



Reçu le :
12 juin 2010
Accepté le :
15 septembre 2010

La spécialité de rééducation et réadaptation fonctionnelles en France : une construction entre médecine et politique, 1945–1973

Specialty of rééducation et réadaptation fonctionnelles in France: A construction between medicine and policy, 1945–1973

M.-O. Frattini

EHES, CNRS UMR 8169, Inserm U 502, CERME, 7, rue Guy-Môquet, 94801 Villejuif, France

Disponible en ligne sur



www.sciencedirect.com

Summary

Physical and Rehabilitation Medicine is a medical specialty recognized in France since 1973, under the name of “Médecine de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles”. Its beginnings, in France, have often been analysed by physicians of this specialty, but almost not from a social science perspective. The aim here is to understand, through a sociohistorical study, how this unique medicine emerged. With its origins embedded in many other specialist departments, Physical and Rehabilitation Medicine is both catalysed and promoted by the return to employment policies for disabled people. These policies demand medical rehabilitation and create a new medicoadministrative category “the retrievables”. This context allows a number of promoters to assert a fourth way for medicine, a clinic for the functional and social consequences of traumas and diseases, which is complementary to triumphant curative medicine, laboratory medicine and preventive medicine. By becoming an active medicine, the future RRF incorporates physical medicine without submitting to it and it differentiates itself from the convalescence sector. The context enabling the emergence of this specialty and the dynamics of its formation both provide an opportunity to reconsider its designation and the way in which medicine and rehabilitation became linked in France.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Rehabilitation, Physical medicine, Rehabilitative medicine, Social history, Medicine specialty

Résumé

La médecine physique et de réadaptation est une spécialité médicale reconnue en France, depuis 1973, sous le nom de médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelles (RRF). Sa constitution, en France, a été souvent analysée par les médecins de la spécialité mais n’a quasiment pas fait l’objet de recherche en sciences sociales. À travers une enquête sociohistorique, il s’agit ici de comprendre comment cette médecine originale a émergé. Initiée à l’ombre de nombreux services, la médecine RRF est promue et focalisée par les politiques de retour à l’emploi des personnes handicapées. Ces dernières imposent la réadaptation médicale et créent une nouvelle catégorie médico-administrative, « les récupérables ». Ce contexte permet à différents promoteurs d’affirmer une quatrième voie pour la médecine, une clinique des conséquences fonctionnelles et sociales des traumatismes et des maladies, en complémentarité de la médecine curative triomphante, de la médecine de laboratoire et de la médecine préventive. En devenant une médecine « active », la future RRF incorpore la médecine physique sans s’y soumettre et se différencie du secteur des convalescents. Le contexte d’émergence et la dynamique de constitution de cette spécialité permettent de revenir sur sa dénomination et sur la manière dont médecine et réadaptation ont été liées en France.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Rééducation, Réadaptation, Médecine physique, Socio-histoire, Spécialité médicale

Introduction

Après les États-Unis en 1947, l’Italie, à Rome, en 1955, les Pays-Bas en 1956, la Belgique en 1965 [1], des médecins français cherchent à faire reconnaître la spécialité de *physical medicine*

e-mail : frattini.mo@orange.fr.

and rehabilitation, telle qu'elle est nommée outre – Atlantique et au sein des fédérations européenne et internationale. En France, une compétence médicale est difficilement reconnue en 1965, avec le certificat d'études spéciales de médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelles (RRF). Il faudra attendre 1973 pour que la spécialité soit entérinée, sous ce vocable, par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

La recherche sociohistorique présentée cherche à percevoir ce que signifie cette pratique médicale, qui semble peiner pour exister en France comme spécialité. Elle a pour objet de comprendre par quels chemins, en s'appuyant sur quel système de spécialité [2], la RRF s'est constituée au bénéfice des personnes handicapées, alors que la période d'après-guerre représente le triomphe de la médecine curative.

Après quelques éléments de méthode, un focus sur les résultats est réalisé en trois parties. Premièrement, est rappelé le rôle fondateur des politiques de réadaptation, qui ont imposé la réadaptation médicale en France, pour faciliter le retour des infirmes et invalides à l'emploi. Puis est documentée la transformation de la médecine physique en médecine diagnostique et thérapeutique des conséquences fonctionnelles des maladies et des traumatismes. Ce faisant et à travers la notion d'une médecine active, les promoteurs vont se différencier de plusieurs groupes d'amis encombrants. Enfin, l'ensemble permet de revenir sur la manière dont médecine et réadaptation ont été liées. Dans cet article, ne sont analysés ni le rôle des fédérations internationales de médecine physique et réadaptation (MPR), ni celui des instances de représentation de la profession qui s'affirment progressivement. Les unes et les autres ont été également essentielles dans le processus d'avènement de la RRF et méritent d'autres développements.

Méthode

L'émergence d'une spécialité est toujours singulière. Weisz [3] souligne qu'« il y a tant de causes possibles ou probables – intellectuelles, sociales, économiques et idéologiques – qui influent sur la spécialisation en médecine que tout effort pour en privilégier une ou l'autre ne peut être qu'une présupposition métaphysique de comment le monde fonctionne. » C'est pourquoi la recherche a pour objet de « comprendre les systèmes couplant les processus internes à la médecine avec les forces collectives qui régulent la spécialité » [2]. Dans cette optique, sont prises en considération les évolutions permettant le développement de la RRF à travers, d'une part, la transformation des segments médicaux¹ [4] et les pratiques

¹ « Les identités, ainsi que les valeurs et les intérêts, sont multiples, et ne réduisent pas à une simple différenciation ou variation. Ils tendent à être structurés ou partagés ; des coalitions se développent et prospèrent – en s'opposant à d'autres. Nous utiliserons le terme de « segment » pour désigner ces groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession. » [4].

qui s'y développent et, d'autre part, le rôle de l'environnement institutionnel et politique. En effet, pour la RRF, les associations de malades ou personnes handicapées et les pouvoirs publics ont joué un rôle assez rarement décrit dans la dynamique de constitution d'une spécialité médicale.

Ce fait a exigé que l'enquête sociohistorique s'appuie sur des sources de natures très diverses. Une analyse fine a été réalisée sur l'ensemble des articles et ouvrages, traitant du sujet, de trois des promoteurs de la spécialité : les professeurs Grossiord, Leroy et Pierquin. Ce corpus a été ensuite mis en perspective avec une bibliographie beaucoup plus large d'une multitude d'auteurs médicaux favorables ou non à la reconnaissance de la spécialité. D'autres sources ont été travaillées en exhaustivité lorsqu'elles étaient essentielles pour la période considérée : revue *Réadaptation*, *Journal de la Société française de médecine physique*, textes réglementaires, comptes rendus des commissions ministérielles sanitaires et sociales², travaux du Conseil supérieur des hôpitaux ainsi que les rapports qui leur étaient destinés, comptes rendus du Comité de surveillance des hôpitaux publics de Paris, bulletins de l'Académie de médecine, guides professionnels et débats au sein du CNOM à propos de la médecine physique, de la future RRF et des segments médicaux adjacents. Un échantillonnage a été réalisé dans la presse médicale de l'époque et les ouvrages professionnels dans diverses bibliothèques.

Les politiques de réadaptation d'après-guerre imposent la réadaptation médicale

En France, les politiques d'après-guerre dites de réadaptation ont imposé la réadaptation médicale en amont de l'expertise des futurs promoteurs de la spécialité RRF. Le gouvernement de Vichy avait déjà reconnu les centres de postcure associatifs permettant la formation professionnelle des infirmes civils. Ces dispositifs venaient compléter l'offre des centres pour invalides de guerre qui ont été secondairement accessibles aux accidentés du travail. Dès 1945, sous la pression des associations de personnes concernées, dont certains membres sont des acteurs politiques influant, la « réadaptation des malades et des infirmes » fait unanimement référence [5]. Elle couple un mouvement de revendication d'accès à la dignité par le travail³ à une nécessité économique exigeant une main-d'œuvre nombreuse pour la reconstruction du pays. Or, les fléaux sanitaires du milieu du XX^e siècle, tuberculose, poliomyélite, accidents du travail et de la route, etc., mettent de côté de nombreuses personnes. C'est pourquoi le ministère de

² Les archives du Centre d'archives contemporaines ont été analysées tant du côté des commissions sanitaires que du côté des débats préparatoires à la loi de 1957 concernant le reclassement des infirmes, invalides et personnes handicapées.

³ Ce d'autant que les infirmes congénitaux et civils (hors accidents du travail) ne bénéficient alors d'aucune pension issue de la solidarité nationale.

l'hygiène publique et de la population s'empare de ces questions au côté de celui des finances et des affaires économiques et de celui du travail et de la Sécurité sociale. En 1946, la Sécurité sociale inscrit dans ses missions, en les séparant clairement, le financement de la rééducation fonctionnelle et celui de la réadaptation professionnelle. En 1947, le directeur de l'hygiène publique et de la population demande la création d'un centre de traitement des séquelles de poliomyélite. Le Pr Grossiord, un des fondateurs déterminant de la spécialité, dit avoir proposé ses services pour diriger ce centre sans réfléchir, presque par hasard, comme si à l'époque l'enjeu était pour lui, pour la médecine ou pour les patients, peu important. En 1950, un décret⁴ oblige chaque établissement hospitalier à organiser un service de réadaptation fonctionnelle, ou, à défaut, à diriger ses infirmes sur un autre centre de réadaptation. L'exigence est de faciliter le retour à l'emploi des invalides. En parallèle, le Conseil supérieur des hôpitaux opérationnalise le décret et définit trois catégories de malades correspondant à trois niveaux de plateaux techniques : les chroniques non récupérables ; les chroniques améliorables ; et les chroniques récupérables souvent après chirurgie, accidents, tuberculose osseuse, certains poliomyélitiques, polynévrites, certaines insuffisances cardiaques, rhumatisants, etc. Pour ces derniers, « un effort maximum d'équipement hospitalier et d'encadrement doit être fait pour permettre la récupération et réadaptation dont on ne saurait plus priver de telles chroniques ». La scission entre services de chroniques qui deviendront les soins de suite et services de RRF est entérinée et durera jusqu'en 2007. Pour les récupérables, la nation permet aux centres de RRF de disposer de plateaux techniques importants, d'encadrement professionnel conséquent, d'émoluments médicaux identiques aux services de spécialité et plus tard, de tarifs chirurgicaux supérieurs aux autres établissements de santé. Les chirurgiens orthopédistes et les rhumatologues, qui n'ont pas encore de reconnaissance de leur spécialité respective, sont les plus actifs pour développer la rééducation dans leur service ou dans des centres sous leur responsabilité. Ils réfutent la pertinence d'une autonomisation de la rééducation fonctionnelle. Le Conseil supérieur des hôpitaux est saisi de la question. Le modèle des chirurgiens et des rhumatologues s'oppose au modèle développé à Garches par le Pr Grossiord et M. Vatie (directeur de l'établissement) comme centre indépendant des services de spécialité. Mais le conseil comme le législateur ne tranche pas cette controverse interne au milieu médical. La ligne politique reste le développement rapide des centres et services de rééducation en complément des centres de réadaptation professionnelle associatifs ou des anciens combattants ; peu importe comment le milieu médical s'organise. Dans les années suivantes, le ministère poursuit, par voie réglementaire, ses exigences vis-à-vis du milieu hospitalier. L'ordonnance du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation

⁴ Article 15, du décret du 30 janvier 1950.

hospitalière prévoit la réadaptation fonctionnelle parmi les attributions essentielles des hôpitaux⁵. La circulaire du 17 février 1960, en préparation du troisième plan d'organisation sanitaire, est un texte spécifique relatif à la réadaptation médicale. Elle appuie l'importance que le ministère donne au développement de ce secteur. La réadaptation post-hospitalière est valorisée pour « désencombrer les hôpitaux ». Elle a pour objet « l'ensemble des mesures propres à les préparer à prendre ou à reprendre dans la communauté une place la plus normale possible. » La volonté d'efficacité y est clairement mentionnée, il s'agit de « porter le maximum de vos efforts sur la réadaptation la plus immédiatement rentable, c'est-à-dire celle des traumatisés, adultes et enfants. Une place également importante doit être donnée à l'enfant poliomyélitique. » C'est donc bien une politique de réadaptation, au sein de laquelle la médecine doit prendre sa place. Cette médecine doit être efficace et s'occuper d'abord des personnes qui peuvent retourner vers un emploi. Au cours du temps, une fois le cadre posé, la demande du politique aux experts est d'affiner les conditions d'agrément ou les indications d'accès à la réadaptation médicale. Après la réforme hospitalière, en 1959, le suivi de cette politique sanitaire est confié à la Commission de réadaptation médicale⁶. En sus des syndicats et société savante nouvellement créés, cette commission donne aux promoteurs un espace pour structurer leur monde en interface avec les administratifs et les politiques. Pendant ces années, deux arènes se font l'écho de ces évolutions : la Fédération nationale des associations de postcure, de rééducation fonctionnelle, professionnelle des diminués physiques⁷ et la revue *Réadaptation*. Ici encore, les promoteurs de la spécialité RRF intègrent un mouvement qui n'a pas été initié par eux⁸. Ils vont s'en saisir pour faire valoir leur conception médicale en se différenciant de celle des autres acteurs.

Le développement de la RRF se réalise donc au sein du monde social de la réadaptation construit par des politiques, représentants d'associations, d'administration, et à moindre titre de médecins et autres professionnels. Ce sont les acteurs des politiques de l'emploi très liés aux associations de personnes concernées [17], qui exigent du monde médical dès 1945, de s'occuper des personnes « récupérables ». L'efficacité économique, à travers la remise au travail d'une main-d'œuvre

⁵ En application de cette loi, un décret du 3 août 1959 prescrit l'obligation pour tout centre hospitalier départemental et pour tout centre hospitalier régional, de disposer de services de réadaptation fonctionnelle.

⁶ Arrêté du 15 octobre 1959 (JO du 4 décembre) institue une commission chargée d'étudier les problèmes de réadaptation médicale.

⁷ La Fédération nationale des associations de postcure est créée en 1944. Elle change de nom, en 1951, pour signifier qu'elle intègre les services de rééducation fonctionnelle.

⁸ Le Pr Jacques Parisot, de Nancy, fait partie des hommes influents des politiques de réadaptation. Il ne sera pas un promoteur de la spécialité, même s'il y a contribué indirectement.

rentable, y est attendue autant que sa contribution à la dignité des personnes malades ou handicapées. Un véritable tapis rouge de décrets, arrêtés et circulaires offre aux médecins intéressés des espaces d'exercice spécifique et correctement financés. Quoi qu'en pense le milieu médical dans son ensemble, la réadaptation médicale, en s'appuyant sur les textes qui la régissent, peut faire valoir ses pratiques et ses ambitions.

Le passage de la médecine physique à une nouvelle médecine

Les politiques publiques ont donc imposé le développement de la réadaptation médicale au sein de services et de centres dédiés qui se multiplient rapidement entre 1950 et 1960⁹. Pour autant, l'autonomisation de la RRF et sa reconnaissance comme spécialité n'auraient pu se faire sans que le milieu professionnel soit prêt à s'en saisir tout en montrant une certaine efficacité compatible avec le monde social de la médecine.

Une élaboration à l'ombre des services de spécialité

Avant la Première Guerre mondiale [6] et plus encore entre les deux guerres, le soin aux blessés, le soin de rééducation, la compensation par les prothèses s'étaient développés du fait des conséquences incommensurables de la première guerre mondiale et de l'augmentation exponentielle des accidents du travail. À cette époque, l'Institut national des invalides développait un savoir-faire reconnu. Certains précurseurs comme les nancéens avaient tenté, sans succès dans les années 1930, la création d'un centre dédié aux infirmes [7]. De plus, dans les services hospitaliers, centres de thalassothérapie, cliniques privées comme en ambulatoire, de nombreux savoirs et pratiques traitaient déjà des conséquences des maladies et accidents [8,9]. Ce travail, qui se poursuit après 1945, se réalise sous la responsabilité des médecins ou chirurgiens de diverses disciplines. Les physiothérapeutes, responsables des services des agents physiques ou des salles de gymnastique sont des prestataires de service pour ces cliniciens qui ont la responsabilité des patients en termes de diagnostic et de prescription. Cette étape représente une phase de coopération en dépendance réciproque et en proximité spatiale, entre cliniciens spécialistes, leurs collègues de médecine physique aux compétences variées (électrothérapie, thérapies par les ultrasons, infrarouges, thermalisme, climatologie, kinésithérapie, etc.) et des chercheurs en sciences (physiologistes, physiciens, biologistes, sciences du développement psychomoteur, etc.). Elle permet des apprentissages et innovations conjoints. Ainsi, en complé-

⁹ Le mouvement s'accéléra au moment de la transformation des préventoriums et sanatoriums qui n'ont plus lieu d'être après la découverte des antituberculeux.

mentarité d'une médecine étiologique, anatomopathologique à visée curative, et d'une médecine de laboratoire, une clinique des fonctions et des conséquences des maladies et traumatismes se développe au sein de certains services de spécialité, notamment en orthopédie, pédiatrie, neurologie et rhumatologie. À partir des années 1950, le développement de services et centres autonomes permet de transformer ces pratiques. Ces dernières ne sont plus de simples compléments dans la logique, ou dans les limites, de la médecine curative. Elles forgent une médecine diagnostique, avec sa propre sémiologie, ses examens cliniques et complémentaires spécifiques, couplée à une médecine thérapeutique aux moyens multiples. La RRF trouve ainsi progressivement son identité et sa cohérence. Les promoteurs peuvent alors développer des argumentaires pour faire reconnaître une médecine originale, puis une spécialité. La rhétorique est essentiellement basée sur la promotion d'un quatrième axe de la médecine et d'une médecine active. Elle sert une double ambition : celle de participer au progrès médical et celle de se différencier d'autres secteurs médicaux encombrants [10].

La promotion d'une quatrième médecine

Les promoteurs français s'attachent à inscrire la RRF dans le progrès médical en la posant comme une extension nécessaire et moderne de la médecine. Ils démontrent qu'une autre médecine est possible qui vient compléter l'existant au côté de la médecine préventive (logique hygiéniste réactualisée par l'épidémiologie), de la médecine de laboratoire et de la médecine clinique à visée curative (logique anatomo-pathologique et étio-pathogénique). Reposant sur une nouvelle logique de soins, la RRF doit permettre de rattraper le retard pris par la médecine en matière de traitement des séquelles et conséquences fonctionnelles et sociales des maladies et des blessures (logique fonctionnelle et situationnelle). Ainsi, selon les promoteurs, la future RRF participe à sa manière à la médecine triomphante d'après-guerre ; elle invente une nouvelle médecine et elle redonne dignité et foi dans l'avenir aux infirmes. Par-là, la médecine dans son ensemble se voit grandie moralement, techniquement et efficacement. Les promoteurs performant un vocabulaire, une sémiologie, une logique d'intervention qui permettront de faire valoir leur médecine diagnostique et thérapeutique pour des personnes et situations spécifiques. Par la promotion d'une quatrième voie de la médecine, ils préparent, plus ou moins consciemment, leur séparation des chirurgiens orthopédistes et des rhumatologues.

La promotion d'une médecine active

En parallèle, par la référence à une médecine active, les promoteurs semblent tout autant chercher à se démarquer sans se couper, d'une part, de « la médecine physique » et, d'autre part, des « soins aux convalescents ». Ce d'autant que

les deux sont dévalorisés dans le monde médical. En effet, le premier a des origines profanes considérées comme peu recommandables en médecine. Certaines techniques proviennent de pratiques pluriséculaires qui vont être incorporées à la médecine physique en tentant de leur conférer un statut de médecine savante [6]. Mais les controverses sont anciennes [6,11-13] et régulièrement renouvelées. Les promoteurs de la RRF le savent. C'est pourquoi même si la RRF ne peut se passer des divers apports thérapeutiques des agents physiques, elle doit transformer l'essai à son avantage. Les résultats de la rééducation active et le développement de l'électrodiagnostic permettent aux praticiens de RRF d'utiliser les agents physiques sans s'y aliéner. Ainsi, le Pr Pierquin [14] ne reconnaît pas le massage comme une technique appartenant à l'histoire de la RRF du fait qu'il est passif. Le traitement ne doit plus se cantonner au massage et à l'usage de l'électrothérapie ou des autres agents physiques (eau, infrarouges, etc.) appliqués passivement, il doit d'abord procéder d'une rééducation active. « L'électricité ne saurait remplacer la volonté » [15]. On se méfie des appareils s'ils mobilisent passivement. Le massage prépare le geste volontaire ; l'eau chaude facilite le mouvement actif ; divers agents physiques par leur effet antalgique vont faciliter la rééducation active. La kinésithérapie et l'ergothérapie acquièrent dans le même mouvement leurs lettres de noblesse du fait qu'elles promeuvent toutes deux la volonté, l'action, la réalisation concrète. La RRF, par la valorisation des techniques de rééducation actives, démontre une nouvelle efficacité, sans laquelle elle n'aurait pu se développer, tout en limitant les attaques des nombreux détracteurs des agents physiques. Ainsi, en même temps qu'il argumente une quatrième voie pour la médecine, les promoteurs de la RRF donnent un statut d'adjuvants thérapeutiques aux agents physiques comme cela est le cas dans les autres spécialités médicales. La future RRF en sort renforcée. Les promoteurs poussent leur avantage en se différenciant des services dits de convalescents ou de chroniques. Les personnes infirmes, personnes âgées démentes et dépendantes et autres malades chroniques s'y trouvent. Ils sont considérés comme relevant de soins peu importants en volume et d'expertise plus faible. Les acteurs de RRF sont ici vigilants. La nouvelle médecine qu'ils défendent ne doit ni les faire déchoir, ni être de seconde zone. Ils s'attachent à montrer leur différence et ici encore la thérapeutique active est au cœur de leur argumentaire.

En s'appuyant sur les acquis des équipes de physiothérapeutes ou de médecine physique, le développement de centres et services dédiés à la réadaptation médicale permet aux promoteurs de la future RRF d'affirmer une sémiologie et une démarche thérapeutique spécifique. C'est à cet endroit précis que l'innovation se joue. En ouvrant une quatrième voie pour la médecine et en développant une médecine active, les promoteurs préparent la reconnaissance d'un nouveau segment médical cohérent et novateur.

Retour sur médecine et réadaptation

Le terme de réadaptation était utilisé dans les années 1950 comme un terme générique qui incluait l'ensemble du processus permettant à une personne malade-blessée d'être soignée et accompagnée pour vivre dans la société comme individu, membre d'une famille ou travailleur. Le terme de réadaptation est remplacé régulièrement par celui de rééducation ; on parle tout autant de réadaptation médicale que de rééducation professionnelle. Et dans le contexte, médical est utilisé comme équivalent de fonctionnel. Ces deux couples de termes, rééducation versus réadaptation et médical versus fonctionnel, ne se stabilisent pas pendant une trentaine d'années, malgré une littérature abondante sur le sujet. Ce flou semble permettre à chaque acteur de développer ce qui lui importe. Il est cependant certain que ce sont les politiques et les associations de malades qui rendent la notion de « réadaptation » usuelle dans la médecine. Pour eux, il s'agit de créer un chaînon manquant entre les services médicaux et les centres de postcure créés par les associations ou le ministère des anciens combattants pour favoriser le retour à l'emploi. Parce que les personnes avaient encore besoin de soins, cette étape a été appelée « réadaptation médicale ». Ce sont les promoteurs de la RRF qui ont développé une controverse interne à la médecine autour du terme de « réadaptation ». Tous sont d'accord sur le fait que le soin de rééducation et réadaptation se veut participer du progrès médical tout en lui donnant une dimension originale complémentaire au procès thérapeutique de la guérison biologique. Il est tendu vers des finalités fonctionnelles et adaptatives, et en ce sens, il déplace les frontières de la guérison vers une possible « guérison fonctionnelle et sociale » comme elle est parfois nommée. Cependant, même entre les praticiens, l'objectif incontournable de réinsertion professionnelle, exigé par le législateur, et les moyens pour y arriver font débat. Trois tendances rapidement illustrées ici sont discutées par les médecins et chirurgiens participant au mouvement. La première tendance est celle tenue par le Pr Grossiord [16]. Ce neurologue est prudent. Lorsqu'il souligne l'enjeu de « préserver le capital fonctionnel d'une nation », il considère l'enjeu social comme « légitime, mais un peu déplaisant ». Il accepte de le relever à la condition que cette question soit pensée au niveau de chaque individu. La pratique médicale permet la rééducation individuelle des hommes malades et blessés, elle peut permettre de surcroît des effets au niveau de la population, mais cet objectif n'est pas le sien. Il considère aussi que la médecine ne doit pas aller trop loin vers la réadaptation professionnelle et sociale. À l'opposé, la deuxième tendance rejoint celle du Pr Louis Pierquin, interniste et médecin du travail. Lorsqu'il parle de la distinction entre rééducation fonctionnelle et réadaptation professionnelle, il note que « cette distinction est trop catégorique. Elle entretient dans le pays une division de la réadaptation en deux parts, l'une dépendante de la santé et l'autre du travail, comme si

l'homme pouvait être distingué du travailleur, comme si le travail n'était pas l'exercice de la fonction la plus complète » [14]. Ici, l'homme se confond avec le travailleur, la fonction première de l'homme est le travail. La rééducation et la réadaptation doivent être développées en même temps car elles interfèrent sans cesse l'une avec l'autre. L. Pierquin insiste sur le fait que la rééducation ne peut se réaliser sans savoir ce que fera la personne ensuite. De plus, dans la ligne de son raisonnement, il prône le leadership du médecin de RRF tout au long du parcours de la personne blessée ou handicapée, à savoir jusqu'à sa réinsertion complète dans le monde du travail. Le développement du centre régional de réadaptation des diminués physiques à Nancy témoigne de cette volonté [7]. Le Pr Denis Leroy, interniste et biologiste, adopte une position décalée [16] qui ouvre une troisième tendance. Il prône le développement de tout ce qui peut faciliter l'adaptabilité de la personne en se référant aux travaux sur le développement psychomoteur de l'enfant. Selon lui, il faut penser au travail précocement mais savoir adapter au cours du temps l'orientation professionnelle en fonction des résultats de la rééducation. C'est un processus progressif et continu basé sur le développement des compétences, sur le soutien à la motivation et sur l'adaptation des individus. Les trois promoteurs ont donc initié une controverse qui ne semble pas éteinte aujourd'hui.

Ces débats intéressent peu les autres acteurs médicaux. L'Académie de médecine est muette sur ces questions. Au sein du CNOM, les discussions entre 1963 et 1965 (pour la compétence), comme entre 1965 et 1973 (pour la spécialité) sont de trois ordres : la dénomination de « médecine physique » ; les revendications parallèles des orthopédistes et rhumatologues ; et la définition du périmètre de la médecine interne. « Médecine physique » est un terme qui gêne de nombreux professionnels tant au sein du mouvement de la RRF que dans d'autres cercles, dont le CNOM. Le terme est jugé imprécis, la traduction de l'anglais en français ne rendant pas compte de la réalité de cette pratique médicale. Par ailleurs, chaque spécialité veut continuer à pouvoir utiliser les agents physiques comme thérapeutique. Mais l'argument déterminant, pour laisser de côté « médecine physique » revient au Pr Salmon, chirurgien à Marseille, qui le fait valoir par lettre au CNOM. Il demande que la compétence soit nommée RRF, car au vu de la nouvelle réglementation, « tous les établissements privés ou assimilés devront réduire leurs honoraires en K au taux des hôpitaux publics, exception faite pour les établissements de rééducation fonctionnelle. » Le terme de rééducation fonctionnelle doit absolument apparaître pour mieux faire valoir l'application du texte précité. Cet élément qui touche aux revenus des chirurgiens est décisif. En exigeant que rééducation fonctionnelle soit dans la dénomination, le CNOM choisit de l'utiliser à la place de médecine physique et y ajoute le terme de réadaptation considéré comme proche de la dénomination anglo-saxonne *rehabilitation*. La compétence sera donc nommée RRF. Pour des raisons

qui ont peu de lien avec l'originalité de cette médecine, la RRF est baptisée par deux termes qui vont entretenir la controverse interne au milieu médical et qui différencie deux types de pratiques l'une se situant plutôt au niveau de l'individu, et l'autre à l'articulation entre l'individu et son environnement. Les répercussions en termes de débats internes à la spécialité, de reconnaissance au sein du milieu médical ou de financement¹⁰ sont toujours à l'œuvre en 2010.

Conclusion

Le propos s'est voulu volontairement décalé et complémentaire des ouvrages et nombreux articles sur l'histoire de la spécialité réalisés par les médecins de la MPR¹¹. Il s'est agi non pas d'analyser le passé à partir du présent, mais de reprendre le cours de l'histoire. La réadaptation a été imposée à la médecine au moment des politiques d'après-guerre de retour à l'emploi des infirmes. Cette notion n'a pas servi à la reconnaissance de la spécialité au sein même du monde social de la médecine. Les promoteurs ne l'utilisent pas ou peu dans leurs argumentaires médicaux vis-à-vis de leurs pairs, sauf les nancéens. À l'époque, l'enjeu est de faire reconnaître une quatrième logique médicale, en plein développement des médecines curative et de laboratoire. Cela exige une grande habileté. Et nous avons vu comment en s'incluant dans le progrès médical et en développant une médecine active, les praticiens ont su construire un nouveau segment médical novateur. Quant à lui, le CNOM ne retient la notion de « rééducation » que pour ne pas parler de « médecine physique », et retient celle de « réadaptation » comme mauvaise traduction du terme anglo-saxon *rehabilitation*. Ainsi, au bout du compte, la reconnaissance et la dénomination de la spécialité médicale RRF se sont réalisées sur des arguments qui ne rendent ni hommage à l'originalité de cette médecine, ni à l'unicité de son propos et de ses pratiques.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Waghemacker R. Rapport de synthèse sur la législation, l'enseignement, l'organisation, les réalisations, de la réadaptation dans les pays de la CEE, Bruxelles. Ann Med Phys 1965;8(3):245-67.
- [2] Weisz G. Divide and conquer. A comparative history of medical specialization. Oxford University press; 2006.

¹⁰ La tarification à l'activité (T2A) reconnaît globalement les actes de rééducation et pas ou peu ceux de réadaptation.

¹¹ Aucune référence n'est citée car le choix est impossible à faire pour rendre compte, dans un court article, de la multiplicité des apports réalisés par les médecins de MPR.

- [3] Weisz G. Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries. *Soc Hist Med* 1994;7:177–211.
- [4] Strauss A. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: L'Harmattan; 1992.
- [5] Stiker H-J. Corps infirmes et société. Essais d'anthropologie historique. Paris: Éd. Dunod; 2005 [1982].
- [6] Monet J. Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle. Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914 [thèse]. Paris : université de Paris I–Panthéon Sorbonne; 2005. p. 1–753.
- [7] André JM, Xénard J, Meyer C. De l'institut de réhabilitation des diminués physiques à l'institut régional de réadaptation : 1954–2004. Nancy: Édité par institut régional de réadaptation et UGECAM du Nord-Est; 2004.
- [8] Albrecht GL. The Disability Business. Rehabilitation in America. London: Sage Library of Social Research; 1992.
- [9] Gritzer G, Arluke A. The making of rehabilitation: a political economy of medical specialization. In: 1890-1980. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1985.
- [10] Frattini MO. Une médecine active : comment le travail prend valeur thérapeutique. In: Benaroyo L, Lefève C, Mino JC, Worms F, editors. La philosophie du soin. Éthique, médecine et société. Paris: PUF; 2010. p. 267–82.
- [11] Léonard J. La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Paris: Ed. Aubier Montaigne, Collection historique; 1981.
- [12] André JM. Préface. In: Roques CF, editor. Pratique de l'électrothérapie. Électrophysiologie pratique appliquée à la médecine physique et à la masso-kinésithérapie. Paris: Springer-Verlag France; 1997.
- [13] Nicholls DA, Cheek J. Physiotherapy and the shadow of prostitution: the Society of Trained Masseuses and the massage scandals of 1894. *Soc Sci Med* 2006;62:2336–48.
- [14] Pierquin L. La réadaptation des handicapés physiques. Aspects fonctionnel, professionnel et social. *Rev Hyg Med Soc* 1961;9(3):204–47.
- [15] Grossiord A. La rééducation des infirmes moteurs, l'expérience de Garches. *Problèmes médicaux. Rev Hyg Med Soc* 1953;7(1):617–33.
- [16] Leroy D, Louvigné Y, Dauleux L. De la médecine classique à la médecine de rééducation. *Ouest Med* 1965;9:521–4.
- [17] Frattini MO. Dynamique de constitution d'une spécialité médicale fragile : la médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelles en France entre médecine et politique. In: [Mémoire de Master deuxième année]. Paris: École des hautes études en sciences sociales; 2008. p. 1–124.