wiart<sup>k</sup>, E. Richer<sup>l</sup><sup>a</sup> Pôle handicaps, dépendance et citoyenneté, Lille, France; <sup>b</sup> CRMPR, Bois-Guillaume, France; <sup>c</sup> Ugecam IDF, Coubert; <sup>d</sup> CHU, Saint-Étienne, France; <sup>e</sup> centre Marc-Sautelet, Villeneuve D'Ascq, France; <sup>f</sup> Samsah TC, Marseille, France; <sup>g</sup> cabinet médical MPR, Langon, France; <sup>h</sup> cabinet médical MPR, Rennes, France; <sup>i</sup> CH, Mulhouse, France; <sup>j</sup> CH, Saint-Denis, France; <sup>k</sup> cabinet médical MPR, Bordeaux-l'adapt, Château-Rauzé, Cenac, France

\* Corresponding author.

Email address: bruno.pollez@icl-lille.fr

**Objective.**– Present different PRM practices performed in the ambulatory setting, detail fields of intervention and modalities, with their advantages and limitations.

**Method.**– Review and analysis of different ambulatory PRM practices and analyze PRM practices performed for patients of all ages with disability.

**Results.**– Categories of practices include outpatient care (HAD, mobile team, home consultations) or private practice with a pluridisciplinary organization when needed, medicosocial activities (CAJ, SESSAD, SAMSAH), health networks using public health and medicosocial resources, and platform practices with mutual use of resources and competences.

**Discussion.**– All of these practices have their own indications and limitations, essentially, via their interaction, to provide optimal care for the disabled person and to provide support for family and caregivers in the different phases of real life situations, with transmission of acquired skills.

**Conclusion.**– The final goal of PRM is to help disabled persons of all ages overcome their handicap. In compliance with WHO modelizations, PRM optimizes care delivery to patients (and family and caregivers) by actions on three levels: analytic (clinical status), functional (effective abilities), and situational (person-environment interactions). To achieve this goal, PRM must mobilize and coordinate sanitary, pluridisciplinary, and social resources, reaching the person's real life situation.

CO39-004

**Management criteria for physical and rehabilitation medicine and cancer diseases**M. Genty<sup>a</sup>, P. Calmels<sup>b</sup><sup>a</sup> Clinique privée de réadaptation Valmont, 1823 Glion, France; <sup>b</sup> hôpital Bellevue, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne Cedex 2, France

**Introduction.**– PRM management of cancer diseases remains limited. The growing complexity of treatments and improving survival rates make cancer a chronic disease warranting the development of rehabilitation programmes.

**Objectives.**– Present the modalities of PRM management in the different phases of cancer care: acute care, secondary care, late phase.

**Methodology.**– This work reports elements constituting orientation criteria for PRM management depending on the course of the cancer disease, discussing the role of PRM physicians and different technical resources available for patient care as a function of localizations and complications and taking into account the different dimensions of deficits, disabilities and handicaps.

**Discussion.**– Beyond this desire to participate in the management of patients with cancer, there is an important work for education and information, to modelize care and rehabilitation tools and structures and to constitute networks for patient-centered care in this specific field of competence.

**Further reading**

[1] Djurdjevic A, Nikolic S. Profile of handicap situations in cancer patients. J BUON 2009;14(3):435–40

[2] Palacio A, Calmels P, Genty M, Le-Quand B, Beuret-Blanquart F. Oncology and physical medicine and rehabilitation. Ann Phys Rehabil Med. 2009;52 (7–8):568–78

CO39-005

**PRM training and initiatives in the Ivory Coast**A.M. Datié<sup>a,\*</sup>, M.B. Nandjui<sup>a</sup>, B. Manou<sup>a</sup>, D. Allo<sup>a</sup>, A. Coulibaly<sup>b</sup><sup>a</sup> Faculté de médecine d'Abidjan, Abidjan, Ivory Coast; <sup>b</sup> centre d'appareillage Vivre Debout, Abidjan, Ivory Coast

\* Corresponding author.

Email address: ange\_datie@yahoo.fr

**Objective.**– Highlight the perspectives for correction or reinforcement of PRM actions in the Ivory Coast in light of acquired experience.

**Material and method.**– A survey of PRM actions and public rehabilitation structures implanted in the Ivory Coast in the last ten years was performed. A critical analysis of these actions was done to highlight achievements, weaknesses and opportunities.

**Results.**– Different training actions and structure implantations were observed:

- ten auxiliary physical therapists trained by Handicap International (HI) for hospital physical therapy;
- six orthoprosthesists trained by HI;
- creation of a diploma in PRM at the Abidjan Faculty of Medicine in 2006;
- opening of a physical therapy school in 2008.

Regarding structures:

- creating of medical device centers by HI at Abidjan and Bouaké (non functioning);
- implantation of hospital physical therapy units at Bouaké, Man and Danané (zones of conflict) but closed since HI left in 2008.

**Discussion and conclusion.**– Different appreciable efforts were made for the development of PRM in the Ivory Coast. But the best cooperation between international NGOs and local competences must be cases on an effective policy of rehabilitation which to date is almost nil. It will be necessary to avoid the failures observed and to ensure sustained actions. Personnel training should be reinforced with the cooperation of north-south partnerships.



CO39-006

### Creation of a post-intensive care and neurological rehabilitation unit at the Mulhouse Hospital Centre: analysis of activities and funding

N. Winisdoerffer<sup>\*</sup>, K. Bendjelida, P. Fender, S. Lefebvre, S. Perrin, D. Portal, J. Sengler

CH Mulhouse, Mulhouse, France

\* Corresponding author.

Email address: winisdoerffer@ch-mulhouse.fr

**Introduction.**– Post-intensive care rehabilitation units have existed for many years and are dedicated to early care of patients with brain injury or serious neurological conditions. A unit of this type was recently created at the Mulhouse Hospital Centre. This unit has the original feature of being an “acute care-rehabilitation unit”.

**Objectives.**– Analyze the activity of this unit and present the specific funding situation.

**Methods.**– Indicators of structure (organization), activity (standardized data furnished by the PMSI) and pertinence (role of the unit in the management scheme of brain injury patients) were studied. Funding modalities were described.

**Results.**– The Mulhouse unit is an 8-bed unit created in September 2009 to provide continuous surveillance and care. After six months of activity, 28 patients have been admitted (11 F and 17 M) mean age 59 years. Mean stay was 40 days. These patients had brain damage due to a vascular accident ( $n = 13$ ), trauma ( $n = 8$ ) or an anoxic event ( $n = 1$ ). Four patients presented a polyneuropathy. Referral at discharge was to a long-term rehabilitation unit for 70 % of patients.

**Discussion and Conclusion.**– This unit plays an important role in the referral system for serious brain damage. Funding as a continuous surveillance unit depends on the wide distribution of patients issuing from intensive care units of the same institution.

CO39-007

### Rehabilitation of comatose patients in the intensive care unit

G.T. Kpadonou<sup>a,\*</sup>, E. Alagnide<sup>a</sup>, P.C. Houkpe<sup>b</sup>, D. Atchade<sup>b</sup>, E. Labitan<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (SRRF)/CNHU, Cotonou, Bénin; <sup>b</sup> service polyvalent d'anesthésie et de réanimation (SPAR), Cotonou, Bénin

\* Corresponding author.

Email address: kpadonou\_toussaint@yahoo.fr

**Introduction.**– In western countries, the introduction of rehabilitation into the therapeutic arsenal of the comatose patient has improved the prognosis of these patients. In Bénin where this is a recently organized discipline, this strategy is only beginning to be applied.

**Objective.**– Analyze the results of rehabilitation of comatose patients in intensive care units.

**Method.**– Prospective descriptive and analytical study of 70 patients in the Cotonou intensive care unit from April 1, 2007 to August 2007 divided into two groups: G1 (40 comatose patients without rehabilitation) and G2 (30 comatose patients with rehabilitation).

**Results.**– Mean age was 39.3 years. Mean time from coma onset to admission to the intensive care unit was 13 hours. The main causes of coma were: head injury (37 %), neurological disease (34 %), stroke (23.6 %), toxic or metabolic causes (14 %). Stage II (37 %) predominated. Mean delay to rehabilitation was 4 days 8 hours. Rehabilitation had a beneficial effect on prevention of pressure sores, significant reduction in mortality, and early recovery of autonomy in G2. There were also more decubitus complications and 100 % mortality in G1.

**Conclusion.**– Rehabilitation enabled a significant improvement in survival and functional outcome of the comatose patients in the intensive care unit. It should be an integral part of the therapeutic arsenal in intensive care.

CO39-008

### Proposed national thesaurus of medical acts practiced by physical and rehabilitation medicine physicians

P.-J. Bénézet

<sup>a</sup> Ugecam Paca et Corse, Marseille, France

Email address: pbenezet@ugecampacac.com

**Objective.**– Within the framework of a pluridisciplinary working group devoted to the development of a catalogue of specialized acts in rehabilitation piloted by the hospital information technique agency, we constituted a thesaurus of medical acts currently practiced by PRM physicians.

**Method.**– As a base for our work, we used the V17 which is a classification of medical acts delivered in France. We also worked with SOFMER requesting all PRM in France to inform our working group of the acts they perform. We regrouped all of the acts reported.

**Results.**– We received responses from six PRM physicians practicing in private practice and from 22 institutional structures with PRM units. This enabled us to identify 451 specific medical acts which could be catalogued in the seven major systems.

**Conclusion.**– This work piloted by SOFMER and FEDMER enabled us to highlight the fields of competence of PMR physicians practicing in France in 2010. This data collection is not limiting and the PRM physician can perform any of the medical acts listed by the national health care fund as long as he/she had acquired the necessary competence.

CO39-009

### Field of competence in PRM and therapeutic education

E. Coudeyre<sup>a,\*</sup>, A. Gelis<sup>b</sup>, M.M. Lefevre-Colau<sup>c</sup>

\* Corresponding author.

Email address: ecoudeyre@chu-clermontferrand.fr

<sup>a</sup> Service de médecine physique et réadaptation, CHU Hôpital Nord, Clermont, Clermont-Ferrand, France; <sup>b</sup> département MPR CHU Caremeau, Montpellier; <sup>c</sup> service de MPR, hôpital Corentin-Celton, Issy-Les-Moulineaux, France

**Objective.**– Define the competences of PRM physicians in the field of therapeutic education (ETP).

**Results.**– In France, the ETP, or the field of therapeutic education, is an integral part of the competence of the PRM specialist, similar to competence for psychosocial interventions. ETP can be performed by a unique professional for the more simple interventions or as part of a pluridisciplinary team. Consequently, the PRM specialist should be able to coordinate work of different professionals (physical therapist, ergotherapist, nursing staff) implied in the ETP programme. Therapist-educator should not be considered as a different profession, but as an acquisition (or validation of acquired experience) of specific competence. The necessary competence for implementing these programmes is based on a specific approved training.

**Discussion.**– The initial ETP training for French PRM specialists is based on a specific model of the national educational diploma completed by a Masters degree in ETP. The continuous training programme is based on non-specialized university diplomas.

**Conclusion.**– ETP is part of the competences of the PRM specialist for the development of coordination of the programme. These competences should be based on specific training which remains to be further developed to cover all of the fields of the discipline.