


ELSEVIER
MASSONDisponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.comElsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 53 (2010) 352–368

ANNALS
OF PHYSICAL
AND REHABILITATION MEDICINE

Professional practices and recommendations / Pratiques professionnelles et recommandations

European accreditation of programmes of care in physical and rehabilitation medicine. Goals, pilot phase, new procedure

*Accréditation européenne des programmes de soin en médecine physique et de réadaptation. Objectifs, phase pilote, nouvelle procédure*G. De Korvin ^{a,*}, M. Quittan ^b, A. Juocevicius ^c, T. Lejeune ^d, J. Lains ^e,
J. McElligott ^f, V. Mikova ^g, F. Nollet ^h, A. Delarque ⁱ^a Centre hospitalier privé Saint-Grégoire, CS 56816, 35768 Rennes, France^b Kaiser Franz Joseph Hospital, Vienna, Austria^c Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos, Vilnius, Lithuania^d Cliniques universitaires Saint-Luc, UCL, Brussels, Belgium^e Hospital Rovisco Pais, Tocha, Portugal^f National Rehabilitation Hospital, Dublin, Ireland^g Hospital Tabor, Tabor, Czech Republic^h Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlandsⁱ Université de la Méditerranée, CHU La Timone, 13385 Marseille, France

Received 10 September 2009; accepted 23 March 2010

Key words: Physical and rehabilitation medicine; PRM; SYFMER; SOFMER; COFEMER; Europe; UEMS; Board; Quality of care; Programmes of care; Organisation; Training; Education; Skills

Mots clés : Médecine physique et de réadaptation ; MPR ; SYFMER ; SOFMER ; COFEMER ; Europe ; UEMS ; Board ; Qualité des soins ; Programmes de soins ; Organisation ; Formation ; Éducation ; Compétences

De Korvin Georges
CHP Saint-Grégoire, 35768 Rennes, France
Delegate of France
President of the Clinical Affairs Committee, UEMS PRM
Section

Quittan Michael
Kaiser Franz Joseph Hospital, Vienna, Austria
Delegate of Austria
Rapporteur of the Clinical Affairs Committee, UEMS PRM
Section

Juocevicius Alvydas
Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos, Vilnius,
Lithuania
Delegate of Lithuania
Member of the Clinical Affairs Committee

Lejeune Thierry
Cliniques universitaires Saint-Luc, UCL, Brussels,
Belgium
Delegate of Belgium
Member of the Clinical Affairs Committee

Lains Jorge
Hospital Rovisco Pais, Tocha, Portugal
Delegate of Portugal
Member of the Clinical Affairs Committee

McElligott Jacinta
National Rehabilitation Hospital, Dublin, Ireland
Delegate of Ireland
Member of the Clinical Affairs Committee

Mikova Vladislava
Hospital Tabor, Czech Republic
Delegate of the Czech Republic
Member of the Clinical Affairs Committee

* Corresponding author.

E-mail address: gdekorvin@free.fr (G. De Korvin).

Nollet Frans
Academic Medical Centre, University of Amsterdam, The Netherlands
Delegate of The Netherlands
Member of the Clinical Affairs Committee

Delarque Alain
Université de la Méditerranée, CHU La Timone, 13385 Marseille, France
Delegate of France
President of the Physical and Rehabilitation Medicine Section of the European Union of Medical Specialists

1. English version

1.1. Introduction

Delegates from 31 countries participate in the activities of the section and board of the Union of European medical specialists (*Union européenne des médecins spécialistes* [UEMS]) [4]. Twice a year, these delegates hold a three-day General assembly, where they work on three different committees:

- the Education committee, also called the European board;
- the Professional practice committee, which addresses PRM fields of competency;
- the Clinical affairs committee (CAC), which focuses on PRM quality of care.

From 2001 to 2004, under the presidency of Professor Bengt Sjölund, the Clinical affairs committee pondered the ethical foundations and the research perspectives pertaining to quality of care and finally chose a concrete pragmatic approach. Thus, in 2004, the Committee decided to adopt the PRM programme of Care (PRM-PC) as a basis for their work and to set up a European PRM-PC accreditation based on a user-friendly and easy-to-manage system.

To accomplish this, an online questionnaire was put up on a dedicated website so that PRM Specialists could submit their programmes to a five-member European jury. During the pilot phase (2006 to 2008), 13 PRM-PCs were accredited through this procedure. This pilot phase proved the feasibility of such a project, but it also raised many questions, for example, about:

- the interaction between jury members and applicants;
- the relationship between scientific foundations based on international and national publications/recommendations and clinical practice;
- the advantages of participating in such a European accreditation system.

In early 2009, this European approach to PRM-PC also led the French PRM union (SYFMER) to bring the PRM-PC concept into negotiations of funding for functional assessment tools, such as isokinetic dynamometry and surface topography.

The National health insurance (UNCAM) reacted fairly positively, and this positive reaction further advanced the European PRM-PC accreditation system, while at the same time influencing some of its procedures.

As a result, an upgraded version of the accreditation procedure was set up in March 2009 after the general assembly in Cambridge (England). The new version is now available on the website www.euro-prm.org. Whereas the first questionnaire focused mainly on organizational aspects, the new accreditation template focuses more on a given programme's background data and fundamental issues, along with the structured content elaborated by the PRM Specialist in response to patient needs. UEMS hopes that this European accreditation system will become a PRM-PC laboratory, in which applicants will be helped to express their clinical expertise in the most valuable, beneficial way for the patient and for other PRM specialists.

This paper traces the steps and the deliberations that led to the current system, which is then explained in detail. It concludes with recommendations to facilitate the participation of any PRM Specialist who applies for European accreditation of a PRM programme of care. In turn, this facilitated participation is expected to make the PRM specialty more visible and comprehensible throughout Europe, in the interests of the patients.

1.2. Aims and goals

Achieving the best possible quality of care is an ethical obligation for any physician. However, beyond the personal commitment, some pioneers – for example, the Mayo brothers, whose standards still remain up to date [11] – started formalizing this quality approach many years ago. In 1997, the Council of Europe followed through, issuing Recommendation No. R(97)17 about the legal proviso to develop and implement quality improvement systems (QIS) in health care [3].

UEMS started to address this issue very early and, in 1996, adopted an initial European charter for quality assurance in a specialized medical practice [15]. More recently, UEMS issued three consensus documents about quality of care:

- the Basel declaration (2001) [16], which is about continuing professional development;
- UEMS policy statement on promoting good medical care (2004) [18], which defines quality assurance as a continuing review process rather than predefined standards of care;
- the Budapest declaration on ensuring the quality of medical care (2006) [17], which defines de UEMS policy about medical rules: any control system should take into account the context of the medical practice, the societal expectations and the available resources for providing medical care.

UEMS asked the following questions:

- how should quality of care be promoted in a fast-moving European landscape, with the arrival of new countries in the European community (EC)?

- how should a heterogeneous and poorly-known situation be taken into account, without being biased by North-South or West-East prejudices?
- how should quality of care be addressed in a specialty that cannot be defined by a single anatomical territory or by a unique technology, but rather is based on a philosophical consensus shared around the world?

In addition to these conceptual questions, UEMS considered it essential to generate “raw data” from daily clinical practice, without trying to impose an a priori evaluation framework imported from any one country, nor any predefined scale of values.

From this perspective, the concept of PRM programme of care (PRM-PC) appeared to be the best foundation for developing a European approach to quality of care. UEMS wanted the PRM-PC concept to become the most appropriate response to the population’s needs. PRM Specialists, who are the people responsible for a PRM-PC, must describe the programme, covering the following programme elements:

- fundamental concerns – pathological and impairment considerations, disability and handicap issues, social and economic consequences, programme principles;
- objectives – target population, programme goals and targets in terms of ICF [19];
- contents – assessment (diagnosis, impairment, activity and participation, environmental factors), intervention (programme timeframe, PRM specialist interventions, team interventions), follow-up and results (discharge plans, long-term follow-up);
- environment and organisation – clinical setting, clinical programme, clinical approach, facility; safety, patient rights, advocacy; role of the PRM specialists in the programme, team management procedures;
- information management – patient records, information management system, programme monitoring and results;
- quality improvements – identification of the programme’s strong and weak points, action plan to improve programme quality;
- references – scientific references and guidelines cited in the above description, details about national documents.

In Europe, the mandatory certification and accreditation procedures are focused either on the physicians or on the facilities. In France, facility accreditation includes special features that are appropriate for post-acute settings, in which PRM is included. However, UEMS-PRM/CAC hasn’t found any accreditation system specifically dedicated to PRM.

Under Professor Bengt Sjölund’s presidency, the CAC looked at experiences in North America, where programmes of care have existed for a long time. As early as the 2nd International congress of health accreditation (Marseille, France; 2000), Professor Yves-Louis Boulanger explained how PRM-PC had been developed in Montreal [1] and Christine Mac Donnell described the accreditation system

managed by Commission on accreditation of rehabilitation facilities (CARF) [2].

Nevertheless, these North American accreditation procedures were integrated into healthcare insurance systems that were much different from the various European systems for financing healthcare. These procedures could hardly be extended in their totality to a group of countries that, despite their very diverse cultural and legal frameworks, already put a heavy administrative burden on physicians.

Since the motivation behind European accreditation cannot be legal obligations or an immediate financial benefit, UEMS/CAC conceived a much lighter procedure that doesn’t require a lot of time and money. This procedure has two purposes:

- to better inform all kinds of people, from patients to decision-makers, about the high-quality services offered by the PRM specialty;
- to start a dynamic process for continually improving PRM quality.

These two purposes should be achieved without value judgements, rather seeking to highlight the value of existing clinical practices in every European country.

UEMS also thought that it was important to set up an accreditation system managed by PRM Specialists themselves, before any other entity tried to impose a system over which PRM Specialists had no control (e.g., conception, organisation, management, data produced).

1.3. Method: the pilot phase

In September 2004, the Dublin general assembly (GA) of the UEMS PRM section decided to set up a European accreditation system for PRM programmes of care. In February 2005, the Hanover GA approved the specifications elaborated by the Clinical affairs committee, and in September 2005, UEMS was able to present at the Limassol GA the first tentative model of this system, which was later upgraded several times.

The principle of this system was to let applicants fill out an online questionnaire, with a brief description of the care programme and a self-evaluation of its principal targets, objectives and organisation. This questionnaire will be described in detail later, along with the final version of the system.

Each candidate programme of care was submitted to five-member European jury to obtain an evaluation of the programme. The software on the website had been designed to allow automatic voting and to store the comments of the five jury members. The first real test phase began in 2006. Soon after the test phase began, it appeared that an information exchange between the Jury and the applicants would be essential for the correct interpretation of the binary responses (yes or no) on the questionnaire. This information exchange would work to improve the programme description. Therefore, in the 2007 upgrade of the accreditation website, UEMS added a dialogue space reserved for the jury and a zone for anonymous exchanges between the candidate and the jury.

1.4. Results

During the two-year pilot phase, 13 programmes were accredited (Appendix A). Candidate programmes were submitted from Austria (two programmes), France (two), Hungary (three), Italy (one), Lithuania (two) and Slovenia (three), which correspond to a fascinating East-West distribution and demonstrates the commitment of the newly admitted European countries to our approach.

When applying for programme accreditation, applicants could either choose a title from the suggestions in a pop-up menu or create an original programme title. Six titles were related to PRM applied to nervous system impairments, including three targeting stroke patients and one targeting patients with spinal cord injuries. Two programme titles were general (“General PRM Programme”), one of them specifically targeting children. The five other programme titles were:

- assessment and treatment of people with gait disorders;
- post-traumatic geriatric rehabilitation;
- amputee rehabilitation;
- PRM and patients with osteoporosis;
- rehabilitation of cancer patients.

This variety shows the importance of the neurological rehabilitation but also the wide scope of PRM application domains in different European countries. The two “General PRM” programmes prove that it is not necessary to be part of “super specialized” facility to submit a PRM-PC for European PRM accreditation by UEMS.

The website recorded several incomplete submissions, which were probably trial runs. But every programme that was conscientiously presented was accredited after the applicants provided additional information and made corrections to their questionnaires as requested by the jury.

As the pilot phase progressed, a series of 12 programme assessment criteria emerged from the jury’s debates, which were consensual most of the time:

- clearly described programme goals, expressed in the terms of the ICF;
- clear scientific basis for the programme (i.e., evidence-based medicine);
- clearly defined admission and discharge criteria;
- a reasonable number of patients per year;
- appropriate human resources, both in competency and number;
- continuing professional development for PRM Specialists and other team members;
- PRM specialist interventions are an integral part of the programme;
- the PRM Specialist plays an active role in the rehabilitation programme and does not only deal with comorbidity;
- patients rights are properly addressed;
- safety issues are properly addressed;
- patients records are properly managed and include rehabilitation data;

- programme outcomes are monitored and a quality assurance system is set up.

Professor Alvydas Juocevicius and his team performed a global analysis of the responses collected from the programmes accredited. The rate of positive responses to the various questions was generally high. A score of 100% was observed for three items:

- the PRM specialist intervention is an integral part of the programme;
- the PRM Specialist plays an active role in the programme;
- patients records are properly managed and include rehabilitation data.

The answer to the two first questions, about the PRM Specialist participation in the programme, may appear obvious in some countries, for example in France. However, this is not the case in certain countries, where a rehabilitation programme can be managed by a person who isn’t a physician (e.g., a nurse, a physiotherapist or any other “reference person”), while the physician’s role is limited to dealing with comorbidity. In fact, some items on the questionnaire were designed to be “educational”. The lowest scores were observed on two questions:

- 50% for a clear link to evidence-based medicine (EBM);
- 57% for clearly defined admission and discharge criteria.

The questionnaire ended with three questions designed to initiate a quality assurance approach:

- what are the most positive points of your programme?;
- what are the weakest points of your programme?
- what action plan do you intend to implement for improving your programme?.

The strong points mentioned by the applicants covered two complementary aspects:

- the services offered directly to the patient: comprehensive, personalized PRM care (6/13), comprehensive assessment before assignment to an outpatient or community-based rehabilitation service (2/13), good therapeutic efficiency (3/13), and a good cooperation with the patient’s relatives (1/13);
- the organization of the programme (which obviously also benefits the patients): a multidisciplinary team (9/13), an interdisciplinary approach (5/13), the proposal of research and educational programmes related to daily clinical practice (3/13), cooperative team management (e.g., with a foreign partner) (1/14).

The weak points mentioned by the applicants covered the following aspects:

- insufficient means allocated to the programme: lack of beds for early rehabilitation of amputees and cancer patients

- (2/13), insufficient human resources (e.g., neuropsychologist, speech therapist, occupational therapist) (3/13);
- gaps in the care programme: cognitive rehabilitation (3/13), occupational therapy and vocational rehabilitation (6/13);
 - insufficient evaluation of the programme results.

The action plans for improving the programme focused on two issues:

- the means allocated to the programme (external factors, which cannot be controlled by the programme): more beds for inpatients or places in ambulatory care (2/13), more specialists (2/13), creation of a vocational rehabilitation department (1/13), improving the equipment (based on funding resources) (1/13), implementation of a software system (3/13);
- the organization itself (internal factors, which are more directly under the control of the programme director): updating existing procedures and defining new ones within a General PRM programme (1/13), improving cognitive rehabilitation for stroke patients (1/13), implementing ICF (2/14), continuing team education (1/13), improving programme monitoring (3/13).

1.5. Discussion: from the pilot phase to the final system

The pilot phase of our European accreditation system for PRM programmes of care was presented in several PRM congresses: the SOFMER Congress in Saint-Malo (2007) and in Mulhouse (2008), the European PRM Congress in Bruges (2008), the SIMFER Congress in Rome (2008) and the Baltic Congress in Riga (2008).

The discussions with congress participants, the debates within the UEMS section and board, and the exchanges between candidates and jury convinced UEMS-PRM Section of the usefulness of our approach, but also highlighted some of its weaknesses, which led us to propose improvements. [Appendix B](#) gives the new model for presenting a programme.

1.5.1. Strong and weak points highlighted by the pilot phase

The strong point is that our system gives structured information about European PRM programmes, whatever are their scopes, their means or their organisational type. Therefore, the European PRM accreditation system is a fantastic tool to obtain and distribute knowledge about the richness of PRM and the multiple ways that this specialty is adapted in actual daily practice.

The weak point is the jury's difficulty to comprehend the essential nature of the candidate programmes. This is why the jury raised so many questions about the relevance of the responses to some of the questions in the questionnaire, which were intended to describe the programme. Several times, the programme scope was too wide to make some questions applicable. On the other hand, even though the open programme description had been allotted a full text window in the questionnaire, this description often proved

to be too concise to represent the programme content accurately.

For instance, during the pilot phase, our questionnaire clearly gave insufficient space for the programme content itself and for the detailed description of the PRM Specialist's role within the programme. Indeed, other existing accreditation systems, which could be taken as examples, are not medically driven; consequently, they are naturally focused on the organizational aspects rather than on medical issues, which their managers cannot handle and control.

1.5.2. Information generated by the programme of care concept

Our recent talks with the French Health Insurance managers have taught us the importance being able to provide quantitative data about:

- the preprogramme stages (e.g., epidemiological, social and economic data);
- the operational stages (e.g., participation rate, length of treatment, quantification of all the means implemented by the programme, including those related to external prescriptions);
- the post-programme stages, including the assessment of not only the programme outcomes, but also the difference between the existence and non-existence of such a programme (e.g., in terms of the impact on external prescriptions, sick leave, medical nomadism).

Therefore, it is easy to imagine the richness of all the information that can be collected from the PRM-PC description. Of course, it would be impossible for a single team, even highly reinforced, to cover all the aspects mentioned above at the same time. Pragmatically speaking, two important stages should be carefully considered:

- the elaboration and implementation of the programme of care, with special attention to the qualitative and quantitative description of the local context, the reasons for creating such a programme and the choices that had to be made based on the available resources;
- the assessment of the outcomes in a programme that is already stable organisationally. The difficulties encountered, the problems that had to be solved, and the pitfalls that should be avoided are also interesting to report. These factors can become the starting point for new programme developments, as is done in the Deming Wheel ([Fig. 1](#)).

Completing both these stages is not required before submitting a PRM-PC for European PRM Accreditation. In fact, if the process has been carefully managed, the first stage will elicit very useful information. Implementing the second stage doesn't mean an extensive assessment of numerous parameters, which is likely to be incompatible with a normal daily practice.

It is useful to underline the difference between a clinical research programme and an assessment of a PRM-PC:

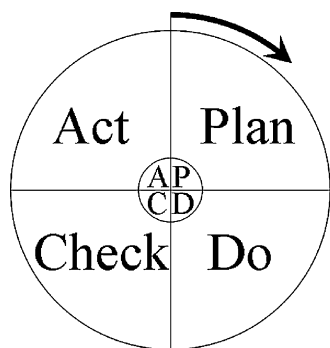


Fig. 1. The Deming Wheel. From Wikipedia Commons.

The general goal of clinical research is to give the most definite answer to a simple and concise question. Methodological bias is one of the researcher's major concerns. To avoid bias, researchers must gather the most homogeneous population, control as many parameters that may influence the results as possible, perform perfectly scheduled and invariable interventions, evaluate the results according to multiple parameters and techniques, and observe whether or not these results agree.

A programme of care, on the other hand, tries to intervene efficiently in the widest possible population. In daily practice conditions, this population is defined only by the problem to be treated, the goal to be attained, and the potential compliance with the scheduled intervention. For instance, a follow-up programme for patients who have had anterior cruciate ligament reconstruction can be applied, subject to a few adaptations, to the reconstruction of the posterior cruciate ligament or to the reparation of complex knee damage. Of course, for each sub-group, it will be necessary to adjust the goals and the treatment schedule and to specify the precautions and specific measures that need to be taken.

Routine assessment in daily clinical practice may address a limited number of parameters only, which should be chosen as significant indicators of patient progress or difficulties and of programme efficiency. Based on our own experience, in a normal consultation, it is difficult to handle more than about ten parameters in real time. Beyond this number, the practitioner's attention is distracted by the technical aspects of the assessment, to the detriment of the general issue of the patient who is consulting. The nature of the consultation changes, and it becomes impossible, in a limited period of time, to deal simultaneously with the therapeutic, educational and psychological aspects, which are certainly as important as the assessment.

Clearly, working in a team may help to better distribute the tasks, especially those related to relatively sophisticated and time-consuming tests. Nevertheless, cost has to be taken into consideration and maintained under a reasonable level, without causing prejudice to tangible patient care. In other words, the patients are "customers" who deserve the best service possible. They shouldn't become, without their knowledge, an object of study for the practitioner's convenience. This may explain why it is sometimes difficult to integrate certain comprehensive assessment tools into daily clinical practice.

The choice of criteria and assessment methods is therefore a compromise between the assessments goals and the available resources. These choices may evolve over time: certain parameters seem to be redundant, always obtaining the same score at the same stage of the programme or proving to have no practical significance, while other parameters can reveal a real dysfunction, or, on the contrary, a sufficient performance level to allow the next programme stage to begin. All these ideas are worth being expressed in the description of the care programme.

1.5.3. Scientific foundations of the programme

A PRM programme of care has to meet the requirements of evidence-based medicine. This criterion was designed to prevent us from accrediting outdated or esoteric methods. With this in mind, UEMS required that five scientific papers and/or professional recommendations be cited in the original accreditation questionnaire.

Citing national recommendations was a subject of debate about the place of these recommendations in a European accreditation. All the details of this discussion were reported along with the CAC Action Plan, published in the *European journal of rehabilitation medicine* [5]. The easiest way suggested was to accept Anglophone documents only, especially the papers referenced in the PubMed database and the recommendations published by the Cochrane library. However, equating "International" and "Anglophone" was considered as a way to artificially impose a single culture, ignoring all the research done in all European countries in each of the 23 officially-recognized European languages [7].

The CAC thus decided to recognize national references and recommendations, provided that their sources are well identified and accessible, and that their content could be easily understood (Appendix C). For this reason, every author is kindly requested to write a short summary of any national documents in English when an English version is not available. Furthermore, a working group was set up to compile the national sources of scientific documents and professional recommendations in PRM. This should be done in cooperation with the Guidelines international network (GIN) [8], which is linked to the UEMS, to the European society of PRM (ESPRM) [6] and to national scientific societies. These national societies have been invited to sign a cooperation agreement with the UEMS PRM section and board. The SOFMER (France) [14], the SIMFER (Italy) [13] and the Hellenic Society of PRM have already done so.

However, referring to scientific literature and to recommendations for good clinical practice cannot be limited to a simple listing of titles, automatically provided by any search engine. Relevant data and immediately applicable recommendations are still too scarce [12] to neglect a real bibliographic research, which has to be organized in accordance with the care programme project.

This is why every reference has to now be cited in the text describing the preliminary approach and in the programme content itself, and can no longer be simply listed out of any

context, as was true in the first version of the accreditation questionnaire.

1.5.4. Questionnaire and text description

Using multiple-choice questions (MCQ) has several advantages: a well-controlled study domain, simplified participation for the applicant, and the ease with which statistics can be obtained from the answers. The drawback of a MCQ questionnaire is that it imposes a conceptual framework, which may not correspond to the real approach with which the programme was developed. The responses, as well as their interpretation, may therefore be biased or their usefulness reduced. This was clearly demonstrated by the jury's comments and the numerous requests for additional information sent to the applicants.

Consequently, the new accreditation application form contains a free text zone for a description of the programme director's approach under each questionnaire section. Moreover, two important sections have been added to the form:

- general programme foundations, consisting of information about the impairment (etiology, pathogeny, natural path, diagnosis, prognosis, and treatment), activity limitations and participation restrictions, social and economic consequences, while highlighting the national and local context and the programme's main principles;
- the description of the programme content:
 - diagnosis and initial assessment of the impairment, activity limitations and participation restrictions, as well as environmental factors and personal demands;
 - intervention, with details about the strategic timeframe, the role played by the PRM specialist, the team's interventions, including the specific participation of each team member;
 - follow-up and results
 - programme closure and long-term follow-up.

1.5.5. References to ICF

The decision to encourage the use of ICF [19,21] in clinical practice was officially approved in March 2007 by the General assembly of the UEMS PRM section (Rennes, France), and this decision has been included in the PRM White Book [9,10]. Thus, ICF terms have voluntarily been used in the application form for PRM-PC accreditation. Furthermore, applicants are requested to mention several ICF labels in the definition of the goals of their programmes of care. For this purpose, we recommend using the ICF Browser [20].

1.5.6. Organizational issues

In the accreditation questionnaire, the applicant is requested to answer some questions about organisational aspects of the programme (i.e., patient referrals, inpatient or outpatient programme, multidisciplinary care, special facilities), safety rules and patients rights, team cooperation and the specific role played by the PRM Specialist, patient records and information management, programme monitoring and quality assurance approach.

In addition to describing the equipment and human resources, explaining the organisation of the human resources

and the usefulness of the equipment in the context of the Programme of Care is very much recommended.

1.5.7. The accreditation process: from jury assessment to a conceptual laboratory

During the pilot phase, the jury-voting algorithm was replaced early on by interaction with the applicant. Consequently, the accreditation process turned into a peer-review process, which was more appropriate to the European situation than a standardized screening system.

Thus, the word "Jury" was abandoned in favour of "Reviewers group" in our terminology. The mission of the reviewers is now to guide the applicants' efforts to formulate the best possible description of their programmes and to help them to provide the highest level of information that would be interesting for the European PRM community and all their partners. In this way, the European PRM accreditation system will become a real laboratory of ideas for developing and assessing PRM-PCs, to everyone's benefit.

Using the English language is the only way to overcome linguistic barriers, but this should not discourage applicants who are not fluent in English. Their texts are expected to be understandable by everybody but UEMS will not impose excessively formal requirements at this stage of the communication.

In a second step, accredited programme directors will be invited to present their works in "Quality of PRM care" sessions, which will be organized by the PRM section and board in several international and national congresses. Sessions of this kind have already been scheduled for the International society of PRM (ISPRM) congress in Istanbul (Turkey) in June 2009, the SOFMER congress in Lyon (France) in October 2009, and the European PRM (ESPRM) Congress in Venice (Italy) in May 2010. These programme directors will also be encouraged to publish their PRM-PC in several PRM journals, whose editors-in-chief participated in the Cambridge general assembly (March 2009) and all expressed their interest in this kind of paper. Programmes that best represent the PRM Specialty will be collected and published (subject the author's agreement) in the forthcoming "eBook on quality in PRM programmes of care". This electronic book will be available to the PRM Specialists online in 2010.

1.6. Conclusion

The Clinical affairs committee (CAC) of the UEMS PRM Section has implemented a European accreditation system for PRM programmes of care. After a pilot phase, which proved the value of such a process, the CAC has upgraded the system by adding a detailed description of the candidate programmes to the original questionnaire. Our final goal is to allow the accredited programmes to be published in PRM congresses and journals, as well as in an electronic book, called the "eBook on quality in PRM programmes of care". This eBook will be available in 2010 on the website of the PRM Section: www.euro-prm.org.

On a scientific level, the PRM-PC concept will be precious for:

- describing the daily PRM activity;
- identifying general and specific patient cohorts and flows;
- emphasizing the physician's role in the care programme;
- defining the place of assessment and/or treatment techniques;
- studying the results obtained.

For potential applicants, the UEMS European accreditation offers considerable benefits: the improvement of the quality of patient care, the recognition of the PRM programmes by a European structure, visibility through the display of the accredited programme on a public website, advice from a panel of PRM experts, the example offered by the already accredited programmes, participation in a European quality network of accredited programmes, an active contribution to the comprehensive description of the PRM specialty, and the opportunity to participate in International and national congresses and to publish in PRM Journals.

We hope that the participation of PRM specialists in the accreditation process will facilitate the development of a European PRM culture of quality of care, which will help patients find the care they deserve, provide good examples and advice to physicians, and give decision-makers good reasons to foster the development of our specialty with sufficient resources.

Conflicts of interest

There is no conflict of interest.

Appendix A. List of programs accredited during the pilot phase

The original list in English is available at www.euro-prm.org.

Appendix B. Submission template for a PRM programme of care

Approved by the General Assembly of the UEMS PRM Section, the original template in English is available at www.euro-prm.org.

The general programme foundations:

- Pathological and impairment considerations (aetiology and pathogeny, natural history and impairment relationship, medical diagnosis and prognosis, treatments)
- Activity limitations
- Participation restrictions
- Social and economic consequences (epidemiological data, social data, economic data)
- Main principles of the programme

Programme aims and goals:

- Target population (inclusion/exclusion criteria, patient referrals, recovery stages)
- Programme objectives (in terms of activity, participation and body structure & function)

Programme environment:

- Clinical setting
- Clinical programme
- Clinical approach
- Facility

Safety and patient rights:

- Safety
- Patient rights
- Advocacy

N	Author's name	First name	City	Country	Programme title
2	Quittan	Michael	Vienna	Austria	Post-traumatic geriatric rehabilitation
3	Fialka-Moser	Veronika	Vienna	Austria	Rehabilitation of cancer patients
4	De Korvin	Georges	Rennes	France	General physical and rehabilitation medicine
5	Goljar	Nika	Ljubljana	Slovenia	PRM and stroke patients
6	Denes	Zoltan	Budapest	Hungary	PRM and patients with neurological disorders
9	Giustini	Alessandro	Pisa	Italy	PRM and patients with neurological disorders
17	Delarque	Alain	Marseille	France	Assessment and treatment of patients with gait disorders in an ambulatory service in acute care setting
18	Kesiene	Jurate	Vilnius	Lithuania	PRM and patients with spinal cord injuries
19	Presern-Strukelj	Metka	Ljubljana	Slovenia	Amputee rehabilitation
21	Damjan	Hermína	Ljubljana	Slovenia	Inpatient rehabilitation programme for children
22	Sinocevičius	Tomas	Vilnius	Lithuania	PRM and stroke patients
24	Bors	Katalin	Visegrad	Hungary	PRM and patients with osteoporosis
26	Boros	Erzsebet	Budapest	Hungary	PRM programme for adults with neurological disorders

PRM Specialist and team management:

- Role of the PRM Specialist in the programme (responsibilities and interventions)
- Team management (resources, training, organisation)

Programme description:

- Assessment (diagnosis, impairment, activity and participation, environmental factors)
- Intervention (programme schedule, PRM specialist intervention, team intervention)
- Follow-up and outcomes (review and progress during the rehabilitation programme, criteria for measuring progress)
- Discharge plan and long-term follow-up

Information management:

- Patient records

- Management information
- Programme monitoring and outcomes

Quality improvement:

- What are the strongest points of the programme?
- What are the weakest points of the programme?
- What action plan do you intend to implement in order to improve the programme?

References:

- List of references
- Details about national documents

Appendix C. Place of EBM and National guidelines for Good Clinical PRM Practices

The original version in English is available at www.euro-prm.org.

The original version in English is available at www.euro-prm.org

PRM intervention	Scientific evidence	National and local context
<p>Disease</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individual diagnosis - Population screening - Treatment - Prevention - Care 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">Scientific literature</div> <p>For evaluation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensitivity - Specificity - Predictive value <p>For active intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efficiency and effectiveness - Risks 	<ul style="list-style-type: none"> - Cultural and religious beliefs and taboos - Human resources and equipment available - Modes of organization/communication among health professionals - Relationships with patient associations - Government Health policies - Public and private funding
<p>Activity limitations and participation restrictions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Functional, *behavioural and environmental assessments - Therapeutic methods: drugs, injections, surgery, orthotics and prosthetics - Rehabilitation, Training and Education 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;">National guidelines and recommendations</div>	

2. Version française

2.1. Introduction

La section et le board MPR de l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) sont composés de délégués représentant, à présent, 31 pays européens [4]. Les délégués se réunissent lors des deux assemblées générales annuelles. Durant trois jours, ils travaillent au sein de trois commissions :

- le Board ou Commission pour l'éducation ;

- la Commission des pratiques professionnelles qui s'intéresse au domaine de compétence de la MPR ;
- la Commission des affaires cliniques (CAC).

La CAC a centré ses travaux sur la qualité des soins (QDS) MPR. Sous la présidence du Pr Bengt Sjölund, délégué suédois, nous avons réfléchi de 2001 à 2004 aux fondements éthiques d'une telle démarche, à ses perspectives en matière de recherche clinique et, finalement à une application pragmatique et concrète.

Cela a abouti, en 2004, à retenir le concept de programme de soins en MPR (PDS) comme base de travail et à élaborer un

dispositif d'accréditation européenne des programmes de soins en MPR, que nous voulions simple à utiliser et à gérer. Un questionnaire en ligne a été mis en place sur un site Internet et une phase pilote a permis l'accréditation de 13 PDS par un jury européen de cinq membres de nationalités différentes.

Cette phase d'essais, de 2006 à 2008, a montré la faisabilité d'un tel projet. Mais elle a aussi soulevé de nombreuses questions sur les échanges d'information entre jury et candidat, la structure et la forme du dossier de soumission d'un PDS, les relations entre fondements scientifiques (publications et recommandations internationales et/ou nationales) et pratique clinique, enfin et surtout, l'intérêt de participer à une telle accréditation.

Cette réflexion européenne a également nourri la démarche du syndicat français de médecine physique et de réadaptation (SYFMER) et conduit à introduire, début 2009, le concept de programme de soins en MPR dans la négociation avec l'assurance maladie (UNCAM) sur la mise à la tarification d'actes d'évaluation fonctionnelle instrumentale, à savoir la dynamométrie isocinétique et la topographie de surface. La réaction plutôt favorable de nos interlocuteurs à cette approche, a donné un nouvel élan à la démarche européenne, tout en influant sur ses modalités.

C'est ainsi que, depuis l'assemblée générale de Cambridge, en mars 2009, un nouveau dispositif a été mis en place, sur le site www.euro-prm.org. Alors que le questionnaire initial était très orienté vers les aspects organisationnels, le nouveau modèle se veut centré sur les fondements du programme (données de base) et sur le contenu élaboré par le spécialiste MPR en réponse aux besoins des patients. L'accréditation ne se veut plus un processus de contrôle sélectif, mais plutôt un laboratoire d'élaboration de la pratique clinique en MPR, où le candidat sera guidé pour traduire son expérience de la manière la plus valorisante et la plus profitable pour le patient et pour d'autres spécialistes MPR.

Cet article retrace notre démarche et nos discussions jusqu'au dispositif actuel qui est ensuite décrit en détail. Il se termine par des recommandations qui devraient faciliter la participation de tout médecin MPR à cette Accréditation européenne des programmes de soins, qui devrait rendre notre spécialité plus visible et lisible dans l'ensemble des pays d'Europe, dans l'intérêt des patients.

2.2. Objectifs

Assurer la meilleure qualité des soins possible est une obligation éthique pour tout médecin. Mais au-delà de l'engagement personnel, cette démarche a commencé à être formalisée par des précurseurs, comme les frères Mayo, dont les préceptes restent d'actualité [11].

Sur le plan juridique, le Conseil de l'Europe a émis en 1997 la recommandation n° R(97) 17 sur le développement et la mise en place de systèmes d'amélioration de la qualité des soins [3].

L'UEMS s'est saisie très tôt de ce sujet. Elle adopta dès 1996 une première Charte européenne sur l'assurance qualité en pratique médicale spécialisée [15]. Plus récemment, la qualité des soins a fait l'objet de trois documents de consensus :

- la déclaration de Bâle [16], qui est une charte sur la formation professionnelle continue ;
- promouvoir des soins médicaux de bonne qualité [18] ; ce document d'orientation stratégique définit l'assurance qualité comme un processus de révision régulière plutôt que la mise en application de standards de soins prédéfinis ;
- la déclaration de Budapest sur l'assurance de la qualité des soins médicaux (UEMS 2006/18) [17], qui définit la politique de l'UEMS en matière de réglementation médicale : tout dispositif de contrôle doit prendre en compte le contexte de la pratique médicale, les attentes de la société et les ressources disponibles pour assurer les soins médicaux.

Autrement dit, comment promouvoir la qualité des soins dans une Europe en pleine évolution, avec l'arrivée des nouveaux pays entrant dans la Communauté ? Comment prendre en compte une situation hétérogène et mal connue, sans céder aux clichés de supposés gradients Nord-Sud ou Est-Ouest ? Comment aborder la qualité des soins au sein d'une spécialité qui ne peut se définir par rapport à un territoire anatomique ni à une technologie univoque, mais s'appuie sur un consensus philosophique, certes bien partagé dans le monde entier ?

À côté des débats conceptuels, il nous a paru essentiel de faire émerger une information « brute », issue de la pratique clinique de terrain, sans chercher à imposer, a priori, un cadre d'appréciation importé d'un pays ou d'un autre, ni même, des échelles de valeur présupposées.

Dans cette optique, le concept de programme de soin en MPR nous a rapidement paru la meilleure base pour développer une démarche européenne portant sur la qualité des soins. Le programme de soins en MPR se veut être la réponse la mieux adaptée aux besoins d'une population. Le spécialiste de MPR, qui en est le responsable, doit le décrire sur la base des items suivants :

- les fondements généraux du programme : pathologie, déficience et handicap, conséquences socio-économiques, principes du programmes ;
- les objectifs du programme : la population cible, les buts à atteindre, en utilisant les termes de la CIF [19] ;
- le contenu du programme : l'évaluation (diagnostic pathologique, déficience et handicap, facteurs environnementaux), les interventions (calendrier, intervention directe du spécialiste MPR, actions de l'équipe), suivi et résultats, plan de sortie et suivi à long terme ;
- l'environnement et l'organisation du programme : structure de prise en charge, adressage ou accès direct, internat ou différentes formes ambulatoires, travail en équipe ou en réseau, locaux dédiés, sécurité et droit des patients, information, rôle des spécialistes MPR dans le programme, gestion d'équipe ;
- gestion de l'information : données du patient, informations sur la prise en charge, suivi des résultats ;
- amélioration de la qualité : points forts et points faibles du programme, plan d'amélioration de la qualité ;

- références : publications scientifiques et recommandations citées dans le texte de description du programme ; détails explicitant les documents nationaux.

Dans les pays européens, les systèmes de certification et d'accréditation obligatoires sont centrés, soit sur les médecins, soit sur les établissements. Nous n'avons pas trouvé de dispositif spécifique de la MPR. En France, l'accréditation des établissements contient des adaptations propres aux services de suite et de réadaptation, don la MPR fait partie.

Sous la présidence du Pr Bengt Sjölund, nos regards se sont tournés vers l'Amérique du Nord où le concept de programme de soins est établi de longue date. Dès le II^e congrès international de l'accréditation en santé (Marseille – 2000), le Pr Yves-Louis Boulanger montrait comment les programmes de soins étaient conçus à Montréal [1], tandis que le dispositif d'accréditation mis en place aux USA par la Commission d'accréditation des établissements de réadaptation (CARF), était présenté par Christine Mac Donnell [2].

Néanmoins, les procédures d'accréditation organisées Outre-atlantique, intégrées dans un dispositif de santé assurantiel très différent des différents systèmes européens de financement des soins, ne pouvaient être étendues telles quelles à un ensemble de pays aux cultures et législations très diverses, mais imposant déjà une charge administrative très lourde aux médecins.

Le motif de cette accréditation européenne ne reposant ni sur une obligation légale, ni sur un bénéfice financier immédiat, nous avons imaginé une procédure allégée, peu coûteuse en temps et en argent, et visant deux objectifs :

- mieux faire connaître de tous les publics (du patient aux autorités de tutelle) les soins de qualité proposés par la MPR ;
- initier une dynamique d'amélioration continue de la qualité. Cela devait se faire sans jugement de valeur a priori, mais en cherchant à mettre en valeur les pratiques cliniques existantes dans les différents pays européens.

Il nous a paru également important d'organiser un système d'accréditation dirigé par les médecins MPR eux-mêmes, avant que d'autres se chargent de nous imposer un dispositif dont nous ne contrôlerions ni la conception, ni l'organisation, ni les données produites.

2.3. Méthode : la phase pilote

En septembre 2004, à Dublin, l'assemblée générale de la section MPR de l'UEMS décida la création d'un système d'accréditation européen des programmes de soins. En février 2005, à Hanovre, elle approuva les spécifications élaborées par la Commission des affaires cliniques et en septembre 2005, à Limassol, nous pouvions présenter une première maquette du dispositif, qui devait ensuite subir un certain nombre d'évolutions.

Le principe était d'organiser sur Internet une réponse en ligne à un questionnaire auto-déclaratif, permettant une description concise du programme de soins et d'en évaluer

les principaux aspects : cible, objectifs, organisation. Nous y reviendrons plus en détail en décrivant la version finale.

Chaque programme inscrit en ligne était soumis à l'appréciation d'un jury européen de cinq membres. Le logiciel permettait de traiter les votes de manière automatique et de collecter les commentaires des jurés. La première phase de tests en vraie grandeur fut lancée en 2006. Très rapidement est apparue la nécessité d'organiser un échange d'informations entre le jury et les candidats, afin d'explicitier les réponses binaires (oui ou non) au questionnaire, d'enrichir et d'améliorer la description du programme en texte libre. C'est ainsi qu'en 2007, nous avons introduit un espace de dialogue réservé aux membres du jury (*Jury's corner*) et un échange anonyme entre le jury et le candidat.

2.4. Résultats

Durant cette phase pilote de deux ans, 13 programmes ont été accrédités (*Annexe A*). Les pays représentés sont l'Autriche (deux programmes), la France (deux), la Hongrie (trois), l'Italie (un) et la Lituanie (deux), la Slovénie (trois), ce qui correspond à une intéressante répartition Est-Ouest et montre l'implication des nouveaux pays européens dans notre démarche.

Les candidats avaient la possibilité de choisir un titre proposé dans un menu déroulant ou de créer un titre de programme original. Sept titres ont porté sur la MPR appliquée à des atteintes du système nerveux, dont trois programmes ciblés sur l'accident vasculaire cérébral (AVC) et un programme spécifique des lésions médullaires.

Deux programmes s'intitulaient « programme de MPR générale », dont l'un portant spécifiquement sur les enfants. Les cinq autres programmes portent des titres divers : « évaluation et traitement de patients avec troubles de la marche », « prise en charge post-traumatique des personnes âgées », « amputés », « patients ostéoporotiques », « réadaptation des patients cancéreux ». Cela montre l'importance du pôle d'intérêt neurologique, mais aussi la diversité du champ d'application de la MPR dans différents pays d'Europe. Enfin, les deux programmes de « MPR générale » montrent qu'il n'est pas nécessaire d'appartenir à une grosse structure hyper spécialisée pour soumettre un programme de soins à l'Accréditation européenne.

Nous avons enregistré un certain nombre de soumissions incomplètes, généralement effectuées à titre d'essai. Mais tous les programmes sérieusement présentés ont fini par être accrédités, lorsque les candidats ont fait l'effort d'apporter les compléments d'information et les corrections de forme demandées par le jury.

Au fur et à mesure du déroulement de la phase test, une série de 12 critères d'appréciation a émergé des débats, généralement consensuels, du jury :

- les objectifs du programme sont bien décrits et exprimés en référence à la CIF ;
- les bases scientifiques (Médecine fondée sur les preuves) sont claires ;
- les critères d'admission et de fin de prise en charge sont bien définis ;

- le nombre de patients traités par an paraît adapté ;
- les moyens humains (compétences et nombre d'intervenants) paraissent adaptés ;
- une formation continue du médecin et de l'équipe est organisée ;
- l'intervention du médecin MPR est partie intégrante du programme ;
- le médecin joue un rôle actif dans la réadaptation et ne porte pas seulement sur le traitement des comorbidités ;
- le programme respecte les droits des patients ;
- le programme respecte les obligations de sécurité ;
- le dossier médical est convenablement tenu et il intègre les données de réadaptation ;
- les résultats du programme sont suivis et une démarche d'amélioration de la qualité est mise en place.

Le Pr Alvydas Juocevicius (Lituanie) et son équipe ont analysé l'ensemble des réponses collectées à partir des programmes accrédités. Le taux de réponses positives aux différentes questions est généralement élevé. Un score de 100 % a été enregistré pour trois items :

- l'intervention du médecin MPR est partie intégrante du programme ;
- le médecin joue un rôle dans le processus de réadaptation ;
- le dossier médical est convenablement organisé et intègre les données de réadaptation.

Les deux premières questions peuvent paraître couler de source dans certains pays comme la France. Mais cela n'est pas le cas dans certains pays où l'on conçoit qu'un programme de réadaptation puisse être coordonné par un non-médecin (infirmière, kinésithérapeute ou autre « référent ») tandis que le rôle du médecin se limite à traiter les « comorbidités ». Certaines questions ont donc une vocation « pédagogique » !

Les scores les plus faibles ont été enregistrés pour deux questions :

- 50 % pour un lien clairement établi avec la « médecine fondée sur les preuves » (EBM) ;
- 57 % pour une définition claire des critères d'admission et de sortie des patients.

Le questionnaire se terminait par trois questions visant à initier une démarche d'amélioration de la qualité :

- quels sont les points forts de votre programme ?
- quels sont les points faibles de votre programme ?
- quel plan d'action envisagez-vous de mettre en place pour améliorer votre programme ?

Les points forts mentionnés portent sur deux aspects complémentaires :

- le service directement offert au patient : une prise en charge MPR complète et individualisée (6/13), une évaluation complète avant la mise en place d'une réadaptation

ambulatoire (2/13), une bonne efficacité thérapeutique (3/13), une bonne collaboration avec l'entourage familial du patient (1/13) ;

- l'aspect organisationnel qui, bien sûr, profite également au patient : le travail en équipe multiprofessionnelle (9/13), une démarche interdisciplinaire (5/13), l'organisation de programmes de recherche et d'enseignement liés à la pratique clinique quotidienne (3/13), une gestion d'équipe en coopération avec un partenaire étranger (1/14).

Les points faibles portent sur :

- l'insuffisance des moyens alloués au programme : manque de lits dédiés à la réadaptation précoce de patients amputés ou de patients cancéreux (2/13), discipline non représentée dans l'équipe de réadaptation (neuropsychologue, orthophoniste, ergothérapeute – 3/13) ;
- l'insuffisance de certains aspects de la prise en charge : rééducation des fonctions supérieures (3/13), soins d'ergothérapie et réadaptation socioprofessionnelle (6/13)
- l'insuffisance d'évaluation des résultats du programme.

Les plans d'amélioration du programme de soins portent sur deux aspects :

- les moyens alloués, ce que l'on peut qualifier de facteur extérieur : davantage de lits d'hospitalisation ou de places ambulatoires (2/13), davantage de spécialistes (2/13), création d'un secteur de réadaptation professionnelle (1/13), amélioration de l'équipement, en fonction des ressources financières (1/13), mise en place d'un système informatique (3/13) ;
- L'organisation elle-même, qui relève plus directement du responsable du programme de soins : la mise à jour des procédures existantes et la définition de nouvelles procédures au sein d'un programme de MPR générale (1/13), l'amélioration de la rééducation cognitive pour les patients victimes d'AVC (1/13), la mise en application de la CIF (2/14), la formation continue de l'équipe (1/13), l'amélioration de l'évaluation continue du programme (3/14).

2.5. Discussion : de la phase-pilote à la nouvelle procédure

La phase pilote de notre dispositif d'accréditation européenne des programmes de soin en MPR a été présentée dans plusieurs congrès de MPR : les congrès SOFMER de Saint-Malo (2007) et de Mulhouse (2008), le Congrès européen de Bruges (2008), le congrès SIMFER de Rome (2008), le congrès de la Baltique à Riga (2008).

Les discussions avec le public de ces congrès, les débats au sein de la Section et du Board de l'UEMS, les échanges entre jury et candidats, nous ont convaincus de l'intérêt de cette démarche, mais aussi de certaines de ses faiblesses, ce qui nous a conduits à en proposer l'amélioration. Le nouveau modèle de présentation d'un programme est reproduit en [Annexe B](#).

2.5.1. Point fort et point faible du dispositif pilote

Le point fort est d'apporter des informations structurées sur les programmes de MPR européens, quels qu'en soient l'objet, les moyens ou la forme d'organisation. C'est donc un formidable outil pour mieux connaître et faire connaître la MPR telle qu'elle est réellement pratiquée, dans toute sa diversité et sa richesse.

Le point faible est la difficulté rencontrée pour appréhender certains programmes. Cela s'est traduit par les nombreuses interrogations du jury quant à la pertinence des réponses aux questions sentées décrire le programme. Plusieurs fois, il est apparu que le programme avait un domaine d'application trop large pour que certaines questions soient applicables. Par ailleurs, si le formulaire comportait bien une place pour une description ouverte du programme, celle-ci s'est souvent révélée trop succincte pour se faire une idée précise du contenu exact du programme.

Nous avons ainsi constaté que la procédure testée dans la phase pilote avait prévu une place insuffisante au contenu proprement dit du programme et à la description détaillée du rôle du médecin MPR au sein du programme. De fait, les systèmes d'accréditation existants, instaurés par des non-médecins, sont naturellement centrés sur les aspects organisationnels et non sur des considérations médicales que leurs initiateurs ne pouvaient maîtriser.

2.5.2. Les informations générées par le concept de programme de soins

Nos récentes discussions avec l'Assurance Maladie française nous ont également montré l'importance de disposer d'informations quantitatives concernant :

- l'amont d'un programme – données épidémiologiques et socioéconomiques ;
- son déroulement – taux de participation, temps de traitement, quantification des moyens mis en œuvre (y compris les prescriptions) ;
- son aval – résultats obtenus, mais aussi différentiel par rapport à la non-application d'un tel programme (plus ou moins de prescriptions, de jours d'arrêt maladie, nomadisme médical, etc.).

On imagine donc facilement toute la richesse des informations susceptibles d'être produites par la description de programmes de soins en MPR. Bien sûr, il ne saurait être question pour une seule équipe, même très étoffée, de balayer d'un coup tous les aspects évoqués. De manière pragmatique, deux étapes méritent toute notre attention :

- la mise en place d'un programme de soin, avec la description précise du contexte local (qualitatif et quantitatif), des motifs qui décident la création du programme, des bases scientifiques et des choix qu'il a fallu faire en fonction des moyens alloués ;
- L'évaluation des résultats d'un programme déjà bien stabilisé dans son organisation, les difficultés enregistrées, les problèmes qu'il a fallu résoudre, les pièges à éviter. Cela

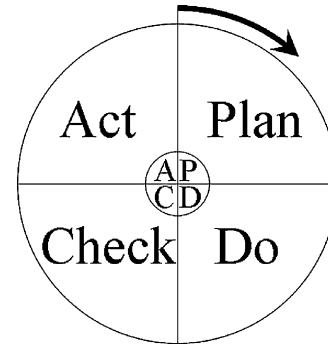


Fig. 1. La Roue de Deming. De Wikipedia Commons.

peut être le point de départ à de nouvelles évolutions du programme de soins, comme l'évoque la « roue de Deming » (Figure 1).

Il n'est pas indispensable d'avoir achevé ces deux étapes pour soumettre un programme à l'accréditation européenne. En effet, une première étape bien menée fera émerger des informations déjà fort utiles.

La mise en œuvre de la seconde étape ne signifie pas une évaluation extensive de multiples paramètres, ce qui risque d'être incompatible avec une pratique clinique normale. Il convient ici d'indiquer la différence entre un programme de recherche clinique et l'évaluation d'un programme de soins en MPR.

L'objectif de la recherche clinique est de répondre de la manière la plus inattaquable à une question précise. La chasse aux biais méthodologiques est le souci majeur du chercheur. Pour cela, il lui faut réunir la population la plus homogène possible, contrôler le maximum de paramètres pouvant influencer les résultats, effectuer une intervention parfaitement planifiée et invariable, évaluer les résultats selon de multiples paramètres et techniques et observer si ceux-ci sont concordants ou non.

Un programme de soins vise, en revanche, à assurer une intervention efficace sur la population la plus large possible, dont les points communs sont le problème à traiter, l'objectif à atteindre et une compliance potentielle à l'intervention prévue, dans des conditions de pratique quotidienne. C'est ainsi qu'un programme de suivi des plasties du ligament croisé antérieur peut être appliqué, sous réserve de quelques adaptations, à des plasties du ligament croisé postérieur ou à des réparations de lésions complexes du genou. Bien sûr, il conviendra, pour chaque sous-groupe, de moduler les objectifs et le calendrier prévus, de préciser les précautions à prendre et les mesures spécifiques à mettre en œuvre.

L'évaluation mise en œuvre en routine clinique ne peut porter que sur un nombre limité de paramètres, que l'on a sélectionnés comme indicateurs significatifs des progrès ou des difficultés du patient et de l'efficacité du programme. Selon notre expérience, il est difficile de gérer en temps réel, dans le cadre d'une consultation normale, plus d'une dizaine de paramètres différents. Au-delà de ce nombre, l'attention du praticien s'investit sur l'aspect technique de l'évaluation au

détriment de la problématique générale du patient qui se trouve en face de lui. La consultation change de nature et il devient impossible, dans un temps limité, de gérer en même temps les aspects thérapeutiques, éducationnels et psychologiques, qui sont tout aussi importants.

Bien sûr, un travail en équipe peut permettre une répartition des tâches et la réalisation de tests plus ou moins élaborés et chronophages. Mais cela a un coût et il convient de le maintenir à un niveau raisonnable, en veillant qu'il n'ampute pas le service tangible rendu au patient. En d'autres termes, le patient est un « client » auquel nous devons le meilleur service possible. Il ne doit pas devenir à son insu un objet d'étude à notre service. Cela explique la difficulté à intégrer dans la pratique clinique quotidienne certaines méthodes d'évaluation trop exhaustives.

Le choix des critères et méthodes d'évaluation résulte donc d'un compromis entre les objectifs que l'on souhaite évaluer et les moyens dont on dispose pour le faire. Ce choix peut être évolutif dans le temps, car on peut s'apercevoir que certains paramètres sont redondants, prennent toujours la même valeur à un moment donné du programme ou n'ont pas de signification pratique, tandis que d'autres peuvent être révélateurs d'un dysfonctionnement ou, au contraire, d'un niveau de performance suffisante pour passer à une étape suivante. Toute cette réflexion mérite fort d'être explicitée au sein de la description du programme de soins.

2.5.3. *Les fondements scientifiques du programme*

Un programme de soins en MPR doit répondre aux exigences de la « médecine fondée sur les preuves ». Cela doit nous prémunir d'accréditer des procédures reposant sur des méthodes dépassées ou ésotériques. Dans cet esprit, le questionnaire initial exigeait de citer cinq références d'articles scientifiques ou de recommandations professionnelles.

La citation de recommandations nationales a généré un débat sur la place à donner à celles-ci dans l'accréditation européenne. Nous en avons donné les détails dans le plan d'action publié dans l'*European journal of rehabilitation medicine* [5]. La commodité voudrait que l'on s'en tienne aux publications anglophones référencées dans PubMed et aux recommandations éditées par la Cochrane Library. Mais assimiler « international » à « anglophone » nous a paru une manière d'imposer artificiellement une culture uniforme, en faisant l'impasse sur tout le travail effectué dans chacun des pays européens et dans chacune des 23 langues officiellement reconnues en Europe [7].

La CAC a donc décidé de reconnaître les références et recommandations nationales, à condition que les sources soient identifiées et accessibles et que le contenu en soit compréhensible (Annexe C). Pour cela, chaque auteur est invité à rédiger un court résumé en anglais des documents pour lesquels une version anglaise n'est pas disponible. De plus, un groupe de travail a été formé pour recenser les sources nationales de documents scientifiques et de recommandations professionnelles en MPR. Cela devrait se faire en coopération avec le Guidelines International Network (GIN) [8], lié à l'UEMS, avec la Société européenne de MPR (ESPRM) [6], ainsi

qu'avec les sociétés savantes nationales. Ces dernières ont d'ailleurs été appelées à signer un accord de coopération avec la section et le board MPR de l'UEMS, comme l'ont déjà fait la SOFMER (France) [14], le SIMFER (Italie) [13] et la Société hellénique de MPR,

Néanmoins, la référence à la littérature scientifique et à des recommandations de bonne pratique ne peut se réduire à lister une série de titres fournis automatiquement par un moteur de recherche. Les données appropriées et les recommandations directement applicables sont encore trop rares [12] pour se passer d'un vrai travail bibliographique, structuré en fonction de la démarche projetée.

C'est pourquoi les références doivent être citées dans le texte décrivant la démarche qui a conduit au programme et le contenu du programme lui-même et ne peuvent plus être simplement énumérées hors contexte, comme dans la version initiale du questionnaire.

2.5.4. *Questionnaire et texte libre*

Utiliser un questionnaire fermé présente plusieurs avantages : le domaine d'étude est bien contrôlé, la participation du candidat est simplifiée, de même que la gestion des réponses qui peut faire l'objet de statistiques. L'inconvénient est cependant d'imposer un cadre de pensée qui ne correspond pas forcément à la démarche réelle qui a présidé à l'élaboration d'un programme. La formulation des réponses, tout comme leur interprétation peut donc en être réduite ou biaisée. Cela est apparu de manière très évidente dans les commentaires du jury et les nombreuses demandes d'éclaircissements adressées aux candidats.

Le nouveau formulaire comporte donc, sous chaque rubrique du questionnaire, un espace de texte libre destiné à expliciter librement la démarche de l'auteur du programme. De plus, deux chapitres importants ont été ajoutés :

- les fondements généraux du programme : la déficience (étiologie, pathogénie, histoire naturelle, diagnostic, pronostic, traitement), les limitations d'activité, les restrictions de participation, les conséquences socioéconomiques, en mettant l'accent sur le contexte local et national, les principes généraux retenus pour le programme ;
- La description du programme proprement dit : le diagnostic et l'évaluation initiale de la déficience, les limitations d'activité, les restrictions de participation, ainsi que des facteurs environnementaux et des demandes personnelles ; l'intervention caractérisée par un calendrier stratégique, le rôle directement assuré par le spécialiste MPR, l'action en équipe précisant les rôles de chacun ; le suivi et les résultats ; la clôture du programme et le suivi à long terme.

2.5.5. *Référence à la CIF*

La décision de promouvoir l'utilisation de la CIF [19,21] dans le cadre de la pratique clinique a été officiellement votée par l'assemblée générale de la Section MPR de l'UEMS en mars 2007 à Rennes et cette volonté est inscrite dans le Livre Blanc de la MPR [9,10]. La terminologie de la CIF a donc été délibérément adoptée dans le modèle de présentation des programmes de soins

en MPR. En outre, dans la définition des objectifs du programme, il est demandé au candidat de mentionner un certain nombre de libellés tirés de la CIF. Il est recommandé d'utiliser le « navigateur CIF » (*ICF browser*) [20].

2.5.6. *Les aspects organisationnels*

Le formulaire d'accréditation demande de renseigner des questions portant sur le contexte organisationnel du programme (mode d'adressage des patients, prise en charge en internat ou ambulatoire, prise en charge multidisciplinaire, locaux dédiés), le respect des règles de sécurité et du droit des patients, le travail en équipe et le rôle spécifique du spécialiste MPR, le dossier du patient et la gestion de l'information, l'évaluation du programme et la démarche d'amélioration de la qualité.

Outre la description des moyens matériels et humains, il est intéressant d'expliquer leur organisation et leur utilité dans le cadre du programme de soin.

2.5.7. *Le processus d'accréditation : du jury au laboratoire d'idées*

Lors de la phase pilote, l'algorithme de vote du jury a rapidement cédé le pas aux échanges d'informations avec le candidat. Cela a conduit à faire évoluer l'accréditation vers une procédure de « revue par les pairs » (*peer review*), plus adaptée à la situation européenne qu'un dispositif de sélection standardisée.

Ainsi, avons-nous abandonné le terme de « jury » pour celui de « groupe de lecteurs ». Ceux-ci ont à présent pour mission de guider les efforts du candidat pour formuler au mieux la description de son programme et fournir le maximum d'informations intéressantes pour la communauté des spécialistes MPR européens et leurs différents interlocuteurs. De cette manière, l'accréditation européenne peut devenir un véritable laboratoire d'élaboration et d'évaluation des programmes de soins en MPR dont chacun pourra tirer profit.

L'utilisation de la langue anglaise est le seul moyen de surmonter les barrières linguistiques, mais cela ne doit pas décourager ceux qui n'ont qu'une pratique imparfaite de l'anglais. Nous souhaitons que les textes soient compréhensibles de tous, mais nous n'imposerons pas un formalisme excessif à ce stade de la communication.

Dans un second temps, les concepteurs des programmes accrédités seront invités à les présenter dans les sessions « Qualité des soins en MPR », organisées par la section et le board MPR dans différents congrès internationaux et nationaux. Les prochaines sessions de ce type sont prévues au congrès de l'International Society of PRM (ISPRM) à Istanbul (juin 2009), au congrès de la SOFMER à Lyon (octobre 2009) et au congrès européen de Venise (ESPRM, mai 2010). Ils seront également encouragés à publier leur programme dans les différentes revues de MPR, dont les rédacteurs en chef, présents à l'assemblée générale de Cambridge (mars 2009) ont tous manifesté leur intérêt pour ce type de production. Les programmes les plus représentatifs

de la spécialité seront regroupés, avec l'accord de leurs auteurs, dans le prochain « eBook on Quality of PRM Programmes of Care ». Cet ouvrage électronique sera mis à disposition de la communauté médicale de MPR sur Internet en 2010.

2.6. *Conclusion*

Le comité des affaires cliniques de la Section MPR de l'UEMS a mis en place une procédure d'accréditation européenne de la qualité des programmes de soins en MPR. Après une phase expérimentale, qui a montré l'intérêt d'une telle procédure, la CAC a fait évoluer les modalités pour ajouter au questionnaire standardisé initial une description plus détaillée des programmes soumis. Notre souhait, à terme, est de voir publiés les programmes accrédités dans les congrès et journaux européens, ainsi que dans un livre électronique (eBook) sur la qualité des programmes de soins en MPR. Cet ouvrage électronique sera disponible gratuitement sur le site Internet de la section en 2010.

Sur le plan scientifique, le programme de soins en MPR sera un concept précieux pour :

- décrire concrètement l'activité clinique en MPR ;
- identifier des cohortes générales ou spécifiques de patients et leurs flux ;
- mettre en valeur la place du médecin dans la démarche de soins ;
- situer la place des techniques d'évaluation et/ou de traitement ;
- étudier les résultats obtenus.

Pour les candidats potentiels, l'Accréditation européenne offre un certain nombre d'avantages appréciables : un moyen d'améliorer la qualité de soins offerte aux patients, la reconnaissance du programme de soin par une structure européenne, un affichage du programme sur un site Internet public, les conseils d'un groupe d'experts en MPR, les exemples offerts par d'autres programmes déjà accrédités, la participation à un réseau qualité européen, une contribution active à la description exhaustive de la spécialité de MPR, l'opportunité de participer activement à des congrès nationaux et internationaux et de publier dans des journaux européens de MPR.

Nous espérons ainsi que la participation des spécialistes MPR à cette accréditation contribue au développement d'une culture européenne de la qualité des soins en médecine physique et de réadaptation, où le patient pourra trouver les services qu'il recherche, le médecin des exemples et des conseils, les décideurs et financeurs de bons motifs pour favoriser le développement de notre spécialité.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

Annexe A. Liste des programmes accrédités pendant la phase pilote

N	Auteur	Prénom	Ville	Pays	Titre du programme
2	Quittan	Michael	Wien	Austria	Réadaptation post-traumatique des personnes âgées
3	Fialka-Moser	Veronika	Wien	Austria	Réadaptation des patients cancéreux
4	De Korvin	Georges	Rennes	France	Programme de MPR polyvalente
5	Goljar	Nika	Ljubljana	Slovenia	MPR et patients victimes d'AVC
6	Denes	Zoltan	Budapest	Hungary	MPR et patients souffrant d'affections du système nerveux
9	Giustini	Alessandro	Pisa	Italy	MPR et patients souffrant d'affections du système nerveux
17	Delarque	Alain	Marseille	France	Évaluation et traitement de patients ayant des troubles de la marche, dans un service d'accueil de jour, en hôpital MCO
18	Kesiene	Jurate	Vilnius	Lithuania	MPR et patients blessés médullaires
19	Presern-Strukelj	Metka	Ljubljana	Slovenia	Réadaptation des patients après amputation
21	Damjan	Hermina	Ljubljana	Slovenia	Programme de réadaptation infantile en hospitalisation complète
22	Sinocevicus	Tomas	Vilnius	Lithuania	MPR et patients victimes d'AVC
24	Bors	Katalin	Visegrad	Hungary	MPR et patients ostéoporotiques
26	Boros	Erzsebet	Budapest	Hungary	Programme MPR pour adultes souffrant d'atteintes neurologiques

Annexe B. Plan du modèle de présentation d'un programme de soins en MPR

Traduction en français par G. de Korvin.

La version intégrale est téléchargeable sur www.euro-prm.org.

Bases générales du programme :

- Considération sur la pathologie et la déficience
- Limitations d'activité
- Restrictions de participation
- Handicap
- Conséquences sociales et économiques
- Principes du programme

Objectifs du programme :

- Population cible
- Objectifs, exprimés en termes CIF

Environnement du programme :

- Lieu d'exercice (cabinet privé, clinique, hôpital...)
- Mode de prise en charge (hospitalisation complète, de jour, consultation externe...)
- Situation administrative (service MPR, lits appartenant à un autre service, hospitalisation de jour...)
- Démarche uni ou multiprofessionnelle
- Locaux dédiés

Sécurité et droits du patient :

- Sécurité (moyens et contrôles)
- Droits du patient (documents écrits)
- Information du public

Spécialiste MPR et gestion d'équipe :

- Rôle du spécialiste MPR dans le programme (responsabilité et intervention)

- Gestion de l'équipe (ressources, formation, organisation)

Contenu du programme :

- Évaluation (diagnostic de la déficience, évaluation de l'activité, de la participation des facteurs environnementaux)
- Intervention (calendrier, intervention du spécialiste MPR, intervention de l'équipe)
- Suivi et résultats (suivi de l'évolution pendant le programme, critères de suivi)
- Fin de prise en charge et suivi à long terme.

Gestion de l'information :

- Données du patient (dossier médical, critères d'admission et de décharge, plan de soins, rapport final)
- Données organisationnelles (ancienneté du programme, débit de patients, durée du programme...)
- Évaluation continue du programme (organisation, résultats, information du public)

Démarche d'amélioration de la qualité :

- Quels sont les points les plus positifs du programme ?
- Quels sont les points faibles du programme ?
- Quel plan d'action envisagez-vous de mettre en œuvre pour l'amélioration de votre programme ?

Bibliographie :

- Liste des références citées dans le texte
- Détails concernant les documents nationaux (court résumé en Anglais)

Annexe C. Place de la « médecine fondée sur les preuves » et des recommandations nationales dans la « bonne pratique clinique en MPR »

Traduction en Français par G. de Korvin:

Traduction en Français par G. de Korvin:

Actions du MPR	Preuves scientifiques	Contexte national et local
Maladie - Diagnostic individuel - Dépistage de masse - Traitement - Prévention - Soins d'accompagnement	<div data-bbox="443 336 675 410" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Littérature scientifique </div> Pour l'évaluation - Sensibilité - Spécificité - Valeur prédictive Pour la prise en charge active - Efficacité et efficacité - Risques	- Croyances et interdits culturels et religieux - Compétences et équipements disponibles - Modes d'organisation et de communication entre professionnels de santé - Relations avec les associations de patients - Politique de santé gouvernementale - Financements publics et privés
Limitations d'activités et restrictions de participation - Evaluation fonctionnelle, comportementale et environnementale - Méthodes thérapeutiques : médicaments, infiltrations, chirurgie, appareillage - Rééducation et réadaptation	<div data-bbox="451 804 1015 857" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Recommandations et référentiels nationaux </div>	

References

- [1] Boulanger, YL. Le fonctionnement par programme, une évolution naturelle en médecine physique et réadaptation. In: II^e Congrès International de l'Accréditation en Santé (Marseille) FOSS-Sud-Est. 2000.
- [2] CARF. Commission on accreditation of Rehabilitation Facilities. 2008.
- [3] COE. The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No. R (97) 17 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30/09/1997 and explanatory memorandum. 1998; Council of Europe Publishing. ISBN 92-871-3534-7. [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(97\)17memo_en.doc](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(97)17memo_en.doc). Consulté le 07/06/2009.
- [4] De Korvin, Delarque G, Delarque A. Physical and rehabilitation medicine section and board of the European Union of Medical Specialists. Community context, history of European medical organizations, actions under way. *Ann Phys Rehabil Med* 2009;52:594–607.
- [5] De Korvin Krokowski G, Sjolund B, Quittan M, Kullmann L, Juocevicius A, Lejeune T, et al. Action plan of the clinical affairs committee UEMS physical and rehabilitation medicine section: quality of care. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009.
- [6] ESPRM. European Society of Physical and Rehabilitation Medicine <http://www.esprm.com>. Consulté le 01/06/2009.
- [7] European-Union. Europa: Languages and Europe. <http://europa.eu/lan guages/en/home>. Consulté le 01/06/2009.
- [8] GIN. Guidelines International Network. <http://www.g-i-n.net/>.
- [9] Gutenbrunner C, Ward A, Chamberlain A. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *Eura Medicophys* 2006;42(4):292–332.
- [10] Gutenbrunner C, Ward A, Chamberlain A. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *J Rehabil Med* 2007;45(Suppl.):6–47.
- [11] Mayo-Clinic. Mayo Clinic model of care. Mayo Foundation for medical education and research. 2001. [<http://www.mayoclinic.org/tradition-heritage/model-care.html> consulted on 07/06/2009].
- [12] Prvu Bettger JA, Stineman MG. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation services in postacute care: state-of-the-science. A review. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88(11):1526–34.
- [13] SIMFER. Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa. www.simfer.it. Consulté le 07/06/2009.
- [14] SOFMER. Société française de médecine physique et de réadaptation <http://www.sofmer.com>. Consulté le 01/06/2009.
- [15] UEMS. Charter on quality assurance in medical specialist practice in the European Union: Adopted by the Management Council of the UEMS, March 1996 1996. <http://admin.uems.net/uploadedfiles/772.pdf>. Consulté le 01/06/2009.
- [16] UEMS. Basel declaration: UEMS policy on continuing professional development: D0120. 2001. <http://admin.uems.net/uploadedfiles/35.pdf>. Consulté le 01/06/2009.
- [17] UEMS. Budapest declaration on ensuring the quality of medical care. UEMS 2006/18 final. 2006.
- [18] UEMS. Promoting Good Medical Care: D0349 final. <http://admin.uems.net/uploadedfiles/772.pdf>. Consulté le 01/06/2009.
- [19] WHO-OMS. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). 2001, p. 312 [E,F].
- [20] WHO. ICF Browser.
- [21] Yelnik A. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, autrement dénommée CIH 2; enterinée par l'OMS le 22 mai 2001. 2008; COFEMER - Synthèse pour cours DES de MPR, DIU de MR. <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/CIF08Yelnik.pdf>.