

**Dynamique de constitution d'une spécialité médicale fragile :**

**La médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelles en France entre médecine et politique**

**Marie-Odile Frattini**

Mémoire de Master deuxième année : Santé, Population, Politiques sociales

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

**Directeur de mémoire : Luc Berlivet**

**Membre du jury : Isabelle Ville**

Septembre 2008

Ce mémoire est dédié à mon oncle François Laurent.

Mes remerciements vont bien sûr à Luc Berlivet, CERMES, qui m'a aidée à déplacer mes repères de médecin de santé publique vers celui d'un chercheur en sciences sociales. Le virage est commencé. Le chemin sera long.

Il m'importe également de dire combien j'ai apprécié les échanges et les enseignements d'Isabelle Ville, Jean-François Ravaud et Myriam Vinance du CERMES.

Et chacun sait qu'un travail de recherche ne peut se réaliser sans la disponibilité de nombreux professionnels et anciens professionnels à la retraite. Certains m'ont apporté leur témoignage, ont recherché des textes devenus difficilement accessibles ou m'ont guidée pour me faciliter les recherches dans des endroits peu familiers. Merci à tous.

## Sommaire

Introduction.....	5
Les origines comme légitimation.....	6
Un petit monde divisé.....	7
Entre initiatives personnelles et décisions ministérielles.....	9
1. Références théoriques et point de méthode.....	15
1.1. Références théoriques.....	15
Une sociohistoire.....	15
Sociologie des professions, monde social et segmentation.....	16
Spécialité médicale.....	18
1.2. A la charnière de deux lois structurantes à propos de l'hôpital et des personnes handicapées.....	19
De 1930 à 1958, les préalables.....	19
De 1958 à 1983, la structuration.....	21
1.3. Les sources.....	22
2. Une médecine en décalage.....	27
2.1. Les lieux d'exercice d'où une pratique sort de l'ombre.....	28
2.2 Une pratique au service d'une mission.....	32
Des médecins qui s'engagent.....	33
Une pratique qui prend appui sur des besoins nouveaux ou rendus visibles.....	34
Une clinique qui se démarque de la clinique médicale d'appareil.....	36
2.3. Une clinique d'interface.....	38
Une clinique de l'homme fonctionnel.....	38
Une pragmatique humaniste.....	39
Une pratique intégrative.....	41
Une médecine entre homme et techniques.....	42
Une pratique qui transforme en retour l'hôpital.....	43
2.4. Une scientificité qui s'affirme difficilement en France.....	45
Une visibilité scientifique faible en France.....	45
Des controverses anciennes et récurrentes sur la valeur scientifique des techniques utilisées.....	46
Des études et recherches pluridisciplinaires.....	47
Une démonstration des résultats.....	48

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

3. Une médecine au sein du monde de la réadaptation .....	51
3.1. Les personnes clefs .....	52
3.2. Une convergence de vue des promoteurs .....	56
3.3. Des textes législatifs incitatifs et différenciateurs .....	61
La Loi de 1957 concernant le reclassement des personnes handicapées crée des dispositifs spécifiques .....	62
La réadaptation médicale s'impose par circulaires et décrets.....	64
La réadaptation fonctionnelle évite le débat sur les centres de convalescents et de chroniques.....	70
4. Une médecine de spécialité .....	73
4.1. La médecine physique entre segments qui perdent du terrain et des amis ambitieux75	
Convergences et courants transverses .....	75
Risques de divergences.....	79
La ligne de la médecine physique et de réadaptation.....	83
4.2. Une division du travail sous contrôle médical.....	84
4.3. Quarante années pour asseoir la spécialité.....	87
Un mouvement qui s'organise.....	87
Des freins au sein du CNOM et de la médecine physique.....	89
Remise en question et défense de la spécialité.....	93
Perspectives .....	95
Annexe 1 : Liste des sources.....	101
1. Au centre des archives contemporaines.....	101
2. Revues professionnelles .....	105
3. Archives de l'assistante publique – hôpitaux de Paris .....	106
4. Textes législatifs.....	109
5. Les autres lieux ressources.....	110
Annexe 2 .....	112
Commission de la réadaptation médicale, liste et fonction des membres désignés en raison de leur compétence particulière (1960) .....	112
Annexe 3 : Dates clefs pour la structuration de la MPR en France, 1952 – 1984 .....	113
Bibliographie .....	115
Bibliographie de sciences sociales.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Bibliographie issue de la profession .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Résumé	

## Introduction

« *To believe in Rehabilitation is to believe in humanity* ». Cette célèbre phrase de Howard A. Rusk (1977), fondateur de *Physical Medicine and Rehabilitation* à l'Université de New-York en 1947, s'apparente à une devise maintes fois répétée, en ses termes ou selon des formules approchantes, dans les années d'après-guerre par le mouvement international des médecins de médecine physique et réadaptation. Après les Etats-Unis en 1947, l'Italie, à Rome, en 1955, les Pays-Bas en 1956, la Belgique en 1965 (Waghmacker, 1965b<sup>1</sup>), des médecins français cherchent à faire reconnaître la spécialité. Une compétence<sup>2</sup> médicale est reconnue avec le certificat d'études spéciales de médecine de rééducation et de réadaptation fonctionnelles (RRF<sup>3</sup>) qui est créé en 1965. Il faudra attendre 1973 pour que la spécialité<sup>4</sup> soit entérinée par le Conseil National de l'Ordre puis, par le Ministère. Cet acquis sera contesté notamment au moment de la réforme de l'internat en 1983.

Que vient donc signifier cette spécialité médicale, qui semble peiner pour exister en France, et qui ne se réfère ni à un appareil anatomique, ni à une population, qui n'est pas une médecine de laboratoire, ni une médecine d'hygiène ; spécialité qui semble donc constituer une nouvelle segmentation de la médecine ? Quand, comment, par qui cette spécialité émerge-t-elle ? D'où vient-elle ? Qu'apporte-t-elle, peut-être de différent, à ce qui existe déjà ? Par quels chemins, en s'appuyant sur quelles configurations (Elias, 1985) et sur quels mondes sociaux (Strauss, 1992) s'est-elle constituée en spécialité ? Qu'est-ce donc que cette médecine au regard des autres spécialités ? Quelles connaissances et compétences mobilisent-elles ? Comment est-elle pratiquée ?

---

<sup>1</sup> Waghmacker, 1965b, p265

<sup>2</sup> Les spécialités doivent bénéficier d'un enseignement reconnu par l'Education Nationale. Elles doivent d'abord être reconnues par l'Ordre National des médecins avant d'être entérinées ou non par le Ministère. Une compétence est reconnue par l'Ordre après validation de l'enseignement par le Ministère de l'éducation nationale. Lorsqu'une spécialité est reconnue, les médecins peuvent l'exercer comme spécialiste (à temps plein) ou comme médecin compétent (en sus d'une activité de médecine générale ou une autre discipline). « Peut être qualifié spécialiste tout médecin qui, en sus de sa formation générale, a acquis des connaissances particulières dans une branche de l'art médical, qui renonce à l'exercice de la médecine générale, et qui se consacre exclusivement soit au diagnostic et au traitement des maladies de certains organes et appareils, soit au diagnostic et au traitement par certaines techniques cliniques et instrumentales. « Cependant, pour permettre aux médecins qui possèdent des connaissances particulières dans une certaine branche de l'art médical d'en faire état auprès du public et de leurs confrères, tout en exerçant conjointement la médecine générale ou une autre discipline, l'Ordre reconnaît à ces médecins la qualité de « compétents ». « Il n'y a donc aucune hiérarchie entre un médecin qualifié « spécialiste » et un médecin qualifié « compétent » mais une différence de modalité d'exercice. » Guides de l'exercice médical, 1953, 1959, 1971, 1974, Ordre National des Médecins

<sup>3</sup> J'utilise dans ce document « rééducation et réadaptation fonctionnelles (RRF) » pour le développement de la spécialité en France puisque c'est par cette nomination qu'elle a été consacrée. Je parle de « médecine physique et de réadaptation (MPR) lorsque je parle de l'étranger qui adopte cette nomination ou lorsque je parle des médecins spécialistes d'aujourd'hui, le nom de la spécialité étant celui là depuis 1995 (J.O. du 11 mai 1995)

<sup>4</sup> Voir note n°5.

A peine ébauchées, ces questions partent dans de nombreuses directions. En effet, lors des premières consultations de la bibliographie et des diverses sources, j'ai été confrontée à l'abondance de la littérature professionnelle à propos de son histoire et une grande diversité de pistes à suivre. En effet, un nombre conséquent de segments (Strauss, 1992) ont contribué à la formation de la spécialité. Et la pluralité des histoires et réalisations locales brouille la vision de départ. Ce kaléidoscope mérite un détour avant de présenter la construction du mémoire.

### **Les origines comme légitimation**

Lorsque je présente mon travail, j'ai presque systématiquement un excellent accueil au sein de la profession qui est prête à contribuer à une recherche que certains d'entre eux auraient aimé développer. J'ai été étonnée, par ailleurs, par l'importance numérique des textes écrits par les médecins de Médecine Physique et Réadaptation et qui font référence aux origines de leur spécialité médicale<sup>5</sup>. Certains d'entre eux, comme J. Hamonet et J.M. Wirotius, se sont particulièrement intéressés à des aspects de l'histoire du handicap, de la médecine physique et de réadaptation (Wirotius, 1999) ou à des personnalités emblématiques (Wirotius, 2000 ; Gateaux-Mennecier, Hamonet, 1992 ; Hamonet, Wirotius, 1997 ; Hamonet, 2003) qui ont compté pour structurer cette médecine diversement nommée au cours du temps : médecine physique, de réadaptation fonctionnelle, de rééducation médicale, de réadaptation et rééducation fonctionnelles, des fonctions<sup>6</sup>, de la performance physique et du handicap<sup>7</sup>. Des médecins des centres d'appareillage cherchent à retracer l'histoire de leur art (Abadie, 1972 ; Boruchowitsch, 1988). Le Journal de Réadaptation Médicale réalise une rubrique spécifique « *Note historique* » depuis une vingtaine d'années. Des documents retracent l'histoire de certains centres de RRF soit peu après leur création (Poulizac, Parisot, Pierquin, 1954 ; Vatier, 1951, 1952 ; Grossiord, 1953), soit plus tardivement (Béfort<sup>8</sup>, 1989 ; Louvigné, 1990 ; André, Xénard, Meyer, 2004 ; Dorland, 1996). Dans de très nombreux articles ou communications, quel que soit le propos, un détour historique est réalisé. Selon l'objet, les noms cités changent, leurs apports à la spécialité actuelle tout autant. Je n'ai pas cherché à en faire une liste exhaustive tant ils sont nombreux, professionnels français ou étrangers. Cet intérêt pour les origines est, en soi, un fait qui mérite attention. Le travail d'argumentaire, voire souvent de justification, qui y est lié semble démontrer que la spécialité n'est pas une évidence au

---

5 Je ne citerai ici que quelques références utilisées à d'autres moments dans le cadre de ce mémoire, parmi de bien plus nombreuses.

6 Entretiens et nombreux articles de la presse médicale de la spécialité

7 Page d'accueil du site Internet de la Société Française de Médecine Physique et Réadaptation (SOFMER)

8 BEFORT n'est pas lui-même médecin de MPR

sein du monde médical. Dans ces textes, les médecins de MPR restent pudiques sur les divergences de position, au cours de la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, pour organiser la rééducation et la réadaptation. Les auteurs défendent souvent une position : ils démontrent l'ancrage ancien de leur spécialité dans la médecine, insistent sur sa valeur scientifique, cherchent à établir un vocabulaire et des principes communs au sein même du groupe, comme par exemple lors des prises de position sur la place de la réadaptation sociale au sein des pratiques de MPR. Les discours oscillent dans la presse française de spécialité, entre l'idée que la MPR est un acquis, et, une inquiétude récurrente sur le devenir de cette spécialité médicale qui serait peu reconnue<sup>9</sup> et parfois menacée de se fondre dans d'autres spécialités, ce d'autant que les perspectives démographiques sont inquiétantes<sup>10</sup>. Les médecins de MPR semblent encore faire l'expérience, à leur avantage ou à leur désavantage, de la mouvance de la segmentation médicale qui a permis son émergence.

### Un petit monde divisé

En effet, une pluralité de courants médicaux a contribué à la constitution de la MPR. A la fin du XIX<sup>ème</sup> et au début du XX<sup>ème</sup> (Monet, 2005), certains noms et techniques sont avancés pour avoir été des précurseurs de la spécialité<sup>11</sup>. On retrouve cet éclectisme au moment de la création de la Société Française de Médecine Physique en 1952 par Pierre Joannon (hygiéniste), Marcelle Peillon (électrologie médicale et thermalisme) et Yvonne Legrand-Lambling<sup>12</sup>. La même année, la Société Nationale Française de Médecine Physique compte une soixantaine<sup>13</sup> de membres, en 1960, il en compte 197<sup>14</sup>. Il s'agit donc d'un petit monde composé, comme pour le syndicat de médecine physique<sup>15</sup>, tout autant de neurologues (André Grossiord), neurologues qui développent l'ElectroMyoGraphie (Mr et Mme Drs Isch), rhumatologues formés à la médecine manuelle orthopédique en Angleterre (Robert Maigne et René Waghemaker) ou autres rhumatologues (Stanislas De Sèze, Jacques Forestier), chirurgien orthopédiste (Pierre Decoulx), chirurgien

---

<sup>9</sup> Lettre SYFMER du 26 février 2007 à Madame Podeur, Directeur de la DHOS ; Lettre SOFMER du 5 mars 2007 à Madame Podeur, Directeur de la DHOS ; Lettre FEDMER du 18 janvier 2007 à DHOS

<sup>10</sup> Site SYFMER, la démographie en MPR

<sup>11</sup> Berne (massage, rééducation), Bourneville (éducation des idiots, réadaptation), Charcot (Hypnotisme, magnétisme, électrothérapie), Duchesne de Boulogne (électrothérapie), Dujardin-Beaumetz (massothérapie, kinésithérapie, hydrologie), Itard (éducation des sourds-muets), Kirmisson (orthopédie, gymnastique orthopédique), Ling (gymnastique suédoise), Lucas-Championnière (chirurgie, massage, mobilisation), Marey (gymnastique rationnelle), Michel abbé de l'Épée (éducation des sourds-muets), Raymond (gymnastique raisonnée, rééducation), Tissot (chirurgien de l'armée, gymnastique active), Sarlandière (électrothérapie et massage par percussion),...

<sup>12</sup> Je n'ai pas retrouvé ses lieux d'exercice et ses compétences. Elle a contribué à des ouvrages sur les éducateurs ; l'éducation physique féminine, la traumatologie infantile

<sup>13</sup> Annales de médecine physique, Tome I, n°2, avril-juin 1958, p 141-146

<sup>14</sup> Annales de médecine physique, Tome III, n°4, octobre-décembre. 1960, p 331-336

<sup>15</sup> Le SYFMER fête ses 50 ans. Site Internet SYFMER.

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

pédiatrique (Marcel Fèvre), pneumologue (Maurice Cara), hygiéniste et promoteur de l'orthosomie (Pierre Joannon), médecin en électrologie médicale et thermalisme (Marcelle Peillon), médecin kinésithérapeute (Boris Dolto). Dans le guide Rozenwald<sup>16</sup>, l'annuaire des professions médicales, les médecins spécialistes de Paris et la Seine concernés par la dynamique qui devient RRF, sont autour de 1950-65, au sein des rubriques neurologie-psychiatrie, chirurgie pédiatrique, chirurgie, électricité médicale, hygiène, physiothérapie, rééducation, thermalisme-climatisme, rhumatologie, médecine du travail. Le nom de chaque médecin est souvent associé à une précision quant à leur technique thérapeutique de prédilection<sup>17</sup>. Les termes se multiplient dans la littérature, parmi eux de nombreux ne sont plus utilisés aujourd'hui, et peuvent être, comme les deux premiers, assez mystérieux : actinologie<sup>18</sup>, orthosomie<sup>19</sup>, mécano-thérapie, pouliothérapie... Pour certaines thérapies, seuls quelques médecins disent les pratiquer. Selon les années, les praticiens ne sont pas sous les mêmes rubriques ou se mettent sous plusieurs rubriques<sup>20</sup>.

L'ensemble dénote un éclatement des courants et une diversité de points d'appui théorique, clinique, thérapeutique. Malgré le regroupement sous le terme de physiothérapie ou plus tard de médecine physique, les médecins semblent vouloir garder leur spécificité. Dans le guide Rozenwald, c'est la seule compétence médicale qui s'affiche de cette manière. On se demande comment une spécialité peut émerger d'une telle pluralité de revendication identitaire. Malgré cette apparente hétérogénéité, ces médecins créent un monde social interne à la médecine et extérieur à elle, en relation avec des chercheurs, des paramédicaux, des politiques, des représentants d'association... Ce monde n'apparaît pas stable. Pourtant, il va se singulariser et permettre non seulement l'émergence d'une spécialité mais aussi le développement de lieux de soins spécifiques, il va aussi contribuer à l'affirmation de nombreuses professions paramédicales.

---

16 Les médecins compétents ou spécialistes ne sont répertoriés dans le Guide Rozenwald que pour le département de la Seine et Paris

17 Rééducation médico-pédagogique, appareillage, ultra-sons, ultra-violets, physiothérapie, aérosols, chiropraxie, gymnastique médicale, kinésithérapie, ostéopathie manipulative, rééducation fonctionnelle, vertébrothérapie, biologie appliquée à l'éducation physique et au sport, ostéopathie, mécano-thérapie...

18 Utilisation des techniques vibratoires dans un but préventif ou de soins. Arsène d'Arsonval (1851-1940), médecin, physicien (premier galvanomètre, premier téléphone agréé par les PTT), spécialiste des courants de haute fréquence en électrothérapie, fut élu Président de l'Institut d'Actinologie en 1918.

19 Développée par le Pr Joannon, hygiéniste. Médecine du maintien et du rétablissement de la santé de la naissance à la vieillesse ; s'intéresse à l'individu dans son environnement.

<sup>20</sup> Tel Robert Maigne qui est retrouvé en rhumatologie, en biologie appliquée à l'éducation physique et au sport et en médecine physique ; tel Gabriel Bidou qui est en rééducation fonctionnelle et en orthopédie puis en physiothérapie...

### **Entre initiatives personnelles et décisions ministérielles**

L'hétérogénéité des origines, évoquées dans la presse médicale de la spécialité ou le guide Rozenwald, se double d'histoires locales ou nationales plurielles. Entre 1930 jusqu'au début des années 1950 avec les premiers plans nationaux d'organisation sanitaire, les initiatives émanent d'acteurs divers dans des contextes variés en termes de type d'hommes influents, d'offre de services et d'opportunité de partenariat. Se mêlent ainsi des initiatives privées de médecins ou d'associations, des initiatives régionales ou nationales. Quelques éléments issus d'études de cas peuvent servir d'exemples : les trois lieux considérés par la profession comme ceux qui ont permis l'émergence de la MPR comme spécialité ; et les deux Instituts nationaux, l'Institut National des Invalides et l'Institut National de Réadaptation de Saint-Maurice.

Nancy, Garches près de Paris et Rennes représentent les trois pôles toujours nommés quand les médecins de MPR parlent de la construction de la spécialité. Ils sont emblématiques de trois dynamiques différentes à l'œuvre : un partenariat avec les assurances sociales qui commence dès les années 1930 grâce au doyen Jacques Parisot à Nancy ; la demande du Ministère de la santé d'ouvrir un centre pour les poliomyélitiques à Raymond Poincaré à Garches ; une initiative d'un médecin de médecine interne à Rennes. A Nancy (André, Xénard, Meyer, 2004), le partenariat initié dans les années 1930, sous l'impulsion de Jacques Parisot, entre les assurances sociales, le centre hospitalier et la faculté abouti, en 1954, après de nombreux rebondissements, à un centre régional de réadaptation des diminués physiques, incluant les diverses étapes de la rééducation fonctionnelle à la réadaptation professionnelle. Jacques Parisot<sup>21</sup>, professeur de médecine, pneumologue, doyen, président de l'OMS est un personnage aux multiples réseaux nationaux et internationaux. Le projet nancéen est construit et mis en œuvre notamment par le Professeur Pierquin, interniste et médecin du travail. Il est nommé, en octobre 1953, à une chaire de médecine du travail et de réadaptation, créée à la faculté de médecine de Nancy par transformation de la chaire de neurochirurgie devenue vacante. Ce dernier développe avec G. Faval l'appareillage et son enseignement. En 1945, c'est le Ministère de la santé publique et de la population qui demande à l'Assistante publique de Paris de créer, dans le centre de chroniques de Garches, construit en 1936 et vide au lendemain de la guerre, un centre national de traitement des poliomyélitiques. Le centre ouvre ses portes en 1949. Le docteur André Grossiord, neurologue, accepte de s'en occuper. Celui-ci prend une place toute particulière dans de nombreuses instances de la profession au niveau national (premier président du syndicat de médecine physique) et international. Il est nommé doyen de la première faculté de Paris Ouest et à la première chaire parisienne de rééducation motrice en 1968. Enfin le troisième centre

---

<sup>21</sup> Cf. éléments de biographie p54

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

reconnu comme clef pour la MPR débute, en 1948, à Rennes. Le médecin chef de service de la clinique de maladies infectieuses, le docteur Denis Leroy, crée au sein d'un établissement hospitalier (qui deviendra un CHU) un secteur puis un service<sup>22</sup> pour traiter les malades poliomyélitiques : réanimation respiratoire et poumon d'acier, rééducation psychomotrice facilitée par la kiné-balnéothérapie, scolarité par institutrice de l'éducation nationale, prise en charge globale des enfants et des adultes<sup>23</sup>, dispositifs ambulatoires de suivi dans le temps (Leroy<sup>24</sup> ; Leroy, 1961 ; Louvigné, 1990). De plus, il développe des outils de balnéothérapie (piscines dites « Leroy »). Il sera nommé à la première chaire de rééducation fonctionnelle et hydroclimatologie à Rennes, en 1966 puis doyen de la faculté de Rennes. Il est l'artisan avec S. Fouché de "Ladapt" (Ligue pour l'adaptation au travail du diminué physique) d'un centre de rééducation fonctionnelle à La Vallée-en-Betton, pour garçons de 14 à 25 ans atteints de poliomyélite<sup>25</sup>.

Au niveau national, plusieurs ministères interviennent. Le Ministère de la guerre, au moment de la première guerre mondiale, crée les premiers centres d'appareillage et développent des centres d'entraînement par le travail (Prost, 1977). Le 20 janvier 1920, André Maginot, ministre des pensions, des primes et allocations de guerre, lui-même grand invalide de guerre, confirme la double vocation de l'Institut National des Invalides (INI) : centre d'accueil des pensionnaires et centre hospitalier des pensionnés, en particulier paraplégiques. En 1949, le ministre des anciens combattants, Louis Jacquinot, avec l'appui de la Fédération des plus grands invalides de guerre, décide de créer aux Invalides un centre médical et chirurgical de traitement des paraplégiques. Un centre de prothèse maxillo-faciale et oculaire est inauguré en 1955 par le Ministre des anciens combattants, et est placé sous la direction du Docteur Ricoeur en lien avec l'association des « gueules cassées » (Dorland, 1996). Du côté du Ministère de la santé, après la demande de création du centre de Garches, il faut attendre l'ordonnance du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière, qui prévoit la réadaptation fonctionnelle parmi les attributions essentielles des hôpitaux, et le décret d'application du 3 août 1959 pour que la Direction Générale de la Santé Publique propose de créer « *un établissement hautement spécialisé apte à répondre aux besoins de réadaptation médicale en matière de soins, d'enseignement et de recherche* ». La décision, de création d'un tel établissement national de réadaptation de 400 lits par reconversion de

---

22 Intitulé Centre hospitalier de lutte antipoliomyélitique

23 Film du Professeur D. Leroy, 1961, « Du lit à l'atelier ».

24 Texte de communication à un congrès, non daté. Leroy D., La rééducation d'entretien, 6 pages.

25 Ce centre est inauguré en 1962. Il reçoit des jeunes dont l'atteinte aiguë remonte à plus de 6 semaines (infirmes moteurs sans déficience ou trouble mental). La rééducation fonctionnelle laisse une grande place à l'ergothérapie et la balnéothérapie. Une formation est dispensée aux jeunes : certificat d'études, BEPC, cours de sténodactylographie. La formation peut se poursuivre dans un centre de réadaptation professionnelle. (Réadaptation, 1962, n°93, p.18).

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

l'Etablissement National de Convalescents de Saint-Maurice, est prise en 1961 par le Ministre Chénot. D'abord envisagé pour des adultes en 1960, le projet se voit fortement influencé par l'infanticide d'un enfant né dysmélisme<sup>26</sup> du fait de la prise de thalidomide par sa mère. Une jeune femme atteinte elle-même, Denise Legrix, lance avec Radio-Luxembourg et un médecin, le docteur Jacques Hindermeyer, une campagne intitulée « Espoir » qui collecte 40 millions de francs (4 milliards d'anciens francs) et fait l'objet d'un chèque à l'ordre du Trésor Public<sup>27</sup> remis au ministre de la santé publique en 1963. Cette somme est réservée à la création d'un centre de réadaptation fonctionnelle pour enfants au sein de l'INR et qui voit le jour en 1967<sup>28</sup>. André Grossiord participe au montage du projet, dès 1961 avec Jacques Hindermeyer, mais refuse au final d'y être nommé du fait de l'absence d'ambition des réalisations au moment de l'ouverture du centre<sup>29</sup>.

Après ces quelques exemples, une multitude d'autres lieux pourraient être décrits. Aux alentours de la deuxième guerre mondiale, on retrouve les cliniques privées d'orthopédie, qui sont des cliniques d'appareillage, comme celle du docteur Gabriel Bidou<sup>30</sup>, au sein de laquelle Marc Maury<sup>31</sup> sera appareillé (Maury, 2002). Diverses initiatives locales au sein de, ou en lien avec des, services hospitaliers régionaux (Lyon, Marseille, Montpellier, Mulhouse, Strasbourg...) se sont développées dans les années 1950.

A cette période, un autre secteur est en plein développement. Il s'affirme avec la politique d'insertion professionnelle des infirmes (décret-loi de 1924<sup>32</sup> puis loi de 1957<sup>33</sup>). Les centres d'entraînement par le travail, appelés plus tard de postcure, ont été créés par le ministère des

---

26 La dysmélisme est une malformation congénitale avec agénésie plus ou moins importante des membres. La principale cause a été, dans les années 1950-1960, le traitement des femmes enceintes par la thalidomide pour éviter les symptômes du premier trimestre de la grossesse (notamment nausées et vomissements). Environ 15 000 fœtus ont été affectés par la thalidomide dans 46 pays (hors E-U qui ne l'ont pas commercialisée pour ces indications). 8 000 enfants environ ont survécu au-delà de 1 an.

27 Chèque remis le 22 février 1963 par M. Tabouis, Vice-Président de Radio-Luxembourg, à M. Marcellin, Ministre de la santé publique

28 Note du 23 janvier 1968, du directeur Général de la santé publique à M.le Ministre, à l'attention de Monsieur Rossignole. « Objet : Institut National de Réadaptation de Saint-Maurice » (CAC 780556 : article 12)

29 En 1967, Pr. A. Grossiord adresse une lettre au Dr Boulanger, directeur de la santé publique dont voici des extraits : « Le projet qui était à l'étude en 1962 m'avait paru d'un très grand intérêt car il m'avait semblé susceptible de comporter d'importantes perspectives sur le plan de l'enseignement de la rééducation fonctionnelle, de l'appareillage, de la recherche en général dans cette discipline. » ... Cependant du fait de l'absence de projet scientifique, du changement de perspective du ministère et de mes nouvelles responsabilités « il est évident que je ne songe aucunement à quitter mon service de Garches pour prendre la direction de 60 lits à St Maurice. ». Si le travail clinique, d'enseignement et recherche devient possible à INR, A. Grossiord veut bien revoir sa position.

<sup>30</sup> Gabriel Bidou a été responsable d'une salle de rééducation au sein du service de neurologie de la Salpêtrière.

31 Médecin devenu tétraplégique par accident durant la période de ses études, sera soigné à la Salpêtrière et appareillé chez le Dr Bidou. M. Maury deviendra lui-même médecin de MPR et dirigera le centre de Fontainebleau.

32 Loi du 26 avril 1924 qui a pour objet de favoriser le reclassement professionnel des « mutilés de guerre »

33 Loi du 23 novembre 1957, dite loi Gazier, relative aux « travailleurs handicapés » avec priorité à l'emploi pour ses personnes et développement de dispositifs pour favoriser le reclassement professionnel

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

anciens combattants, mais également et surtout, par diverses associations de malades depuis les années 1930. Les plus connus sont ceux de Ladapt (Ligue pour l'adaptation au travail du diminué physique), association créée en 1929 par S. Fouché, R. Buron, des médecins<sup>34</sup>, elle-même atteinte de tuberculose osseuse et personne qui aura une grande influence politique quant au traitement des « diminués physiques » entre 1930 et 1970. De grands noms de la médecine<sup>35</sup>, dont le Docteur Grossiord, seront administrateurs de Ladapt. S. Fouché semble avoir joué un rôle déterminant pour inclure officiellement la rééducation fonctionnelle au sein des centres de postcure, sous l'incitation du docteur P. Tessier, de l'hôpital Foch, qui l'avait traitée personnellement pour des brûlures (Fouché, 1981).

Deux arènes se font l'écho de ces évolutions. La première est la « Fédération Nationale des Associations de postcure » créée en 1944. La Fédération change de nom, en 1951, pour signifier qu'elle intègre les services de rééducation fonctionnelle : elle devient la « Fédération Nationale des Associations de postcure, de rééducation fonctionnelle, professionnelle des diminués physiques ». La Fédération réalise un congrès annuel, sous le patronage des Ministères concernés par le thème, et émet systématiquement des vœux repris par la revue Réadaptation<sup>36</sup>. Cette revue représente le deuxième témoin et caisse de résonance de tout ce qui touche à la rééducation et la réadaptation. Le Directeur gérant de la revue est alors Alfred Rosier, directeur honoraire de la main d'œuvre, et le Président du comité de rédaction est le Ministre Robert Buron. Les comités de patronage et de rédaction de la revue Réadaptation et la Fédération nationale des Associations de postcure sont composés de membres actifs ou sein des hommes politiques et des commissions ministérielles.

Ainsi, les projets émanent de tous types d'acteurs. Ils répondent à la pression de la demande (tuberculose osseuse, poliomyélite, victimes de la guerre et du travail, accidents de la route, scandale de la thalidomide...), aux exigences des personnes concernées soit en leur nom (D.

---

<sup>34</sup> Le 8 juin 1929 est créée Ladapt. Les vice-présidents, docteur Paul Braun, phtisiologue et René Giroux, cardiologue ; le trésorier, Dr Henri Buron (père de Robert Buron qui ne peut siéger car trop jeune) ; secrétaire générale, Suzanne Fouché ; membres, Mademoiselle Chaptal, Dr Courcou, Mme Droz, Mme Gouin, Dr Gournay, Mlle de Joannis, Dr Okinczyc (Fouché, 1981, p120)

<sup>35</sup> Professeurs Padovani, Bouverain, Froment, Bourret, Asselain, Grossiord (Site Internet de l'Institut Suzanne Fouché. Texte non daté de J.E. Laulla « Suzanne Fouché ou le refus du handicap » )

<sup>36</sup> Réadaptation fait suite à un voyage aux Etats-Unis, en 1951 d'une mission française pour l'étude de la réhabilitation des diminués physiques ; mission émanant de la Commission interministérielle pour la réadaptation professionnelle des mutilés, invalides et diminués physiques (CAC 19910612, articles 3 et 4). La revue est créée en 1953 par le Centre national d'information pour la réadaptation et le bureau universitaire de statistique et de documentation scolaire et professionnelle. Elle est placée sous le Haut Patronage de Messieurs les Ministres des anciens combattants et victimes de la guerre, de l'Education nationale, des Finances et des affaires économiques, de la santé publique et de la population, du travail et de la sécurité sociale.

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

Legrix<sup>37</sup>), soit au nom d'associations qui développent actions concrètes et revendications politiques, à des fléaux sociaux, à des demandes d'un ou l'autre ministère, ils s'inscrivent dans des dynamiques médicale et institutionnelle au sein d'établissements ou de contextes locaux particuliers dans lesquels la sécurité sociale prend une place importante depuis la loi de 1935 concernant les assurances sociales<sup>38</sup>. Il trouve une forme de cohérence, en s'articulant au développement des politiques publiques en faveur des malades chroniques et des handicapés, pour défendre une idée, qui se veut internationale, de la réadaptation allant des soins précoces de rééducation à la réinsertion sociale et professionnelle. Comment ce passage se réalise-t-il ? Pour aboutir, quels mondes sociaux se développent-ils dans l'action, quelles configurations vont-elles être déterminantes, quels argumentaires et quels leviers vont-ils être utilisés ?

Recherche des origines au sein du milieu professionnel, monde segmenté au sein de la médecine, lieux de développement aux histoires variées, comment commencer pour rendre compte de cette recherche exploratoire sans se perdre dans les détails tout en ne laissant pas de côté des aspects qui peuvent s'avérer essentiels ? Je présente d'abord les références théoriques sur lesquelles je m'appuie, sociohistoire en référence à Elias, et sociologie des professions notamment le courant interactionniste en référence à Strauss, et quelques éléments de méthode. Puis je développe mon propos en trois temps :

- D'abord, il s'agit de commencer à décrire et comprendre cette médecine en acte, c'est-à-dire la réalité ordinaire du travail effectué. Je montre l'émergence d'une pratique clinique par une nouvelle segmentation du travail médical et qui se décale de la médecine anatomo-pathologique. Une pratique qui tente d'articuler une clinique des fonctions (diagnostique et thérapeutique) et une clinique qui se veut centrée sur la personne, dans la mouvance des années 1950. Parce qu'elle n'est pas encore une spécialité, parce qu'elle se situe à la confluence de différents segments médicaux et parce qu'elle s'invente au jour le jour, il s'agit de comprendre quel type de médecine se construit, sur quels débats théorique et pratique ? Quelles connaissances nouvelles sont élaborées ? Sur quels critères est-elle valorisée ?

---

37 D. Legrix fonde en 1970 l'Association Nationale d'Entraide aux Enfants et Adultes Dysméliques. Elle sera, par ailleurs membre de l'association « Artistes Peintre de la Bouche et du Pied »

38 Extrait du décret loi du 28 – 10 – 1935 : « Les Unions régionales pourront également après avis des ministères de la santé publique et du travail, utiliser leurs ressources à créer des œuvres de prévention ou d'armement sanitaire telles que : œuvres de maternité et d'enfance ; dispensaires et établissements d'hygiène et de prophylaxie sociale ; colonie de vacances, établissements de cure, sanatorium ; maison de convalescence, de repos et de postcure. ».

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

- Ensuite, je montre comment cette spécialité bénéficie, utilise les évolutions des politiques publiques en faveur des personnes handicapées. En même temps, les médecins savent s'inscrire et développer un discours politique qui est, pour partie, différent de la rhétorique au sein de la profession. Ils surfent sur la réadaptation sociale et les avancées sociales. Ils bénéficient de la politique de développement de services dédiés à la rééducation fonctionnelle. Ici, ils participent au monde social de la réadaptation dans lequel œuvrent des associations influentes, les caisses d'assurance maladie, plusieurs ministères et leur administration respective (santé publique, anciens combattants, du travail et de la main d'œuvre...).

- Enfin, entre pratique et politique, j'explore le travail d'argumentaire et de positionnement d'un groupe professionnel. Corps intermédiaire, qui évolue au cours du temps entre des segments en perte de vitesse (hygiène, thermalisme, électrothérapie) et des segments puissants (rhumatologie, chirurgie orthopédique) et qui, par ailleurs, s'appuie sur les courants internationaux de réhabilitation. Corps médical, qui développe, sous son contrôle, les professions paramédicales qui permettent les soins de RRF. Corps professionnel, qui se construit aussi en structurant société savante, syndicat, enseignement et revendications communes.

En conclusion l'articulation entre ces trois niveaux est ébauchée en guise de perspectives pour le travail de thèse. En effet, le présent mémoire est une recherche socio-historique exploratoire à propos de la dynamique de constitution et de développement de la spécialité médicale de Médecine Physique et Réadaptation, en France, entre 1930 et 1983. Il se poursuivra dans le cadre d'une thèse en sciences sociales. Il constitue donc une première étape d'une recherche plus vaste et plus approfondie. Les résultats présentés doivent être considérés comme des résultats intermédiaires permettant de reconfigurer la recherche en cours.

## 1. Références théoriques et point de méthode

Ce travail s'inscrit dans une socio-histoire en référence à Elias et à la sociologie des professions référées davantage aux interactionnistes qu'aux fonctionnalistes. Je reviens ensuite sur la notion de spécialité médicale en montrant la multiplicité des déterminants et la difficulté à repérer le moment où on peut parler de spécialité. Dans un deuxième temps, je développe le pourquoi de la période étudiée et je précise mes sources.

### 1.1. Références théoriques

#### Une socio-histoire

Je ne suis pas partie des débats qui ont immédiatement précédés l'institution du Certificat d'Etudes Spéciales en Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles ou la reconnaissance de la spécialité au Conseil de l'Ordre des médecins). Je souhaitais éviter, autant que faire se peut, de remonter le temps et d'interpréter les faits eu égard aux débats, propos et actions qui ont encadré les années 70. J'ai tenté un travail en reprenant le fil des divers événements et configurations tout en les replaçant dans un contexte. Du fait de ma connaissance de la spécialité telle qu'elle est pratiquée actuellement<sup>39</sup>, le risque est grand d'aller vers un défaut majeur dénoncé par Ranke (cité par Elias, 1985) : « *Les situations présentes déterminent la façon dont il [le chercheur historien] « voit » l'histoire et même ce qu'il voit en tant qu'« histoire »*. Et même si le présent peut stimuler une « histoire régressive », éviter la recherche des origines peut permettre de se centrer sur la compréhension des processus (Bloch, 1993). Ces fausses évidences sont devenues de véritables casse-tête en pratique du fait de mon insuffisante connaissance de la période étudiée d'après WW2, tellement proche et si différente d'aujourd'hui. En s'appuyant sur Elias (1985) je retiens la nécessité d'articuler l'individu et la société pour sortir de l'unicité de l'évènement historique et l'individu et la société comme processus. Le premier m'a permis d'éviter dans le seul travail biographique autour des trois noms considérés comme fondateur de la MPR (André Grossiord, Louis Pierquin et

---

39 En tant que médecine de santé publique, j'interviens depuis 20 ans dans les établissements de rééducation et réadaptation fonctionnelles pour accompagner les évolutions des organisations et des pratiques en lien avec les professionnels et les personnes malades ou handicapées.

Denis Leroy). La deuxième a exigé que je m'intéresse à une période suffisamment longue pour saisir les processus.

Par l'exploration, je cherche également à identifier la manière dont la société (ici plus précisément à travers la médecine et ses diverses institutions) et les individus (les différents médecins et autres acteurs sociaux), dans leurs interrelations, traitent de l'inscription dans le corps d'une différence temporaire, fixée ou évolutive ; car, « *il n'y a pas de « handicap », de « handicapés » en dehors de structurations sociales et culturelles précises ; il n'y a pas d'attitude vis-à-vis du handicap en dehors d'une série de références et de structures sociétales* » (Stiker, 2005<sup>40</sup>). A travers la manière dont la médecine traite de la question de la prise en charge des personnes handicapées et malades aux pathologies dégénératives, il peut être fait l'hypothèse qu'elle révèle quelque chose d'elle-même. Dans cette perspective, je compte interroger la phrase de Howard A. Rusk, que je mentionne en introduction de ce travail, « *To believe in Rehabilitation is to believe in humanity* ».

### **Sociologie des professions, monde social et segmentation**

La médecine n'est pas une discipline scientifique, c'est une profession. Elle est même considérée comme l'archétype des professions (Abbot 1988 ; Freidson, 1994 ; Dubar, Tripier, 1998). C'est pourquoi, je ne reviens pas sur les nombreuses théories concernant les disciplines, ni sur celles concernant les professions. Je ne retiens que ce qui me semble permettre d'étudier un phénomène de spécialisation ou de division du travail dans un groupe professionnel déjà constitué – les médecins – reconnu socialement depuis longtemps. Il s'agit d'un collectif non soumis à un modèle de bureaucratie hiérarchique (au sens de Weber) ; il possède une place sociale qui lui confère une certaine autonomie pour s'organiser et une influence politique certaine, même si elles restent à expliciter pour l'objet et la période concernés par la recherche. Quant à lui, le mouvement de la spécialisation médicale au sein des pays occidentaux a été étudié de diverses manières. Deux modèles théoriques ont été principalement utilisés. Dans les années 1950, Georges Rosen<sup>41</sup>, historien américain, a mis l'accent sur les facteurs intellectuels liés à la démarche clinique. La spécialisation, de ce point de vue, est déterminée par une vision de la maladie centrée sur l'organe ou l'appareil, puis plus tard sur le développement des techniques et des connaissances scientifiques. Cette thèse n'a pu servir de modèle compréhensif à l'émergence de certaines spécialités comme la pédiatrie, l'hygiène. S'est développé un autre « *modèle (ou vague notion) de « professionnalisation* » (Weisz, 1994) qui met l'accent sur les intérêts individuels et les

---

<sup>40</sup> Stiker, 2005, p11

<sup>41</sup> Cité par Weisz, 1994, p. 177

dynamiques sociales intercurrentes. En complément, d'autres auteurs, nord-américains notamment, se sont attachés à analyser le phénomène comme une dynamique de marché (Albrecht, 1992 ; Gritzler, Arluke, 1985). Abbott montre que « *pour réussir à contrôler son territoire d'action, une profession doit trouver des alliés, non seulement dans l'Etat ou dans la population qui constitue son marché potentiel, mais aussi auprès d'autres professions ... (écologie relationnelle ou « écologie liée »)* » (cité par Dubar, Tripier, 2005<sup>42</sup>). Ben-David (1975) en travaillant sur l'émergence de nouvelles sciences, propose de repérer les structures d'opportunité (professionnalisation académique, structure de compétition et hybridation entre disciplines; hiérarchie entre les disciplines). Sans rejeter ces apports, Weisz (1994) souligne « *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* ». Rejeter un modèle explicatif unique, permet d'ouvrir la question du « comment » une spécialité médicale émerge. Selon quel processus socio-historique ? Pourquoi prend-elle cette forme ? Il s'agit alors de mettre en évidence les « *répercussions de la diversité des intérêts professionnels sur les membres de la profession et sur les changements internes à celle-ci.* » « *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.* » (Strauss, 1992<sup>43</sup>). En s'inscrivant dans une perspective dynamique, je cherche à analyser des « *associations interdépendantes ou des figures dans lesquelles l'équilibre des forces est instable* » (Elias, 1981<sup>44</sup>) ; de comprendre les enjeux, les coopérations, les jeux de pouvoir pouvant aboutir à des crises, des ruptures et des reconfigurations. Elias propose de sortir de la dualité d'une vision comme quoi la recherche historique serait essentiellement axée sur l'unicité et l'individualité, témoin de l'indépendance et la liberté de l'individu, et la recherche sociologique sur l'étude des sociétés, témoin de la dépendance et de la détermination des hommes. Il s'agit alors de s'intéresser à « *la relative autonomie et la relative dépendance des hommes les uns par rapport avec les autres* » (Elias, 1985). C'est en rassemblant les faits sous forme de schéma d'interdépendance qu'on peut comprendre les marges d'autonomie des individus et la stratégie qu'ils développent. Dans la perspective d'Elias, les dépendances qui lient les individus entre eux ne sont pas toujours conscientes. Les interactions d'aujourd'hui peuvent avoir des déterminations plus

---

<sup>42</sup> Cité par Dubar, Tripier, 2005, p132

<sup>43</sup> Strauss, 1992, p68

<sup>44</sup> Elias, 1981, p10

ou moins anciennes qui ne sont pas toujours perçues. En partant des *configurations* telles que définies par Elias, je me suis également appuyée sur le concept de *monde social* de Strauss. Comme pour Elias l'intérêt de l'approche de Strauss est la dynamique qu'il cherche à y saisir « *se centrer sur les mondes sociaux et les étudier pourrait offrir un moyen pour mieux comprendre les processus du changement social.* ». En apportant des éléments d'ordre culturel et symbolique, la notion de monde social permet de chercher ce qui fonde le collectif, ce qui permet un sens commun. « *Chaque monde social est « un univers de réponse réciproque régularisée<sup>45</sup> ».* « *Chacun est une arène dans laquelle il existe une sorte d'organisation.* » « *Chacun est, également, une aire culturelle, dont les frontières ne sont pas limitées ni par un territoire, ni par une appartenance formelle mais par les limites d'une communication efficace.* » (Strauss, 1992<sup>46</sup>).

Pour analyser l'émergence de la spécialité RRF, à partir de la diversité des composantes et des alliances que j'ai évoquée, ces concepts m'apparaissent particulièrement prometteurs.

### **Spécialité médicale**

Il n'est, cependant, pas évident de repérer le moment où il est possible de dire qu'il existe une spécialité médicale. Ici, j'ai pris comme dates emblématiques la création du Certificat d'études spéciales en 1965, qui ouvre une compétence en RRF, et la reconnaissance de la spécialité par l'Ordre National des Médecins en 1973. Cependant, il existait déjà un diplôme universitaire de médecine physique et rééducation (1960), précédé d'une Société savante de médecine physique (1952) et du Syndicat français de médecine physique (1956). La Société de Médecine Physique s'est dotée, en 1958, d'une revue « *Les Annales de médecine physique* ». Le mouvement français semble parallèle à un mouvement de structuration européen et nord-américain de la médecine physique et de réadaptation<sup>47</sup>. Il convient d'analyser l'auto-organisation des groupes professionnels, les processus biographiques de ces membres articulés aux interactions au sein du groupe et de l'environnement ; d'explicitier le développement d'une rhétorique et la recherche d'un statut protecteur (interactionnistes cités par Dubar et Tripier 1998<sup>48</sup>). Il apparaît également utile de revenir en arrière ; d'identifier selon quelle chronologie les instances se sont formalisées ; pourquoi, comment et par qui elles ont été construites ? Quel est, s'il existe, le point de basculement qui fait spécialité ? Quelles questions, débats ou enjeux persistent malgré ou grâce à cette reconnaissance ?

---

<sup>45</sup> Selon l'expression de Shibutani, Strauss, 1992, p269

<sup>46</sup> Strauss, 1992, p269

<sup>47</sup> 1950, création de la Fédération Internationale de Médecine Physique ; 1954, naissance de la Fédération Européenne de Médecine et de Réadaptation.

<sup>48</sup> Dubar et Tripier, 1998, p90

Weisz (1994), Pinell (2003) insistent sur les interdépendances entre les différents pôles de spécialisation en médecine. Comment les uns influent sur les autres ? Comment une spécialité naissante, à partir d'autres spécialités, réussit-elle à s'affranchir de ses géniteurs ? Que veut d'ailleurs dire s'affranchir : avoir une pratique clinique différente, ne plus se référer aux autres spécialités dans son exercice, n'avoir que des médecins formés dans la spécialité, avoir des institutions totalement dédiées et sans médecins d'autres spécialités ? Quelle spécialité contrôle quoi, coordonne quoi ? Pinell (2003) souligne qu'il ne suffit pas d'avoir un enseignement, un syndicat ou une société savante pour être reconnu comme une spécialité.

Tout cela concourt à un processus de professionnalisation mais ne suffit pas pour expliquer l'émergence, au sein de la profession médicale, à ce qui concourt à la structuration de la médecine rééducation et de réadaptation, comme spécialité. Les mécanismes sont sans doute non linéaires. Il me faudra donc explorer diverses sources pour tenter une reconstruction, chercher peut-être des effets seuil ou des processus différents dans des arènes parallèles et qui concourent à la reconnaissance de cette spécialité médicale.

## **1.2. A la charnière de deux lois structurantes à propos de l'hôpital et des personnes handicapées**

Pour repérer et comprendre les processus à l'œuvre, le bornage de la période à étudier est essentiel. Il s'est révélé progressivement et n'est peut-être pas encore tout à fait stabilisé pour la thèse. La période étudiée se situe à la charnière entre deux phases. La première va de 1930 aux dernières années de la IV<sup>ème</sup> République. La réforme hospitalière en 1958<sup>49</sup> qui prévoit la réadaptation fonctionnelle comme attribution essentielle des hôpitaux<sup>50</sup> et la loi de 1957, sur le reclassement des travailleurs handicapés, font point de basculement. La deuxième période commence en 1958 et se termine en 1983.

### **De 1930 à 1958, les préalables**

Un certain nombre de principes de solidarité nationale sont affirmés. Les assurances sociales s'engagent puis la sécurité sociale est créée par ordonnance du 4 octobre 1945. Cette phase *« inaugure la période au cours de laquelle le social devient une politique, comme lien entre ce qui*

---

49 Ordonnance du 11 décembre 1958 portant réforme à la législation hospitalière.

50 Confirmé par le décret du 3 août 1959 qui prescrit l'obligation pour tout centre hospitalier départemental et pour tout centre hospitalier régional, de disposer de services de réadaptation fonctionnelle

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

*se passe sur le terrain et ce qui se débat dans les assemblées. Il faut réunir tous les éléments agissant pour le reclassement professionnel des infirmes pour aboutir à une systématisation, c'est-à-dire à un ensemble coordonné et dirigé. » (Montès, 1989<sup>51</sup>)*

Les associations se structurent essentiellement dans cette période (cf. encadré 1).

### **Encadré 1 : Date de création des associations de malades ou infirmes, en France entre 1917 et 1958**

1917 : Association des aveugles de France  
A partir de 1915, Association des anciens combattants et Association des mutilés de guerre  
1921 : Fédération Nationale des Blessés du poumon et chirurgicaux  
1920 : FNMIT (Mutilés et Invalides du Travail) ; 24 groupements départementaux en 1920, 90 groupements en 1936  
1926 ou 25 : Mouvement Auxilia destiné à aider les malades à se réinsérer dans la vie active après leur séjour hospitalier  
1929 : Ligue pour l'adaptation au travail du diminué physique (Ladapt)  
1933 : Association des Paralysés de France (APF)  
1934 : Reconnaissance d'utilité publique de Ladapt  
1937 : Fédération nationale des tuberculeux civils  
1944 : Fédération des associations de post-cure  
1945 : Reconnaissance d'utilité publique de l'APF  
1945 : Fédération Nationale des Malades  
1949 : Première association des papillons blancs  
1951 : Comité d'entente des grandes fédérations d'aveugles et d'invalides civils  
1953 : Fédération Nationale des Malades Infirmes et Paralysés (ancienne FNM)  
1958 : Association nationale des Papillons Blancs

Le XIX<sup>ème</sup> siècle est le siècle de l'échec médical d'abord, le choix pour le patient entre médecine populaire et médecine officielle a été durablement le choix entre deux impuissances (Léonard, 1981). Puis, il est celui d'un dynamisme expérimental ouvrant à de nombreux espoirs et possibilités thérapeutiques. « *On va progressivement juger le médecin sur le talent de combattre la maladie et non plus [seulement] sur la science qui permet de la reconnaître* » (Monet, 2005). Aussi, après WW1, la médecine devient thérapeutique et les épidémies semblent pouvoir être contrôlées voire éradiquées (du moins le croit-on) comme en témoignent les exemples présentés dans l'encadré 2. Ainsi, les deux grands fléaux sociaux (syphilis et tuberculose) et la poliomyélite vont sinon disparaître, au moins ne plus être menaçants. La typologie des personnes handicapées va en être radicalement modifiée. Les cardiopathies rhumatismales infantiles avec leur lot d'insuffisants cardiaques et de pathologies articulaires vont se tarir. Les progrès de l'anesthésie permettent de plus en plus d'audaces chirurgicales. Mais la médecine, en sauvant des vies et en maintenant de

<sup>51</sup> Montès, 1989, p11

nombreux malades chroniques ou accidentés en vie, va entraîner l'importante transition épidémiologie décrite si souvent et qui donne du sens à la médecine de RRF.

**Encadré 2 : Quelques découvertes structurantes de la médecine occidentale entre 1900 et 1960**

- Insuline découverte en 1909, premier traitement de diabétiques en 1921
- 1921, vaccin BCG par Calmette et Guérin
- 1928, (re)découverte de la pénicilline par Alexander Fleming
- 1935, caractérisation des sulfamides
- 1939, production à grande échelle de la pénicilline par Howard Florey et Ernst Boris Chain. La pénicilline est utilisée à partir de 1943 dans les armées alliées, mais reste rare et donc réservée aux militaires. Elle fut disponible en pharmacie en 1946 et permet, entre autres, de guérir pneumonies, méningites et syphilis et d'éviter les cardiopathies rhumatismales dues au streptocoque.
- L'anesthésie qui fait ces débuts au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle se perfectionne pendant tout le 20<sup>ème</sup> siècle
- Traitement de la douleur surtout après WW2
- Dans les années cinquante, découvertes des anti-tuberculeux : 1948, streptomycine ; 1954, rhinifon
- 1950, premières expérimentations utilisant les corticoïdes en traitement des affections rhumatismales
- 1955, vaccin injectable inactivé (IPV) de Salk contre la poliomyélite suivi en 1961-62, vaccin vivant oral (OPV) de Sabin.

Du fait des nouveaux succès et espoirs thérapeutiques, les hôpitaux se remplissent. Les professionnels médecins et gestionnaires cherchent à libérer des lits et à s'occuper autrement des malades qui demandent des soins longs. Les médecins continuent à se structurer en sociétés savantes et en syndicats (après 1944). Ils développent des revues spécialisées. Les échanges internationaux se multiplient. Les fédérations internationales se constituent. La fédération internationale de médecine physique est créée, à l'initiative de 7 pays, le 6 septembre 1950.

Certes, la deuxième guerre mondiale viendra arrêter, ou mettre entre parenthèse, certains élans notamment associatifs. Mais en médecine, on sait aussi combien les conséquences des guerres représentent des leviers aux innovations thérapeutiques.

Cette période est celle du passage de la physiothérapie, en médecine physique et de réadaptation et de l'inscription des établissements de rééducation fonctionnelle dans les textes législatifs facilitant le développement d'une clinique singulière.

**De 1958 à 1983, la structuration**

La réforme hospitalière de 1958 va être un formidable accélérateur de spécialisation médicale. Les

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

plans nationaux de reconstruction (plan de lutte contre le chômage et de reconstruction d'après guerre) et les premiers plans d'équipement sanitaire, à partir de 1954, vont être déterminants : multiplication des lits d'hôpitaux, équipement et humanisation des hôpitaux, développement obligatoire de services de rééducation fonctionnelle, reconversion des sanatoriums...

Parallèlement, la loi de 1957, sur le reclassement des travailleurs handicapés, est votée. En développant une politique d'insertion professionnelle, les acteurs impliqués mettent en avant la nécessité de rééduquer les personnes avant d'envisager leur réadaptation sociale et professionnelle. Ce mouvement est international et plus particulièrement européen. Le travail est considéré comme la nécessité absolue du développement personnel et de la reconnaissance sociale et les pays occidentaux ont besoin de main d'œuvre. L'élan touche tous les acteurs et collectifs de la société : association de personnes handicapés, syndicats, patronats, ministères, professionnels médicaux et sociaux...

Au cours de cette période, la spécialité médicale de MPR, qui est déjà reconnue dans plusieurs pays, diffuse au sein des pays occidentaux. La médecine permet la survie de plus en plus de malades temporairement handicapés, invalides au long court ou présentant des pathologies évolutives. En France, certains praticiens s'y intéressent et s'inscrivent dans les mouvements internationaux. Une nouvelle segmentation au sein de la médecine émerge malgré les controverses avec certains chirurgiens orthopédistes et rhumatologues notamment. La période se clôt en 1983, par la remise en question de la spécialité au moment de la réforme de l'internat. La spécialité sera sauvegardée.

Cette période 1958-1983 est donc celle de la reconnaissance de la spécialité RRF, de la refondation des liens des praticiens RRF avec les autres spécialistes dans le contexte porteur des politiques en faveur du reclassement des personnes handicapées.

Pour le mémoire, je me suis essentiellement centrée sur la période charnière 1945–1965 en explorant également, mais de manière moins systématique, des documents d'amont et d'aval.

### **1.3. Les sources**

Les sources utilisées sont nombreuses. Certaines sont repérées mais n'ont pas encore pu être exploitées. L'ensemble fait l'objet d'une liste en annexe.

Les lieux ressources sont précisés dans l'encadré 3.

**Encadré 3 : Lieux où les sources ont été recherchées**

Centre d'archives contemporaines de Fontainebleau.

Conseil national de l'ordre des médecins : les textes régissant spécialités et compétences médicales à travers le Guide pratique d'exercice professionnel à l'usage des médecins, chapitre « spécialisations et compétences » : 1953, 1959, 1965, 1971, 1974 ; les débats portant création de la spécialité au sein du Bulletin de l'Ordre des Médecins.

Bibliothèque de l'Académie Nationale de médecine : bulletins de l'académie ; ouvrages, rapports...

Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine, salle histoire de la médecine : revues professionnelles ; EMC ; dictionnaires de médecine, colloques, guide Rozenwald... ; articles, ouvrages.

Bibliothèque du ministère : les décrets, circulaires, autres textes.

Bibliothèque de l'Institut National des Invalides.

Bibliothèque de l'école d'application du Val de Grâce : organisation des services de santé des armées dont physiothérapie, rapports officiels concernant l'instauration de la rééducation fonctionnelle et professionnelle, textes réglementaires et leurs projets.

Centre d'étude et de recherche pour l'appareillage, CERAH.

Archives de l'assistante publique – hôpitaux de Paris : conseil de surveillance ; rapports du conseil supérieur de l'AP-HP ; recueil des arrêtés, instructions et circulaires.

Comité d'histoire de la sécurité sociale.

Sofmer (société savante), société française de médecine physique et de réadaptation.

Syfmer (syndicat) : syndicat français de médecine physique et de réadaptation.

Collège des enseignants de médecine physique et réadaptation.

Les premières limites de mon travail se situent au niveau des sources consultées :

- J'ai repéré les cotes des archives contemporaines de la Direction de l'action sociale, Direction Générale de la santé, Direction des hôpitaux, Direction de la sécurité Sociale. Je n'ai pas encore repéré celles du Ministère de la recherche et du Ministère des anciens combattants.

La demande de dérogations a été réalisée pour avoir accès aux archives de moins de 30 ans. Pour celles entre 25 et 30 ans de délais, leur disponibilité sera acquise en septembre du fait du changement de la loi. Certaines plus anciennes ne sont pas accessibles car amiantées.

A ce jour, j'ai dépouillé, une première fois, les archives concernant les conseils supérieurs des hôpitaux, de l'hygiène, de la rhumatologie ; les préparations des lois, décrets concernant les hôpitaux, la rééducation et la réadaptation ; les plans sanitaires ; la réadaptation professionnelle ; la reconversion des établissements pour tuberculeux ; la création de certains centres de rééducation

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

dont celle de l'institut national de réadaptation de Saint-Maurice.

Je n'ai pu avoir accès aux documents concernant les commissions de réadaptation médicale et ceux concernant l'appareillage (dérogation demandée).

J'ai pour l'instant quasiment laissé de côté les professions paramédicales qui en soi, représentent un important chantier.

- Revues professionnelles

J'ai essentiellement consulté les bulletins de l'académie de médecine 1945–1970, le guide Rozenwald<sup>52</sup> et les revues de MPR : quelques numéros de la revue d'Actinologie puis Journal de Physiothérapie (1927-1940) ; l'intégralité des Annales de médecine physique (1958- 1982) ; l'intégralité des cahiers de rééducation et réadaptation fonctionnelles (1966–1979) ; quelques numéros de la Revue d'hygiène et de médecine sociale ; les premiers numéros du journal de réadaptation médicale 1981 – revue qui existe toujours ; la revue Réadaptation 1953–1985 et quelques numéros « anniversaire » ; cette revue existe toujours ; l'Encyclopédie Médico-chirurgicale de « kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle » 1977-1997.

J'ai identifié quelques revues connexes mais ne les ai pas consultées. J'ai commencé à retracer les publications de plusieurs médecins qui ont contribué à l'émergence de la spécialité.

- Archives de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris

J'ai analysé les rapports du conseil de surveillance de l'AP-HP de septembre 1928 à juin 1961, puis du conseil d'administration des hôpitaux de Paris de septembre 1961 à juin 1970.

J'y ai consulté quelques arrêtés, instructions et circulaires, articles divers concernant notamment l'hôpital Raymond Poincaré et l'établissement de Berck.

- Conseil National de l'Ordre des Médecins

J'y ai repéré les principes et textes régissant la reconnaissance des spécialités et compétences médicales après WW2. J'ai commencé à identifier les débats portant création de la spécialité et suis à la recherche de documents mentionnés dans le bulletin de l'Ordre des Médecins.

- Textes législatifs en rapport avec l'objet concernant la rééducation, la réadaptation notamment
- Documents retraçant l'histoire des centres de rééducation et réadaptation qui ont marqué le

---

<sup>52</sup> Ce guide est édité chaque année. Il représente l'annuaire des médecins classés par département. Pour Paris et le département de la Seine, les spécialités ou compétences sont mentionnées. La publicité concernant les matériels médicaux y est abondante.

développement de la spécialité et quelques autres plus marginaux : sites Internet, ouvrages à des dates « anniversaire », thèses de médecine : Institut Régional de Réadaptation de Nancy, Institut National des Invalides, Service de rééducation fonctionnel de Rennes ; Centre de traitement des séquelles de poliomyélite à Garches et plus largement Hôpital Raymond Poincaré ; Institut national de réadaptation de Saint Maurice.

- Films : de l'APF, 1956, « *Ils sont 200 000. Ton intelligence est un capital intact. Fais le fructifier pour pallier ta déficience physique.* » ; Leroy, D., 1961, « Du lit à l'atelier ». Je suis actuellement à la recherche d'autres films.
- SOFMER, SYFMER et collège des enseignants de MPR n'ont pas d'archives. Seuls les documents plus récents pourront être utilisés au cours du travail de thèse. C'est à travers, les Annales de médecine physique, organe officiel de la société savante (1958-1982), que j'ai pu suivre certains discours et controverses.

J'ai par ailleurs réalisé quelques entretiens exploratoires essentiellement au sein de la spécialité, en choisissant des professionnels de profils différents, mais à ce stade, je me suis focalisée sur les générations de plus de 55 ans. Je leur ai demandé de me décrire leur parcours et leur vision de l'histoire de la spécialité, avant eux et pendant leur exercice professionnel.

- André Jean-Marie, Professeur de MPR à Nancy à l'Institut Régional de Réadaptation, Président du Collège des enseignants de MPR jusqu'en 2007 ;
- Michel, Busnel Conseiller « handicap » FNMF, réseau Comète France, ancien médecin directeur du Centre de MPR de Kerpape ;
- Régine Brissot, Professeur de MPR au CHU de Rennes ;
- Claude Hamonet, Professeur de MPR à la Faculté de Médecine de Créteil, Médecin consultant à l'Hôtel-Dieu de Paris, Docteur en Anthropologie sociale ;
- René Le Bars, Professeur de physiothérapie, CHU de Rennes, actuellement à la retraite ;
- Jacques Pellissier, Professeur de MPR au CHU de Montpellier, actuel Président de la SOFMER ;
- Monsieur Simon Professeur de MPR nommé en 1963, rhumatologue, au CHU de Montpellier, a créé en 1971 « Les entretiens de rééducation fonctionnelle », actuellement à

la retraite.

J'ai également rencontré deux autres grands témoins des évolutions :

- Robert Fonteneau du Comité d'histoire de la sécurité sociale ;
- Jean Savy Rédacteur en chef de la revue Réadaptation.

Ces entretiens m'ont permis de repérer des courants de pensée, des dynamiques à explorer, des controverses parfois explicitées ou rapidement tuées. Ils m'ont également fait percevoir quelques lignes de force de la discipline qu'il m'a fallu aller vérifier. J'ai essayé de percevoir comment l'histoire racontée venait s'articuler aux propos sur les enjeux d'aujourd'hui. Les entretiens ne sont pas exploitables en l'état, ils m'ont donné des pistes de travail pour analyser les sources.

L'ensemble présente un corpus important mais qui est insuffisant. En effet, au fur et à mesure de la progression de la consultation des documents et notes collectés et de l'analyse, il me serait nécessaire de revenir à certaines sources insuffisamment exploitées ou d'aller à la recherche d'autres pour vérifier ou non certaines hypothèses émergentes. Je mentionnerai les limites au fur et à mesure du développement de mon propos. Reste que le matériel accumulé permet des résultats qui mériteront approfondissement dans le travail de thèse mais qui me permettent de revisiter mon objet.

## 2. Une médecine en décalage

En partant de la médecine en actes, je cherche à identifier ce que les médecins qui se réfèrent à la physiothérapie puis à la médecine physique, pour aboutir, en 1965, à la médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelles font concrètement. Il s'agit, ici, de repérer ce qui se construit au sein et par la pratique professionnelle. Cette sociologie empirique cherche à saisir de l'intérieur le sens et les enjeux des problèmes repérés et des actions. En s'appuyant sur I. Baszanger (1992), je retiens : une vision de la société comme production collective ; l'activité professionnelle comme élaboration au sein de relations intersubjectives qui évoluent dans le temps ; la relation dialectique entre réflexion et action sous-tendue par une vision des êtres humains comme réflexifs, créatifs et actifs. Ici, une nouvelle segmentation de l'activité médicale s'ébauche, se teste, se construit au quotidien du travail avec les malades, avec les professionnels des équipes et avec les autres médecins adresseurs, consultants ponctuels ou concurrents. Il importe alors, à travers les écrits et certains films de l'époque concernée de comprendre, en termes de processus, donc de phénomènes qui se modifient dans le temps, quels sens donnent-ils à leurs actions ; quels actes posent-ils cliniques, thérapeutiques ; comment travaillent-ils concrètement, dans quels lieux, avec qui, quels outils techniques utilisent-ils, inventent-ils ? Quels critères utilisent-ils pour évaluer leur pratique ? Quelles recherches développent-ils ? Qu'échangent-ils et dans quelles arènes ? A quoi sont-ils confrontés et quelles solutions proposent-ils ? Par le travail ordinaire effectué, tel qu'il est rapporté dans les différents textes de l'époque, je montrerai l'émergence d'une pratique clinique singulière dans des espaces qui se spécifient peu à peu. Elle tente d'articuler une nouvelle sémiologie avec de nombreuses techniques diagnostiques et thérapeutiques et avec les principes d'une clinique centrée sur la personne, dans la mouvance des années 1950. Elle se veut, par ailleurs, une pratique pluridisciplinaire et d'interfaces au sein de la médecine. Enfin, les praticiens cherchent à fonder leur pratique sur des bases scientifiques garantes de leur reconnaissance au sein des nouvelles facultés de médecine. Au bout du compte, il semble s'agir d'une médecine qui tente de répondre à des enjeux de société et à se faire reconnaître comme telle pendant et après la transition épidémiologique, à savoir le développement de la prévalence des maladies chroniques et invalidantes. Nous savons aujourd'hui qu'elle reste marginale au sein de la médecine contemporaine, mais aussi qu'elle participe d'un mouvement toujours à l'œuvre, comme pour la médecine de la douleur (Baszanger, 1995); les soins palliatifs (Baszanger, 2002 ; Mino, Lert, 2003

et 2004) ; la médecine de l'incurable (Mino, Frattini, Fournier, 2008) ; la médecine générale (Bungener, Baszanger, 2002).

## 2.1. Les lieux d'exercice d'où une pratique sort de l'ombre

La pluralité des segments d'activité médicale qui œuvrent au développement de la RRF va de pair avec la diversité des lieux d'exercice. Cependant, les espaces dans lesquels les professionnels exercent, ont tous un point commun. Ils facilitent les échanges entre praticiens de formation différente et influent sur l'invention d'une clinique singulière. Les praticiens de médecine physique développent alors leur propre clinique dans des conditions d'exercice spécifique.

L'utilisation des agents physiques s'est diffusée au sein de presque tous les services des hôpitaux allant de la gynécologie aux maladies mentales en passant par la chirurgie notamment orthopédique et infantile, la médecine interne, la pédiatrie, la dermatologie-vénérologie, la neurologie, plus tard la rhumatologie<sup>53</sup>... De grands noms de la médecine, comme Charcot, Duchenne de Boulogne, y contribuent depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle (Monet, 2005<sup>54</sup>). Le traitement par certains agents physiques représente la raison d'être des établissements thermaux et climatologiques (effets des eaux, air, ultra-violets, infrarouges, chaud, froid couplés ou non aux autres agents physiques). Parallèlement, certains praticiens créent leurs propres cliniques privées<sup>55</sup>, d'autres exercent dans les établissements thermaux, souvent à temps partiel ou dans les établissements de postcure gérés par le Ministère des anciens combattants ou des associations. L'électrothérapie est utilisée dans de très nombreux cabinets de ville. Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, aux Etats-Unis, 25 000 praticiens ont une batterie électrique et utilise plus ou moins l'électrothérapie (Gritzler, Arluke, 1985<sup>56</sup>). En France, je n'ai pas retrouvé de chiffres, mais les spécialistes s'émeuvent régulièrement dans les publications du XX<sup>ème</sup> de l'utilisation inconsidérée de l'électricité excito-motrice basée sur des textes publicitaires simplificateurs. Dans le guide Rozenwald, nous avons vu que de nombreux médecins spécialistes font valoir leur spécificité en accolant à leur nom une précision concernant l'agent physique, incluant la cinésiologie, qu'ils utilisent préférentiellement<sup>57</sup>.

---

<sup>53</sup> Les services de rhumatologie s'individualisent surtout après 1945. La compétence est reconnue en 1958, la spécialité en 1959 (ou 1960 ?)

<sup>54</sup> Monet, 2005, p191

<sup>55</sup> Le premier aurait été créé en 1814. Il est cité dans divers ouvrages : l'Institut de redressement à Morley dans la Meuse (1814 - 1846). Créé par François Humbert (1776-1850) en s'appuyant sur l'expérience de Berck (François Calot). Il s'agit d'un établissement de correction des difformités orthopédiques et déformations vertébrales.

Gabriel Bidou (1878-1959) crée deux cliniques d'orthopédie privées l'une à Neuilly et l'autre à Paris

<sup>56</sup> Gritzler, Arluke, 1985, p26

<sup>57</sup> Cette pratique est d'ailleurs contraire au Code déontologie médicale. Les médecins ne peuvent faire valoir sur un

Progressivement, se dessinent des regroupements. En suivant les comptes rendus du conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, le phénomène est particulièrement visible. D'abord, il s'agit d'installer un appareil ou une salle de gymnastique dans tel ou tel service (1890–1914). Puis il faut regrouper, sortir des locaux vétustes, moderniser, agrandir (1920-1950). Les locaux demandés sont relativement vastes, il n'est plus possible de les laisser dans un coin de sous-sol, de grenier ou de couloir où ils étaient souvent. Box de traitements, salles spécialisées d'électrothérapie et d'électrodiagnostic, d'infrarouge, de mécanothérapie, de balnéothérapie : 160, 250, 500 m<sup>2</sup> sont exigés. Le regroupement des techniques obéit à plusieurs logiques qui sont parfois explicitées clairement. Soit, le chef de service souhaite avoir directement à sa disposition l'ensemble des moyens thérapeutiques pour y faire appel autant que de besoin, pour trouver celui qui est le plus efficace à un moment donné, pour les articuler entre eux et en complémentarité des gestes chirurgicaux ou des prescriptions médicamenteuses. Il peut également souhaiter garder la maîtrise des recherches et développements de techniques particulièrement prometteuses comme l'électroencéphalogramme (EEG) puis l'électromyogramme (EMG) en neurologie. Troisième possibilité qui peut s'allier aux deux autres, le chef de service confie, sous sa responsabilité, l'unité des agents physiques ou pavillon de physiothérapie, à un praticien qui va organiser le service, superviser les aides et paramédicaux qui y travaillent. Cette solution est choisie de plus en plus souvent au cours du temps. Dans tous les cas, les médecins cliniciens sont les prescripteurs. En témoigne, à propos des services d'électrothérapie, l'avis du Conseil de surveillance de l'Assistance Publique de Paris, en novembre 1893, comme quoi l'électrothérapie doit être attachée aux services cliniques existants. Elle ne peut être autonome et doit être réalisée à partir des indications des chefs de services cliniciens des hôpitaux (Monet, 2005<sup>58</sup>). Ces avis ont été confirmés et précisés à plusieurs reprises jusque dans les années 1960 par ce même conseil, dans le sens où un service de rééducation ou de physiothérapie est toujours créé en étant rattaché à un service de spécialité. Seul le service d'André Grossiord, à Garches, échappe à la règle ; mais encore faut-il rappeler que c'est le Ministère qui a été à l'origine de sa création. Dans les textes, les compétences des électrologistes, physiologistes<sup>59</sup>, biologistes appliqué au mouvement<sup>60</sup>, médecins de médecine du sport<sup>61</sup> ou rééducateurs sont surtout recherchées pour leurs connaissances techniques et scientifiques en

---

annuaire une compétence ou une spécialité que si le médecin a acquis le Certificat d'Etudes Spéciales correspond et qu'il a été reconnu compétent ou spécialiste par la commission ad-hoc du Conseil de l'Ordre.

<sup>58</sup> Monet, 2005, p132-133, p290-291, p632

<sup>59</sup> A Rennes, c'est un physiologiste, le Dr Le Bars, que le Pr Leroy sollicite pour développer les savoirs et pratiques concernant la respiration (physiologie de la respiration et mise au point de recherches et nouvelles techniques comme le lit basculant) puis pour développer l'EMG.

<sup>60</sup> A L'Hôtel Dieu, Robert Maigne a cette compétence lorsqu'il rejoint le service de physiothérapie

<sup>61</sup> Comme le Docteur Rochcongar à Rennes

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

physique ou physiologie, et souvent également pour superviser et coordonner les paramédicaux. En effet, les soins par agents physiques ou kinésithérapie sont longs, itératifs ; ils doivent être répétés pendant plusieurs semaines, voire mois. Les cliniciens n'ont pas la disponibilité, et souvent pas l'intérêt, de suivre la mise en œuvre de ce type de traitement. Ils confient cette tâche à des médecins qu'ils reconnaissent compétents. Dans un premier temps, les physiothérapeutes ou responsables du service des agents physiques ou de la salle de gymnastique sont donc des prestataires de service pour les cliniciens qui ont la responsabilité des patients en termes de diagnostic et de prescription.

Cette étape, de coopération en dépendance réciproque et en proximité spatiale, permet aux cliniciens spécialistes<sup>62</sup> et à leurs collègues aux compétences variées<sup>63</sup> des apprentissages et innovations conjoints mais aussi la mise en évidence de lignes de fractures dans les visées cliniques et thérapeutiques. Les divergences n'opposent pas les cliniciens de spécialité et les médecins d'autres compétences, chaque corps de métier a ses tenants de telle ou telle option. Ensemble ils développent des outils, des démarches diagnostiques et thérapeutiques. Ils testent et repèrent les intérêts et limites de chaque technique. Ils prennent la mesure des potentiels de l'électrodiagnostic et de l'électrothérapie, de la gymnastique médicale qui devient kinésithérapie. Ils analysent le mouvement, les fonctions respiratoires, la conduction nerveuse. Ils explorent les fonctions supérieures, les liens entre motricité et développement cognitif et psychique... Deux tendances se font alors jour.

La première accompagne la montée en puissance des progrès chirurgicaux et de la pharmacopée. Les thérapies physiques deviennent moins valorisées par de nombreux cliniciens. En France, comme aux Etats-Unis (Gritzler, Arluke, 1989<sup>64</sup>), sur le plan thérapeutique, elles sont cantonnées à un statut marginal, plus utilisées sur les aspects fonctionnels ou symptomatiques (lutte contre la douleur) qui n'intéressent pas tous les médecins cliniciens. Certains les utilisent soit de manière complémentaire aux nouveautés chirurgicales et médicamenteuses, ou les délaissent. Au niveau diagnostic (EEG, EMG), elles se révèlent pertinentes pour comprendre le lieu d'une lésion et le mécanisme de la lésion dans une vision biomédicale traditionnelle. Ici les cliniciens investissent

---

<sup>62</sup> En 1953, selon arrêté ministériel du 6 octobre 1949, dix spécialités sont reconnues par l'Ordre des Médecins : chirurgie générale ; ophtalmologie (Certificat d'Etudes Spéciales); ORL (CES) ; biologie médicale (CES); électroradiologie médicale (CES) ; stomatologie (CES); gynéco-obstétrique ; dermatovénérologie (CES) ; pneumo-physiologie (CES) ; neuropsychiatrie (CES).

<sup>63</sup> Les compétences reconnues sont, parmi les spécialités la dermato-vénérologie, la pneumo-physiologie, la neuropsychiatrie et 21 autres compétences dont, pour ce qui nous intéresse ici, la pédiatrie (CES), la médecine thermique, la médecine du travail (CES), la médecine légale (CES), l'orthopédie, la physio-mécanothérapie, la phoniatry et rééducation de l'ouïe, la médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports (CES de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports), la chirurgie podologique.

Par ailleurs, les médecins peuvent avoir des diplômes de l'académie des sciences en physiologie, physique, biochimie...

<sup>64</sup> Gritzler, Arluke, 1989, p24-25

particulièrement leur potentiel<sup>65</sup>. Ces techniques rejoignent la liste de plus en plus longue des examens complémentaires à visée diagnostique.

Parallèlement, certains spécialistes des hôpitaux (notamment chirurgiens orthopédistes, chirurgiens pédiatriques, neurologues, rhumatologues mais aussi cardiologues, pneumologues), des praticiens de l'Institut National des Invalides ou des établissements thermaux, notamment ceux que nous retrouvons au sein de la société française de médecine physique, intègrent dans leur pratique la multiplicité des usages des agents physiques. Besoins perçus des patients mêlés aux découvertes concernant les techniques offrent aux praticiens des espaces de créativité. Au-delà de la possible ou impossible guérison anatomique, ils poursuivent et enrichissent le travail de leurs prédécesseurs (Monet, 2005<sup>66</sup>), quant à l'amélioration des fonctions en étendant cette approche à des typologies de plus en plus nombreuses de patients. Ici, les allers et retours entre cliniciens de spécialité et praticiens aux savoirs multiples semblent fondateurs de cette nouvelle clinique. Le chef d'orchestre reste le clinicien, mais les praticiens cherchent ensemble jusqu'où la démarche thérapeutique peut conduire la récupération fonctionnelle. Par exemple, chirurgiens orthopédistes et rééducateurs définissent mieux les contre-indications à la chirurgie au bénéfice de la rééducation fonctionnelle (Rieunau, Despeyroux, 1960 ; Silhol, 1960 ; Rieunau, 1964<sup>67</sup>). Ils identifient comment suivre la récupération fonctionnelle grâce à des outils qui ont également une valeur de diagnostic lésionnel comme l'EMG.

La place spécifique, géographique et de subordination, donnée aux agents physiques ne facilite donc pas l'émergence de spécialité en physiothérapie, électrothérapie ou électrodiagnostic, ou kinésithérapie. A contrario, elle permet de participer à l'invention d'une clinique particulière. Du fait de la multiplicité des techniques utilisées, s'invente au sein de ces espaces une forme de

---

65 Cf. les exposés à l'Académie de médecine, les articles au sein des revues de neurologie. Comme le Professeur Guillaïn G. qui fait une communication à l'Académie de médecine en séance du 13 mars 1945. L'installation d'Electro-encéphalographie de l'Institut de Neurobiologie à la Salpêtrière (Guillaïn, Bertrand, 1945)

66 Début du XX<sup>ème</sup> siècle : « Il faut abandonner l'idée d'attaquer la maladie et s'appliquer à soigner le malade » mais les indications concernent des « os et muscles intacts ». La rééducation ou réhabilitation vise le renforcement des muscles déficients et un apprentissage des gestes perturbés, voire la suppléance pour limiter les troubles de la gestuelle. Dans l'ataxie locomotrice, il s'agit de « relever la résistance physique du malade et son moral puis chercher à compenser dans la mesure du possible les troubles moteurs occasionnés par la sclérose ». (Monet, 2005, p362-363, 369, 449, 572)

67 En témoignage Rieunau (1961) : pour les fractures de la clavicule, « seule la médecine physique, entreprise dès les premiers jours, sur un blessé maintenu en décubitus dorsal pur et simple, permet de conserver à l'épaule toute sa mobilité »... Pour les fractures de la tête humérale « Toute attitude interventionniste est condamnable sur ce plan chirurgical »... « Dans les fractures du rachis, nous avons mis l'accent avec mon ami Delcoulx, au congrès d'orthopédie de 1958, sur la primauté de la médecine physique appliquée à ces fractures ... mon opinion dans le sens d'un farouche abstentionnisme thérapeutique »... « Enfin, tout récemment, Jean Gosset et Dautry ont mis l'accent, à l'Académie de chirurgie, sur la qualité des résultats obtenus par l'application d'une rééducation précoce du calcanéum »...

pluridisciplinarité, des pratiques d'interface et de coordination, le travail avec des paramédicaux, les prothésistes. En complémentarité d'une médecine étiologique et anatomopathologique, une clinique des fonctions s'y développe au sein de certains services de spécialité (en orthopédie, pédiatrie, neurologie et rhumatologie notamment) et au sein de service ou établissement qui s'autonomisent progressivement à partir de 1948 : centre d'orthopédie de Strasbourg créé avant WW2 par les Allemands, centre d'orthopédie de Marseille en 1955 ; centre de rééducation cardiaque comme la tour de Gassié près de Bordeaux (années 1950) ; clinique des maladies infectieuses à Rennes, service dédié aux malades atteints de poliomyélites en 1948 puis individuation en 1953 d'un centre de rééducation psychomotrice ; centre national des séquelles de poliomyélite de l'Hôpital Raymond Poincaré à Garches, ouvert en 1949 ; centre de rééducation motrice de Fontainebleau ouvert en 1953 ; institut de réhabilitation des diminués physiques de Nancy ouvert en 1954.... Il faut attendre 1964, pour que soit demandée l'autonomie du service de rééducation fonctionnelle de la Salpêtrière<sup>68</sup>. C'est dans ces différents lieux rattachés à un service de spécialité ou indépendants, espaces aux noms encore variés, que la clinique de RRF trouve progressivement son identité et sa cohérence.

Dans tous les cas, il s'agit de praticiens promoteurs qui défendent une vision de leur pratique et de la médecine. Je le développe dans les pages suivantes. Ici, je souhaite insister sur le fait que le regroupement de techniques spécifiques au sein d'unités dites de physiothérapie ou de rééducation motrice couplées aux services de spécialités, est tout à la fois une nécessité fonctionnelle et une opportunité d'évolution. Il permet alors une élaboration particulière des pratiques qui, d'une part, se nourrit des divers segments de la médecine et de la chirurgie et qui, d'autre part et dans le même temps, progressivement et de manière non linéaire, s'affranchit des cliniciens spécialistes d'appareil.

## 2.2 Une pratique au service d'une mission

Ce qui frappe en lisant la littérature professionnelle qui entoure la deuxième guerre mondiale, c'est son côté descriptif. Les médecins expliquent ce qu'ils font et se réfèrent souvent à l'« *esprit* » de leur action. Ils insistent sur le fait que « *tout est à faire, tout est à inventer* » : démarches de soins, outils, actes diagnostiques et thérapeutiques, temporalité des interventions, organisation, matériels,

---

<sup>68</sup> Conseil d'administration des hôpitaux de Paris, séance du 30 janvier 1964. Autonomie du service de rééducation fonctionnelle de la Salpêtrière, Pr Coste, p338

formation des aides et des différents paramédicaux... ; et ce, d'autant qu'ils font entrer progressivement dans leur zone d'influence de nombreux malades considérés jusqu'alors incurables. Ils définissent leurs spécificités et leurs apports théoriques dans une visée, une mission médicale et sociale.

### **Des médecins qui s'engagent**

Les médecins qui vont s'engager dans la défense de la reconnaissance de la médecine physique puis de la RRF, le font pour des raisons bien différentes. De manière caricaturale et partielle, on peut mentionner : une opportunité pour André Grossiord qui, selon lui, a pris la responsabilité du centre national de traitement des poliomyélites de Garches de manière non réfléchie<sup>69</sup> ; la pression épidémiologique des cas de poliomyélite au sein du service des maladies infectieuses du Denis Leroy ; une histoire personnelle pour Marc Maury, qui devenu accidentellement paraplégique au cours de ces années d'études de médecine, va se passionner pour cette médecine qui émerge ; des compétences à faire valoir quant aux manipulations vertébrales pour Robert Maigne qui cherchera à faire reconnaître la médecine manuelle ; la défense de l'hygiène et d'une vision de l'homme pour Pierre Joannon... Au-delà, tous développent un discours qui devient commun pour une médecine singulière. Ainsi, à un niveau individuel Louis Pierquin (1974) témoigne : *« mes études hospitalières m'ont d'emblée orienté vers la médecine interne. J'ai été passionné pendant ma jeunesse par l'étude clinique des maladies, les finesses du diagnostic, le brillant des exposés et l'aventure des concours, en somme par un jeu intellectuel. Pourtant sensible de nature et ému par le spectacle de la souffrance des autres, j'ai tardivement découvert sous le masque de la maladie, la personnalité attachante de ceux que je soignais. Cette découverte se fit progressivement et prit pour moi tant d'importance que je consacrai plus de temps à méditer sur les problèmes psychologiques de mes malades qu'à leur administrer des médicaments. La dureté et l'insuffisance de la médecine classique m'apparurent telles que je n'hésitai pas à abandonner et mon service hospitalier et ma clientèle, lorsqu'une occasion se présenta de me consacrer à la médecine sociale. »*

---

69 « Cela se passait en 1947 ; l'Administration voulait ouvrir à Raymond Poincaré un Centre de traitement de séquelles de poliomyélite avec 160 lits d'enfants ; un médecin devait le diriger ; le Président de notre syndicat demande un volontaire ; un grand mouvement me saisit... L'aurais-je fait si Turiaf, à mes côtés ne m'avait amicalement poussé ? Je ne sais. En tout cas je la levais. J'étais le seul ! Une angoisse m'étreignit, mais les dés étaient jetés. » (Grossiord A., 1968, Leçon inaugurale)

### **Une pratique qui prend appui sur des besoins nouveaux ou rendus visibles**

Cet engagement des praticiens se réalise au moment où des besoins émergent en lien avec une vision des infirmes qui se modifie. Je laisse parler Françon et Grossiord qui retracent rapidement les évolutions épidémiologiques qui ont redonné une place à la médecine physique. « *A quoi tient cette véritable résurgence de la médecine physique depuis trente ans ? A l'importance primordiale qu'ont pris les problèmes de rééducation fonctionnelle, de réhabilitation, comme disent les Anglais, à la suite des guerres longues, totales et meurtrières que nous avons subies, de la multiplication des accidents par suite de la mécanisation et de l'industrialisation à outrance du développement inouï pris par les sports, ski, bicyclette, automobile, avion, etc. ; à l'extension qui a affecté la législation sur les accidents de travail à la sécurité sociale : nous nous sommes trouvés devant une armée de blessés, mutilés, infirmes qu'il a fallu soigner, remonter physiquement et moralement et, dans la plus large mesure, reclasser dans leur milieu familial et ré-entraîner à une vie professionnelle, un métier, même à mi-temps, même à temps partiel, payant toujours mieux qu'une pension. Le problème a pris une actualité d'autant plus aiguë que nous sentons l'aiguillon acéré de la concurrence étrangère dans maints domaines de l'industrie : dans ces conditions, il a fallu à notre Pays ne négliger aucune source de main d'œuvre...* » (Françon, 1958). Mais aussi, « *en faisant survivre des maladies et des blessures dont le pronostic était auparavant de la plus haute gravité, en triomphant de l'infection secondaire, des détresses respiratoires temporaires, la thérapeutique moderne a donné de nouveaux objectifs à la médecine physique* » (Grossiord, 1965).

En France, la deuxième guerre mondiale et son lot de blessés de guerre paraissent peu décisives, contrairement aux Etats-Unis, dans la structuration de la médecine RRF. Certes le nombre de blessés français a été moins important que les blessés américains ou anglais, mais il conviendra d'approfondir cette question<sup>70</sup>. Ce sont les autres blessés et malades qui préoccupent la profession au sein des hôpitaux civils : augmentation quantitative et nombreux malades délaissés. La poliomyélite, dont l'épidémie présente des pics d'incidence en 1943,1949 et 1950<sup>71</sup>, puis en 1954, 1958 et 1960 (Leroy, Louvigé, Dauleux, Brochet, Richier, 1965) touchent surtout les enfants quelque soit le milieu social et la moitié des enfants touchés gardent des séquelles plus ou moins importantes<sup>72</sup>. L'épidémie provoque compassion et volonté d'agir pour permettre leur rééducation

70 Je n'ai pas encore exploité les archives du Ministère des anciens combattants et à peine commencé à explorer la bibliothèque du Val de Grâce, or les blessés de guerre sont d'abord traités dans les établissements gérés par les anciens combattants. A première vue, il semble que ce soit les opérations militaires en Corée et la guerre d'Indochine qui ont été déterminantes pour développer le service des paraplégiques à l'INI (Labrousse J.L., 1955)

71 Entre 1943 et 1953, 524 à 1979 nouveaux cas par an soit 1,3 à 4,7 pour 100 000 habitants. (Debré R., 1954)

72 « Si l'on se rapporte à une statistique qui a été dressée il y a quelques années dans l'Etat de Maryland, voici ce que l'on compterait sur 100 cas de maladie de Heine-Medin. Pour une moitié : pas de paralysie, 18% ; recouvrement complet des paralysies, 32%. Pour l'autre moitié, hormis 3% d'exitus ; séquelles légères, 29% ; séquelles moyennes

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

respiratoire (Leroy, Louvigné, Dauleux, Fonlupt et col., 1965) amenuiser « leurs terribles déformations » et faciliter leur inscription dans la vie (Leroy, 1965 ; Grossiord, 1968 ; Réadaptation, n°14-15, 1954 ; Film APF<sup>73</sup>). Politiques, associations et milieu médical se mobilisent. Les paraplégiques, qui malgré le développement d'une prise en charge à l'Institut National des Invalides, étaient, ailleurs, voués à la mort, « émaciés, infectés, enraidis, couverts d'eschares » (Grossiord, 1968 ; Maury, 1981 et 2002 ; Annales de médecine physique, 1963 ; Réadaptation, n°24, 1955). Sont dénoncés, l'abandon médical dans lequel se trouvaient trop souvent les enfants infirmes moteurs et la détresse des parents<sup>74</sup> lors de la naissance des enfants malformés ou présentant des séquelles d'anoxie néonatale (Réadaptation, n°79, 1961). Les malades atteints de rhumatismes chroniques et invalidants que les médecins non spécialistes ne soulageaient pas suffisamment (Réadaptation n°64, 1959 ; Commission du rhumatisme du Conseil permanent d'hygiène sociale 1945-1960)... J. Vatier (1963), sous-directeur de l'administration générale de l'Assistante Publique à Paris et ancien directeur de Garches, définit le service de réadaptation médicale comme, « en quelque sorte, un service « à genoux » qui soutient le grabataire d'hier et qui est prêt à libérer le marchant de demain ». Bref, sont concernés la multitude des prétendus incurables à laquelle viennent s'adjoindre la non moins innombrable population des blessés du travail et de la route, celle des problèmes orthopédiques notamment du rachis, pour ne pas parler des insuffisants respiratoires et cardiaques (Réadaptation, n°74, 1960).

Les publications témoignent de l'attention de la médecine physique à ces diverses populations qu'aucun système d'information ne chiffre<sup>75</sup>. Elle est concomitante de l'évolution du regard que la société porte sur les personnes handicapées. Pendant un siècle (1840-1940) les monstres ont été exhibés (Courtine, 2006)<sup>76</sup> et les incurables mis à l'écart des dispositifs de soins. En se médicalisant, l'hôpital avait relégué vers les structures hospicielles « ceux dont les infirmités sont chroniques et telles que les tentatives de traitements leur seraient inutiles et quelque fois

---

ou importantes, 18% » (Tournay A., 1954)

73 Film de l'APF, 1956, « Ils sont 200 000. Ton intelligence est un capital intact. Fais le fructifier pour pallier ta déficience physique. »

74 « Les malformés congénitaux : ces malformés pour lesquels nous voyons constamment le désespoir, les pleurs, les angoisses des parents, rentrent dans des catégories multiples » lettre du Professeur Fèvre au Docteur Boulanger DGS, 9 décembre 1966

75 Les dénombrements disponibles et les estimations font varier le pourcentage des personnes invalides de 1 à 5% de la population : inaptitude au travail au sein du recensement français de mars 1949 (1%) ; préparation de la loi de 1957 sur le reclassement professionnel : 3% ; conférence technique européenne sur la réadaptation organisée par l'OMS en avril 1959 : 1 à 5% de la population d'un pays est susceptible de tirer profit de la réadaptation (Waghemacker R., 1965a)

76 Elle a été mise en scène aux Etats-Unis comme une véritable industrie du divertissement. « La proximité du monstre et du sauvage était le premier des spectacles offert au visiteur qui franchissait le seuil du musée de cires anatomiques que le « docteur » Spitzer avait ouvert en 1856 place du Château d'eau à Paris. Les sections « ethnologie » et « tératologie » s'y faisaient face. »

*dangereuses* »<sup>77</sup>. Cependant à travers la culture de l'observation, au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, le monde médical<sup>78</sup> sépare l'anormal du monstrueux, le monstre de l'infirme. Le monstre qui était « contre-nature » et « hors la loi » est progressivement inscrit dans l'ordre de l'humain et dans le droit sous la dépendance de l'expertise médicale (Courtine, 2006). Parallèlement, la reconnaissance de l'infirme, comme objet de compassion, s'affirme. La société reconnaît une forme de dette, se traduisant par des droits envers notamment les victimes de guerre et du travail (Stiker, 2005). L'ensemble produit un déplacement du regard, il devient acceptable voire souhaitable de s'occuper de ces anciens laissés pour compte. Pour se faire, les médecins de médecine physique peuvent et doivent continuer leur pas de côté.

### **Une clinique qui se démarque de la clinique médicale d'appareil**

La RRF a donc été créée d'abord au sein de la médecine clinique d'appareil. Secondairement les médecins promoteurs de la RRF développent un discours qui marque les différences. Leroy, Louvigné, Dauleux, en 1965, écrivent un article au titre évocateur « *De la médecine classique à la médecine de rééducation* ». « *Pour le médecin de formation classique venu à la Rééducation [...] le premier contact avec un service d'handicapé physique peut sembler déroutant. Souvent les malades sont peu différenciés [...]. Avant tout, il est fait usage de techniques thérapeutiques simples [...] Mais elle fait surtout appel à la coopération entière de l'handicapé, à sa volonté* ». Autant de points que les auteurs développent comme différenciateurs de la médecine « classique » qui répartit les malades selon les appareils anatomiques ou les étiologies, qui utilisent des blocs opératoires ou des thérapeutiques derniers cris et qui peut être exercée en laissant le malade dans une position passive. Grossiord (1965) l'exprime à sa manière : « *Etant moins que d'autres obsédés par le diagnostic et la maladie, nous verrons davantage le malade et saurons ne rien négliger de ces gestes thérapeutiques, souvent mineurs en apparence, qui auront de profondes et bienfaites conséquences. Médecine qui permet mieux que tout autre une approche globale du malade, une connaissance précise de toutes ses difficultés essentielles* ». Ou encore Pierquin (1974) en parlant de sa pratique « *... elle comprend une activité clinique et activité sociale. C'est un mélange équilibré qui nourrit le médecin et satisfait le sociologue. Bilans musculaire, articulaire, neurologique attentifs et répétés, sont la bonne condition de la récupération de la fonction. Et celle-ci ne peut trouver sa finalité que par l'étude du sujet, de son entourage, de son milieu et de son métier. La réadaptation est bien une occasion unique de saisir l'homme dans son ensemble* ».

<sup>77</sup> Pinell, 1992, cite F. Loste, article Hôpital, in Dictionnaire des sciences médicales, 1817-1821, p.490

<sup>78</sup> Notamment Isidore Geoffroy Saint Hilaire

Avant ces textes, les termes d'« approche globale » ou de « saisir l'homme dans son ensemble » ne sont pas utilisés en tant que tel. Plusieurs autres notions associées dans les mêmes articles sont utilisées de manière récurrente : une équipe composée de « toute une pléiade de spécialistes médicaux » et d'« une série d'auxiliaires médicaux » ; l'étude des fonctions dans diverses situations ; la finalité de retour dans la vie ordinaire et dans l'emploi ; le primat du fonctionnel sur la guérison anatomique ; la nécessité de faire avec la volonté et « la psychologie du malade ». Elle se veut « autre regard », « autre perspective », complémentaire de la médecine que certains disent « classique ». Il est difficile de démêler le poids des diverses influences auxquelles puise cette pratique, les médecins sont d'origines diverses et la réalité des situations des malades poussent les cliniciens à inventer de nouvelles formes d'efficacité. Dans les textes consultés, les médecins décrivent ce qu'ils font en partie pour se démarquer des autres médecins. Ainsi, ils s'intéressent au diagnostic fonctionnel et non pas au diagnostic de la maladie, à la personne et non pas à la maladie, aux conséquences des lésions et non pas à leur étiologie et ainsi à l'analyse des actes de la vie quotidienne en situation. Par l'obligation de la rééducation active, par l'attention aux situations de vie des personnes, les professionnels sont tenus de faire avec le malade. Dans le même temps, le praticien « *devra admettre qu'il a pris un certain virage qui l'éloignera de la neurologie classique, le rendra moins familier de certaines techniques diagnostiques et de certaines dialectiques* » (Grossiord, 1966). Il sera dans une autre logique, moins grandiose d'une certaine manière car éloignée des « *cas diagnostics exemplaires à publier* » attaché parfois à de « *petits riens* » qui se révèlent au quotidien essentiels.

Dans les différents textes lus, et selon les moments de la carrière professionnelle de chacun, on peut percevoir d'une part, des visions de l'homme et de la médecine qui sous-tendent un projet et d'autre part, des formes de construction a posteriori. Toujours est-il qu'un certain nombre de médecins se reconnaissent peu à peu comme « faisant partie d'un même bateau ». Dans le discours introductif du congrès international de médecine physique, Grossiord repart de la multiplicité des définitions de la médecine physique et souligne l'esprit de la médecine physique : « *Soucis intellectuels comparables, approche semblable du malade, objectifs thérapeutiques marqués d'un sceau particulier... nous formons bien ici un ensemble cohérent et dont l'essence dépasse singulièrement une simple définition du dictionnaire* » (Grossiord, 1965). Il se développe une confraternité (au sens

de Strauss, 1992<sup>79</sup>), à savoir, un esprit de corps tel que définit par Gross<sup>80</sup>. Ici parmi les différentes dimensions qui fondent cette « *relation profonde entre collègues* », nous voyons se dessiner « *une mission unique, une communauté d'attitudes envers les clients et la société* »<sup>81</sup> qui tout à la fois « *lie quelqu'un plus étroitement à un membre de sa profession et peut l'éloigner d'autres membres de celle-ci* » (Strauss, 1992<sup>82</sup>). Cette mission s'articule à des pratiques détaillées maintenant.

### 2.3. Une clinique d'interface

Au sein de ce mouvement, émerge une pratique qui s'identifie autour des fonctions et du social, et que certains nomment « *médecine de la guérison fonctionnelle et sociale* ». Cette pratique s'élabore à diverses interfaces au sein de la médecine : pratique globale, technique, centrée sur la personne, intégrative. Elle se singularise et s'ancre dans l'architecture et les fonctionnements hospitaliers.

#### Une clinique de l'homme fonctionnel

« *Notre analyse clinique sera surtout physiopathologique. Dans les complexes pathologiques que nous apportent nos malades nous chercherons à isoler le fonctionnel de l'organique : aucune lésion organique n'existe sans quelque surcharge fonctionnelle sur laquelle il est possible d'agir et qui est plus fréquemment plus importante dans ces conséquences que la lésion première* » (Grossiord, 1965). Les traités de médecine de rééducation (Held, Grossiord, 1981) ou concernant les paraplégies (Maury, 1981) formalisent cette clinique qui s'invente depuis des dizaines d'années. Analyse de la physiologie respiratoire, de l'effort, de la biomécanique humaine, de la sémiologie du mouvement, de la force, compréhension du fonctionnement musculaire et nerveux aidée par les biologistes, les physiologistes et les électrophysiologistes représentent les bases théoriques mobilisées par les médecins. Le bilan, la mesure, les examens complémentaires soutiennent le développement d'une sémiologie clinique des fonctions. Comprendre les liens entre l'examen clinique et les résultats des examens complémentaires (ex : les résultats de la spirométrie qui peuvent anticiper une évolution clinique) ; analyser l'ensemble au regard de possibles améliorations des fonctions pour faciliter la vie quotidienne et la reprise du travail (ex : repérer pas les résultats de l'examen clinique et de l'EMG comment utiliser au mieux les possibilités existantes), suivre la

<sup>79</sup> Strauss, 1992, p77

<sup>80</sup> Gross E., 1958, *Work and Society*, New-York, Thomas Y. Crowell, 223-235, cité par Strauss (1992, page 77)

<sup>81</sup> Les autres dimensions de la confraternité selon Gross (Ibid) sont : le contrôle de l'accès au métier, la formation d'associations formelles et informelles.

<sup>82</sup> Ibid, p77

reprise des fonctions cardiaques, respiratoires, motrices (ex : résultats de l'EMG qui peuvent être décorrélés d'une reprise de certaines aptitudes fonctionnelles), psychomotrices.... Le tout doit permettre d'élaborer un programme de soins à multiples facettes et qui ne peut se réaliser sans le malade.

Cette pratique est donc diagnostique et thérapeutique. Cette double valence lui vaut de pouvoir prétendre à être une « clinique ». Elle ne se cantonne plus à être, comme l'était la physiothérapie, une pratique à visée thérapeutique après le diagnostic et les prescriptions d'autres cliniciens. Les médecins interrogent le malade, l'examinent, pratiquent ou font pratiquer des examens complémentaires, élaborent une stratégie thérapeutique, en mesurent les effets, ajustent en retour leur action. Une évidence aujourd'hui au sein de la MPR, qui était loin de l'être à l'époque.

### **Une pragmatique humaniste**

Elle a, par ailleurs, l'ambition d'être une médecine de l'homme, globale et sociale. Les écrits des médecins puisent dans la médecine d'hygiène qui valorise les liens entre l'individu et son environnement (Françon en 1958 parle d'écologie pour la médecine physique), qui a posé les grands principes d'une médecine du développement, de la conception à la mort, avec actions préventives, curatives et réadaptatives. Médecine d'hygiène, promotionnelle et normative, qui selon Joannon «  *vise au meilleur développement, au meilleur rendement, à la meilleure durée de tout être humain »* (Peillon M., 1965). La médecine de RRF va également chercher ses repères dans la médecine psychosomatique (comme Tinel<sup>83</sup> un des maîtres de Grossiord), chez Balint même si c'est pour en minimiser l'apport (Grossiord 1965). Sans s'y référer directement, on retrouve dans les articles de Grossiord, Leroy, Maury, Pierquin, pour ne citer qu'eux, les dimensions de la médecine centrée sur le patient, courant qui émerge dans les années 1950 (Leplège et col., 2007 ; Gzil et col., 2007). Il comporte : une approche holiste de la personne couplée à une approche individualisée, une analyse des difficultés de la personne dans la vie quotidienne, une affirmation du respect de la personne quelque soit ses difficultés, une reconnaissance de la personne comme expert. A cette époque, l'expertise du malade n'est jamais mentionnée en tant que telle. La volonté du malade est

---

83 Jules Tinel 1879-1952 est né dans une famille de médecins. Il commence ses études de médecine à Rouen et son internat à Paris où il bénéficie des enseignements de Troisier, Déjerine, Landouzy, Netter. Netter l'initie à l'anatomopathologie et c'est Déjerine qui le décide à devenir neurologue. Chef de clinique en 1911, il devient chef de laboratoire en 1913 et pendant la guerre WW1 il dirige le centre neurologique du Mans. Après la guerre il s'intéresse aux aspects psychosomatiques de la médecine et exerce à La Rochefoucauld en Charente de 1922 à 1936 avant de rejoindre Beaujon où il travaille jusqu'en 1940. A sa retraite en 1945 il continue à travailler à l'hôpital Boucicaud.

requis, le fait que rien ne peut se réaliser sans lui est souligné, l'importance de tenir compte de la manière dont il souhaite vivre est considéré comme un facteur de succès. Il semble s'agir tout autant d'une position pragmatique que d'une « éthique en acte<sup>84</sup> » (Paillet, 2007). S'y mêlent postures personnelle et professionnelle, nécessité thérapeutique lors de la rééducation active, argumentaire normatif d'intégration sociale pondéré par l'analyse des échecs et l'acceptation des limites de certains malades. Toujours est-il que les médecins tout en sollicitant la participation des malades pour entreprendre le chemin (souvent long) qu'ils leur proposent, soulignent l'importance de fournir les ressources des personnes pour faciliter leur parcours. « *La vraie médecine ne peut ignorer la psychologie, mais ce qui est vrai pour toutes les disciplines devient essentiel pour nous. Le désir, la volonté qu'a le malade de guérir sont si souvent freinés par des incidences diverses : faute de traitement, retards thérapeutiques, omissions, attente d'une sanction médico-légale, défaillances individuelles, aides insuffisantes ou déviées des familles : nous aurons à essayer de saisir toutes ces incidences, à en redresser les effets, à créer autour du malade un climat convenable de dynamisme et de confiance, sans pour autant faire des promesses que l'avenir ne saurait réaliser* » (Grossiord, 1965). « *Le premier objectif est de débarrasser les patients de leur statut de malade pour leur donner un statut d'homme. Le second est de les informer et les former pour qu'ils puissent par la suite se prendre suffisamment en charge, à la fois pour éviter les complications et pour avoir une vie familiale et sociale aussi normale que possible* » (Maury, 2002). Leroy, Louvigné, Dauleux (1965) et Louvigné, Leroy (1968), Grossiord (1961) en s'appuyant sur le développement psychomoteur de l'enfant, insistent sur la nécessité en sus des soins de faciliter le jeu, l'apprentissage, l'ouverture au monde pour soutenir les progrès du malade tout autant que pour faciliter l'épanouissement de l'enfant infirme. En ce sens, la RRF semble être une médecine qui peut faciliter le travail de trajectoire (Strauss, 1992<sup>85</sup>). Les médecins qui la pratiquent cherchent à établir un climat de confiance propice au travail que le malade va accomplir. Sauf dans les cas d'une rééducation après chirurgie orthopédique simple, ils savent que le malade fait face depuis longtemps, ou va devoir faire face, à « *la vie pathologie* » (au sens de Canguilhem, 1966). Il va devoir réinventer sa vie en interaction avec d'autres, dont les professionnels de soins. Dans le même temps, le travail<sup>86</sup> (Baszanger, 1986) des malades est reconnu et impacte les pratiques

---

<sup>84</sup> A savoir « les zones et les moments de l'activité sociale ou des individus s'engagent (à un titre ou un autre, à un degré ou à un autre, et que ce soit sous des formes explicites ou implicites) dans la discussion de ce qu'il est « bien » ou non de faire, de ce qu'il est « juste » ou non de faire, de ce qu'il est « légitime » ou non de faire » (Paillet, 2007).

<sup>85</sup> « *Le terme de trajectoire a pour les auteurs la vertu de faire référence non seulement au développement physiopathologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués.* » (Strauss, 1992, p143)

<sup>86</sup> « *Le malade est par nécessité au cœur du travail médical. Celui-ci s'effectue pour et sur les malades, mais aussi avec* - 40 -

professionnelles. Les médecins de RRF cherchent à promouvoir des pratiques qui lient objectivation du corps et expérience de la vie pathologique. Ils proposent des dispositifs pour accompagner les activités des malades (Lefève, 2007). Ainsi, en développant une médecine qui ne peut faire sans le malade, les médecins impliqués ouvrent, en interaction avec les patients, des perspectives résolument contemporaines.

### Une pratique intégrative

Peut-être est-ce une des spécificités de cette clinique : c'est d'être à l'affût de tout ce qui peut être utilisé pour servir l'ambition de l'amélioration fonctionnelle et de l'insertion sociale : les découvertes des électrophysiologistes, les « petits soins » de confort et de prévention, l'expertise des urologues, l'expérience pour solliciter le rééducateur plutôt que le chirurgien (ou inversement), les nouveaux traitements<sup>87</sup>, les diverses actions concrètes pour soutenir le travail du malade. En pistant les publications de ceux qui deviennent les ténors de la RRF, on les voit auteurs de : un article pointu de réanimation ou de sémiologie neurologique, un travail en physiologie du mouvement, une publication avec un psychiatre, un urologue..., un article décrivant le diagnostic fonctionnel, la présentation de cas cliniques et la place de la rééducation, une défense de la réadaptation professionnelle... Ils deviennent des intégrateurs de savoirs et des experts pour mobiliser au bon moment des ressources médicales, paramédicales et des techniques. Chercher des solutions fonctionnelles « avec aussi peu de médicaments que possible et des moyens aussi simples et logiques qu'il se peut. Quiconque a vécu ou travaillé dans un centre de rééducation l'a constaté. » [...] « Mieux que d'autre nous verrons comment tel désordre, grave ou mineur, peut être atténué ou supprimé. Mieux que d'autres nous saurons apprécier le trouble végétatif surajouté, les méfaits de l'immobilité, les risques de l'incurie cutanée et articulaire, le mécanisme des déséquilibres, le prix des petits soins, les bienfaits d'une kinésithérapie précoce et bien conduite, les ressources que nous pouvons attendre de l'eau chaude, de l'exercice et de l'électrothérapie » (Grossiord, 1965).

Le travail d'équipe, orchestré par le médecin de médecine physique, est valorisé. Chaque professionnel, dans sa fonction, participe au projet : l'aide soignant dans la lutte contre les escarres

---

*les malades en ce sens qu'ils participent (au sens factuel) à leurs propres soins. D'où la nécessité de penser non en termes de bonne ou de mauvaise volonté des malades à coopérer mais en termes de production de soins. Autrement dit, les efforts du malade doivent être conceptualisés comme un travail et les malades comme des acteurs de la division du travail médical.* » (Baszanger, 1986, p12)

<sup>87</sup> Les traitements spécifiques émergent peu à peu, pour les paraplégiques notamment consacrés par le numéro spécial des annales de médecine physique en 1963 : traitement des troubles sphinctériens, des escarres, injections sous-archnoïdiennes d'alcool absolu

et le confort du malade, l'infirmière, l'ergothérapeute, l'appareilleur, l'orthophoniste, l'instituteur, l'assistante sociale... et bien sûr le kinésithérapeute. Chaque spécialiste médical doit être associé au bon moment : chirurgien, rhumatologue, neurologue, psychiatre, urologue, médecin du sport, cardiologue (réentraînement à l'effort), médecin du travail... En se plaçant comme chef d'orchestre le médecin de médecine physique « prend la main » sur son devenir comme sur celui des malades dont ils s'occupent.

### **Une médecine entre homme et techniques**

Les savoirs des chirurgiens, divers physiothérapeutes, gymnastes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, appareilleurs s'y inscrivent aussi là. Les médecins de RRF se réfèrent à une éthique qui promeut une médecine de la personne et ils inscrivent essentiellement la scientificité de leur approche diagnostique et thérapeutique dans les techniques<sup>88</sup>. Ils soulignent l'importance de l'individualisation des soins et participent de la normalisation du corps par l'appareillage et les techniques de compensation. Ils s'intéressent aux évolutions les plus *high-tech* et sont avec leurs collaborateurs des bricoleurs ou inventeurs parfois assez géniaux<sup>89</sup>. Ce travail les place dans une position particulière à l'interface homme – objet technique : dans leur propre raisonnement comme au moment des ajustements entre la personne malade et l'appareil qui lui est proposé (Kurzman, 2002).

Pour l'instant, j'ai effleuré le sujet. Je n'ai pas trouvé, comme aux Etats-Unis, de propagande pour valoriser les vétérans porteurs de prothèses (Serlin, 2002) à travers des mises en scène symbolisant virilité, force physique ou hétérosexualité... Ici, l'appareillage apparaît plutôt absent, caché. Il existe peu d'articles et de documents d'époque sur cette question dans la presse médicale. Il est cependant notable que l'appareillage soit surtout mentionné dans la revue généraliste, Réadaptation comme soutien à l'insertion professionnelle. En dehors des centres d'appareillage des anciens combattants, l'appareillage a du mal à avoir une place au sein de la médecine hospitalière. Peu enseignée, mal remboursée, son développement et sa mise en œuvre sur le terrain a souvent été le

---

<sup>88</sup> En témoignent quelques titres au sein des Annales de médecine physique : L'intérêt de l'électromyographie dans l'appréciation des contractures d'origine centrale ; L'importance de l'électromyographie en récupération fonctionnelle ; Une méthode de mesure enregistrée du travail humain dite « énergamétrie » ; Symposium consacré aux bases scientifiques de l'électrothérapie antalgique 'bases scientifiques, électrothérapie périphérique et centrale ; L'électromyophone et son champ d'application actuel ; La photocynégraphie ; Exploration radiologique des muscles ; exercices électriquement provoqués ; infrason-thérapie ; électrogymnastique interférentielle statique et cinétique ; Essai de la mesure de la spasticité d'origine centrale ; Quelques notions pratiques sur la contraction statique contre résistance contrôlée ; L'électronystagmographie et la cupulométrie moyen objectif d'évaluation sémiologique et de contrôle d'efficacité des manipulations vertébrales ; L'angiographie vertébrale...

<sup>89</sup> Denis Leroy crée divers appareils rééducatifs, dont le lit basculant à oscillations entretenues par un moteur, et la définition de normes architecturales pour les piscines (Texte d'hommage à D. Leroy, 5 pages, non daté, non signé).

fait d'ouvriers habiles en lien avec des médecins motivés. A Raymond Poincaré, c'est le centre de réadaptation professionnelle pour les anciens tuberculeux puis ouverts à d'autres profils, qui réalise les appareillages pour les malades hospitalisés. A Nancy, Guy Fajal, technicien polyvalent, et Louis Pierquin sont déterminants pour le développement de l'appareillage<sup>90</sup> (André, Xénard, Meyer, 2004). A l'INR, Jacques Hindermeier, reçoit le prix Jean l'Herminier, pour ses travaux concernant l'appareillage au bénéfice des grands invalides de guerre. Ceci ne constitue pas un mouvement de créativité bien important. Les progrès semblent venir essentiellement des Etats-Unis (Abadie, 1972 ; Boruchowitsch, 1988). Ils s'inscrivent dans un mouvement plus large du développement des prothèses et orthèses médicales qui viennent consolider, remplacer, réparer le corps défaillant (Avan, Sticker, 1988). Les chirurgiens sont ici à l'aise pour mobiliser ces objets techniques internes ou externes au corps.

Quant aux pratiques et usages des appareillages, ils restent à explorer. Il n'est pas sûr que je trouve suffisamment d'écrits pertinents. Il peut être supposé que l'utilisation des fauteuils, chariots plats, déambulateurs, des diverses orthèses et objets d'ergothérapie facilitant les gestes de la vie quotidienne, appareils de rééducation au sein d'espaces dédiés entraînent de nouvelles formes de sociabilité entre personnes handicapées et nouvelles pratiques avec les soignants, à l'instar de ce que Hédouin (2004) a montré en gériatrie. Les promoteurs des centres de rééducation le perçoivent, leurs objectifs de soins obligent à modifier les normes architecturales et l'utilisation de diverses techniques et appareils. Cette inscription dans le réel de l'espace et des appareillages utilisés influe leur représentation des soins et des personnes handicapées. On perçoit, dans les écrits professionnels, que le travail d'ajustement entre l'homme et les appareils est sans cesse mis à l'épreuve des interactions soignant – soigné et des limites humaines et des matériaux<sup>91</sup>.

### **Une pratique qui transforme en retour l'hôpital**

Les articles qui retracent le début des centres, comme à Garches, Nancy, Saint-Maurice, Marseille..., mentionnent tous les difficultés auxquels les professionnels ont été confrontés. Au côté du manque de matériel (fauteuil roulant, appareillages divers...) et de l'insuffisance de personnel formé, c'est l'ensemble de l'organisation des locaux et du fonctionnement du service qui doit être ajustée. Jean Vatie (1963), ancien Directeur de Garches, écrit un texte emblématique qui résume ce

---

<sup>90</sup> « Dans le cadre d'une recherche subventionnée par la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier, le Pr Pierquin et ses collaborateurs entreprennent en 1965 des expériences sur un type de prothèse du membre inférieur dit « prothèse polyvalente » constituée par des ensembles modulaires utilisables dans les différents niveaux d'amputation » (Abadie, 1972)

<sup>91</sup> La *théorie de l'acteur réseau* (Akrich, 1987) mériterait d'être utilisée pour approfondir le développement des pratiques professionnelles et des usages des personnes, entre espaces, objets techniques mobilisés et acteurs humains.

qui est dit par ailleurs. Cet homme, soutien indéfectible de la réadaptation médicale, reste dans l'ombre d'André Grossiord. Pourtant, il fait partie des directeurs qui savent transformer l'hôpital pour l'adapter à la médecine de RRF et qui vont la promouvoir au sein de l'Assistance Publique, du Conseil Supérieur des Hôpitaux et du Ministère. Il permet ainsi la mise en œuvre de cette pratique singulière. Passant de la position debout à celle d'assis dans un fauteuil ou couché sur un chariot plat, les espaces de déplacement se transforment. Pour faciliter les transferts entre lit et fauteuil, ou fauteuil et WC, les espaces, les matériels (lits, WC, barres...) se modifient. Pour soutenir le malade dans ses acquisitions, les objets doivent leur être accessibles ; les professionnels sont mobilisés quelque soit leur fonction et doivent disposer de temps pour « ne pas faire à la place de » ; les mobiliers doivent être adaptés. Pour faciliter la réinsertion sociale, l'ensemble de l'organisation hospitalière évolue : horaires de visites, télévision, sorties, quelques heures ou de week-end, loisirs accessibles... Afin de sauvegarder les liens de l'enfant avec sa famille, Vatier a organisé des transports adaptés journaliers<sup>92</sup>. La lutte contre la rigueur et la routine doit être permanente. « *Le bon éducateur (et, en réadaptation, chacun l'est ...) doit être un perturbateur* » Les différents promoteurs de centre de rééducation, à Nancy, Fontainebleau, Rennes, Marseille... ou le contenu des dossiers<sup>93</sup> de demande d'agrément des centres de rééducation fonctionnelle (plans, principes des soins et du fonctionnement) en témoignent : tous font état de l'importance des conditions de séjour pour faciliter l'implication de la personne à la rééducation et pour préparer son retour dans la vie ordinaire. Ils insistent sur une architecture des lieux ouverte et ensoleillée, une décoration aux couleurs agréables, du mobilier adapté, l'importance que les malades s'habillent, le développement de salle de jeux pour les enfants, d'espace de lecture ou de loisirs pour les adultes... Le centre de rééducation doit signifier un espace intermédiaire entre l'hôpital et la maison, entre l'hôpital et l'espace social, par son architecture comme par son fonctionnement dans les détails organisationnels du séjour. S'ancrent, au sein de l'organisation architecturale et fonctionnelle des services, des formes solidifiées du fonctionnement social (Elias, 1985), ici, du fonctionnement social de la rééducation fonctionnelle.

Une nouvelle clinique s'invente donc en se décalant de la médecine anatomo-pathologique. Sa singularité se fait voir jusque dans les locaux et fonctionnements hospitaliers. Pour être reconnue au sein du monde médical, il est essentiel qu'elle démontre ses liens avec les fondements scientifiques

---

<sup>92</sup> Cf. compte-rendu du Conseil de surveillance des Hôpitaux de Paris. Acquisition d'un 5<sup>ème</sup> autocar pour les enfants polio à RP, 26 avril 1962, page 1096

<sup>93</sup> CAC 830055, Art 23 – 31 : dossiers d'agrément des centres de réadaptation fonctionnelle par département, 1954 – 1979

## 2.4. Une scientificité qui s'affirme difficilement en France

Tout segment de la médecine doit construire sa légitimité scientifique. La RRF doit conquérir sa place sur fond de polémiques anciennes, notamment du fait de certaines de ses origines peu recommandables en médecine.

### Une visibilité scientifique faible en France

Il n'est pas aisé de percevoir le travail scientifique réalisé par les médecins de médecine physique, pour trois raisons. D'abord, si les progrès de l'électrodiagnostic font régulièrement l'objet de communication à l'Académie de médecine<sup>94</sup>, entre 1945 et 1970, l'Académie s'intéresse très peu à la rééducation ou la réadaptation en tant que tel. Même après la deuxième guerre mondiale, la rééducation des blessés de guerre n'est évoquée qu'une seule fois en séance du 20 mars 1945. Un film du service de santé de l'armée américaine sur la rééducation des blessés est présenté. Le Président de l'Académie souligne « *Nous savons les magnifiques efforts que les médecins américains ont fait pour le traitement de leurs blessés* »... L'Académie n'en reparlera plus sauf pour émettre, une fois, des vœux pour développer le thermo-climatisme en France, au bénéfice des mutilés et des malades suite aux graves maltraitements ou tortures au sein des camps de concentration<sup>95</sup>, pour nommer les académiciens aux commissions des barèmes, ou pour se prononcer sur les actes qui peuvent être ou non être confiés aux kinésithérapeutes. Elle s'intéresse à la poliomyélite pour les aspects diagnostique et de traitement précoce, puis aux vaccins. L'académie de médecine est toute entière tournée vers les progrès diagnostiques et thérapeutiques, la nutrition et la prévention par vaccination. De plus, entre 1940 et 1958, le milieu de la médecine physique n'a plus de revue spécialisée française. En France, les articles sont rédigés dans les revues médicales connexes de spécialité clinique ou de médecine d'hygiène ; ou en sortant du milieu médical, au sein de la revue Réadaptation qui lui fournit un lieu d'expression à partir de 1953. A l'étranger, plusieurs revues notamment anglo-saxonnes<sup>96</sup> permettent aux médecins français apprentissage et diffusion de leur expérience et résultats d'étude. Il faut donc explorer une multitude de publications françaises et

---

<sup>94</sup> Je n'ai pas encore analysé le bulletin de l'Académie de chirurgie.

<sup>95</sup> Séance du 27 mars 1945. La situation actuelle du thermo-climatisme par MM Flurin et Justin Besançon

<sup>96</sup> Aux Etats-Unis, peuvent être mentionnées les Archives of physical therapy (depuis 1938), les Archives of physical medicine (1944-1952), qui deviennent Archives of physical medicine and rehabilitation à partir de 1952.

étrangères pour repérer les apports des médecins français. Enfin, même après 1958 et la création des CHU, le RRF se développe dans de nombreux lieux qui n'ont de vocation de recherche : centres des anciens combattants, centres créés par la sécurité sociale dont beaucoup ne sont pas rattachés à un CHU, centres gérés par des associations, thermalisme... L'Institut National de Réadaptation de Saint-Maurice, qui devait développer la recherche en RRF en France, arrivera bien tardivement voire trop tard, et surtout sans moyens suffisants.

### **Des controverses anciennes et récurrentes sur la valeur scientifique des techniques utilisées**

Cette faible visibilité se double de controverses sur la valeur scientifique des techniques utilisées. « [...] tout ce qui est perçu comme étant de la « médecine manuelle » est considéré avec un certain mépris et assimilé au « rebutisme » ou, au mieux, au « paramédical » et, ... le concept de la médecine de rééducation est réduit à une idée vague de ce qu'il est convenu d'appeler la kinésithérapie. Ce comportement est d'autant plus surprenant que les mêmes, adhèrent volontiers à des théories et des pratiques directement issues du charlatanisme telles que l'ostéopathie et la chiropractie » (Hamonet, 2003) « Du recours aux torpilles, gymnotes et autres malaptures, jusqu'aux stimulateurs implantés les plus sophistiqués, l'électrothérapie n'a cessé de susciter fascination, dénigrement, passion ou conjuration, mêlant rationalisme, dogmatisme, occultisme ou charlatanisme. Au point de s'inscrire dans les Annales académiques parmi les plus fameuses polémiques, à l'image de celles qui opposèrent par exemple Duchenne de Boulogne à Remak ou encore Mesmer à Wolfart. Peu de champs médicaux ont généré une littérature aussi abondante, aussi contrastée – opposant approches ésotériques et démarches scientifiques -, aussi longuement prolongée, aussi diversement exploitée » (André, 1997). Ces controverses sont effectivement anciennes, Léonard (1981) analyse certaines d'entre elles à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, notamment celle avec les magnétiseurs<sup>97</sup>. Nicholls et Cheek (2006) montrent comment physiothérapie et prostitution ont été scandaleusement associées en 1894 et a entraîné la formation de la Société des masseuses professionnelles (*Society of Trained Masseuses*). Certaines techniques utilisées par la médecine de RRF proviennent de pratiques pluriséculaires qui vont être incorporées à la médecine ; elles vont s'y modifier au fur et à mesure d'une « démarche de valorisation reposant sur plusieurs critères afin de leur conférer un statut de médecine savante » (Monet, 2005<sup>98</sup>). Cependant, dans le même temps les rebouteux, masseurs, magnétiseurs échappent à la loi de 1892 instituant le monopole de

---

<sup>97</sup> Léonard, 1981, p110-116

<sup>98</sup> Monet, 2005, p126

l'art de soigner aux médecins. Cette médecine parallèle entretient suspensions et polémiques dans le milieu médical.

### **Des études et recherches pluridisciplinaires**

Avant 1958, c'est-à-dire avant la mise en place des CHU, les physiciens, biologistes, physiologistes... ne sont pas tenus d'avoir une activité hospitalière, ils peuvent n'avoir qu'une seule activité de recherche universitaire. Ils développent leurs propres recherches de laboratoire ou travaillent avec les cliniciens pour des recherches conjointes. Les liens des promoteurs de la RRF avec le monde des agents physiques, et donc de l'Académie des sciences, a facilité les collaborations comme nous l'avons vu. Certains ont des sujets privilégiés. D. Leroy et R. le Bars développent des recherches sur la physiologie respiratoire puis sur les applications de l'EMG en rééducation. A. Grossiord s'intéresse à la physiologie du mouvement. D. Leroy « *développe des recherches en collaboration avec différents facultés et instituts français et étrangers concernant le milieu marin et ses applications en thérapeutique humaine, notamment à partir de l'étude des qualités physiques et chimiques de l'eau de mer (problème de la pénétration percutanée expérimentale de certains ions), des algues, des marais salants et des boues marines.* »<sup>99100</sup>

Après la réforme hospitalière de 1958, comme tous les segments de la médecine, la médecine physique bénéficie des recherches de publication originale de tel ou tel médecin qui brigue un poste de professeur. Les jeunes médecins qui travaillent dans les services de spécialité ou qui réalisent des vacations dans les centres de rééducation développent la recherche clinique. Selon Françon (1958) la médecine physique a été soutenue par « *l'individuation de la traumatologie et de la rhumatologie [...] qui ont fait et font de plus en plus appel à la Médecine Physique pour réduire les séquelles ou obtenir une restitution ad integrum [...] les recherches instituées par les chaires correspondantes, l'enseignement qu'elles diffusent, ont été pour elles le meilleur encouragement. [...] les cas ont été groupés pour une étude méthodique, les problèmes repensés, les résultats confrontés dans d'imposantes statistiques : tout cela a été pour nous un évènement particulièrement heureux* ». Marc Maury réalise, avec des urologues, des recherches concernant l'urodynamique des blessés médullaires<sup>101</sup>...

---

<sup>99</sup> Entretien et texte d'hommage à D. Leroy, 5 pages, non daté, non signé.

<sup>100</sup> D. Leroy est le promoteur de 8 congrès en Bretagne sur ces questions entre 1956 et 1972, et de congrès à l'étranger (Allemagne, Yougoslavie, Bulgarie, Canarie en 1981). Participe à une radioscopie de J. Chancel sur ce thème en 1976.

<sup>101</sup> Avec le Dr Siquier qui réalise des consultations au centre de rééducation motrice de Fontainebleau.

Ainsi, avant 1958, les recherches se réalisent surtout avec les laboratoires de sciences. Après la réforme hospitalière, il s'agit essentiellement de recherche clinique réalisée avec différents spécialistes. Les essais cliniques deviennent progressivement la règle. Les médecins qui participent au mouvement de la médecine physique créent ou participent à des sociétés savantes chargées de promouvoir des recherches : la Société francophone de l'EMG au sein de laquelle Isch et Le Bars sont très actifs ; en 1969, Jean Pierre Archimbaud, chirurgien urologique et Marc Maury sont à l'initiative du Groupe d'études neuro-urologiques de langue française (GENULF)<sup>102</sup>.

### Une démonstration des résultats

Au titre de la médecine physique, les démonstrations sont souvent réalisées à partir d'exposés de cas cliniques, de photographies ou de films<sup>103</sup>. Leroy, en lien avec Cathala<sup>104</sup>, a régulièrement utilisé cette technique démonstrative<sup>105</sup>. Les séries mentionnées dans les articles font longtemps référence aux seules recherches d'outre manche ou outre atlantique avant de se développer en France<sup>106</sup>. Pour la RRF, il s'agit de démontrer la diminution des déformations (photographies avant-après), la prévention des déformations (ex : le moins possible de déformation du rachis pour les enfants poliomyélitiques), l'amélioration du mouvement (films), l'évolution des tracés des épreuves fonctionnelles respiratoires, tests d'effort,.... Mais, il s'agit aussi et surtout, dans les années 1950 et 1960, de démontrer que l'enfant retourne vivre chez ses parents en ayant acquis un bon niveau scolaire qui signifie, dans les écrits, un développement psychomoteur correct et des aptitudes pour continuer à s'adapter. L'échec de la rééducation pour les adultes est sanctionné par deux indicateurs : le non retour à l'emploi qui signe, quelque soit l'amélioration des fonctions, l'impossible acception du handicap par la personne ou l'impossible ajustement entre l'homme infirme et la société et parfois... la tentative de suicide, voire le suicide, qui signe le vacillement et la souffrance psychique et la dé-liaison sociale. Les indicateurs sont à l'interface du fonctionnel, de la personne et de la société. D'une certaine façon, ils préparent à leur manière la Classification

---

<sup>102</sup> puis en 1979, Marc Maury crée l'Association francophone internationale des groupes d'animation de la paraplégie (AFIGAP).

<sup>103</sup> Films français présentés au Congrès international de médecine physique de Washington : la rééducation fonctionnelle dans les tuberculoses ostéoarticulaires, Docteur Debeyre ; la gymnastique des scoliozes, Alice Triboulet ; films de rééducation, Professeur Leroy (Peillon M., 1960)

<sup>104</sup> Médecin qui s'est consacré à la photographie et au développement de films médicaux

<sup>105</sup> Leroy D., Cathala L., « Du lit à l'atelier » ; Leroy D., Desnos J., Le Bars R., Cathala L., « Le lit basculant » ; Leroy D., Desnos J., Cathala L., « La rééducation respiratoire »

<sup>106</sup> Comme par exemple, Claisse R., Dalayeun J., Suquet Y., Troisier O., Hagueneau M, Lamotte J-C., (1963) Le pronostic fonctionnel des hémiplegiques. Etude de 1010 cas observés pendant six ans à l'hôpital Raymond Poincaré.

Internationale du Handicap (OMS, 1988<sup>107</sup>).

Pour une grande partie des publications, la médecine physique ne se distingue pas des recherches médicales de l'époque : recherche de laboratoire, description de cas cliniques se transformant progressivement en études de séries statistiques descriptives transversales ou longitudinales, puis en séries comparatives randomisées avec les spécialistes de chirurgie, neurologie, rhumatologie... Cependant, son attention aux phénomènes complexes bio-psycho-sociaux ou écologiques ne facilite pas les démonstrations d'efficacité telles qu'elles se développent au sein du mode médical à travers l'incontournable essai thérapeutique randomisé.

Au terme de ce chapitre, nous voyons que la RRF s'invente à l'articulation d'une multitude de savoirs et pratiques. Le contexte d'exercice de la physiothérapie et de la recherche en physiologie notamment avant la réforme Debré lui est profitable et prépare les bases d'une nouvelle segmentation. La multiplication des lieux spécifiques lui permettent de construire une clinique de l'homme fonctionnel, de développer des interfaces homme / machine, de participer à sa manière au courant de la médecine centrée sur la personne. Cette médecine en quittant la physiothérapie et devenant médecine physique souligne son passage vers une clinique diagnostique. Par la pression épidémiologique, la demande sociale de réadaptation et le développement de centres spécialisés, elle se décale d'une visée curative, même si la guérison fonctionnelle est toujours possible dans certains cas, pour un objectif d'amélioration fonctionnelle et de soutien de la personne pour « vivre avec ». Comme pour la médecine de la douleur (Baszanger, 1995), qui se développe à la même période, les praticiens doivent incorporer dans leur logique d'action la personne (avec ses possibilités et ses limites), et l'environnement familial et professionnel. Pourtant, la médecine physique, qui devient RRF, paraît fragile au sein du monde médical. Malgré la transition épidémiologique, les médecins restent d'autant plus sur leur élan « curatif » et étio-pathogénique que la biomédecine démontre ses possibilités. La médecine physique se dit elle-même « humble », faite de « petits riens » dans ce concert de découvertes en réanimation, chirurgie, pharmacopée... Elle démontre progressivement sa valeur scientifique, mais, elle reste toujours entachée du fait de quelques origines « profanes » qui la dévalorise. Les discours sur « son esprit » et sur la reconnaissance de la subjectivité du malade, permettent le développement d'une communauté de

---

<sup>107</sup> OMS, 1988, *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages*. Vanves, CTNERHI-INSERM.

OMS, 2001, *Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé*. Genève, OMS

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

vue spécifique à la RRF tout en s'éloignant d'une médecine qui se veut rationnelle, et qui, dans la lignée de Claude Bernard<sup>108</sup> ou du Président de l'Ordre des Médecins après WW2, souhaite mettre à distance le malade.

Ainsi nous avons vu que la RRF s'invente sur le terrain des pratiques. Mais du fait de ses forces et faiblesses aurait-elle pu s'individualiser au sein de la médecine sans le mouvement politique de la réadaptation qui dépasse très largement le monde médical ? Rien n'est moins sûr.

---

<sup>108</sup> « Les malades ne sont au fond que des phénomènes physiologiques ». Bernard Cl, [1865], 1984.

### 3. Une médecine au sein du monde de la réadaptation

En suivant Courtine (2006), le XX<sup>ème</sup> siècle apparaît comme une période des extrêmes dans le traitement des personnes handicapées. Les acteurs ont pu participer joyeusement aux zoos des monstruosité lorsqu'ils étaient enfants ou aux expositions universelles mettant en scène les villages tribaux ou côté de cas anatomiques exemplaires ; ils ont pu cautionner, passivement ou activement, ou au contraire s'indigner face à l'eugénisme et aux lois de stérilisation qui ont concerné autant les pauvres que les infirmes aux Etats-Unis et en Europe<sup>109</sup> ; ils ont eu à se situer face au nazisme, à l'extermination de 200 000 personnes handicapées, aux monstrueuses expérimentations, aux séquelles des tortures et graves maltraitements dans les camps de concentration. Après guerre, l'Occident est à la recherche de cadres légaux pour condamner les discriminations et faciliter l'insertion sociale notamment par le travail. Depuis l'entre deux guerres, les groupes minoritaires et discriminés se forment pour se défendre entre revendication identitaire comme les mouvements de sourds ou au sein des *disability studies* (Gary, Ravaut, Stiker, 2001) et soucieux de se rapprocher des personnes ordinaires (discours de Ladapt ou de l'APF). Ce qui change fondamentalement après la première guerre mondiale, est le remplacement du terme « infirmité » par celui de « handicap ». Le handicap vient ouvrir l'idée qu'il est possible de réguler, de compenser, de réadapter, de réussir à gommer la différence, ou mieux, de ramener à l'état antérieur ou normal (Sticker, 2005). Au moment où la main d'œuvre manque, où le travail est considéré indispensable à la dignité de l'homme, les infirmes sont alors établis en tant que catégorie à réintégrer donc à réadapter. Politiques, associations, syndicats, administrations centrales, caisses de sécurité sociales, professionnels participent à cette vaste entreprise au niveau français, européen et en lien avec l'Amérique du Nord.

Lorsque l'on pose côte à côte les termes de « réadaptation professionnelle » et de « réadaptation médicale », on se situe au moment de la conclusion d'un processus. En lisant les travaux des commissions ministérielles et interministérielles, en suivant les textes de la Réadaptation, en s'imprégnant des articles des médecins et communications des associations, je me suis d'abord trouvée dans une situation d'incompréhension quasi-totale. Je considérais que les mots utilisés

---

<sup>109</sup> « Du début du siècle aux années 1940, des lois prévoyant la stérilisation des individus « dysgéniques » sont promulguées et appliquées dans certains Etats américains, au Canada, en Suisse, au Danemark ». En Allemagne, dès 1933, les lois de stérilisation sont votées et appliquées concernant les criminels, fous et faibles d'esprit, être infirmes et difformes (Courtine, 2006)

étaient flous. Je ne percevais pas qui faisait quoi et quelles étaient les lignes de revendication des uns et des autres. Ce trouble était renforcé par le fait que j'avais beaucoup travaillé sur les articles médicaux qui ne font référence qu'à ce qui se passe dans leur monde (sauf exception), et au fait que j'identifiais les associations comme très à distance du milieu médical voire dans une position défensive. Il m'a fallu me replonger au plus près de l'évolution des discours au sein des documents sources. Ici, je ne vais pas retracer la politique en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Même si celle-ci est en toile de fond et j'y ferai référence. Il s'agit de percevoir, comment le monde de la Réadaptation est en lien avec celui de la médecine physique qui est en cours d'évolution ; comment les praticiens bénéficient, utilisent les évolutions des politiques publiques en faveur des personnes handicapées. En même temps, les médecins participent au monde social de la réadaptation dans lequel œuvrent des associations influentes, les caisses d'assurance maladie, plusieurs ministères et leur administration respective (santé publique, anciens combattants, du travail et de la main d'œuvre...). Ils s'appuient également sur les courants européens pour s'affirmer. Cependant, même si un certain nombre d'acteurs de terrain étaient acquis aux évolutions réglementaires qui vont se dessiner après WW2, la médecine physique semble devenue RRF du fait d'une politique en sa faveur ; politique qui l'a instituée tout en écartant de sa mission la mise en œuvre de réadaptation professionnelle. Elle sera tout autant déterminée par ses modalités de financement.

Je vais partir de quelques femmes et hommes clefs du monde social de la réadaptation. Puis je montrerai que les initiatives de terrain d'abord de toute nature ont tendance à converger, alors que l'encadrement réglementaire les oblige à se différencier.

### **3.1. Les personnes clefs**

Avant d'entrer dans le vif du sujet, sept personnalités méritent d'être présentées. Leur parcours et leur inscription, dans les différentes arènes que je décris plus loin, me semblent emblématiques du monde de la réadaptation : un homme politique, Robert Buron ; deux hommes des administrations centrales, Alfred Rosier et le Docteur Aujaleu ; deux représentants d'associations, André Trannoy et Suzanne Fouché ; deux professeurs de médecine, Robert Debré et Jacques Parisot. En ce qui concerne l'assurance maladie, de nombreux noms apparaissent sans que je n'en repère, au point de mon travail, un seul comme déterminant.

Robert Buron (1910-1973) est docteur en droit et diplômé de sciences politiques ; lui-même atteint

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

de tuberculose osseuse à 17 ans. Il rejoint à 18 ans, Suzanne Fouché et sera un des fondateurs de Ladapt<sup>110</sup>. Il en sera administrateur à partir de 1944. S. Fouché le reconnaît comme un « guide clairvoyant et actif » pour la Ligue (Fouché, 1981). Il crée le Comité National de la Productivité pour étudier les nouvelles méthodes de production. Parallèlement, en 1947, fut instituée par le Ministère du travail, la Commission Interministérielle du Reclassement des mutilés, invalides et diminués physiques. Il est le créateur avec Alfred Rosier de la revue Réadaptation en 1953. Il fait partie du comité de pilotage de la revue, est président du comité de rédaction et y écrit régulièrement l'éditorial. Il est un homme politique député, maire, ministre des Finances du 20 janvier 1955 au 23 février 1955 ; ministre des Travaux publics, des transports, du tourisme ; et entre juin 1958 et janvier 1959 ; ministre plénipotentiaire des accords d'Evian.

Alfred Rosier est vice-président de l'UNEF, lorsque face au chômage des jeunes diplômés « le chômage intellectuel », il fonde le BUS (bureau universitaire de la Statistique et de documentation scolaire et professionnelle) qui deviendra l'ONISEP. Il crée la revue Réadaptation avec R. Buron, et en devient le directeur-gérant. Il est directeur de la main d'œuvre au Ministère du travail et directeur du BUS ; en 1953, il propose à la commission interministérielle du reclassement des diminués physiques, la création d'une association spécifique de réinsertion de ces personnes, dans l'esprit de l'organisme britannique EMPLOY. Il est un des artisans clef de la loi de 1957.

Docteur Eugène Aujaleu (1904-1990) est médecin militaire, Directeur Général de la santé publique au Ministère de la santé publique et de la population de 1946 à 1964. Il apparaît un fervent défenseur de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation professionnelle. Il est souvent présent aux commissions qui en débattent. Il prend parti régulièrement pour soutenir leur développement, lui-même ou en son nom, lors des journées de la Fédération nationale des centres de postcure et de rééducation fonctionnelle. Il est un acteur important pour le développement du centre de traitement des séquelles de poliomyélite de Garches et pour la transformation du centre de convalescents à Saint-Maurice en centre national de réadaptation. Il reçoit régulièrement les uns et les autres (cf. dans les différents dossiers du CAC les correspondances ou notes suite à une entrevue avec lui). A la demande de Raymond Marcellin, il dirige (1964-1968) l'INH et le transforme en INSERM.

André Trannoy (1907-1994) est professeur ; il est atteint de poliomyélite aux quatre membres à l'âge de dix-huit ans. Il rencontre S. Fouché peu après. Il est nommé professeur à la faculté d'Angers. Plus tard, il dirige la colonie de Saint-Fargeau (Fondation Delpech-Poidatz). Il est fondateur en avril 1933 de l'Association des Paralysés de France (APF) dont il fut président

---

<sup>110</sup> Pour le premier bureau de Ladapt en 1929, il est trop jeune pour siéger. Son père Henri Buron, médecin le représente (Fouché, 1981)

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

jusqu'en 1979. Il met notamment en œuvre un système de « cordées » : réseau d'entraide entre personnes handicapées, leur permettant un soutien et une prise en main collective, en dehors des structures existantes de l'époque. L'association, qu'il a fondée avec quelques autres poliomyélitiques, sera reconnue d'utilité publique en 1945. Il participe à la Fédération des centres de postcure dont il sera un des Présidents. Il fait partie du comité de rédaction de la revue Réadaptation. Il participe ou son représentant aux diverses commissions ministérielles.

Suzanne Fouché (1902-1989), atteinte de tuberculose osseuse, assistante sociale<sup>111</sup>, crée Ladapt en 1929 avec des médecins, assistantes sociales, personnes malades (Ligue pour l'adaptation au travail du diminué physique<sup>112</sup>). Il s'y développe des ateliers d'occupation thérapeutique qui deviendront des centres de réadaptation, l'un sera développé par le Pr Leroy près de Rennes pour des jeunes atteints de poliomyélite. Entre 1930 et 1936, elle incite avec R. Buron à la création d'associations de malades dans les centres de soins<sup>113</sup> ; elle participe à la création de la Fédération des centres de postcure, elle fera longtemps partie du bureau. Elle promeut la rééducation fonctionnelle dans les centres de postcure ; s'intéresse à la « médecine de la personne » à travers les Docteurs Tournier (chirurgien) et Bergouignan (neurologue). Elle convie des médecins réputés à siéger au conseil d'administration de Ladapt dont André Grossiord. Elle fait partie du comité de patronage et du comité de rédaction de la revue Réadaptation. Elle écrit volontiers ; est en lien avec le monde des lettres<sup>114</sup> ; travaille régulièrement avec les médecins<sup>115</sup> ; elle communique énormément et est une personne influente auprès des politiques.

Professeur Robert Debré (1882-1978) est considéré comme l'un des fondateurs de la pédiatrie moderne. Robert Debré est associé au renouveau et à l'essor de l'Institut national d'hygiène (futur INSERM) dont il sera le président de 1946 à 1964, et à la création des Centres hospitaliers universitaires (CHU) avec la réforme hospitalo-universitaire de 1958 qui porte son nom. Il est élu membre de l'Académie des sciences en 1961. Il est membre de l'Académie nationale de médecine ; Président du Conseil d'Administration du Centre International de l'Enfance ; membre du conseil

---

<sup>111</sup> « Ma thèse d'assistante sociale concluait à l'urgence de rendre la scolarité accessible à l'enfance infirme, pour que ses valeurs intellectuelles compensent ses déficiences physiques » (Fouché, 1981, p139) Elle écrit plus tard « Cas sociaux, problèmes humains » paru en 1941 ; « Hommes, qui êtes-vous ? » écrit en 1942, réédité au Canada en 1963

<sup>112</sup> L'association ne revendique pas un combat au nom d'une maladie. Dès son origine, un cardiologue est vice-président de Ladapt, le Dr René Giroux qui en 1929 venait d'écrire un rapport sur l'adaptation au travail des cardiaques. (Fouché, 1981) Ladapt développe des centres pour d'autres infirmités que celles dues à la tuberculose osseuse. Par ailleurs, le libellé de l'association met l'accent, sur l'adaptation de la personne au travail, même si l'association milite activement pour l'adaptation du travail à l'homme.

<sup>113</sup> En 1934, les associations sont regroupées dans la Fédération des associations des malades civils (Fouché, 1981)

<sup>114</sup> En 1928, avec Ladapt, elle crée la revue « Vers la vie » qui se veut un lien entre le monde des personnes handicapées et celui des Lettres.

<sup>115</sup> Un article d'elle se trouve dans les Annales de médecine physique (Fouché S., 1961) ; elle travaille régulièrement avec nombre de médecins aux disciplines très diverses

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

d'Administration du centre de rééducation motrice de Fontainebleau (il sera déterminant pour la nomination de M. Maury à la tête de ce centre) ; membre du comité de patronage de la revue Réadaptation. R. Debré, à l'Académie de médecine, parle de diagnostic et de traitement précoce de la poliomyélite (Debré, Thieffry, 1946), il œuvre parallèlement pour promouvoir des campagnes de prévention de la poliomyélite (Debré, 1954).

Professeur Jacques Parisot (1882-1967) est nommé professeur agrégé à la faculté de médecine de Nancy en 1913. Il devient responsable du service des tuberculeux et du sanatorium. Il s'intéresse alors à l'épidémiologie, la médecine préventive, l'hygiène, l'entourage professionnel et social. Il a été témoin des actions de la Fondation Rockefeller entre les deux guerres et ses moyens pour lutter contre la tuberculose. En 1920, il participe à la création de l'Office d'hygiène sociale. En 1922, il cherche à étendre les principes développés au titre de la tuberculose à d'autres fléaux sociaux. Il tresse un réseau influent à l'articulation de la médecine et du politique avec Léon Bernard et Robert Debré. A partir de 1927, il milite au sein de l'organisation d'hygiène de la société des nations ; il fréquente le bureau international du travail. En 1930, il est à l'origine « *du seul comité de coordination ayant existé en France dans l'entre-deux guerres* »... : entente tripartite entre fonctionnaires du département de Meurthe et Moselle, représentants des syndicats médicaux et de l'Union départementale des Caisses d'assurances sociales (Montès, 1989<sup>116</sup>). En 1942, il crée la « Commission de reclassement des diminués physiques » avec la caisse régionale de sécurité sociale qui en assure le secrétariat et le service psychotechnique assurant l'orientation. En 1945, il est cofondateur de l'OMS. Il est de ce fait, un observateur privilégié des tendances au niveau international. Il milite pour l'ordonnance de 1945 créant la sécurité sociale. En 1949, il est élu doyen de la faculté de médecine de Nancy. Il est en 1954, fondateur de l'institut de Réhabilitation des Diminués Physiques. (André, Xénard, Meyer, 2004<sup>117</sup>). Il fait partie du comité de patronage de la revue Réadaptation au moment où il est Président de l'OMS (autours de 1960).

Bien d'autres personnes font partie de ces réseaux. Un certain nombre d'entre eux semblent se situer comme des experts, notamment les médecins : André Grossiord, Robert Merle d'Aubigné, Marc Maury<sup>118</sup>... Les sept personnalités présentées sont à l'articulation du politique, du

---

<sup>116</sup> Montès, 1989, p220

<sup>117</sup> La courte présentation de Jacques Parisot est issue de cette dernière référence, hormis l'information issue du travail de Montès.

<sup>118</sup> Par exemple, Maury écrit sur le conseil du service d'orientation de l'APF, un mémoire sur l'orientation professionnelle des enfants paralysés. Il propose diverses actions à promouvoir allant de l'accessibilité des locaux, accompagnement individualisé, mobilisation des enseignements, politique de santé publique pour le traitement, la réadaptation et la scolarisation des enfants. En 1952, il remet le mémoire sur l'orientation des enfants paralysés au

professionnel et des associations. Elles sont également à l'articulation de plusieurs pathologies qui ont des conséquences motrices et tous sont en lien avec des réseaux internationaux<sup>119</sup>. Elles défendent et développent leurs thèses grâce au mouvement de la réadaptation en France et au niveau international. Au stade du travail, je les ai repérées à l'œuvre au sein de plusieurs arènes qui coexistent et comme promoteurs ou acteurs influents du développement de services sur l'ensemble de la filière allant des soins de rééducation précoce à l'insertion sociale ordinaire ou dans les secteurs dits protégés.

### 3.2. Une convergence de vue des promoteurs

Après le premier chapitre centré sur les pratiques médicales au sein des établissements médicaux civils, il importe de rappeler l'importance de l'initiative privée par les Fondations et associations de personnes concernées au bénéfice des personnes malades, infirmes afin de développer leurs compétences et leur insertion sociale<sup>120</sup>. En ce qui concerne la thérapie occupationnelle et la formation scolaire et professionnelle, ce sont les associations qui les développent en sus des centres du Ministère des anciens combattants<sup>121</sup>. Les associations d'anciens combattants revendiquent peu ou pas une réinsertion professionnelle (Prost, 1977<sup>122</sup> ; Dorland, 1996) alors que les mutilés de travail en feront un axe important de leur politique<sup>123</sup>. Les autres fondations ou associations de malades, infirmes, diminués physiques, paralysés... sont très actives. Dès 1928, S. Fouché est parmi les plus militantes<sup>124</sup>, personnellement puis avec Ladapt. Il y a, comme pour le développement de tout le secteur sanitaire et social de l'époque, de nombreux dons et legs au bénéfice de telle ou telle catégorie de population. Des personnes dédient leur temps et leur richesse à une cause comme, en

---

directeur du centre de l'enfance qui le remet à Pr R. Debré. Le mémoire et Marc Maury sont ainsi remarqués par le Professeur R. Debré (Maury, 2002).

<sup>119</sup> Certains feraient aussi partie de la mouvance démocrate chrétienne, d'autres des francs-maçons mais, à ce jour, j'ai peu de certitudes sur les faits et peu d'éléments pour percevoir comment ses appartenances ont influencé la dynamique de la réadaptation.

<sup>120</sup> Je laisse de côté, dans mon propos, le secteur des déficients sensoriels qui a été promoteur en la matière. Cependant, je ne repère pas les arènes communes entre ce secteur et celui du handicap moteur. J'identifie : principes généraux communs qui les animent ; participation à la même revue Réadaptation mais au sein de numéros ou d'articles différents ; et le diplôme de masseur institué pour les malvoyants et aveugles.

<sup>121</sup> Loi du 2 janvier 1918 qui crée les centres de rééducation professionnelle pour les anciens combattants et l'Office national des mutilés et réformés de guerre

<sup>122</sup> Leur combat est d'abord sur le terrain des pensions.

<sup>123</sup> Une des premières victoires de le FNMIT (Fédération nationale des mutilés et invalides du travail) est la loi du 5 mai 1924 qui autorise l'entrée des mutilés du travail dans les écoles de rééducation des mutilés de guerre ; cependant, les soins restent payants pour les mutilés du travail.

<sup>124</sup> Communication de S. Fouché à la première conférence internationale du service social, Paris 5 au 16 juillet 1928, Actes du congrès, Volume III.

1919, Mme Ellen Poidatz<sup>125</sup> qui ouvre la colonie de Saint-Fargeau pour assurer les traitements et la scolarité des enfants atteints de poliomyélite. Entre les deux guerres, les initiatives sont nombreuses. La Fondation « L'aide aux enfants paralysés » ouvre une consultation médicale. En 1926, la création du mouvement Auxilia facilite la réinsertion des malades dans la vie active après leur séjour hospitalier. A partir de 1929, Ladapt crée des centres pour adultes et pour les enfants infirmes, 7 établissements sont dénombrés en 1939, fermeture de tous les ateliers pendant la guerre, 17 en 1959. Entre 1930 et 1933, le village de Clairville fondé par Albert Delsuc (secrétaire général Fédération Nationale des Blessés du poumon et Chirurgicaux) se veut une transition entre le sanatorium et le travail. Les médecins phthisiologues accompagnent le mouvement du retour à l'emploi tout en étant prudents du fait de l'augmentation du chômage à partir surtout de 1932 (Montes, 1989). En 1933, l'APF, créée par André Trannoy, développe progressivement services et établissements au bénéfice des paralysés. Ces lieux sont tous plus ou moins médicalisés. A Saint-Fargeau, Mme Poidatz est alors secondée par le Dr Bailleul, orthopédiste et la Dr Champtassin utilisant matériel de mécanothérapie et de marche. Dans l'établissement de la Roseraie à Aix-les-Bains (géré par l'APF), aux 40 jeunes paralysés sont assurés gymnastique et mécanothérapie avec adjonction de cure thermale. *L'aide aux enfants paralysés « outre des consultations régulières du neurologue, des consultations en commun, à jour déterminé pour examens et décisions, de tous les participants précités au travail en équipe. Là sont réalisables les traitements de massage, gymnastique, mécanothérapie, rééducation motrice tant générale que centrée sur la manualité et sur la parole, physiothérapie, chirurgie orthopédique dans ses applications. »* (Tournay, 1954). Les exemples peuvent être multipliés. Le panel va d'établissements très médicalisés et des appels ponctuels aux professions de santé : appel quotidien aux médecins ou auxiliaires médicaux et avec un plateau technique de rééducation, d'hydrothérapie et électrothérapie important notamment pour les enfants ; ou soins ou expertise médicale et paramédicale d'intensité variable pour les adultes. Tous les centres, gérés par les promoteurs privés, associatifs ou au titre d'une fondation (ce, en dehors des établissements sanitaires) développent, avec des moyens très variés, ce qui sera nommé plus tard rééducation au côté d'un enseignement et la formation professionnelle. Ils ne disent pas « faire de la rééducation ». Ils répondent à l'objectif du développement psychomoteur de l'enfant malade, infirme et à celui de son éducation lors des séjours en dehors de la famille. Pour les enfants et adultes, il s'agit de rééduquer les capacités pour les gestes de la vie quotidienne, de faciliter la mobilité maximale, de soutenir l'apprentissage des savoirs scolaires et professionnels et de certains gestes adaptés au travail. Les noms donnés à ces services et établissements témoignent de leur

<sup>125</sup> Elle léguera sa Fondation à l'APF

hétérogénéité et de l'absence de cadre juridique les structurant.<sup>126</sup> Tous les établissements ont en commun des durées de séjour assez longues par rapport à celle des services d'hospitalisation. Chaque création ou groupe de création est singulière et répond à des besoins perçus en complémentarité d'un « armement sanitaire déficient » pour les personnes malades chroniques ou handicapées. A partir de 1935, les assurances sociales deviennent promoteurs : « *les Unions régionales pourront également après avis des Ministères de la santé publique et du travail, utiliser leurs ressources à créer des œuvres de prévention ou d'armement sanitaire telles que : œuvres de maternité et d'enfance ; dispensaires et établissements d'hygiène et de prophylaxie sociale ; colonies de vacances, établissements de cure, sanatoriums ; maisons de convalescence, de repos et de postcure.* »<sup>127</sup> Plusieurs projets issus de cette mission confiée aux unions régionales sont arrêtés par WW2. Ladapt crée un centre à Valence en 1941 ; il est reconnu pour la première fois centre de postcure, en 1944, par circulaire du gouvernement de Vichy (Fouché, 1981). L'enjeu est de taille. Etre agréé «centre de postcure » ouvre au financement par les assurances sociales. Après la guerre, les réalisations seront de plus en plus nombreuses. Etablissements de soins comme centres gérés par les associations se développent parallèlement ou conjointement. Les mots utilisés pour caractériser ce qui est réalisé ici ou là changent au cours du temps et en fonction des supports d'édition ou des lieux de communication. Juste après guerre, les médecins parlent de médecine physique. Plus tard à partir des années 1950-55, ils insistent sur rééducation, rééducation fonctionnelle ou réadaptation fonctionnelle essentiellement au sein du milieu médical et toujours de réadaptation tout seule ou accolé à fonctionnelle ou médicale, quand ils se situent à un niveau politique. Les associations, la direction de l'action sociale parlent longtemps de rééducation ou de réadaptation pour les mêmes objets. Après WW2, la diversité des initiatives privées et hospitalières semblent converger vers une ligne commune. Ladapt, en 1951, ouvre son premier centre de rééducation fonctionnelle à Saint-Cloud. « *... je pensais que cette étape médicale n'entraînait pas dans la vocation propre de la Ligue et j'attendais que d'autres l'assument ... mais en vain, car en 1950, il n'y avait en France qu'un nombre infime d'établissements et de services spécialisés [...] De sorte qu'arrivaient dans nos centres des infirmes, aux articulations bloquées, aux musculatures atrophiées, aux amputations mal appareillées qui réduisaient considérablement leur possibilité d'activité* » (Fouché, 1981<sup>128</sup>). Entre 1945 et 1960, l'assurance maladie développe un nombre conséquent de centres d'orthopédie, de rééducation motrice, de réhabilitation des infirmes moteurs... Ils peuvent, comme à Nancy, aller de

<sup>126</sup> Colonie, village, villa, maison de cure, ateliers d'occupation thérapeutique, œuvre pour le progrès du soin aux blessés ou aux garçons infirmes..., centre héliomarin, atelier de ré entraînement à l'effort, centre d'éducation pour enfants invalides, centre de réadaptation fonctionnelle, centre de formation professionnelle, centre de postcure...

<sup>127</sup> Extrait du décret loi du 28-10-1935

<sup>128</sup> Fouché, 1981, p188-189

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

la rééducation en service d'aigus à la réadaptation professionnelle. Les initiatives médicales, comme nous l'avons vu, se développent et intègrent dans leur visée l'objectif d'insertion sociale. Certaines fondations sont léguées aux hôpitaux avec leurs réalisations qui comportent très souvent un volet éducatif, rééducatif, de formation scolaire ou professionnelle. Croix Rouge française, Mouvements mutualistes s'engagent dans le développement ou le rachat de centres de repos, convalescence, rééducation.

Au niveau collectif, la Fédération des centres de postcure, créée en 1944, accole à son nom la rééducation fonctionnelle en 1951. Les combats de la Fédération seront nombreux. Chaque année un thème est retenu et des vœux émis auprès des Ministères concernés<sup>129</sup>. La Fédération reste œcuménique, elle défend rééducation fonctionnelle précoce, centre de rééducation fonctionnelle, réadaptation professionnelle, ateliers protégés. Les termes utilisés ne sont pas toujours clairs pour savoir de quoi chacun parle exactement. Elle prône la formation des médecins et des autres catégories professionnelles impliquées. Elle milite pour les droits des personnes. Elle salue les avancées dans les financements. Au-delà des communications et des souhaits prononcés, le congrès annuel fait se rencontrer un panel composite d'acteurs impliqués. Rien ne laisse percevoir de vives controverses. La revue Réadaptation et les biographies comme celle de M. Maury et S. Fouché en témoignent. Les revues médicales restent particulièrement silencieuses sur les liens des médecins de RRF avec les associations et les politiques (un article de S. Fouché dans les Annales de médecine physique). Par contre, tous militent pour le développement d'une continuité de prise en charge allant de l'hôpital à la vie ordinaire avec l'insertion professionnelle comme indicateur majeur de succès. Ils prônent tous des prises en charge qui se décalent progressivement de l'hôpital pour se fonder vers la vie ordinaire. Médecins, associatifs, politiques revendiquent la place des personnes handicapés dans la cité, le monde du travail mais aussi au sein de la médecine. Ils défendent l'évolution de la médecine « moderne ». S. Fouché s'intéresse à la médecine centrée sur la

---

<sup>129</sup> 1958 : XIII<sup>ème</sup> congrès, Postcure et rééducation avec une communication d'A. Grossiord sur Postcure et infirmité motrice et une de H. Revol sur la rééducation en postcure des tuberculeux pulmonaires. Les deux médecins prônent des services pour tous les infirmes et une prise en charge continue des soins aigus à l'insertion sociale et professionnelle. Ils mentionnent leur expérience, les points de butée : manque de centres de rééducation ; insuffisante articulation entre le centre de rééducation et la postcure, absence d'uniformisation des droits

1959 : XIV<sup>ème</sup> congrès, « L'emploi protégé » avec une communication sur l'emploi protégé à l'étranger

1964 : XVIII<sup>ème</sup> congrès, « Les travailleurs handicapés et employeurs »

1965 : XIX<sup>ème</sup> congrès, « Les cardiaques dans la vie »

1966 : XX<sup>ème</sup> congrès, « La réadaptation des victimes d'accidents du travail » va de la législation, l'importance de la rééducation fonctionnelle précoce, l'appareillage, la pré-orientation, la rééducation professionnelle, les réalisations de l'assurance maladie, les actions des associations...

personne. R. Buron envisage une forme de devoir réciproque : « *La médecine moderne a compris heureusement que pour soigner le malade efficacement, il fallait le soigner dans sa totalité et notamment en lui redonnant le goût de vivre. A ce devoir du médecin correspond un devoir similaire de la part de l'handicapé. [...] (Il évoque les paroles d'un ami) Je ne sais si c'est un bien pour moi de guérir ou de ne pas guérir, mais ce que je sais c'est que mon devoir à moi, c'est de lutter, c'est cela le problème : vouloir vivre.* »<sup>130</sup> Les discours et les actions issues des différentes parties convergent. Les besoins sont importants, la France est en pleine reconstruction, l'argent se trouve en France<sup>131</sup> et pour certaines actions au niveau européen<sup>132</sup>. Les initiatives peuvent être nombreuses. Elles trouvent un nouvel élan au moment de la politique de reconversion des sanatoriums (1965-1978).

Aux Etats-Unis, Gritzler et Arluke<sup>133</sup> décrivent une compétition entre le monde des physiothérapeutes et celui de la réadaptation professionnelle pour prendre le pouvoir sur le secteur qui deviendra la médecine physique et de réadaptation. Le conflit sera tranché par *the Vocational Rehabilitation Law* en 1920 qui sépare clairement les deux domaines. En Angleterre, les deux sont couplés (Litch, 1958). En France, il semble que les différents secteurs d'activité s'appuient l'un sur l'autre pour renforcer leur légitimité et leur influence. Les associations gérant centres de formation scolaire ou professionnelle y incluent la rééducation fonctionnelle ou demande à ce qu'elle soit développée ailleurs. Les projets des médecins de médecine physique, notamment ceux en lien avec la sécurité sociale, vont jusqu'à la réadaptation professionnelle. Tous participent à la grande ambition de faciliter l'insertion sociale et professionnelle des infirmes. Les commissions ministérielles et interministérielles, la Fédération des centres de postcure, la Revue Réadaptation, les arènes européennes créent, par les femmes et les hommes qui y participent, un monde social influent. Pourtant, dans le même temps, entre 1950 et 1960, les textes législatifs et les modes de financement séparent deux espaces : l'un lié à la médecine et aux établissements de soins ; l'autre lié au monde social et de l'entreprise ordinaire ou protégée. Les établissements de soins, qui l'avaient à peine intégrée, n'auront plus comme mission de développer la réadaptation

---

<sup>130</sup> « Le trentenaire de la Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail a été célébré avec éclat à Paris », *Réadaptation*, 1959, n°63, p33-36

<sup>131</sup> Les hôpitaux bénéficient des plans de reconstruction et de lutte contre le chômage. Les créations sont financées environ 1/3 par l'Assurance Maladie, 1/3 Etat et 1/3 Collectivités locales

<sup>132</sup> Pour former les équipes de réadaptation, il est possible de faire appel au Fonds social européen (article 125 du Traité) et à la Banque européenne d'investissement (article 130 du traité) (Waghemacker, 1965b)

<sup>133</sup> Gritzler, Arlucke, 1985, P48-52

professionnelle<sup>134</sup>. La rééducation fonctionnelle, devenue obligation du système de santé français, a toute légitimité pour s'y développer.

### 3.3. Des textes législatifs incitatifs et différenciateurs

Est-il possible de comprendre ce qui s'est passé dans les années décisives d'après WW2 ? Au niveau national, après 1945, la question du reclassement des personnes handicapées est à l'agenda politique. Après les ordonnances de 1945 concernant la sécurité sociale, la reconstruction, la modernisation et l'encadrement du système de soins le sont tout autant. L'assurance maladie, acteur clef s'il en est, du système de soins, est alors également présente sur le terrain dit « de la main d'œuvre ». Le code de la sécurité identifie entre 1945 et 1947 deux secteurs d'activité distincts, en termes de financement, qui sont celui de la réadaptation médicale et celui de la rééducation professionnelle.

Avant la guerre, l'assistance médicale gratuite ne finance pas les frais liés à la réadaptation au travail. Un prix de journée est accordé, dans ces centres, pour les soins. Ladapt, en s'appuyant sur la Loi de prévention du chômage du 6 mai 1939, demande à ce que les malades des centres de formation soient reconnus comme « chômeurs en recyclage ». Une convention est alors signée entre le Ministère du travail et Ladapt. En 1944, le gouvernement de Vichy<sup>135</sup> reconnaît les centres de « réentraînement au travail » pour les malades comme des centres de postcure financés par les assurances sociales. La Loi du 30 octobre 1946 officialise le financement de la rééducation fonctionnelle et de la rééducation professionnelle par la sécurité sociale en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ; permet aux malades de recevoir une indemnité journalière dans la phase de réadaptation et ce, sous conditions<sup>136</sup>. La rééducation fonctionnelle et rééducation professionnelle sont mentionnées comme deux étapes distinctes avec établissements spécifiques. De même, en application de l'ordonnance du 19 octobre 1945, la réhabilitation en matière d'assurance

<sup>134</sup> Les traces de cette l'histoire persistent encore : comme l'établissement de postcure psychiatrique des Briords, créé par la MSA, près de Nantes qui a toujours des ateliers de réadaptation professionnelle ; établissement financé par l'assurance maladie et la vente de ses productions.

<sup>135</sup> S. Fouché en est un acteur déterminant en allant rencontrer des membres du gouvernement de Vichy en 1943. Elle présente alors une étude concernant 200 jeunes filles. « Alors qu'avant la guerre, les statistiques des assurances sociales faisaient apparaître 72% de rechutes chez les tuberculeux pulmonaires, nous en étions à 12% malgré la gravité des cas qui nous étaient confiés » (Fouché, 1981, p161)

<sup>136</sup> Pendant la réadaptation fonctionnelle, la victime a droit à l'indemnité journalière. Selon l'article 443 du Code de Sécurité sociale, « le bénéficiaire est tenu de se soumettre aux traitements et mesure de toute nature prescrits dans les dispositions prévues à l'article 441 et par les autorités sanitaires compétentes ; de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par les caisses ; de s'abstenir de toute activité non autorisée ; d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation et son reclassement professionnel... » (Berlioz, Girond, 1959)

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

sociale pour les travailleurs et leur famille est instaurée : la réadaptation fonctionnelle n'est pas mentionnée en tant que telle, mais elle entre dans les dispositions générales de la couverture des frais des soins. La rééducation professionnelle des malades et invalides est accordée, au même titre que pour les accidentés du travail, par décret du 14 juin 1947 et décret du 27 juin 1955.

En suivant le travail des commissions et le contenu des rapports et textes législatifs, on voit l'expression de discours communs, et parallèlement, l'affirmation d'activités différentes les unes relevant du système social et professionnel, les autres relevant du système sanitaire.

### **La Loi de 1957 concernant le reclassement des personnes handicapées crée des dispositifs spécifiques**

La commission interministérielle pour la réadaptation professionnelle<sup>137</sup> est, par construction, centrée sur le travail. L'extrait suivant témoigne des arguments mobilisés en faveur du reclassement professionnel des personnes handicapées entre 1945 à 1966. « *La société ne peut plus se contenter d'assurer la guérison médicale de ses membres handicapés et de leur verser ensuite une petite pension. Car le diminué physique dont le moral est déjà atteint par l'accident ou la maladie, ne pourra qu'exceptionnellement surmonter seul les défaillances de sa volonté ainsi que les difficultés qu'il rencontrera dans la recherche d'un emploi. Si l'on veut éviter la déchéance morale et matérielle si fréquente et si compréhensible chez un sujet dont la capacité de travail a été amoindrie, il est indispensable que lui (soit) apportée une aide qui doit se matérialiser par un véritable reclassement social et économique Ce n'est qu'à ce prix que des milliers de diminués physiques pourront retrouver une vie à peu près normale et en tout cas meilleure. Ils cesseront d'être, en même temps que des diminués physiques, des diminués sociaux. La situation démographique de la France exige d'autre part que soit récupérée au profit de l'économie, pour le*

---

<sup>137</sup> Fait suite au Comité technique pour la rééducation professionnelle des mutilés, invalides et déficients (octobre 1947). Est créé par arrêté du 17 mai 1948. Est composé de :

- Au titre des administrations : 2 représentants du ministère du travail et de la sécurité sociale ; 2 du ministère de la santé et de la population ; 2 du ministère des anciens combattants et victimes de guerre ; 2 du ministère de l'agriculture
- Au titre des groupements de mutilés, invalides et diminués physiques (8 représentants) : Fédération nationale des anciens grands malades et invalides civils, Fédération nationale de la lutte antituberculeuse, Fédération nationale des malades, Ligue pour l'adaptation au travail des diminués physiques, Fédération nationale des blessés du poumon, Association des Paralysés de France, Fédération nationale des mutilés et invalides du travail, Fédération nationale des invalides civils.
- Confédérations syndicales : 2 représentants de la CGT, 2 FO, 1 CFTC, 4 du conseil national du patronat français, 1 de la confédération générale de l'agriculture, 1 de la confédération générale des cadres, 1 confédération des travailleurs intellectuels
- 26 personnalités s'attachant à la réadaptation professionnelle des mutilés, invalides et diminués physiques : aucun « grand » de la rééducation fonctionnelle, 6 médecins sur 26 personnalités.

---

*développement de la production, une partie de la main d'œuvre inutilisée que représente la masse des diminués physiques... »<sup>138</sup>*

Pourtant, au cours des séances, apparaît un hiatus entre ce qui est supposé être la guérison médicale et la possibilité d'une réadaptation professionnelle. En 1951, après le séjour aux Etats-Unis d'une mission française (auxquelles participent R. Buron et A. Rozier) pour l'étude de la réhabilitation des diminués physiques<sup>139</sup>, Monsieur Frezouls, directeur adjoint de la main d'œuvre, conclut que pour qu'en France des résultats similaires à ceux qui ont été obtenus aux Etats-Unis puissent être acquis, il faut préalablement envisager quatre évolutions de notre système dont l'une concerne les hôpitaux<sup>140</sup> : « *La modification de certains services hospitaliers qui dans leur organisation actuelle, se prêtent mal aux soins rapides et spéciaux qu'il convient de dispenser à certaines catégories de malades, tels les traumatisés dont il convient de prévenir l'ankylose. Il faudrait également que dans le domaine de la prothèse des sacrifices plus vastes fussent consentis et que les appareillages soient adaptés d'une façon plus logique aux tâches requises des diminués, réhabilités fonctionnellement.* »

Des notes, rapports, éléments du débat viendront, de temps à autre, rappeler la nécessité de modifier les soins hospitaliers, de s'appuyer sur l'expertise médicale et psychotechnique pour orienter les personnes et de revoir les questions d'appareillage. Le rapport<sup>141</sup> du Docteur Valton, 1955, insiste sur l'ensemble de la filière de la prise en charge, de la prévention, aux soins, à la réadaptation sociale. Il souligne la nécessité de rééducation précoce dans les services d'orthopédie, une meilleure articulation entre les hospitaliers et les services de spécialisés de la main-d'œuvre, la nécessité d'avoir des services de rééducation distincts de ceux des convalescents : mieux équipés, avec des règles de fonctionnement différentes facilitant les sorties de plus de 48 heures, l'importance de développer l'appareillage. Il est difficile de savoir comment ses souhaits ont été repris au sein des textes en matière de réadaptation médicale. Cependant chaque fois que ces questions sont abordées, il est dit qu'au-delà de ce qui est à faire en termes d'insertion professionnelle stricto sensu, la rééducation en établissement de santé et l'accès à l'appareillage sont à développer. Ensuite la commission interministérielle a été focalisée sur la préparation de la loi de 1957 et les soins ont

---

<sup>138</sup> Réunion du 11 juin 1951, « Etat actuel de la question du reclassement des déficients » exposé de Mr de la Renaudie, Administrateur civil au Ministère du Travail.

<sup>139</sup> Mission composée de 12 membres : 4 des services administratifs ; 5 du corps médical ; 1 spécialiste des questions de prothèse ; 1 représentant de la CP centrale de SS ; un physiothérapeute.

<sup>140</sup> Les trois autres sont : la constitution d'un organisme central pour mettre au point un plan général de réhabilitation des déficients et contrôler les opérations ; la recherche de ressources nouvelles : budget général ; budget des collectivités locales ; dons privés ; Enfin, il semble que « dans le domaine patronal, il convienne de développer l'esprit de compréhension humaine des employeurs, de leur demander de rechercher des tâches susceptibles d'être confiées à des diminués physiques... » et d'adapter certains postes de travail.

<sup>141</sup> Valton, R., Médecin inspecteur du travail et de la main d'œuvre de la 7<sup>ème</sup> circonscription, 1955, Aspects médicaux du placement des infirmes moteurs. Note pour le Conseil supérieur du travail et de la main d'œuvre.

disparu des préoccupations et des débats. Progressivement, la réadaptation professionnelle est devenue un objet en soi qui a été traité en tant que tel avec ses dispositifs spécifiques et ce au sein d'une cohérence d'un texte de loi. Les commissions d'orientation professionnelle, sur le modèle de celle mise en place à Nancy en 1942<sup>142</sup> par Jacques Parisot et l'assurance maladie, sont généralisées. Le 5 mars 1957, dans le rapport de Marcelle Delabie<sup>143</sup>, trois étapes de réadaptation sont retenues : les soins avec la réadaptation fonctionnelle et le réentraînement à l'effort ; l'acquisition et le développement des qualités professionnelles ; l'emploi ou le ré-emploi. Les étapes sont affirmées comme le revendiquent les acteurs de terrain. Cependant à aucun moment, en parcourant rapidement les comptes-rendus des commissions, ou à la lecture de Réadaptation, je n'ai pas repéré de revendication claire des acteurs de terrain, des associations représentatives ou des syndicats, pour que le secteur de la réadaptation professionnelle devienne un secteur indépendant des autres services soignant ou accompagnant les personnes handicapées. Seules les références au système américain peuvent aller dans ce sens, mais elles étaient souvent contrebalancées par des références au système anglais. L'autre élément qui pouvait aller dans le sens d'un secteur spécifique concerne la formation de professionnels dédiés. Mais au stade de ma recherche, il n'y a rien de plus. Pour affirmer ce résultat, l'analyse des archives des associations, de leur communiqué de presse reste à faire et l'ensemble des documents préparant la Loi de 1957 seraient à explorer plus finement.

### **La réadaptation médicale s'impose par circulaires et décrets**

Du côté de la Direction Générale de la Santé publique, les commissions sont plus nombreuses. Le conseil supérieur des hôpitaux (1947), le conseil permanent d'hygiène sociale et notamment la commission du rhumatisme (1945), la Commission de réadaptation médicale<sup>144</sup>(1960) abordent les questions de rééducation et réadaptation. Puis la commission consultative médicale d'appareillage et de réadaptation (1961), sous l'égide du Ministère des anciens combattants et victimes de guerre, est instituée. Les ordonnances et arrêtés les concernant se succèdent dès 1950 (cf. encadré 4). La pression de la sécurité sociale apparaît déterminante pour deux raisons. Premièrement, elle est

---

<sup>142</sup> Elle s'appelait en 1942 « Commission de Reclassement des Valeurs Humaines Réduites », puis « Commission de Reclassement des Diminués Physiques » (Réadaptation, 1954, n°7, p45)

<sup>143</sup> Madame Marcelle Delabie, Rapport n°457 au Conseil de la République. 5 mars 1957.

<sup>144</sup> Créée par arrêté du 15 octobre 1959, paru au JO le 4 décembre 1959. Est composée de :

- membres de droit : directeur général de la population et de l'entraide au ministère de la santé publique et de la population ; directeur général de la sécurité sociale au ministère du travail ; médecin représentant de la fédération nationale des organismes de sécurité sociale ; (ou leur représentant)
- 24 membres désignés en raison de leur compétence particulière : Drs Fèvre, Merle d'Aubigné, Garcin, Gosset, de Sèze, Bourlières, Aubin, Leroy, Pierquin, Thieffry, Grossiord, Tardieu, Hindermeyer, Benassy, Follin, Le Melletier, Maury, Lescœur, Cahusac, Polge ; deux directeurs d'hôpitaux, Mrs Vatié et Cultru ; deux assistantes sociales, Mmes Roche et Nouel (cf. en annexe leur fonction exacte)

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

promotrice d'établissement après accord du Ministère de la santé publique et de la population. Or ce dernier ne comprend pas toujours la politique des différentes caisses régionales et cherche à se faire une doctrine. Deuxièmement, la sécurité sociale finance les soins, elle a, elle-même, besoin de critères pour ses décisions d'agrément des établissements et ceux-ci doivent être validés par le Ministère.

### **Encadré 4 : Liste des textes réglementaires concernant la rééducation et la réadaptation entre 1945 et 1963**<sup>145</sup>

- L'article 15 du décret 50-134, du 30 janvier 1950 oblige chaque établissement hospitalier à organiser un service de réadaptation fonctionnelle, ou, à défaut, à diriger ses infirmes sur un autre centre de réadaptation, public ou privé, avec lequel il a conclu un accord à cet effet.
- Arrêté du 29 septembre 1953 (JO du 18 octobre 1953) fixe la procédure et les conditions pour qu'un centre de rééducation fonctionnelle soit reconnu comme pertinent par le Ministère (opportunité).
- L'annexe XXII du décret n°56-284 du 9 mars 1956 (JO du 25 mars 1956) fixe les conditions techniques que doivent remplir les établissements de réadaptation fonctionnelle pour obtenir l'agrément des organismes de sécurité sociale (financement).
- Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.
- Ordonnance du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière prévoit la réadaptation fonctionnelle parmi les attributions essentielles des hôpitaux.  
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.
- Arrêté du 15 octobre 1959 (JO du 4 décembre) institue une commission chargée d'étudier les problèmes de réadaptation médicale (composition en annexe 2)
- Circulaire du 17 février 1960 relative à la réadaptation médicale (non parue au JO) du Ministre de la santé publique et de la population. Elle définit le champ d'application de la réadaptation médicale (catégories justiciables des méthodes de réadaptation, nombre de personnes justiciables des traitements de réadaptation médicale), définition des organismes nécessaires pour mettre en œuvre les méthodes de réadaptation (la réadaptation dans un établissement de soins, la réadaptation post-hospitalière).
- JO du 28 décembre 1960, liste des actes médicaux concernant la médecine physique ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux.
- Arrêté du 18 octobre 1961 instituant une commission consultative médicale d'appareillage et de réadaptation. Ministère des anciens combattants et victimes de guerre.
- Décret n°62-881 du 26 juillet 1962 portant règlement d'administration de la loi de 1957.
- Circulaire du 28 mai 1963 précise la circulaire du 17 février 1960 sur la réadaptation médicale.

Dès 1946, la sécurité sociale a dans ses missions de financer la rééducation fonctionnelle et la réadaptation professionnelle. En 1947, Le Ministre de la santé via le Dr Aujaleu, demande à l'AP de

<sup>145</sup> Je n'ai pas encore retrouvé tous les textes originaux. Certaines données sont de deuxième main.

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

Paris de créer un centre de traitements de séquelles de poliomyélite à Garches. En 1950, un décret oblige chaque établissement hospitalier à organiser un service de réadaptation fonctionnelle, ou, à défaut, à diriger ses infirmes sur un autre centre de réadaptation, public ou privé, avec lequel il a conclu un accord à cet effet. Je n'ai pas eu accès aux archives<sup>146</sup> qui me permettraient de peut-être mieux comprendre comment cela s'est inscrit dans les décisions. Toujours est-il que la « réadaptation fonctionnelle » entre de manière obligatoire à l'hôpital par décret alors que les médecins de médecine physique n'ont plus, à l'époque, ni société savante, ni syndicat, ni revue spécialisée. Chirurgiens, rhumatologues, Directeur de la DGS et sécurité sociale semblent les acteurs clefs.

A partir de 1935, comme nous l'avons vu les assurances sociales développent avec des acteurs locaux des projets pour combler les lacunes du système de soins. La prise en charge des infirmes, vieillards, tuberculeux et la prévention maternelle et infantile sont au cœur des actions entreprises. La guerre arrête les projets qui sont repris et dont le nombre est amplifié après 1945. Chaque caisse régionale a sa propre politique. En ce qui concerne les centres de rééducation, la sécurité sociale développe des projets qui aboutissent en plusieurs années à des centres d'orthopédie comme à Marseille, des centres de rhumatologie comme La Tour de Gassié pour les enfants rhumatisants cardiaques, et des centres polyvalents comme à Nancy<sup>147</sup>, Fontainebleau... Ces centres correspondent à des « modèles » au sein du monde médical : soit le modèle d'une filière orthopédique ou rhumatologique allant des soins aigus à la réadaptation sociale, soit le modèle transversal des centres de rééducation pouvant accueillir des populations variées en lien avec divers spécialistes. Le sous-directeur de l'hygiène publique et des hôpitaux, écrit le 14 octobre 1949 une note à l'attention du Directeur général de l'hygiène publique et des hôpitaux : « *J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur l'intérêt qu'il aurait à faire étudier par le Conseil supérieur des Hôpitaux l'importante question des centres de traumatologie. « Cette question est en effet, l'une des plus controversée à l'heure actuelle et des difficultés parfois élevées entre les caisses régionales de sécurité sociale et les services départementaux de la santé au sujet de la définition, de la consistance du rôle des centres de traumatologie... »*. Le Conseil des hôpitaux<sup>148</sup> est saisi

---

<sup>146</sup> Demande de dérogation en cours

<sup>147</sup> Projet qui au départ devait être un centre d'orthopédie et que les chirurgiens ont refusé

<sup>148</sup> Séance du 28 juin 1949, Séance d'installation

- Membres polyvalents : Le directeur Général de l'hygiène publique et des hôpitaux, Dr Cavaillon ; Le Président du comité des inspecteurs généraux de la santé, Mr Figon ; Un administrateur civil du ministère de la Santé; Mr Chassagnot ; Un médecin du Ministère de la santé, Dr Boide ;

- Section médico-technique : Un inspecteur général de la santé médecin, Dr Olieu ; académie de médecine, Pr Henri Benard ; académie de chirurgie, Dr Menegaux ; Pr de Faculté de médecine, Pr Mollaret ; Ordre National des médecins, Dr Lafitte ; confédération des syndicats médicaux, Pr Marquis ; Syndicat national des médecins, chirurgiens, et

immédiatement, lors de sa deuxième séance de fonctionnement. Il entend pendant l'année 1950 les orthopédistes, Drs Merle d'Aubigné, Miraille, Padovani, Gosset, et Dr René Caillet<sup>149</sup>. Le conseil n'émet pas de vœux. En parallèle, les rhumatologues, au sein de la commission du rhumatisme demande le développement de centres de convalescents pour les enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu (séance de mai 1949) et/ou des personnes atteintes de polyarthrites évolutives (séance d'octobre 1949). Parallèlement, le décret de 1950 est voté. Il faut attendre 1952, pour revoir le dossier au Conseil des hôpitaux avec le rapport de Mr Vatier, directeur de Garches. Les travaux se déroulent en prévision de l'arrêté du 29 septembre 1953 qui fixe les conditions pour qu'un centre de rééducation fonctionnelle soit reconnu par le Ministère. Je reviendrai sur les arguments médicaux de chacun des modèles dans le chapitre 4.

Ici, à travers les comptes-rendus des commissions, l'édiction des textes législatifs, les premiers plans d'organisation sanitaire, il semble qu'entre 1945 et 1952, les textes et décisions ministériels préexistent à l'expertise des commissions. Le politique s'engage ; il s'engage toujours en faisant référence à la « réadaptation des malades et des infirmes ». En 1947, c'est le Ministère de l'Hygiène publique et de la population qui demande la création du centre de traitement des séquelles de poliomyélite de Garches. Début 1950, les « *Etablissements hospitaliers sont tenus de s'assurer de la concurrence d'un technicien chargé d'examiner dès que l'état de santé de l'infirmes le permet, s'il est susceptible de recouvrer une activité professionnelle, afin que la rééducation puisse être entreprise aussitôt que possible* » (Article 15, du décret du 30 janvier 1950). En 1953, la réadaptation fonctionnelle est considérée comme « *une thérapeutique qui s'associe aux traitements spécifiques la complète. Elle tend à éviter ou à amoindrir les infirmités ... [...] La réadaptation fonctionnelle aussi importante soit-elle ne constitue qu'un des éléments de la réadaptation sociale [...] Il est donc essentiel de prévoir que les services ou centres de réadaptation fonctionnelle devront travailler en collaboration avec les services psychotechniques de la région sanitaire, les établissements de rééducation professionnelle et les services de placement de la main d'œuvre.* » Afin de permettre de « *donner un emploi aux enfants* », « *les services ou centres recevant des enfants et adolescents pour une période supérieure à trois mois devront dispenser un*

---

spécialistes des hôpitaux publics, Pr Coste ou Dr Miraille ; ministère du travail, Dr Choffe ; Deux représentants de la FNOSS, Dr Cayet et St Martin

- Section administrative : Un inspecteur général de la santé administratif, M Deprun ; ministère du travail, Mr le directeur général de la sécurité sociale ou son représentant ; ministère de l'intérieur, Mr Moatti ou Laforest ; ministère des finances, M Barrault ; ministère de l'agriculture, M Larcheveque ; Deux représentants de la FNOSS, Mmes Belley et Breton ; MSA, M Burgaud ; Fédération hospitalière ; CGT, M Paoli ; CGT-FO M Gisselaire ou Herbillon ; CFTC, M Gislard ; Fédération nationale des cadres hospitaliers, M Terrillon ; associations de malades ; assistante publique de Paris ; assistante publique de Marseille, M Peyssard ; hospices de Lyon, M Marsot

<sup>149</sup> Rapport médical par Drs Merle d'Aubigné, Miraille, Padovani, Gosset, et rapport « Le centre de traumatologie » par le Dr René Caillet

*enseignement* » (Arrêté du 29 septembre 1953). En 1960, la Réadaptation est « *l'ensemble des mesures propres à les préparer à prendre ou à reprendre dans la communauté une place la plus normale possible* ». [...] « *... deux principes doivent vous guider dans la préparation du prochain plan : le premier consiste à 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 poliomyélique. Cependant, au fur et à mesure des possibilités, des facilités de traitement doivent être offertes à toutes les catégories de handicapés, y compris les malades chroniques et les personnes âgées. [...] Le second principe tend à intégrer de la façon la plus complète possible la réadaptation médicale dans ses applications précoces comme dans ses prolongements dans le processus général de la réadaptation* ». ... « *de vous opposer à la création de tout projet créant un service ou un centre de rééducation fonctionnelle isolé, sans possibilités de liaisons avec les établissements de soins et les organismes éducatifs professionnels et sociaux qui ont à intervenir à un stade donné de la réadaptation du handicapé.* » 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. Les pratiques de soins doivent être du côté de la rééducation fonctionnelle et doivent être articulées aux dispositifs de réadaptation professionnelle. Une fois le cadre posé, la demande du politique aux experts est d'affiner, de mettre en œuvre : préparation de l'arrêté de 1953, de l'annexe XII en 1956, puis après la réforme hospitalière le suivi des questions de réadaptation médicale par une commission particulière. A partir de 1955, le Conseil supérieur des hôpitaux est presque exclusivement consacré à la réforme des hôpitaux. Je n'ai pas trouvé, à ce jour, de traces de demandes expresses, débats, controverses concernant l'inscription, au sein de l'Ordonnance du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière, de la réadaptation fonctionnelle parmi les attributions essentielles des hôpitaux ... comme si cela allait, alors, de soi.

Les textes législatifs accompagnent le développement des services et centres de réadaptation fonctionnelle. En 1950, au sein des hôpitaux (repérer les personnes qui peuvent travailler et commencer la rééducation). En 1953, la circulaire souligne la valeur des résultats obtenus en réadaptation fonctionnelle et demande à multiplier les services et les centres. « *Il n'est pas nécessaire que ces centres soient nombreux ... A mon point de vue, il conviendrait de n'en ouvrir qu'un ou deux par région sanitaire, de préférence dans des hôpitaux très bien équipés ou à proximité...* ». Le premier Plan national d'équipement hospitalier a couvert les années 1954 à 1957, le développement du centre de Garches ouvert en 1949, en fait partie. Le décret du 3 août 1959 prescrit l'obligation pour tout centre hospitalier départemental et pour tout centre hospitalier

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

régional, de disposer de services de réadaptation fonctionnelle. La circulaire du 17 février 1960, en préparation du 3<sup>ème</sup> plan d'organisation sanitaire, est un texte spécifique relatif à la réadaptation médicale au côté d'une circulaire du 2 février plus générale. Elle appuie, sous la plume du Dr Aujaleu, l'importance que le Ministère donne au développement de ce secteur. La réadaptation post-hospitalière est valorisée pour désencombrer les hôpitaux. « *En aucun cas, le séjour d'un malade ne doit être prolongé à l'hôpital pour le motif exclusif de la mise en route ou de la poursuite d'un traitement de réadaptation* ». La conversion du Centre national des convalescents de Saint-Maurice en Centre national de réadaptation se réalise dans le cadre de ce plan, sous la responsabilité du Ministère<sup>150</sup>.

En dix ans, la réadaptation fonctionnelle a été instituée avec une place reconnue dans le système de soins, des services et centres spécifiques, un développement soutenu par les textes et les plans d'organisations sanitaires. Elle s'inscrit clairement dans la politique d'après-guerre de la Réadaptation des personnes handicapées, infirmes, diminuées physiques. Dès 1945, dans le code de la sécurité sociale et en 1950 dans le premier décret la concernant, il est signifié que seule la réadaptation fonctionnelle concerne les établissements de soins, alors qu'en 1954, l'IRR de Nancy ouvre l'institut avec toute la palette de la réadaptation dont un centre de réadaptation professionnelle ; ce ne sera pas le dernier. Les ministères séparent par leurs textes la réadaptation médicale et la réadaptation professionnelle. La sécurité sociale qui finance les deux continue son développement dans les deux secteurs avec des promoteurs médicaux. Les textes font, par ailleurs, fi des rivalités médicales ; ils laissent toujours ouverts la possibilité de services spécialisés ou polyvalents. Les besoins sont importants, les différents segments d'activité médicale peuvent avoir une part du « gâteau », ce d'autant que les aériums sont à restructurer. Les médecins semblent être plus en aval qu'en amont de cette politique, à part des précurseurs comme J. Parisot. Ils semblent intervenir dans des après-coups pour donner du contenu à la mise en œuvre des textes. A partir de 1960, la commission de Réadaptation médicale, en sus des syndicats et société savante, leur donne une arène pour structurer leur monde en interface avec les administratifs et les politiques (chapitre 4).

Ainsi, même si des médecins sont impliqués, c'est le politique qui exige du monde médical de s'occuper de certaines personnes ; comme cela se passera plus tard avec moins de moyens pour les

---

<sup>150</sup> Le centre dépend directement du Ministère comme quelques rares établissements de soins en France.

soins palliatifs (Mino, Frattini, 2007). Ici, les médecins de médecine physique inventent une pratique sur le terrain des soins. Cependant, ils sont dans une position délicate au sein du milieu médical, comme nous l'avons vu. De plus, ils sont éclatés entre de nombreux courants. Les textes réglementaires leur offrent une légitimité et une polarisation. L'ensemble légitime et participe de la mission qu'ils construisent au quotidien des soins. De plus, l'affirmation de la réadaptation fonctionnelle comme secteur obligatoire du système de soins fait échapper la réadaptation médicale au débat sur les soins aux chroniques.

### **La réadaptation fonctionnelle évite le débat sur les centres de convalescents et de chroniques**

En décembre 1950, le Conseil supérieur des hôpitaux est saisi de « *la question du contrôle par la sécurité sociale de la durée du séjour des malades à l'hôpital* ». Depuis la fin des années 20, le Conseil de surveillance de l'assistante publique de Paris s'en préoccupe régulièrement<sup>151</sup>. Le Conseil supérieur des hôpitaux n'a toujours pas résolu la question en 1960. Tous s'accordent à dire que les hôpitaux sont encombrés de nombreuses personnes qui ne devraient pas y être. Les débats sur les définitions à donner à ses personnes sont compliqués car plusieurs arguments d'ordre différents se mêlent. Les arguments fonctionnels sont assez simples « *Nos services de médecine, déjà encombrés fréquemment par les vieillards et incurables en attente de placement, se voient aussi surchargés de malades chroniques... leur mélange (avec les malades aigus) est nuisible à la bonne marche des services.* » ... « *il s'agit de créer des services spéciaux, distincts des services de vieillards et incurables et des services de malades aigus dans lesquels seraient soignés les malades chroniques.* » ... « *une proportion de 10% de lits de malades chroniques par rapport au nombre de malades aigus, peut être considérée comme raisonnable* »<sup>152</sup>. Les arguments moraux, pour définir qui peut cohabiter avec qui, reviennent régulièrement sous diverses formes et compliquent les débats : les agités, les alcooliques... Les médecins, une fois que les contagieux et les aliénés ont été

---

<sup>151</sup> Construction de quatre hôpitaux nouveaux dans la région parisienne, Mr François-Latour, 19, novembre 1928, 266-274

Au sujet de l'encombrement des services de tuberculeux, Mr Pagniez, 10, 13 mars 1930, 537

Au sujet de l'encombrement des hôpitaux, Mr de Fontenay, 9, 29 janvier 1931, 426

Au sujet de la durée du séjour en salle dans les hôpitaux, Mr De Fontenay, 11, 22 mars 1934, 504

Au sujet de la présence de malades chroniques dans les hôpitaux d'aigus, Mr Pagniez, 15, 14 juin 34, 607 (rien de plus précis que dans la séance du 22 mars 1934)

Au sujet des économies que l'on pourrait réaliser dans les hôpitaux, Mr De Fontenay, 15, 23 mai 35, 631

Communication du Directeur Général, au sujet de la réalisation d'un programme de construction de 2 000 lits pour malades chroniques, DG, 15 mars 1962, 752; 26 avril 1962, 1108; 15 mai 1962, 1162

<sup>152</sup> Rapport au Conseil Supérieur des Hôpitaux de Mr Terrailon au non de la Fédération hospitalière de France : Les services de malades chroniques, 1951

mis de côté, doivent réaliser des distinctions quant aux possibles récupérations des personnes. Les textes réglementaires, qui ont fixé des catégories ouvrant à tels ou tels financements, rendent les travaux encore un peu plus délicats. Je ne vais pas retracer les débats. Pour mon propos, je note que malgré certaines classifications qui auraient pu inscrire ces malades dans la politique de réadaptation, il n'en a rien été. Le rapport de synthèse sur les malades chroniques dans les hôpitaux (1951) propose 3 catégories de malades correspondant à 3 niveaux de plateaux techniques : « *les chroniques non récupérables peu médicalisés* » ; « *les chroniques améliorables* », atteintes neurologiques, cardiaques, rénales, malformations congénitales qui demande une surveillance médicale et un certain niveau de reclassement social ; « *les chroniques récupérables* », souvent après chirurgie, accidents, tuberculose osseuse, certains poliomyélitiques, polynévrites, certaines insuffisances cardiaques, rhumatisants... : 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 tels chroniques* ». Au-delà du découpage flou et qui semble assez peu fondé entre chroniques améliorables et récupérables, ce découpage à l'époque a été considéré comme ayant une valeur. Les chroniques récupérables vont donc dans les centres de réadaptation fonctionnelle et les autres ne peuvent bénéficier des mêmes soins, ni de la même visée de réadaptation sociale. Ensuite, la partition n'est plus vraiment retenue en ces termes. Le Conseil ne parle plus des malades qui peuvent bénéficier de réadaptation fonctionnelle au titre du décret de 1950 puis de l'arrêté de 1953. Il ne parle pas plus de réadaptation pour les malades chroniques. Les débats se situent au niveau des soins longs mais sans ou avec peu de perspective ré-adaptative. La vision biomédicale reste ici dominante, seule la durée et l'intensité des soins changent. Les services de chroniques semblent donc être développés dans une logique parallèle aux services de rééducation fonctionnelle. Dans la circulaire de 1960 relative à la réadaptation médicale, la longue liste des malades<sup>153</sup> qui peuvent en bénéficier ne comprend pas nombre de maladies chroniques (comme par exemple, le diabète particulièrement fréquent). La partition semble se réaliser sur les fonctions motrices, sensorielles et du réentraînement à l'effort. La psychiatrie fait également l'objet d'une politique à l'articulation du sanitaire et du social. Le 15 mars 1960, une circulaire concernant la psychiatrie est édictée. « *Elle introduit la notion de secteur psychiatrique et vise à la réintégration du sujet dans son milieu familial et social. Chaque service de psychiatrie doit couvrir les besoins d'une population en*

---

<sup>153</sup> Sujets atteints d'affections chirurgicales (traumatisés, brûlés), d'affections neurologiques (poliomyélite, IMC, affections évolutives et non évolutives), de rhumatismes chroniques, porteurs de déformations orthopédiques et congénitales, d'insuffisance respiratoire (tuberculose, asthmatiques, silicotiques), d'affections cardiovasculaire, justiciables de traitements orthophoniques, handicapés sensoriels auxquels s'appliquent des techniques spécialisées, accouchement sans douleur (éducation psychomotrice), certains pathologies comme l'hémophilie si problèmes articulaires.

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

*s'appuyant sur des structures extérieures à l'hôpital.* » (Wirocius, Pétrissans, 2005). Les autres malades restent en marge des ambitions de la politique de Réadaptation.

Les répercussions sur les différents secteurs seraient intéressantes à déclinier. Pour ce travail, la différenciation sert le secteur de la réadaptation médicale car les moyens financiers alloués sont nettement plus conséquents. Un service de chronique a un prix de journée divisé par deux par rapport au service de médecine. A Rennes, à Garches, à Nancy, les prix de journée des services de RRF sont ceux des services de médecine spécialisée.

Ainsi, la réadaptation fonctionnelle participe à une nouvelle organisation des soins en s'articulant et se distinguant des services cliniques des hôpitaux, et en se différenciant des services de chroniques et d'incurables<sup>154</sup>. Cela conforte son identité ce d'autant que les prix de journée hospitaliers lui sont favorables.

Le développement de la RRF se réalise au sein du monde social de la réadaptation construit par des politiques, représentants d'associations, d'administration, médecins et autres professionnels. Son efficacité économique, à travers la remise au travail d'une main d'œuvre rentable, y est attendue autant que sa contribution à la dignité des personnes malades ou handicapées. Les arguments mobilisés par les médecins français qui font état du rapport bénéfices-dépenses et d'intérêts économiques dénotent dans le paysage de la médecine occidentale d'après-guerre, fière de ses succès thérapeutiques quel qu'en soit le coût. L'affirmation de la réadaptation médicale au sein du système de santé français se réalise sous l'aile protectrice<sup>155</sup> des politiques de réadaptation. Elle échappe à une forme de dévalorisation des soins de longue durée pour convalescents et chroniques. Juste après WW2, un véritable tapis rouge de décrets, arrêtés et circulaires offre aux médecins intéressés des espaces d'exercice spécifique et correctement financé. Quelque soit ce 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 rapport exact des médecins de médecine physique à l'objectif de réadaptation par le travail reste à affiner. Comme nous l'avons vu, globalement, ils promeuvent l'intégration sociale et le retour au travail. En même temps,

---

<sup>154</sup> Dans une grille d'enquête, présentée en octobre 1961 au Conseil supérieur des hôpitaux, apparaissent trois secteurs distincts : *Réadaptation fonctionnelle, Convalescents, Chroniques*

<sup>155</sup> Pour paraphraser Abraham de Svaan, 1995, Sous l'aide protectrice de l'Etat. Paris, PUF, sociologies

certaines savent l'effort de *normification* (Goffman, 1975<sup>156</sup>) demandé aux personnes et le pondère par « dans la mesure du possible », « en fonction de l'importance des altérations ». Ils participent au repérage de ceux « *qui ne correspondent plus à une norme décrétée, pour leur enjoindre de la retrouver et d'entrer à nouveau dans la compétition du monde industriel et de la société technologique* » (Stiker, 2005<sup>157</sup>) et militent au côté des associations pour le développement de centres adaptés aux plus démunis.

Partant de son expérience clinique et thérapeutique, et s'appuyant sur une politique en sa faveur, la médecine physique construit ses lieux de représentation professionnelle français et européens, met en place des enseignements spécifiques, et en développe, sous son contrôle, les professions paramédicales. L'ensemble lui permet de se fait reconnaître comme spécialité médicale.

#### 4. Une médecine de spécialité

Dès le début du 19<sup>ème</sup> siècle Paris se distingue, en Europe, par la diversité de ses établissements spécialisés. Pourtant, « *la création des chaires de clinique spéciales tombent au lendemain de la guerre de 1870, alors que s'accrédite l'idée du retard pris par l'organisation de la « science française » qui, contrairement à la Prusse, n'a pas su s'adapter au processus de spécialisation des connaissances.* » (Pinell, 2003). Il peut être noté que le mouvement pour être reconnu comme spécialiste de médecine physique et réadaptation apparaît également assez tardif en Europe, par rapport aux Etats-Unis où la spécialité est affirmée en 1947. « *Au regard d'un processus pluriséculaire, l'apparition de spécialités cliniques bénéficiant d'une légitimité publique inscrite dans la loi est un fait social récent et qui ne concerne que certains pays (elle est postérieure, en France, à la deuxième guerre mondiale)* » (Pinell, 2003). La médecine de rééducation et de réadaptation fonctionnelles s'inscrit dans cette période.

---

<sup>156</sup> Goffman, 1975, p44. Les « normaux » ont tendance à traiter les stigmatisés comme s'ils ne l'étaient pas et le stigmatisé accomplit des efforts pour se comporter comme quelqu'un d'ordinaire. Ici, le stigmatisé doit réaliser un travail de « *normification* »<sup>156</sup> plus ou moins coûteux et faisable. Ce d'autant que les malentendus d'attendus sont observés entre d'une part les normaux qui supportent et défendent les normes sociales, et d'autre part les stigmatisés qui revendiquent une égalité. Dans toutes ces situations routinières ou plus exceptionnelles, le stigmatisé porte l'essentiel du travail d'ajustement.

<sup>157</sup> Stiker, 2005, p145

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

Entre pratiques et politiques, ici, je cherche à mettre en lumière le travail d'argumentaire et de positionnement d'un groupe professionnel composite qui évolue au cours du temps vers une médecine de la fonction. Ce groupe doit conquérir une légitimité au sein du monde médical pour que le Conseil national de l'ordre des médecins reconnaisse leur pratique comme une spécialité. Il s'agit d'un groupe intermédiaire qui évolue au cours du temps entre des segments en perte de vitesse (hygiène, thermalisme, électrothérapie, phtisiologie) et des segments puissants (rhumatologie, chirurgie orthopédique). Des *cercles de confrères* (Strauss, 1992) se déplacent dans le temps. Les fins poursuivies dans le travail convergent mais les manières d'y parvenir créent des courants divergents au sein de la médecine physique. Les praticiens affirment, également, leur appartenance au corps médical en développant, sous son contrôle, les professions paramédicales qui permettent les soins de RRF et en parachevant, dans le même mouvement, la loi sur le monopole médical de 1892. Ils construisent leur identité et leur influence en structurant société savante, syndicat, enseignement et revendications communes en lien avec les courants internationaux.

#### **4.1. La médecine physique entre segments qui perdent du terrain et des amis ambitieux**

Après la guerre, il fallait retrouver un élan pour une médecine, regroupée sous le vocable de physiothérapie à partir de 1910 en France, dont les organisations et revues ont été mises à mal, nous l'avons vu pendant WW2. Marcelle Peillon, en 1952, sollicite l'intérêt de Pierre Joannon, pour la médecine physique en France « *afin d'en réunir les éléments trop dispersés, de faire étendre son emploi dans les grandes disciplines médicales, et d'organiser le champ de ses applications. Il comprit aussitôt cette vaste tâche sociale préventive et thérapeutique et accepta de travailler à la promotion de la médecine physique* » (Peillon, 1965) Les médecins de médecine physique ont effectivement beaucoup à faire, en leur sein, pour maintenir une cohérence de vue et de revendication. La médecine d'hygiène et l'électrothérapie ont eu leurs heures de gloire entre les deux-guerres ; après WW2, ils restent présents et actifs mais ne peuvent plus revendiquer une position déterminante au sein de la médecine physique. Le thermalisme cherche sa place. Les médecins du travail et ceux de la médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports sont de plus en plus visibles, mais ce sont surtout les chirurgiens orthopédistes et les rhumatologues au côté de quelques neurologues qui affirment leur présence et leur ambition au sein de la médecine physique. Parallèlement, les pneumologues et cardiologues restent influents mais semblent peu revendicatifs pour prendre un leadership quelconque sur la médecine physique. Les physiologistes sont surtout attentifs à ce que les nouveaux besoins en rééducation ne viennent pas démembrer trop vite sanatoriums et autres équipements sanitaires que beaucoup de médecins, administratifs et politiques jugent pléthoriques. Dans ce concert aux accents parfois dissonants, des courants convergents et divergents se mêlent. Certains acteurs clefs vont aider à faire la synthèse dans le contexte qui a été décrit.

#### **Convergences et courants transverses**

L'hygiène, l'électrologie, le thermalisme, la physiologie sont des segments fondateurs de la médecine physique. Après guerre, ils sont plutôt en perte de vitesse mais continuent à contribuer, en partie du fait de leur faiblesse, à la cohésion de la médecine physique. Deux autres segments restent transversaux et solidifient la médecine physique : la rééducation motrice et l'entraînement à l'effort. Il s'y ajoute la médecine du travail après WW2.

Au début du XX<sup>ème</sup>, en s'alliant à l'hygiène, la physiothérapie avait renforcé sa légitimité.

L'hygiène est à son apogée. « *Loin d'être concurrentes, les deux approches, environnementale et globale d'un côté, physiologiste et localiste de l'autre, constituent les deux piliers de la médecine moderne* » (Corbin, 2005<sup>158</sup>). Les médecins hygiénistes sont souvent aussi des cliniciens ou des biologistes. Ils interviennent dans différentes sphères en même temps<sup>159</sup>. L'hygiène se nourrit alors de nombreux enjeux sanitaires et diverses découvertes structurantes. « *Ajoutée à la peur de la contagion, la hantise de l'hérédité justifie et amplifie les rêves et les politiques de santé publique* » (Corbin, 2005<sup>160</sup>). Après WW2, l'hygiène reste essentiellement préventive et sociale<sup>161</sup>. Les thèmes des colloques, les articles au sein de la Revue d'hygiène et de médecine sociale en témoignent. Les agents physiques (air, climat, eau, mouvement surtout, moins électricité, ultra-sons..) se prêtent bien au développement de l'hygiène et d'une politique de prévention. Ils sont tout à la fois agents du bien-être, du développement, du maintien d'une bonne santé, du retour à la santé. P. Joannon est hygiéniste, il continue avec d'autres à défendre une vision de la médecine physique dans cette optique (Joannon, 1964). Mais le déclin régulier de l'influence de sa spécialité va quasiment éteindre, avec sa mort en 1965, l'influence de la médecine d'hygiène au sein de la médecine physique. Ce d'autant que « *à Paris, la chaire d'hygiène reste unique alors que les chaires de médecine clinique se multiplient. Elle n'occupe plus après un siècle, qu'une position de moindre prestige traduisant l'échec relatif des ambitions de la médecine sociale* » (Pinell, 1992<sup>162</sup>). Cela fera dire à A. Grossiord (1968), qui rend hommage à P. Joannon dans les Annales de médecine physique, « *Peu importe, que sa médecine physique ne soit pas tout à fait la nôtre, que la rééducation fonctionnelle ait pris une place de plus en plus importante* », il a été un personnage essentiel du mouvement. Peut-être sa personnalité passionnée (Peillon, 1965) alliée à une position non dangereuse au sein de la médecine ont-elles favorisé son action fédératrice.

Parallèlement, l'électrologie, au fur et à mesure que les découvertes se réalisent, enrichit son potentiel diagnostique et thérapeutique, ce qui aboutit au fractionnement de son champ d'intervention. « *Par convention internationale, le radiodiagnostic et la roentgentherapie sont exclus de la médecine physique et sont constitués en spécialité autonome en France comme à l'étranger* » (Françon, 1958). Le développement de l'électrodiagnostic (EEG et EMG notamment) va être très utile à la médecine physique mais son développement est, en partie, sous contrôle des

---

<sup>158</sup> Corbin, 2005, p16

<sup>159</sup> Cf. le développement de l'hygiène thérapeutique par le Docteur Dujardin-Beaumetz, mais aussi la place que les cliniciens prennent au Conseil supérieur d'hygiène, de nombreux praticiens mentionnés dans la thèse de J. Monet en font partie à un moment ou un autre de leur parcours professionnel.

<sup>160</sup> Corbin, 2005, p48

<sup>161</sup> La Société française d'Hygiène devient après WW2 la Société française de médecine préventive et sociale.

<sup>162</sup> Pinell, 1992, p82

neurologues, des physiciens et physiologistes qui créent leurs propres sociétés savantes<sup>163</sup>. L'électrologie reste très valorisée au sein du mouvement de la médecine physique tout en étant assignée à une place de techniques à mobiliser pour le développement de la clinique de RRF ainsi que nous l'avons vu plus tôt. Elle reste donc en position transversale au monde de la médecine physique tout en ayant d'autres intersections. La première place participe à la cohérence de la médecine physique, la deuxième joue le rôle d'interface avec les physiologistes, les neurologues et les services d'examen complémentaires en cours de structuration.

Le thermalisme, le climatisme, l'hydrologie occupent une place singulière. Par essence, les agents physiques sont la base de leur action. Du fait de leur histoire, les bienfaits ont été recherchés pour de multiples pathologies. Entre les deux-guerres, le thermalisme est florissant. Les personnes fortunées françaises et étrangères se retrouvent, chaque année, au sein des stations à la mode. Pendant et après WW1, certaines stations ont été dédiées aux soins des blessés de guerre<sup>164</sup>. En 1929, est créée à l'hôpital Saint-Antoine de Paris, un centre de « *triage des malades justiciables de cures hydro-minérales ou climatiques* ». « *Le Docteur Villaret ... a organisé, une consultation spéciale – la première du genre - pour les affections justiciables d'une cure thermale ou climatique.* »<sup>165</sup> Maurice Villaret démontre les intérêts des cures qui doivent être ouvertes à tous et pas seulement aux classes aisées. Au moment où l'AP de Paris cherche à faire des économies cette proposition est acceptée car « *ces envois n'aggraverait pas nos dépenses hospitalières ... le prix de journée dans ces établissements est très peu élevé ; il est actuellement de 11 à 16 francs, et celui de nos services de médecine est de 35,82 francs. Il est donc permis d'escompter un avantage économique.* »<sup>166</sup> Pendant la guerre 39-45 et juste après, les promoteurs du thermo-climatisme en lien avec l'Académie de Médecine<sup>167</sup> demandent à deux reprises en 1939 et 1945 aux pouvoirs publics d'utiliser et de reconstruire les stations thermales au bénéfice des mutilés et des personnes survivantes des camps de concentration (Flurin, Justin-Besançon, 1945). Ce qui sera fait. Ce secteur participe au monde de la médecine physique mais est aussi assez indépendant. Il possède des enseignements spécifiques, des chaires ; c'est une compétence médicale. Il a une société savante, une commission au sein du Conseil supérieure d'hygiène publique de France. Marcelle Peillon

<sup>163</sup> La société française d'électro-encéphalographie et de neurophysiologie clinique ; la société francophone d'électromyographie

<sup>164</sup> « La circulaire du 6 juin 1915 désigne 27 stations où l'on pouvait diriger tout militaire présentant des séquelles de blessures ou des maladies susceptibles d'être améliorées par la cure hydrominérale. ... la circulaire du 26 mars 1919 laissait encore 20 stations à la disposition des malades et des blessés » (Flurin, Justin-Besançon, 1945)

<sup>165</sup> Conseil de surveillance des hôpitaux de Paris, Création à l'hôpital Saint-Antoine de Paris, un centre de « triage des malades justiciables de cures hydro-minérales ou climatiques », Mr Crouzon, 20, 28 mai 1929, p658 – 662

<sup>166</sup> *ibid*

<sup>167</sup> Pr. Villaret, Pr Chiray, Dr H. Flurin, Pr Polonovski travaillent au sein d'un Comité consultatif et exécutif chargé de fixer une doctrine en ce qui concerne l'organisation médicales et techniques des stations durant les hostilités.

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

(électrologue et médecin thermal) et Denis Leroy (pour qui est créée la première chaire de Rééducation fonctionnelle et Hydroclimatologie en 1966 à Rennes) sont des acteurs actifs pour lier médecine physique et thermalisme. Ce secteur est malgré son histoire et ses lieux d'influence, en position de relative faiblesse après WW2. Le nombre de personnes aisées a notablement diminué. L'hydrologie se développe dans tous les services de physiothérapie ou de rééducation et dans les nouveaux centres, nouvellement baptisés, de réadaptation médicale. Les médecins et les textes législatifs insistent sur le développement de lieux de rééducation auprès de grands centres hospitaliers et au sein des zones à forte densité d'habitants afin de faciliter la réinsertion des personnes en milieu ordinaire de vie. Les stations thermales, loin des centres urbains, ont tendance à se vider. Ainsi, le thermalisme reste au croisement de la médecine physique essentiellement par l'hydrologie, procédé en plein essor pour faciliter la rééducation de nombreux infirmes moteurs. Le thermalisme, quant à lui, reste un segment indépendant au sein d'autres arènes.

Les liens de la médecine physique avec les phtisiologues sont également anciens, que ce soit à travers le traitement des séquelles de tuberculoses osseuses ou à travers les travaux sur les fonctions respiratoires et l'entraînement à l'effort (avec également les cardiologues). La politique de reconversion des aériums et sanatoriums entraîne tensions et opportunités au sein de la médecine physique. Le premier sanatorium connu en France serait celui ouvert en 1881 par l'œuvre de Villepinte (93). Le dernier ouvre en 1963 dans les Pyrénées, il n'a jamais vu un malade tuberculeux<sup>168</sup>. C'est entre les deux-guerres, que la politique de lutte contre la tuberculose va s'organiser<sup>169</sup>. Avec la découverte des antituberculeux<sup>170</sup>, à partir de 1948, une politique de reconversion des sanatoriums commence timidement après 1948 et s'amplifie entre 1960 et 1970. Dès 1947, les phtisiologues sont sur le qui-vive alors que la DGS rappelle que l'armement sanitaire antituberculeux est pléthorique. Ils demandent à l'académie de se positionner pour défendre les centres. Lorsqu'en 1949, les rhumatologues, au sein de la commission du rhumatisme, demande le développement de centres de convalescents pour enfants et adultes, le Docteur Aujaleu, présent à quasiment toutes les commissions, défend l'idée d'utiliser le climatisme social ou les aériums. En 1947, au Conseil de surveillance des hôpitaux de Paris, une position de la Fédération Nationale des Tuberculeux montre leur inquiétude « *la Fédération sera opposée à la création du centre antipoliomyélitique [à Garches] si cette création avait pour résultat de nuire aux intérêts des*

---

<sup>168</sup> « De la peste au SIDA : le cheminement des épidémies. » Débat avec Patrice Bourdelais, Pierre Guillaume, Anne-Marie Moulin, Daniel Teyssière. Académie de Rennes, Histoire, géographie, éducation civique. Compte-rendu de Blois, 2001.

<sup>169</sup> 1918, création des dispensaires antituberculeux. 1919, loi sur la création des sanatoriums

<sup>170</sup> 1948 : découverte de la streptomycine, 1954, découverte du rhimifon

*tuberculeux*. ». Il est alors décidé de créer un centre de rééducation professionnelle à Raymond Poincaré pour eux et d'autres malades<sup>171</sup> ; manière élégante de résoudre le problème. Toujours est-il malgré les réticences des associations et des phthisiologues, les centres réservés aux tuberculeux sont transformés. Entre 1926 (essentiellement à partir de 1966) et 1976, 451 établissements prenant en charge des enfants ou adultes tuberculeux feront des dossiers de reconversion. Un certain nombre d'entre eux seront transformés en centre de rééducation médicale, en maison de retraite, institut médico-éducatif, centres pour malades mentaux... S. Fouché, assez rapidement après WW2, prône la reconversion de certains centres de Ladapt. Ce moment délicat de tensions, favorable à la rééducation, entre médecine physique et pneumologues ne semble pas empêcher la poursuite des collaborations, sans volonté des pneumologues de prendre la main sur la première. Ces derniers se focalisent alors sur les cancers, l'asthme et les insuffisances respiratoires.

Toutes les autres techniques, qui concourent à la rééducation motrice ou psychomotrices et à l'entraînement à l'effort, contribuent au développement de la médecine physique. Après guerre, sont reconnues les compétences suivantes : la physio-mécanothérapie qui dans les faits n'a jamais été enseignée, la phoniatrie et rééducation de l'ouïe, la médecine appliquée à l'éducation physique et au sports<sup>172</sup>. Nombre de médecins formés participent au monde de la médecine physique et renforcent les compétences en termes d'analyse des fonctions et potentialités thérapeutiques. La médecine du travail prend une place plus grande au fur et à mesure que la médecine physique intègre des visées de réadaptation sociale et professionnelle.

### **Risques de divergences**

D'autres mouvements tout en s'appuyant sur les premiers ont tendance à écarteler la médecine physique en cherchant à la segmenter par grandes spécialités médicales ; ce qui dans le même temps lui interdirait d'être reconnue comme spécialité à part entière. Les neuropsychiatres ne semblent pas

---

<sup>171</sup> « L'administration envisage la création d'une école des malades osseux annexées à l'hôpital Raymond Poincaré. La rééducation de cette catégorie de malades est un problème dont vous n'êtes pas sans connaître l'importance sociale. D'ailleurs le législateur par l'ordonnance du 13 octobre 1945, a fait de la rééducation des tuberculeux une obligation légale. L'administration de l'AP, en tant qu'administration hospitalière, veut tenter de réaliser cette mesure en créant un établissement de rééducation professionnelle qui sera ouvert aux autres malades de Raymond Poincaré ». C'est dans cet établissement que fonctionnera à partir du 1er avril prochain, un centre de poliomyélite. C'est dire toute l'importance que peut avoir la création de cette école dont le but sera de rééduquer professionnellement les malades, compte-tenu de leurs possibilités, et de faciliter leur réadaptation à des conditions normales d'existence.

<sup>172</sup> Certificat d'Etudes Spéciales de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports : arrêté du 15 décembre 1949 modifié par arrêté du 27 octobre 1951

influent au sein de la médecine physique, alors qu'ils le sont dans le mouvement de la psychiatrie. Juste après guerre, à part A. Grossiord qui s'est saisi de l'opportunité qui lui est offerte en 1947, la grande majorité des neuropsychiatres<sup>173</sup> semblent assez neutres. Ils sont plus actifs au moment de la réforme de l'internat en 1983, certains d'entre eux voulant alors faire disparaître la spécialité de RRF. Entre 1950 et 1970, les chirurgiens orthopédistes et les rhumatologues cherchent à faire reconnaître leur leadership sur la rééducation fonctionnelle au sein de filières par spécialité.

Une controverse, qui s'est déployée à plusieurs reprises, rend compte des débats. La première fois, elle concerne la question suivante faut-il des filières spécialisées ou des centres polyvalents de rééducation ? Elle est posée dès 1947. La deuxième fois, elle concerne la nomination du médecin chef de l'Institut National de Réadaptation de Saint-Maurice<sup>174</sup> en 1967, soit vingt ans plus tard. Aux deux époques, les mêmes enjeux sont présents et les mêmes argumentaires sont avancés par les parties en présence.

La question qui revient sans cesse est celle de savoir qui doit assurer diagnostic et élaboration thérapeutique de médecine physique. Un certain nombre de médecins défendent l'idée suivante : *« Le rôle du médecin et du chirurgien traitant, de certains spécialistes comme l'urologue est essentiel puisqu'il s'insérera habituellement, dès le début de l'évolution, et qu'il appartiendra aux médecins d'avoir précocement une vue aussi claire que possible des problèmes à venir. Mais la thérapeutique classique n'est qu'un commencement, elle doit être liée aux efforts de réadaptation de l'individu et à cet égard, une branche spéciale de la médecine occupe maintenant une place de choix : la médecine physique, conçue sous la forme d'une spécialisation plus ou moins stricte. Peu importe, en effet qu'il s'agisse d'un médecin entièrement spécialisé en la matière ou d'un praticien appartenant ou telle ou telle discipline mais ayant acquis par l'expérience, cette vision spéciale du malade que donnent l'étude et la pratique des déficiences physiques... ce qui est essentiel, c'est qu'à un moment donné, et si possible très tôt, quelqu'un sache voir le malade sous cet angle et donne à la thérapeutique l'impulsion nécessaire »* (Grossiord,1955). Elle est reprise, par S. Thieffry, professeur à la clinique de pédiatrie et de puériculture par lettre du 26 janvier 1976 au DGS, à propos de la chefferie de service de Saint-Maurice. Il s'agit de *« traitements qui doivent être appliqués par une équipe où se trouvent côté à côté médecin, chirurgien, orthopédiste, neurologue éventuellement, neuropsychologue, rééducateur. [...] Je ne peux faire d'autre comparaison à ce point de vue que ce qui s'est passé pour la poliomyélite. On a beaucoup discuté pour savoir à qui*

---

<sup>173</sup> Après WW2, la spécialité est la neuropsychiatrie.

<sup>174</sup> Les Drs Grossiord et Hindermeyer ont été nommés, par le Ministre, pour construire le projet de l'IRN ; ce, en leur donnant une place équivalente. Au moment où se pose la question de la nomination du médecin-chef, les deux se sentent un peu trahis et il devient impossible de trancher. Ce qui permet d'ouvrir toutes les possibilités.

*confier les centres de traitement de la poliomyélite. Il a été démontré par expérience qu'il est vain de savoir s'il fallait faire appel à un neurologue, à un orthopédiste ou un physiothérapeute. L'importance est une connaissance parfaite de ce que doit être la totalité du traitement d'une infirmité, et qui est une coordination et une continuité parfaite des soins entre toute une équipe. [...] Je pense que s'il fallait trouver des références dans un domaine comparable, on pourrait prendre inspiration au Centre de rééducation motrice de Fontainebleau, ou au centre de rééducation motrice pour tout-petits à Antony.* » Il propose qu'un service de chirurgie soit présent sur place pour une meilleure coordination.

Les tenants de l'autre position se situent en miroir. A propos, du centre régional de traumatologie de Marseille, en 1955, les promoteurs soulignent : *« une pareille organisation doit, pour être profitable, être annexée à un service de chirurgie osseuse et tout particulièrement de traumatologie »*. *« Les incidences médicales, sociales, professionnelles, psychiques s'imbriquent et sont l'œuvre d'une équipe comprenant : chirurgiens, physiothérapeutes, médecins du travail, ingénieurs, assistantes sociales, service de main-d'œuvre »* (Imbert, Silhol, 1955). Au Conseil supérieur des hôpitaux, en 1950, les chirurgiens orthopédistes avaient défendu l'intérêt des développer des centres de traumatologie qui comprenait toute la filière de la prise en charge en urgences à la réadaptation (*« Rapport médical »* par les Drs Merle d'Aubigné, Miraillie, Padovani, Gosset, et rapport *« Le centre de traumatologie »* par le Dr René Caillet). En tant que rhumatologue, le Docteur De Sèze à la commission du Rhumatisme, en 1945<sup>175</sup>, présente son rapport dans un esprit similaire. *« L'exercice de la rhumatologie tant sur le plan scientifique que sur le plan pratique, clinique et thérapeutique nécessite la collaboration incessante, constante du médecin rhumatologue, du chirurgien ostéo-articulaire, de l'orthopédiste et des masseurs, de l'électroradiologue, du chef de laboratoire »*. *« Sans qu'il soit question de vouloir établir une hiérarchie de valeur ou d'autorité entre ces différentes disciplines, il est nécessaire de dire qu'une telle collaboration ne peut donner son plein rendement que si elle s'effectue sous une direction unique : direction qui revient tout naturellement au médecin spécialisé dans l'étude de la Rhumatologie. »* ... *« De même que certains chirurgien de grande qualité trouvent tout naturel de devenir des assistants médicaux d'un autre chirurgien, ici, les autres médecins peuvent « sans déchoir » travailler sous la direction du médecin rhumatologue. »* Le 29 septembre 1966, une lettre du Pr

---

<sup>175</sup> Rapport du Docteur De Sèze à la commission du Rhumatisme, séance du 8 octobre 1945 : rapports entre l'assistante publique et l'organisation de l'activité rhumatologique hospitalière

---

Merle d'Aubigné<sup>176</sup> au Ministre défend des arguments de même nature, concernant l'INR de Saint-Maurice. « *Malheureusement, et c'est ce qui me pousse à vous écrire, le médecin qui doit diriger ce centre n'est pas encore désigné. Cette désignation paraît particulièrement urgente avant la fin des travaux et en particulier avant l'aménagement. (...) Le centre doit comprendre trois divisions – l'une réservée aux infirmes moteurs cérébraux, l'autre aux poliomyélitiques, la troisième au reste des affections orthopédiques de l'enfant. Etant donné la diminution, et peut-être la disparition prochaine des poliomyélitiques, la troisième partie, qui comprend toutes les malformations congénitales et les déformations dues à la croissance et aux suites de traumatismes, doit fournir une partie très importante de la clientèle. Dans cette catégorie, mais aussi dans les autres, la chirurgie orthopédique a un rôle essentiel, dont les indications sont aujourd'hui bien précisées. Mais elles ne sont bien connues que d'un nombre assez limité de médecins – ceux qui sont capables de faire des interventions, en ont suivi les résultats dans un nombre importants de cas et ont pris d'autre part la peine de connaître et de pratiquer les méthodes orthopédiques et médicales afin de déceler dans ces cas particulièrement difficiles quelle est la méthode la plus efficace. C'est pourquoi je crois que ce centre ne rendra tous les services que l'on peut en attendre que s'il est dirigé par un chirurgien orthopédique spécialisé, ayant une expérience étendue du traitement des affections d'ordre neurologique ou non, atteignant l'appareil locomoteur de l'enfant.* »

Les premiers insistent sur les spécificités de l'approche de médecine physique, les autres sur l'intérêt d'une prise en charge coordonnée du début à la fin par le spécialiste qui prend en charge le patient au démarrage du parcours de soins. Quelques autres arguments sont évoqués comme A. Grossiord et J. Hindermeyer, dans le projet de l'INR qui défendent, l'intérêt d'avoir un panel diversifié de patients à s'occuper pour faire progresser la connaissance de cette nouvelle médecine. Alors que les rhumatologues et les chirurgiens insistent sur l'importance de ne pas mélanger les patients : chaque spécialiste connaît mieux les pathologies et les possibilités rééducatives ; il est contre-productif de mettre ensemble des traumatisés qui vont guérir avec des personnes gravement handicapés ; et les centres de rééducation motrice n'ont pas de place pour les patients traumatisés ou pour les rhumatisants. Au-delà des arguments évoqués, le débat est fondamental pour la médecine physique. A. Grossiord, J. Hindermeyer, L. Pierquin, D. Leroy l'ont bien sûr compris, tout autant que leurs adversaires sur cette question. Soit, à l'instar des Etats-Unis, la médecine physique s'autonomise des spécialités actuelles, soit au mieux elle deviendra une compétence qui reste inféodée aux autres spécialistes. Certains au sein de la médecine physique revendiquent clairement

---

<sup>176</sup> Il dispose de 30 lits à INR et de lits de rééducation orthopédique à Garches.

une nouvelle segmentation de la médecine ; ce n'est plus une médecine d'appareil ou de groupes de pathologie, ce n'est pas un simple prolongement de la chirurgie, c'est une nouvelle médecine de la fonction et de la réadaptation.

### **La ligne de la médecine physique et de réadaptation**

A la croisée de ces divers courants, en s'appuyant sur le développement de la MPR européenne et sur la politique de Réadaptation, une ligne s'affirme. Pour les promoteurs, elle est délicate à tenir. « *L'éventail des indications est démesurément élargi [en médecine physique] alors que nous tendons à une spécialisation de plus en plus serrée* » (Françon, 1958). De plus, il importe de ne pas entrer dans une concurrence néfaste avec ceux qui participent activement au développement de la médecine physique et qui sont les alliés obligatoires de demain : les chirurgiens, rhumatologues, neurologues, pneumologues, cardiologues... Des médecins revendiquent progressivement être du bord exclusif de la médecine physique<sup>177</sup>, telle qu'elle est appelée par les médecins français, qui se confond progressivement avec la réadaptation médicale des politiques publiques. Elle rejoint ainsi *the Physical medicine and rehabilitation* des anglo-saxons. La commission de réadaptation et les instances européennes semblent, largement autant que la Société française de médecine physique et le Syndicat de médecine physique, les lieux au sein desquels le courant promoteur d'une nouvelle segmentation de la médecine peut s'exprimer. Après WW2, le développement des professions paramédicales, sous responsabilité médicale, donne une importance aux médecins de médecine physique par la visibilité des débats, par la division du travail que cela instaure et par le contrôle que les médecins exercent sur ces professions au sein de différents conseils qui régissent les professions ; ce, en accord avec l'Ordre des médecins, l'Académie de médecine, les représentants de l'Etat et de la sécurité sociale.

---

<sup>177</sup> Même si A. Grossiord gardera toujours sur ces lettres « Rééducation neurologique », il ne met pas en avant sa seule spécialité (la neuropsychiatrie) au moment où la spécialité de RRF n'existe pas encore

## 4.2. Une division du travail sous contrôle médical

La médecine de RRF est liée au développement de plusieurs aides médicales. Réaliser de manière quotidienne, voire pluriquotidienne des gestes de rééducation à (ou avec) chaque malade, le soutenir dans ses efforts, régler les appareils de rééducation à la morphologie des patients et aux objectifs de rééducation, développer des orthèses et prothèses sont indispensables. L'ensemble exige des professionnels formés et en nombre suffisant. A chaque création d'un service de rééducation fonctionnelle ou d'un centre de réadaptation fonctionnelle et professionnelle, les médecins décrivent les difficultés auxquelles ils ont été confrontés du fait du manque de professionnels formés notamment kinésithérapeutes, ergothérapeutes, prothésistes, puis psychomotriciens, orthophonistes... (Grossiord, 1953, 1976 ; Imbert, Silhol, 1955 ; Maury, 2002 ; André, Xénard, Meyer, 2004).

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, la rééducation motrice était appliquée soit par des médecins formés dans diverses écoles le plus souvent privées (Monet, 2005), soit par des aides aux compétences variées formés sur le tas ou dans le cadre de cycles de formation reconnus. « *En 1906, un enseignement de massage, spécialement conçu pour les aveugles est fondé par l'Association Valentin Haüy.* ». La direction est confiée au Docteur Félicien Fabre, jeune médecin devenu aveugle. « *Les premiers élèves se révèlent dans l'ensemble d'une valeur professionnelle incontestée et d'une valeur très élevée* » (Monet, 2005<sup>178</sup>). La profession d'infirmière est créée en 1922, obtenue après un cursus de quelques mois sanctionné par un brevet de capacité professionnelle (JO 1<sup>er</sup> juillet 1922). Elle se diversifie en 8 spécialités dont celle d'infirmière-masseur en 1924. Il existe des masseurs en chirurgie orthopédique, rhumatologie, obstétrique (accouchement sans douleur)... Les gymnastes médicaux, titulaires d'un brevet supérieur, obtiennent la reconnaissance de leur diplôme en 1942. En 1943, les masseurs deviennent médicaux et leur modalité d'exercice est précisée. En 1946, un diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute est créé, unifiant par équivalence gymnastes médicaux et masseurs, diplômés ou non, « *réunissant des compétences et des pratiques très hétérogènes* » (André, 2004). Après WW2, les médecins peuvent se former aux techniques de manipulations en France<sup>179</sup> ou plus souvent en Angleterre notamment en ce qui concerne les manipulations vertébrales. L'ergothérapie est officialisée aux Etats-Unis en 1917, et pratiquée en Grande-Bretagne

---

<sup>178</sup> Monet, 2005, p565

<sup>179</sup> A Nancy, Le Pr Louis Merklen, physiologiste, créé en 1929 un institut régional d'éducation physique. Il y met en place en 1945, une école de massage délivrant un diplôme de masseur médical. Elle est fermée en 1947 à la suite de la création du diplôme d'état de masseur kiné.

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

en prenant appui sur des écoles privées depuis 1936 (André, Xénard, Meyer, 2004).

Après WW2, les médecins trouvent des solutions diverses<sup>180</sup> et fondent des écoles. Aussi, les médecins promoteurs de centre de rééducation sont également très souvent promoteurs d'école de formation professionnelle soit d'Etat en lien avec un diplôme reconnu, soit école privée lorsque le diplôme n'est pas reconnu. Les diplômes de ces professionnels sont établis officiellement entre 1945 et 1980<sup>181</sup>. Louis Pierquin et les nancéens créent une école de masso-kinésithérapie ouverte en 1954, une école d'ergothérapie également en 1954. La formation, d'une durée de 2 ans, est sanctionnée par un diplôme privé d'ergothérapie. Il est fait appel à Andrée Roche, diplômée de l'association anglaise des ergothérapeutes à qui est confiée la coordination de l'école de Nancy en 1954. D. Leroy et les rennais créent une école de masso-kinésithérapie en 1954, une de pédicure en 1968, une d'ergothérapie en 1972<sup>182</sup>. A Toulouse, c'est un « *électroradiologiste sportif, le Dr Deypeyroux qui fit fonction de chef d'école, et enseigne, avec le soutien de l'équipe orthopédique, de retour de Boston (Pr Rieunau), les techniques de massages, de rééducation au lit en suspension traction et les techniques de manipulation. Despeyroux formait aussi ses propres masseurs, à partir des soigneurs sportifs ou du personnel thermal. Il crée, plus tardivement l'école de kinésithérapie* »<sup>183</sup>. A l'Hôpital National de Saint-Maurice, l'école nationale de kinésithérapie et de rééducation est créée en 1968 pour expérimenter de nouvelles méthodes pédagogiques et améliorer la formation des kinésithérapeutes. En ce qui concerne l'appareillage, les cours sont dispensés, après guerre, par les professionnels des centres d'appareillage en lien avec le Ministère des anciens combattants. Un cours international d'appareillage est créé en 1961, et permet la présentation de l'expérience nancéenne (André, Xénard, Meyer, 2004). En 1962, commence la publication d'un atlas d'appareillage en plusieurs langues sous l'impulsion de Guy Fajal, technicien polyvalent nancéen. En 1980 est créé le premier diplôme universitaire d'appareillage des handicapés moteurs.

Les médecins de médecine physique, les chirurgiens, rhumatologues, médecins du sport, électrologistes construisent les programmes des écoles des aides médicaux et délivrent les enseignements. Ils sont majoritaires dans les Conseils supérieurs des professions paramédicales et

---

<sup>180</sup> Pour la création de Garches, décidé en 1947 et ouvert en 49, des infirmières ayant déjà une expérience de massage ou de rééducation seront formées pendant 18 mois avant de prendre leur poste (Grossiord, 1953).

<sup>181</sup> Kinésithérapeute, décret du 30 avril 1946 et réforme des études en 1963 ; ergothérapeute, décret du 6 novembre 1970 (premiers diplômes d'Etat délivrés en 1974); orthophoniste, loi du 10 juillet 1964 (JO du 11 juillet) prévoit la création d'un Certificat de capacité d'orthophoniste qui reconnaît la profession et qui oblige à avoir le diplôme pour exercer

<sup>182</sup> Texte d'hommage à D. Leroy, 5 pages

<sup>183</sup> Mail d'un médecin toulousain, J. Delprat, reprenant quelques éléments de l'histoire de la MPR à Toulouse.

notamment au Conseil supérieur de la kinésithérapie. En application de la loi de 1892 concernant le monopole d'exercice médical, le corps médical est très attentif à garder la responsabilité des actes thérapeutiques. Certaines professions, dont les ostéopathes et chiropracteurs, ayant échappé à la Loi, après WW2, le combat des médecins va se focaliser sur les manipulations articulaires et surtout vertébrales. L'Académie de médecine<sup>184</sup> et le Conseil National de l'Ordre se prononcent pour ne pas confier les actes de manipulations vertébrales aux kinésithérapeutes et pour exiger que les actes restent sous le contrôle des médecins ainsi que le demande le rapport du Dr Deniker remis au Conseil supérieur de la kinésithérapie « *En aucun cas, une personne quelle qu'elle soit, non docteur en médecine, ne pourra de sa propre autorité, pratiquer des manœuvres dites de vertébrothérapie, si un diagnostic et une indication précise n'ont pas été au préalable posés par le médecin ou le chirurgien traitant qui prendra l'entière responsabilité du traitement.* » La commission des actes médicaux<sup>185</sup> aboutit, en 1960<sup>186</sup>, à une liste d'actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux. Elle exige dans son article 2 : « *Ne peuvent être pratiqués que par des docteurs en médecine, conformément à l'article 1372 (1<sup>er</sup>) du Code de la santé publique, les actes suivants : toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie* »... Et dans l'article 3 : « *Les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative, ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment : ... les élongations vertébrales par tractions mécaniques.* »

Je n'ai pas encore exploré les débats et les argumentaires des uns et des autres sur cette question, mais les médecins ont gagné une bataille sur un sujet qui leur pose problème depuis 1892. La réponse donnée à la question restera cependant régulièrement controversée<sup>187</sup>.

Ainsi, à travers le développement des professions paramédicales, les médecins étendent leur zone de contrôle sur le secteur de la rééducation, leur zone d'influence dans les Conseils supérieurs des professions paramédicales. Ils mettent l'ostéopathie et la chiropraxie sous la Loi du monopole

<sup>184</sup> Séance du 31 octobre 1950, Au sujet de la pratique de la spondylothérapie par les masseurs kinésithérapeutes, par M. Le Lorier

<sup>185</sup> Je n'ai pas consulté les archives de la commission des actes médicaux ; dérogation demandée.

<sup>186</sup> J.O. du 28 décembre 1960, liste d'actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux.

<sup>187</sup> Dans les années 1970, un dur conflit a « uni notre syndicat à celui des Rhumatologues et des médecins ostéopathes contre une proposition de loi déposée à l'Assemblée pour officialiser la profession de chiropracteur ». (*Le SYFMER fête ses 50 ans*. Site Internet SYFMER)

médical. L'ensemble participe à fédérer le mouvement des médecins de médecine physique et contribue à légitimer sa place au sein de la médecine avec l'adoubement de l'Académie de médecine et du CNOM.

### 4.3. Quarante années pour asseoir la spécialité

Il faudra quarante ans (1945-1984) pour que la médecine de RRF émerge comme pratique médicale et soit reconnue comme une spécialité par le CNOM et au sein de la profession médicale. D'un petit monde éclaté, les médecins de RRF réussissent à faire émerger une médecine des fonctions marginale au sein de la médecine curative et qui pourtant s'impose peu à peu. Les promoteurs se dotent de société savante, syndicat, enseignement, liens avec les mouvements internationaux avant de revendiquer une reconnaissance comme spécialité.

#### Un mouvement qui s'organise

A partir de 1952, les médecins de médecine physique s'organisent et sont très en lien avec le mouvement européen de *Physical Medicine et Rehabilitation*. Les uns et les autres se déplacent à l'étranger, Etats-Unis, Angleterre, Pays Scandinaves, Belgique, Italie, Pays-Bas... Les praticiens étrangers viennent en France. Les congrès, journées d'étude se multiplient dans les pays occidentaux. La structuration demandera 30 ans (cf. annexe 3). Il n'est pas facile d'en percevoir le déroulement, les débats, les moments importants. Il n'existe quasiment pas d'archives. Il me reste à trouver d'autres modes exploratoires pour comprendre les processus.

Comme mentionné dans l'introduction de ce travail, la France montre un retard pour faire reconnaître la spécialité par rapport aux Etats-Unis et plusieurs autres pays européens<sup>188</sup>. Mon hypothèse est que les débats entre d'une part, les médecins français porteurs d'une vision MPR, et d'autre part, les rhumatologues et chirurgiens orthopédistes porteurs de leur propre dynamique de spécialité, a longtemps freiné le mouvement. Le nom de médecine physique a pu, un temps, « faire paravent » à des controverses plus ou moins larvées. Personne n'est dupe, mais ce n'est que lorsque la commission de réadaptation médicale est instituée par le Ministère que la Société française de médecine physique accole à son nom celui de réadaptation. Je viens de commencer la consultation

---

<sup>188</sup> Après les Etats-Unis en 1947, l'Italie, à Rome, en 1955, les Pays-Bas en 1956, la Belgique en 1965 (Waghemacker, 1965b)

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

des archives, seulement disponibles, retraçant les travaux de la commission. Il me semble que cette arène a permis à la diversité des médecins engagés dans le mouvement de la médecine physique de passer un cap difficile : d'abord se reconnaître collectivement au sein de la médecine physique et réadaptation ; puis demander une formation spécifique pour une reconnaissance de compétence puis de spécialité.

Dans le même temps, des formations médicales sont mises en place au côté de celles qui existent déjà<sup>189</sup> et qui contribuent à la médecine physique. « *Un premier enseignement spécifique pour les médecins est proposé en 1956 par le Docteur Peillon-Dinischiotu* » (Wirotius, 1999). A Paris, en 1957 (ou 1958 ?), avec l'approbation du Professeur Leclainche, directeur général de l'Assistance publique, la Société française de médecine physique organise dans les hôpitaux un enseignement théorique et pratique, qui dure 2 ans, de Médecine Physique destiné au Docteur en médecine et aux étudiants munis de 24 inscriptions. En 1960, à Paris-Garches un diplôme d'Université de Médecine Physique et Rééducation est créé et dirigé par A. Grossiord. En province, des enseignements se développent également en fonction des praticiens influents et de leur sujet de prédilection soit en partant de la médecine du sport, de l'électrothérapie, de la rhumatologie... L'ensemble permet aux diverses instances de la Médecine Physique de disposer d'expériences pour demander la reconnaissance d'un Certificat d'Etudes Spéciales à l'Education Nationale et au Ministère de l'Education Nationale.

Parallèlement, les congrès européens et autres journées ou congrès en France sont très centrés sur ce que certains appelleront, dans les années 1990-2000 « l'handicapologie »<sup>190</sup>. Comme en France<sup>191</sup>, le mouvement européen de MPR est très appuyé par les politiques de retour à l'emploi des personnes handicapées. Lorsque se tiendra le premier colloque européen de réadaptation en 1965<sup>192</sup>,

---

<sup>189</sup> En lien avec la RRF, en 1953, sont enseignées et reconnues comme compétences la physio-mécanothérapie, la phoniatry et rééducation de l'ouïe, la médecine appliquée à l'éducation physique et au sports (CES de biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports : arrêté du 15 décembre 1949 modifié par arrêté du 27 octobre 1951), la médecine du travail, la médecine thermique.

<sup>190</sup> Au sein de la profession aujourd'hui, ce terme est employé soit pour défendre la notion, soit au contraire pour avancer l'idée que la MPR est plus vaste que ce seul créneau. Certains médecins pensent actuellement que « la référence à l'handicapologie handicape l'évolution de la spécialité ».

<sup>191</sup> Fin 1957, le premier congrès français de médecine physique<sup>191</sup> témoigne du virage. Il est très centré sur les personnes handicapées notamment les 3 rapports concernent la réadaptation des diminués physiques par le travail (L. Pierquin et Mlle Roche), les paraplégies traumatiques (Benassy, Maury, Grossiord), étude expérimentale et clinique sur les troubles neurovégétatifs dans les séquelles traumatiques des membres (Imbert, Mosinger, Silhol, de Bischoff) test à l'histamine. Les 60 communications balayent large (PAR, lombalgies, fractures du calcaneum, asthme...) mais la rééducation fonctionnelle domine. Rares sont les communications d'une autre nature (points cutanés en acupuncture, physiothérapie de la névralgie faciale) ou aptitudes physiques pour les sports mécaniques.

<sup>192</sup> Organisé par les Séminaires Belges de Réadaptation sous les auspices de la Fédération Européenne de médecine physique et réadaptation. Bruxelles, 17, 19 juin 1965 (Annales de médecine physique, Tome 8, n°3).

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

sous le patronage du Président de la Communauté Economique Européenne, du Président de la Communauté Européenne de l'énergie atomique et de celui de la Communauté Européenne du charbon et de l'acier, les médecins de l'Europe feront valoir leurs vœux<sup>193</sup> en matière d'organisation de la Réadaptation dans les différents pays et au niveau européen. Le deuxième vœu, le plus développé, et le quatrième concernent la formation. « *Deuxième vœu : Il serait souhaitable qu'une recommandation soit faite d'extrême urgence sur la formation et l'harmonisation de l'équipe de réadaptation en ce qui concerne la formation du personnel médical et paramédical d'après les conclusions du rapport de synthèse de ce colloque ; de manière différée sur la formation et l'harmonisation du personnel non médical. En annexe à ce deuxième vœu nous souhaitons que d'urgence l'enseignement de la spécialité « Médecine physique et Réadaptation » soit dispensé dans les six pays en prenant pour canevas le programme établi par la Fédération Européenne. [...] Quatrième vœu : Il est souhaitable que les Autorités Européennes prennent l'initiative de créer un ou plusieurs centres pilotes internationaux rattachés à une université pour pouvoir non seulement réadapter médicalement et professionnellement tous les types de handicapés mais encore former des équipes de Réadaptation avec le concours du Fonds social européen (article 125 du Traité) et par la Banque Européenne d'investissement (article 130 du Traité) » (Waghemacker, 1965b). Au niveau européen, il semble également important de ménager les spécialistes qui contribuent à la MPR. Le deuxième vœu comporte la précision suivante : « *la qualification en Médecine Physique et Réadaptation pourra quelque soit la législation du pays (certains pays n'acceptent que la mono-spécialisation), s'accoler à un autre titre de spécialité, par exemple : rhumatologue qualifié en Médecine Physique et Réadaptation, neurologue qualifié en Médecine Physique et Réadaptation.* » (Waghemacker, 1965b).*

Commission de réadaptation médicale relayée par le syndicat et la société savante, liens renforcés avec leurs collègues européens permettent aux médecins de revendiquer une formation qualifiante.

### **Des freins au sein du CNOM et de la médecine physique**

La reconnaissance de la spécialité de RRF au niveau du Conseil National de l'Ordre des Médecins

---

<sup>193</sup> « Premier vœux : Il est souhaitable qu'à la Direction générale des affaires sociales de la communauté économique européenne existe un service coordinateur spécialisé [...]. Troisième vœu : Il est souhaitable qu'une recommandation soit faite pour créer dans chaque pays un recensement renouvelable périodiquement du nombre des handicapés dans chaque région économique. [...] Cinquième Vœu : Il est souhaitable que la Commission fasse siennes les recommandations du Séminaire International sur l'emploi protégé de la Commission pour la réadaptation professionnelle de l'ISRD et de l'OIT. » (Waghemacker R., 1965b).

(CNOM)<sup>194</sup> s'est trouvée prise entre deux feux. Le premier concerne la politique du CNOM quant à la question de la spécialisation en médecine. Le deuxième rejoint les courants contradictoires au sein de la médecine physique qui s'affirment, ainsi que le veulent les jeux au sein de la profession, jusqu'aux instances du Conseil de l'Ordre.

Le Conseil de l'Ordre résiste au mouvement de spécialisation de la médecine et à l'encadrement précis des gestes et actes que peuvent ou non faire les médecins. En 1946, un rapport publié au Bulletin de l'Ordre<sup>195</sup>, cherche comment trouver une ligne entre « *une tendance libérale qui consiste à définir la spécialité en partant de l'enseignement officiel qui en est donné, des connaissances nécessaires à sa pratique et en laissant le soin à la jurisprudence qui ne manquera pas de se créer d'établir les limites de ce qu'il est convenu d'appeler « l'exercice exclusif » ; et une tendance plus dirigiste qui tend à une délimitation exacte de l'exercice professionnel dans chaque spécialité empêchant les empiètements et créant par contre pour les spécialistes qualifiés de véritables monopoles pour la pratique de certains actes médicaux.* » A l'époque, la CNOM a posé la nécessité de maintenir l'intégrité des prérogatives attribuées au diplôme de Docteur en Médecine. Dans cette logique, il a institué les principes généraux de la qualification qui sont rappelés dans les guides d'exercices professionnels durant toute la période que j'ai étudiée (1950- 1975) : « *La qualification a été entreprise pour donner certaines garanties aux malades, et non pour octroyer un privilège à quelques médecins. Dans son intention formelle de défendre strictement l'intangibilité du diplôme de docteur en médecine, l'Ordre n'admet pas qu'« un monopole d'exercice » soit donné pour telle ou telle discipline à des médecins du fait qu'ils ont été qualifiés spécialistes dans cette discipline.* » « *Les limites d'exercice du médecin sont fixées par sa propre conscience.* » ... Ainsi, « *peut être qualifié spécialiste tout médecin qui, en sus de sa formation générale, a acquis des connaissances particulières dans une branche de l'art médical, qui renonce à l'exercice de la médecine générale, et qui se consacre exclusivement soit au diagnostic et au traitement des maladies de certains organes et appareils, soit au diagnostic et au traitement par certaines techniques cliniques et instrumentales. Cependant, pour permettre aux médecins qui possèdent des connaissances particulières dans une certaine branche de l'art médical d'en faire état auprès du public et de leurs confrères, tout en exerçant conjointement la médecine générale ou une autre discipline, l'Ordre reconnaît à ces médecins la qualité de « compétents ». Il n'y a donc aucune hiérarchie entre un médecin qualifié « spécialiste » et un médecin qualifié « compétent » mais une*

<sup>194</sup> A ce jour, je n'ai pas encore consulté les archives de l'Education Nationale sur le sujet.

<sup>195</sup> Bulletin de l'ordre, n°3, année 1946-47, p232

*différence de modalité d'exercice. »*

En 1960, un nouveau rapport « Exercice de la médecine et spécialisation »<sup>196</sup> est adopté par le Conseil de l'Ordre. Sans remettre en question certains principes énoncés plus haut, le rapport demande à revoir la notion d'omnivalence du diplôme de Docteur en médecine ; souligne le caractère indispensable du développement de l'enseignement post-universitaire des médecins afin de leur permettre d'acquérir les connaissances nécessaires pour la pratique de leur art, sur l'évolution des données scientifiques et techniques ; et précise, l'« *Ordre doit chercher des moyens de mettre un frein à l'application de techniques complexes par des médecins incompetents ou mal préparés* ». Lorsque le Syndicat de médecine physique demande en 1963, la création d'une compétence en médecine physique et réadaptation, le CNOM a pris le virage du développement des spécialités et compétences en France.

Pourtant, la demande de création d'une compétence en 1963 n'est acceptée qu'en 1965 et la spécialité en 1973. En dix ans, la question de la MPR ou RRF est débattue à plusieurs reprises en séance du CNOM (cf. encadré 5). Une commission est créée en 1963 et une autre en 1970 pour étudier les demandes faites au CNOM.

**Encadré 5 : Séances du CNOM en lien avec la MPR ou RRF de 1963 à 1973**

Juin 1963 : Demande d'une création de compétence en médecine physique et réadaptation  
Septembre 1963 : Demande d'une création de compétence en médecine physique et réadaptation  
Octobre 1963 : Compétence ou spécialité en médecine physique et réadaptation  
Mars 1965 : De l'opportunité de créer une compétence en rééducation et réadaptation fonctionnelles  
Janvier 1968 : Cumul de la qualification en chirurgie et en RRF, demande du Pr Vidal  
Janvier 1969 : A propos de la rééducation et réadaptation fonctionnelles  
Juin 1969 : Limites de l'activité d'un spécialiste qualifié en rhumatologie, demande du syndicat des rhumatologues  
Juin 1969 : Cumul de la qualification en chirurgie et en RRF, demande du Pr Boudouresques, président du Conseil des Bouches du Rhône  
Mars 1970 : De la pratique d'actes de RRF par certains spécialistes, demande du syndicat des rhumatologues  
Juin 1970 : Demande de reconnaissance de la compétence en rééducation et réadaptation fonctionnelles comme spécialité  
Cette demande a été réitérée à plusieurs reprises entre 1970 et 1973  
Juin 1973 : Classement de la rééducation et réadaptation fonctionnelles parmi les spécialités.

En juin 1963 puis septembre 1963, le rapporteur le Dr Guiraud défend la demande du syndicat français de médecine physique, physio-mécanothérapie et rééducation fonctionnelle. Il donne la

---

<sup>196</sup> Exercice de la médecine et spécialisation. Rapport du Docteur Carlotti. Adopté par le CNOM le 16 janvier 1960 et paru au Bulletin de l'Ordre n°1, mars 1960, p37-41

définition de l'Union Européenne des médecins spécialistes « *une branche de la médecine utilisant des agents physiques, à l'exception des radiations ionisantes, dans un but de diagnostic, de thérapeutique et de réadaptation* ». Il rappelle qu'il existe une compétence de physio-mécanothérapie qui n'a jamais été mise en route ; et pense que « *cette compétence s'avère utile pour la sécurité des malades* ». Le CNOM demande en juin que soit constituée une commission pour étudier le dossier. En octobre 1963, « *la commission pense qu'une spécialisation serait préférable, arguant du fait qu'un projet de Loi avait été déposé devant l'Assemblée nationale, tendant à créer dans les facultés une chaire de médecine physique et réadaptation ; par ailleurs, elle estimait opportun que la France soit sur le même plan que les autres pays du marché commun.* »<sup>197</sup> Ces arguments ne convainquent pas le CNOM qui ne reconnaît pas la spécialité. Les débats 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 médecine physique 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. Mais l'argument déterminant revient au Professeur Salmon, chirurgien à Marseille, qui le fait valoir par lettre au CNOM (alors qu'il n'avait pas énoncé ces arguments au sein de la commission). Il demande que la compétence soit nommée rééducation et réadaptation fonctionnelles, 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 médecins est décisif. Par ailleurs, chaque spécialité veut continuer à pouvoir utiliser les agents physiques comme thérapeutique. Les médecins ne souhaitent pas qu'une compétence soit reconnue en la matière. Les débats montrent qu'il est légitime de reconnaître une compétence de rééducation fonctionnelle transversale à la rééducation locomotrice, respiratoire, cardio-vasculaire, psychique, du langage... La compétence sera donc nommée « Rééducation et réadaptation fonctionnelles ». L'autre débat concerne la place des rhumatologues et chirurgiens orthopédistes par rapport à cette compétence. En 1965, certains chirurgiens comme le Dr De Vernejoul trouvent prématuré la création du certificat tant que l'orthopédie ne sera pas une spécialité<sup>198</sup>. L'argument n'est pas retenu

<sup>197</sup> Bulletin de l'ordre des médecins, n°1, mars 1965

<sup>198</sup> La rhumatologie est déjà est une spécialité.

pour la compétence de RRF. Une fois acquis l'existence de la compétence de RRF, le développement des enseignements pour le Certificat d'Etudes Spéciales en RRF se développe à partir de toutes les composantes du mouvement<sup>199</sup>. Les rhumatologues et certains chirurgiens<sup>200</sup> demandent, alors, à pouvoir être reconnus comme compétents en RRF en sus de leur spécialité. Le CNOM leur refuse à tous deux tout en mentionnant que cela ne leur empêche pas de pratiquer la rééducation fonctionnelle sur leur lieu d'exercice professionnel ; mais ils ne peuvent en faire état.

Le dernier verrou pour permettre la reconnaissance de la RRF en spécialité concerne le périmètre de la médecine interne. Le CNOM jusqu'en 1973, ne veut pas élargir le nombre de spécialités et souhaite regrouper dans le cadre de la médecine interne toutes les compétences médicales. « *A la suite du rapport présenté par M. Léger en janvier 1973 sur la réorganisation des spécialités médicales, le Conseil a fixé la liste des disciplines susceptibles d'être associées à l'exercice de la médecine interne à titre d'options préférentielles et a décidé de laisser en dehors la compétence en RRF*<sup>201</sup> ». En séance du 3 juin 1973, le CNOM reconnaît la RRF comme spécialité médicale.

### **Remise en question et défense de la spécialité**

Dix ans après, la spécialité est remise en question. Au moment de la réforme de l'internat, en 1983, la RRF doit devenir un DESC (Diplôme d'Etudes Spéciales Complémentaires) et non un DES (Diplôme d'Etudes Spéciales). En d'autres termes, il redeviendrait une compétence. Ici neurologues et rhumatologues semblent actifs pour reprendre la RRF sous leur giron respectif. Certains comme le Professeur Saboureau, neurologue au CHU de Rennes, conseille Edmond Hervé<sup>202</sup> en ce sens. Le milieu professionnel<sup>203</sup> avec le soutien des associations représentatives des personnes handicapées organise une journée nationale d'action le 24 mars 1983. 800 participants ont manifesté. La conférence de presse se déroule au siège de l'APF. Les arguments mis en avant concernent essentiellement la qualité des soins aux personnes handicapées et le moindre coût pour la collectivité en évitant le recours à une multitude de spécialistes. Le Professeur Grossiord « *s'est*

---

<sup>199</sup> En novembre 1965, les enseignements débutent à la Faculté de Médecine de Paris dans le cadre de Raymond Poincaré avec A. Grossiord ; à la faculté de médecine de Montpellier dans le cadre de la chaire de rhumatologie du Pr H. de Serre ; à la faculté de médecine de Toulouse dans le cadre de la chaire de clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique. En octobre 1966, les facultés mixtes de médecine et pharmacie doivent ouvrir un enseignement à Rennes, Bordeaux, Marseille. Les facultés de Médecine de Lyon, Strasbourg et Nancy envisagent aussi d'organiser un enseignement (*Réadaptation*, supplément au numéro 128, mars 1966)

<sup>200</sup> Ici, le Pr Salmon de Marseille, membre de la Commission de qualification en RRF est hostile à cette demande.

<sup>201</sup> Je n'en ai pas trouvé les arguments.

<sup>202</sup> Secrétaire d'État auprès du ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, chargé de la Santé du gouvernement P. Mauroy

<sup>203</sup> Association nationale des médecins certifiés de rééducation ; collège des enseignants universitaires en rééducation ; société française de rééducation fonctionnelle, de réadaptation et de médecine physique ; syndicats nationaux et associations régionales des médecins de rééducation

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

*élevé contre un projet qui, selon lui, entraînera, s'il est appliqué, une régression en matière de politique en faveur des personnes handicapées ; ce qui à notre époque, équivaut à un recul de civilisation. Il a rappelé à cet effet les recommandations de l'OMS qui stipulent le caractère indispensable d'une prévention précoce, globale et continue en matière de handicap, et qui, si la réforme est adoptée, ne pourra plus être assurée convenablement. Il en a conclu que la France, jusqu'à présent à la pointe du progrès en ce domaine, risque d'aller à contre courant des politiques suivies dans le monde entier en faveur des personnes handicapées, ce qui posera à brève échéance un problème de société »<sup>204</sup>.*

La RRF, pourtant mise en question au sein du monde médical, est à nouveau reconnue comme spécialité, du fait de la polyvalence de sa pratique, dans la lignée des politiques publiques en faveur des personnes handicapées et avec le soutien de celles-ci.

---

<sup>204</sup> Comptes rendus de réunions. Journée nationale d'action de la médecine de rééducation. J. Réadapt. Méd., 1983, 3,2, 79-80

## Perspectives

Cette recherche exploratoire ouvre la possibilité de chantiers de recherche différents. J'en retiens deux, à ce stade, sachant qu'il serait pertinent de les articuler. Le premier se situe en décalage du travail déjà réalisé. L'objet est de mettre à jour l'évolution au cours du temps (1945 à nos jours) du travail de trajectoire que réalisent praticiens et personnes malades sur la ligne entre vie normale et vie pathologique. Le deuxième est dans la continuité de ce travail, à savoir approfondir la compréhension de la dynamique de constitution et de développement de la MPR.

Le segment médical de rééducation et réadaptation fonctionnelles s'est constitué au moment de remaniement des représentations sociales quant aux personnes présentant des maladies invalidantes ou infirmités. Il s'inscrit dans le mouvement occidental de développement de la protection sociale. « *A la veille de la seconde guerre mondiale, toutes les bases essentielles de la collectivisation des soins médicaux, de l'éducation et du maintien de revenu avaient été créées en Europe occidentale et aux Etats-Unis. Les fondations existaient pour les vastes constructions d'après-guerre* » (de Swaan, 1995<sup>205</sup>). Après WW2, en France, les mesures concernant les personnes infirmes, handicapées sont édictées à un rythme soutenu, nous l'avons vu. En Europe et aux Etats-Unis (*Vocational Rehabilitation Act* de 1954) les mêmes tendances sont retrouvées. Dans le même temps, on assiste à un déplacement du regard sur les personnes handicapées. La frontière entre normal et anormal devient plus floue, perméable. La monstruosité dépend certes du stigmate mais aussi du regard que l'autre lui porte. Le déviant devient dans l'analyse de Goffman un *déviant normal* (Goffman, 1975<sup>206</sup>) ; le handicap, une caractéristique normale du cours de la vie. Les médecins ont de plus en plus de difficulté à classer les personnes dans des catégories d'incurabilité. Associations, pédagogues, éducateurs, thérapeutes ouvrent les portes aux possibilités éducatives, thérapeutiques et rééducatives. Le mouvement de la réadaptation cherche à replacer l'infirmes dans les rouages de la vie ordinaire. Pour de nombreux acteurs et personnes concernées, l'ensemble reste d'abord une victoire ; il a permis accès à des soins, des revenus, des aides diverses qui faisaient cruellement défaut. Cela ne va pas sans conséquences. « *Les sociétés démocratiques de masse ont voulu convertir le corps anormal en corps ordinaire. Elles sont le lieu d'un conflit entre raison politique*

---

<sup>205</sup> de Swaan, 1995, p296

<sup>206</sup> Goffman, 1975, p154

*et vision singulière : la première réclame le traitement égalitaire des individus quelle que soit leur apparence, la seconde enregistre le trouble du regard face aux déviances du corps* » (Courtine 2006<sup>207</sup>). La dissolution des handicaps entre eux et au sein de nombreuses autres différences tend à rendre la situation des personnes innommable, indistincte ; ce, au risque d'effacer le fait que la personne est, aussi, infirme (Sticker, 2005) ; au risque de la laisser dans un entre-deux, en situation de liminalité (Murphy, 1988), ni en dehors de la société ni tout à fait à l'intérieur. Comment les médecins de RRF traitent-ils de la tension entre visée égalitaire des individus et par ailleurs, soins individualisés donnés au malade ou réalisés avec lui ? On l'a vu, les médecins manient aisément le discours de la réadaptation, ils y adhèrent plus ou moins selon les praticiens et les époques. Ils participent à la reconnaissance du handicap comme fait temporaire donc guérissable, ou comme fait permanent mais pouvant être atténué, ne serait-ce qu'un temps. Et ils sont avant tout des cliniciens, agissant pour et avec des individus malades. Dans l'interaction quotidienne avec chaque patient, ils connaissent les possibles et les limites de leurs ambitions et de leurs pratiques. Comment médecins et patients s'ajustent-ils autour des objectifs de rééducation, de réinsertion ? Comment est traitée la question du retour à la vie ordinaire, de la différence, de la *vie pathologique* (Canguilhem) ? La RRF, d'après WW2, par ses visées rééducatives et de réadaptation, par ses pratiques référées au courant de la médecine centrée sur le personne, fait écho aux discours actuels sur la prise en compte du malade en tant qu'acteur. Dans les champs de la médecine et des politiques publiques, la figure et la place du malade chronique est l'objet, du fait de la temporalité induite par la chronicité et le handicap, de discours récurrents sur l'autogestion de la maladie et des soins, appelant plus spécifiquement au respect de « l'autonomie » des patients, à la garantie d'une meilleure information favorisant le respect des préférences<sup>208</sup> et la co-décision entre soignants et soignés. On entend aussi qu'il est nécessaire pour les professionnels d'aider les personnes âgées ou handicapées à réaliser leur « projet de vie » et « d'accompagner » les personnes atteintes de maladies graves ainsi que leurs proches. L'attention à la qualité de vie des malades est promue. L'*empowerment* des patients est valorisé et se décline comme travail sur soi en tant que « *phénomène vécu par le patient, processus de transformation personnelle en réaction à des sentiments d'insécurité et de menace identitaire* », et travail pour soi en tant que « *processus d'autodétermination, favorisé par l'apprentissage de compétences psychosociales dans le cadre d'une relation de soins centrée sur le patient* » (Aujoulat, 2007<sup>209</sup>). L'éducation thérapeutique des maladies chroniques et invalidantes devient un enjeu des politiques et des pratiques. Or, la RRF a développé après guerre des pratiques qui

<sup>207</sup> Courtine 2006, p258

<sup>208</sup> Loi du 4 mars 2002 sur la qualité du système de santé et les droits de la personne malade.

<sup>209</sup> Aujoulat, 2007, p24-33

pourraient aujourd'hui être qualifiées d'*empowerment* du patient, mais les praticiens ont aussi mis en place des pratiques de soutien aux activités et travail des malades et personnes handicapées. Que deviennent ces pratiques au cours du temps ? Comment évoluent-elles au moment où la RRF cherche à faire valoir sa valeur scientifique ? Il s'agira d'interroger les conceptions philosophiques et idéologiques et les déterminations sociales qui sont à l'œuvre dans ces discours et pratiques faisant appel à l'autonomie individuelle et participant à la constitution des individus en acteurs de leur maladie, de leurs soins et, plus généralement, de leur vie ; d'analyser les discours de RRF et les effets de ces discours dans les pratiques ; interroger aussi le décalage qui peut apparaître entre l'injonction à l'autonomie et l'impossibilité pour certaines personnes d'être autonome ou volontaire. Dans cette perspective, le développement des pratiques de RRF, en interaction avec les malades, peut être un témoin des courants qui animent le monde social de la médecine (qui dépasse très largement les soignants) pour appréhender les répercussions sur les pratiques et usages des nouvelles figures du patient.

Mais revenons à la dynamique de constitution de la médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelles. Au sein du monde médical, les praticiens promoteurs de la RRF sont pris dans un double lien (Elias, 1993) ; à savoir, rester dans la médecine et se plier à ses règles de légitimation et de coopération internes, et parallèlement, se décaler suffisamment de la médecine dominante biomédicale pour répondre à une nouvelle ambition qui est celle d'une médecine des fonctions et de la réadaptation sociale. Comme la médecine de la douleur (Baszanger, 1995), la MPR anglo-saxonne s'est construite pendant la guerre dans des conditions particulières de coopération entre médecins de spécialités différentes (Gritzler, Arlucke, 1985). En France, les équipes pluridisciplinaires des hôpitaux civils, publics ou privés, ont été également déterminantes pour l'invention d'une clinique singulière. Le regroupement, dans des unités ou services spécifiques, de médecins spécialistes d'organes, chirurgiens, électrologistes, physiologistes, médecins du sport, kinésithérapeutes médecins et non médecins, médecins du travail, a fait émerger une clinique des fonctions diagnostique et thérapeutique. Cette nouvelle segmentation du travail clinique est orthogonale aux autres spécialités médicales en cours de constitution : transversale aux autres segmentations par appareil (neurologie) ou groupe de pathologies (rhumatologie) ; décalée par rapport à la sémiologie clinique et aux fins thérapeutiques. Elle a du mal à faire valoir sa scientificité et met en avant le malade comme acteur de son traitement au moment où la médecine le

met à distance. Les revendications des rhumatologues, des chirurgiens orthopédistes puis plus tard des neurologues de la garder sous leur égide respective étaient une possibilité d'évolution. La fragilité de la RRF est avérée. La spécialité existe pourtant et s'est développée. Il faudra mieux comprendre ce passage. Notamment, la controverse avec les rhumatologues, neurologues, chirurgiens méritent d'être approfondie. Comment les médecins de RRF ont-ils réussi à s'autonomiser sans casser les liens de coopération avec les principaux pourvoyeurs de malades de la RRF ? Aujourd'hui, de nombreux médecins de MPR ont développé une forme de spécialisation pour la MPR neurologique, orthopédique, cardiologique, pédiatrique... Les médecins MPR concernés sont-ils davantage dans les *cercles de confrères* de chaque spécialité ou sont-ils toujours d'abord dans les cercles MPR ? Comment se situent-ils respectivement les uns par rapport aux autres ? Que défendent-ils dans la prise en charge des patients ? Comment la clinique de RRF a-t-elle évoluée ? En quoi la clinique de MPR reste-t-elle singulière ? Quelle place lui est-elle faite par les correspondants ? Comment reste-t-elle légitimée au sein de la médecine, avec quels gains et à quels prix ?

Contrairement à ce qui est souvent rapporté, la RRF ne vient pas d'une part de la médecine physique et d'autre part de la réadaptation. Il ne s'agit pas d'un accolement de deux courants. La médecine physique a permis l'émergence d'une clinique des fonctions. La réadaptation a été un catalyseur social. La physiothérapie et la médecine physique étaient au service de la médecine anatomopathologique. Il a fallu une mise en évidence de ses potentialités couplées à une transformation de ses visées pour qu'elle devienne une médecine des fonctions. La médecine physique garde par ailleurs des applications au sein de la médecine spécialisée d'appareil. La RRF a produit un basculement radical dans la manière de penser la sémiologie médicale et la thérapeutique. Son apport au sein de la médecine se situe à cet endroit et est particulièrement novateur. Certes, le monde social de la réadaptation a aidé à polariser les actions des médecins promoteurs parce qu'il a permis leur légitimation sociale. Cependant, la réadaptation sociale n'est pas ce qui leur vaut reconnaissance au sein de la médecine. Au CNOM, les arguments repris ne sont jamais de cette nature. Les praticiens de RRF évoquent peu ou pas l'importance des associations (Wirocius en parle<sup>210</sup>), de la sécurité sociale (J.M. André le développe dans l'histoire du centre de Nancy) et des politiques publiques dans la dynamique de développement de la spécialité. Or, il n'est

---

<sup>210</sup> « Pour ce qui deviendra plus tard le « handicap », les mouvements associatifs se structurent et prennent une certaine avance par rapport aux courants médicaux. La synchronisation des progrès médicaux et sociaux ne sera jamais très bien assurée au fil des années ». (Wirocius, 1999)

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

pas facile pour un groupe professionnels comme les médecins de reconnaître la place essentielle de ces trois groupes d'acteurs. En effet, la RRF ne s'est pas créée comme la plupart des spécialités médicales au sein du seul monde médical. Elle a été quasiment imposée par les politiques publiques dans le mouvement du retour à l'emploi des personnes handicapées. Ce fait n'a sans doute pas été sans conséquence sur les liens des praticiens de RRF avec les autres médecins. Elles restent à identifier et à comprendre.

Par ailleurs, les premiers résultats montrent qu'après guerre les liens entre le milieu médical et les associations de malades et personnes handicapées sont réguliers et permettent des revendications communes dont certaines concernent directement le milieu médical. Ce résultat vient pondérer certains faits<sup>211</sup> et va à l'encontre de certaines idées reçues comme quoi les associations auraient été plutôt dans des attitudes d'opposition au milieu médical ou inversement. Ici, les associations militent pour sortir les malades des hôpitaux, pour améliorer leur vie dans les établissements de soins, pour le développement des centres de rééducation professionnelle ; elles revendiquent aussi au côté des médecins comme nous l'avons vu. Les interactions entre monde médical et mouvement associatif mériteraient d'être approfondies pour en comprendre les configurations et en quoi elles influent sur la médecine de RRF.

---

<sup>211</sup> « Le 4 novembre 1946, la Fédération Nationale des Malades obtient la création, auprès du Ministère de la santé, d'une « commission consultative ayant pour objet d'établir un contact direct entre les services du Ministère, les médecins spécialisés et les associations ou œuvre de malades et d'anciens malades » Cette pratique est révolutionnaire, à l'époque et d'ailleurs très contestée. Elle est finalement sabotée par les représentants du corps médical en 1951. Le 8 mai 1947, La Fédération Nationale des malades obtient la création auprès du Ministère de la santé d'une « Commission consultative des thérapeutiques nouvelles » Chargée de la recherche de la vérité et de la validité des traitements nouveaux contre la tuberculose [...] Hélas, rapidement cette commission est enterrée par les représentants du corps médical qui n'acceptent pas que les malades et usagers aient un droit de regard sur les médicaments. » (Montès, 1989, p228)

Entre médecine et politique, la médecine de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles s'est construite comme spécialité. Ses spécificités sont autant de forces que de faiblesses. En s'inventant comme clinique des fonctions et « *médecine centrée sur le patient* », elle répond au défi du développement des maladies chroniques, invalidantes et des handicaps mais elle se décale de la médecine curative triomphante des années 1945-1980. En se créant comme nouvelle segmentation de la médecine, elle développe tensions et controverses avec ses correspondants du jour et de demain. En faisant partie du monde social de la réadaptation, elle s'impose par circulaires et décrets et risque une marginalisation lorsque les pouvoirs publics la soutiennent moins. L'ensemble mérite maintenant approfondissement des processus qui ont permis son émergence jusqu'au monde de la Médecine Physique et Réadaptation d'aujourd'hui.

## Annexe 1 : Liste des sources

### 1. Au centre des archives contemporaines

*En italique les archives consultées au 31 8 2008*

CAC 19760181 - DAS

Art 1-2 : Archives du sous-directeur de la réadaptation, de la vieillesse et de l'aide sociale. PV des réunions interministérielles sous la présidence de Mr de Broglie. 1956 -1970

CAC 19761182 - DAS

Art 31-33 : *Dossiers de création ou de transformation d'établissement de réadaptation et d'action sociale (classement par département) 1960-1970.*

CAC 760235 - DSS

Art 1 à 96 : conventions médicales, tarifs... dont art 92 – 95

CAC 19770389 - Santé – INSERM

Art 3-4 : *Enquête sur la réadaptation professionnelle après infarctus. 1965-1971*

CAC 780262 - DGS ; SD de la prévention générale et de l'environnement

Art 4 – 7 : *Comité national contre la BK et les maladies respiratoires 1946 – 1976*

CAC 780556 - DGS

Art 1 : *Généralités (6ème plan) 1968 – 1976*

Art 12 : Exercice de la pharmacie dans les établissements hospitaliers

*Dossier de Création d'un Institut National de la réadaptation au sein de l'Etablissement de convalescents de Saint Maurice : Histoire de la création : 1962-1967*

CAC 790703 : dérogation pour tout - DH ; SD de la programmation

Art 5 à 13 : Rapports de l'IGAS 1965 – 1976

Note relative à l'examen du diplôme d'Etat de Masseur kiné (Dr Malibeu, juin 1966)

Note sur le congrès international du thermalisme et du climatisme, octobre 1966 (Dr Fonroget)

Humanisation des hôpitaux (M. Ramond, 1971)

CAC 800050 - DGS ; SD prof de santé;

Art 1 : démographie des professions médicales et paramédicales 1967 – 1973

Art 2 : Diplôme d'Etat d'ergoth : 1976

CAC 800449 - DGS ; SD des professions de santé

Art 19 : Arrêtés et circulaires profs paramédicales

Art 43 : Manipulateurs d'électroradiologie

Art 45 : Conseil sup de la kinésithérapie : 1968 – 1971

Art 46 : idem : 1971 – 1974

Art 53 : Communauté européenne, groupe de travail médecin

CAC 810033 - DGS ; SD des professions de santé

Art 1 – 2 : *Séances du conseil supérieur des hôpitaux*

Art 40 : *Professions médicales (ordonnances, lois sur exercice médical; code déontologie*

- 101 -

*CAC 830055 - DGS ; SD Organisation des soins et programmes médicaux*

*Art 1 -22 : Etablissements de lutte contre la tuberculose : problèmes de reconversion. 1926 – 1978*

*Art 23 – 31 : centres de réadaptation fonctionnelle. 1954 – 1979*

*CAC 830587 - DH ; SD des personnels médicaux hospitaliers - Bureau CHU*

*Art 1 – 4 : CHU : commissions nationales et locales des services, créations de services, chaires : 1961 – 1979*

*CAC 830670 - DGS ; SD de la prévention et de l'environnement*

*Art 1 - 9 : Conseil sup d'hygiène publique de France : 1935 – 1982*

*CAC 840166 - DGS ; SD organisation des soins et des programmes médicaux*

*Art 1 : Conseil permanent d'hygiène sociale : commission des rhumatismes : 1945-1960*

*CAC 840273 - DGS ; SD organisation des soins et des programmes médicaux*

*Art 1 : Conseil permanent d'hygiène sociale : commission de la tuberculose : 1955-1966*

CAC 840355 : dérogation - DGS ; SD prof de santé; bureau prof paramédicales

Art 12 – 13 : diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie

Art 13 exercice de la prof de MK congrès 1965 – 1981

CAC 19870334 : dérogation - DGS ; Bureau thermalisme : Conseil supérieur du thermalisme et du climatisme

Art1 – 5 : Thalassothérapie et rééducation fonctionnelle : création, inspection des centres et réglementation – demandes d'autorisation de création : dossiers par département : 1951 - 1981

CAC 890106 : dérogation - DH ; SD des personnels hospitaliers non médicaux

Art 1 et 6 : réformes hospitalières et réformes des statuts prof 1948 – 1986

Article 1

Article 6 (rapports du groupe de travail sur l'humanisation des hôpitaux

*CAC 910525 - DH ; SD des personnels médicaux hospitaliers ; Bureau CHU*

*Art 1 : Réforme des études médicales (internat et externat des CHR comportant des CHU*

*Projet de décret (décret n°65-231 du 29 avril 1965) ; Extraits de presse ; Correspondance : 1958-1965*

*CAC 19910612 - Travail, délégation emploi, Mission insertion professionnelle des travailleurs handicapés*

*Art 1 – 7 : législation, préparation loi du 26 avril 1924 puis loi du 23 novembre 1957 sur reclassement des travailleurs handicapés ; conseil supérieur et commission interministérielle pour la réadaptation des mutilés, invalides et diminués physiques ; 1924-1969*

CAC 19920631 : dérogation - DGS ; Eau, thermalisme

Art 5 – 16 : divers + création et aménagement d'établissements privés de thalassothérapie et de réadaptation fonctionnelle dans le Morbihan et les Pyrénées Atlantiques, conseils et comité spécialisés. 1899-1981

CAC 920636 : dérogation - DGS ; SD Organisation des soins et programmes médicaux

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

Art 16 – 18 : organisation des soins dont rapports de l'IGAS : 1947 – 1982

CAC 920630 - DSS

Art 1 et 2 : fonctionnement général du contrôle médical 1948 - 1974

CAC 920632 - DSS, SD assurance maladie

Art 11 Situation sanitaire et fonctionnement des établissements de soins : rapports et notes diverses 1966 – 1979

CAC 19930315 - DAS, commission du plan, conseil de l'Europe, comité mixte pour la réadaptation et le réemploi des invalides... Conseil supérieur de l'aide sociale

Art 11 – 13 : Conseil de l'Europe. Comité mixte pour la réadaptation et le réemploi des infirmes : notes, rapports, PV de réunions. 1964-1975

Art 13 – 14 : *préparation des 2<sup>ème</sup> à 7<sup>ème</sup> plans d'équipement sanitaire et social : notes, rapports, correspondance, enquêtes, recensements. 1958 - 1975*

CAC 930532 : Art 5 libre en septembre - DH ; SD Affaires administratives et financières

Art 1 : *Conseil sup des hôpitaux : Cr des séances 1949 – 1972 : vu dans DGS*

Art 5 : Législation et réglementation en matière de politique hospitalière 1964 – 1987

Déconcentration administrative relative aux opérations d'équipement des hôpitaux : circulaire d'application 1965

CA 930594 : libre en septembre - DH ; SD Affaires administratives et financières

Art 1 et 2 : humanisation des hôpitaux : notes, études, rapports, PV de séances de groupe de travail et commission, textes officiels, presse... 1965 – 1984

CAC 940039 : libre en septembre - DH ; SD Evaluation et organisation hospitalières

Art 1 à 17 : archives de l'ancien bureau 4C de la DH. Planification hospitalière et élaboration des cartes sanitaires départementales et régionales relatives aux établissements d'hospice de soins et de cure : notes, rapports, études, CR de la commission nationale de l'équipement hospitalier ; Textes officiels ; Plans, photos, presse, doc ; 1952 – 1984

CAC 980084 : dérogation

DGS ; SD prof de santé; bureau prof paramédicales

Art 1-4 : législation et réglementation en matière de prof paraméd 1951 – 1991

Art 5 – 6 : conseil sup des professions paramédicales. 1968 – 1993

Art 7; 10-25 : modalités d'exercice des professions paramédicales

CAC 980571 : libre en septembre - DH ; SD SI et investissements immobiliers

Art 7 : Gestion de la reconversion des établissements antituberculeux 1977-79

CAC 20000342 : dérogation

Art 1 à 6 : Dossiers de travail du Dr Danzig chargée de mission auprès du directeur de l'action sociale : publications, études et rapports, participation à l'élaboration de textes officiels, groupes de travail, doc, notes : 1948 – 1990

Art 3 : réadaptation fonctionnelle : groupe de travail, projets de décrets... ; IMC

**CAC, ministère de l'éducation et de la recherche (à faire)**

**CAC Anciens combattants (à faire)**

**CAC amianté**

CAC 19760118 : amianté - Travail, emploi ;

Art 1 – 2 : association nationale interprofessionnelle de la formation rationnelle de la main d'œuvre, circulaires 1953 - 1961

Art 10 – 14 : centres de rééducation professionnelle, agrément, contrôle technique 1945 – 1973.

CAC 760154 : articles 1 à 3 : indisponible ; amianté

Art 1 : Haut conseil de la santé : liste des membres, correspondance et création des groupes de travail) 1959-1960

Groupes de travail du haut conseil (rapports thématiques) 1958 \_ 1961

Article 2-3 : Procès verbaux des séances du haut conseil 1961

CAC 760146 : non accessible, amianté

Art 1 à 64 : création d'établissements de soins 1949 – 1969

« Note sur la constitution d'un fonds d'archives : les créations d'établissement de soins par la sécurité sociale (DGSanté Publique)

« L'origine de ce fonds remonte au décret n°46-1373 du 8 juin 1946, portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 6 oct 45 portant organisation de la Sécurité sociale, décret précisant en son article 121, parag. 3, que « les caisses primaires et régionales ne peuvent créer des établissements de soins qu'avec l'autorisation du ministre du Travail et de la SS et du ministre de la santé publique et de la population »

CAC 760241 : indisponible, amianté

DSS ; SD des accidents du travail

Art 1 à 6 : 1960 – 1966

CR des comités de gestion du fonds de prévention des accidents du travail et comités techniques nationaux (CR et dossiers de réunions)

CAC 760152 : article 12 : Indisponible ; amianté

Loi hospitalière 1969-1970

CAC 930592 : articles 1 à 5 : indisponible ; amianté

Education sanitaire, Professions paramédicales, techniques médicales (prélèvements d'organes, vaccinations), affaires sensibles sur la santé (carnets de soins, de santé, de maternité ; certificats de vaccination), périnatalité, PMI

1957 – 1983

**CAC non communicable 60ans**

**CAC 810033**

Art 46 : Syndicats de médecins : constitution de syndicats (statuts, composition du bureau; 1946 – 1971

Art 90 : Diplôme d'Etat d'ergothérapeute 1974

Art 102 : Infirmières de sanatorium 1950 – 1960

-enquête sur les perspectives d'avenir des centres de post-cure agréés pour la formation des inf.de sanatorium (réponses à la circulaire du 17-11-1958) et décision d'ouvrir les centres à de non anciens malades

circulaire du 24 08 61 mettant fin au jury national et déconcentration de la procédure d'attribution des diplômes

(pour info : infirmières psy 1949 – 1970)

Art 128 : Masseurs kiné

- comité du massage médical 1944 – 1946
- conseil sup de la kinésithérapie : 1946- 1967

Art 129 : Réforme des études de kiné en 63

Art 196 : orthophonistes préparation de la loi du 10 07 1964 réglementant la profession d'orthophoniste 1959 – 1964

## 2. Revues professionnelles

- Bulletins de l'académie de médecine 1945 – 1970
- Les revues de MPR :
  - o Revue d'Actinologie puis Journal de Physiothérapie (1927-1940) dirigés par les frères Biancani ; disparus sous l'occupation allemande
  - o Annales de médecine physique (1958- 1982), fondée grâce Pr Decoulx, chirurgien « traumatologue » et Dr Waghemacker, rhumatologue
  - o Les cahiers de rééducation et réadaptation fonctionnelles (1966 – 1979)
  - o Revue d'hygiène et de médecine sociale,
  - o Journal de réadaptation médicale 1981 – revue existe toujours
  - o La revue Réadaptation 1953 – 1970 + qq numéros « anniversaire » : documentation de l'ADAP ; cette revue existe toujours
  - o L'Encyclopédie Médico-chirurgicale de « kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle » 1977-1997 ; puis de « Kiné et médecine physique et réadaptation » 1997 – continue
- Les revues connexes
  - o Médecins d'usine (1938-1957) : revue de médecine du travail (René Barthe et Pierre Theil)
  - o Médecins du travail
  - o Médecins et les lois sociales
  - o Journal de radiologie et d'électrologie (1917-1947)
  - o Revue Médicale d'éducation physique
  - o Revue de kinésithérapie (1945 – 1973) ; Revue de Kinésithérapie (FMKR) ; Revue des masseurs kinésithérapeutes ADERF
  - o Revues des neurologues, des rhumatologues, chir orthopédie (à voir)

**Guide Rosenwald** pour repérer les passages d'une spécialité à une autre (1945 – 1970)

« Pour suivre dans son évolution l'organisation de la médecine en France, nous sommes amenés à distinguer : les spécialités prévues au code déontologie et réservées aux médecins qualifiés par le Conseil de l'Ordre, sur avis des commissions compétentes ; les autres catégories d'activité médicale particulières, non encore reconnues au Code de Déontologie, mais dont l'existence est marquée, de facto, soit par une chaire à la faculté (cancéro, hémato...), soit par des organismes scientifiques ou syndicaux officiellement admis (angéiologie, homéopathie...) ».

### 3. Archives de l'assistante publique – hôpitaux de Paris

Liste des documents consultés

Conseil Surveillance des hôpitaux de Paris : Septembre 1928 à juin 1961

Puis Conseil d'Administration des hôpitaux de Paris : Septembre 1961 à juin 1970

#### Débats généraux

- Construction de quatre hôpitaux nouveaux dans la région parisienne, Mr François-Latour, 19, novembre 1928, 266-274
- Affaires générales, Au sujet de l'encombrement des services de tuberculeux, Mr Pagniez, 10, 13 mars 1930, 537
- Au sujet de l'encombrement des hôpitaux, Mr de Fontenay, 9, 29 janvier 1931, 426
- Au sujet de la durée du séjour en salle dans les hôpitaux, Mr De Fontenay, 11, 22 mars 1934, 504
- Au sujet de la présence de malades chroniques dans les hôpitaux d'aigus, Mr Pagniez, 15, 14 juin 34, 607 (rien de plus précis que dans la séance du 22 mars 1934)
- Au sujet des économies que l'on pourrait réaliser dans les hôpitaux, Mr De Fontenay, 15, 23 mai 35, 631
- Communication du DG relative à la présentation du programme de travaux à inscrire au Plan national d'équipements hospitaliers, le DG, 11, 8 juillet 1954, 952
- Fixation des prix à appliquer dans les hôpitaux en 1962, Péretti, 12 dec 1961, 441
- Programme des grands travaux d'équipement inscrits au 3ème Plan National d'Equipeement Sanitaire et Social, Dr Bousser, 18 janvier 1962, p533
- Communication du Directeur Général, au sujet de la réalisation d'un programme de construction de 2 000 lits pour malades chroniques, DG, 15 mars 1962, 752; 26 avril 1962, 1108; 15 mai 1962, 1162

#### Raymond Poincaré, Garches

- Affaires générales Construction d'un nouvel hôpital à Garches, Mr Pagniez, 6, 13 décembre 1928, 325-332
  - Construction d'un hôpital de chroniques à Garches, Mr Paniez, 16, 4 juin 1929, 683
  - Garches, Attribution du non Raymond Poincaré, Mr Pagniez, 11 avril 1935, 602
  - RP, Amélioration diverses apportées au projet de construction de l'hôpital de chroniques, De Fontenay, 14, 28 mai 1936, 629 et 3, 12 nov 1936, 241
  - RP, Dénomination des pavillons, Mr Pagniez, 14, 17 avril 1938, 493
  - Réadaptation au travail des malades osseux de Garches, Mr Pagniez, 7, 8 mai 1947, 561
- Juste retard dans la mise en place
- Aménagement d'un centre de cure et de réadaptation pour les enfants polio à RP, Mr Lacaze, 1, 16 oct 1947, 61
  - Création d'une école de rééducation des malades osseux à RP, Mr Neumeyer, 6, 8 avril 1948, 375
  - Aménagement d'un centre de traitement de la polio à RP (Travaux supplémentaires) Dubar, 1, 13 oct 1949, 91
  - RP, aménagement d'un service de rééducation pour adultes atteints de poliomyélite à RP, Mr Gévaudan, 12, 14 juin 1951, 681
  - Convention entre AP et le Ministère de EN en vue de l'installation et du fonctionnement d'un centre d'études secondaires pour les enfants poliomyélites en traitement à RP, Mr Tercinet, 1, 14 oct 1954, 35
  - Puis aménagements des locaux scolaires 1955
  - Extension des services de traitement des poliomyélitiques à RP, Garches, Mr Girard, 3, 10

nov 55, 360

- Aménagement d'un centre de traitements de poliomyélitiques adultes (travaux complémentaires) à RP, Mr Girard, 11, &' juin 56, 1338
- Extension et réaménagement du bloc opératoire du service Letulle et création en sous sol de chir expérimental et de cs à RP, Dr Girard, 9, 29 mai 1958 1226
- Suite : hausse des prix et travaux sup, Dr Girard, 2, 12 nov 59, 285
- Dénomination d'une salle à RP, Mr Maussand, 4, 11 dec 58, 358
- Réaménagement de la Fondation Brezin, pour rééducation des poliomyélitiques d'âge préscolaire, Dr Girard et Mr Froidefond, 10, 11 juin 1959, 809
- Installation d'un poste de balnéothérapie à RP, Dr Girard, 4, 8 dec 60, 429
- Acquisition d'un 5ème autocar pour les enfants polio à RP, 26 avril 1962, 1096

#### **Poliomyélite en dehors HRPoincaré**

- Au sujet des malades atteints de poliomyélite, Mr de Fontenay, 11, 26 fév 1931, 509
- Necker enfants malades, Installation du service de polio dans la salle Petit-Molland et dans les locaux des anciens bains, Mr Camels, 3, 10 nov 1932, p 247
- Communication au sujet de la création à Hendaye d'une section de rééducation pour poliomyélitiques, DG, 8, 10 mars 55, 704
- Création, Mrs Tercinet et Rist, 10, 12 mai 55, 868

#### **Physiothérapie, Rééducation...**

- Création à Saint-Antoine d'un centre de triage des malades justiciables de cures hydro-minérales ou climatiques, Mr Crouzon, 20, 28 mai 1929, p658 – 662
- Hôtel Dieu, Construction d'un pavillon de physiothérapie, Mr Devraigne, 10, 25 fév. 1932, 503
- Bretonneau, Création de séances de gymnastique orthopédique, Mr Pagniez, 17, 18 mai 1933, 612 (PV n'existe pas)
- Saint Louis, Réinstallation du service des agents physiques, Mr Rebeillard, 12, 2 mars 1933, 471
- Création d'un service de pyrétothérapie, Mr Rebeillard, 14, 16 mars 1933, 505
- Hôtel Dieu, Dénomination du nouveau service de physiothérapie, Mr Pinot, 5, 29 nov 34, 315
- Trousseau, création de 4 séances supplémentaires de gym orthopédique, Mr Bazy, 3, 8 nov 1934, 247
- Broussais la Charité, Dénomination du centre d'hydro-climatologie, 10, 17 fev 1938, 419
- Aménagement d'un service d'hydrothérapie médicale à Cochin, Mr Ehrbar, 8, 10 Mars 55, 757
- Aménagement d'un service d'hydrothérapie médicale : installation d'un sauna à Cochin, Mr Ehrbar, 1, 13 oct 55, 164
- Dénomination du service d'électrothérapie, rééducation et de la salle d'électro-diagnostic à Necker, 1959
- Dénomination de la salle de gymnastique à Necker, 1960
- Autonomie du service de rééducation fonctionnelle de la Salpêtrière, Pr Coste, 30 janvier 1964, 338

#### **Bercq Maritime**

- Réinstallation des chambres d'opérés, galerie de cure, Aménagement salle de gymnastique, Mr Gilbert, 8, 13 fév 1936 405
- Amélioration salle d'opération, Mr Gilbert, 9, 27 fev 1936, 471 (type de chirurgie faite non définie)
- 1946-47 : réparation des dégâts de guerre à Berck-Plage, asile pour enfants d'Endaye...
- Reconstruction de l'hôpital maritime de Berck Plage, Mr Brézol, 9, 21 avril 55, 842

- Etude de l'activité de Berck, Bretonville, 6, 13 fev 58, 763
- Au sujet de l'utilisation de lits d'hôpital maritime de Berck au profit des malades poliomyélitiques, DG, 8, 17 avril 58, 1153

#### **Rhumatologie**

- Réaménagement de la clinique de rhumatologie à Cochin, Mr Estève, 9, 11 mai 1950, 557
- Projet de création d'un centre de rhumatologie à Lariboisière, Mr Gévaudan, 11, 10 mai 1951, 584 et Mr Ulver, 12, 14 juin 1954, 641
- Création d'un centre de rhumato à Lariboisière, Mr Gévaudan, 9, 8 mars 1951, 415 et 10, 12 avril 1951, 474
- Construction du centre de rhumatologie de Lariboisière, Mr Ulver, 28 juin 1951, 714
- Nouveau projet d'aménagement de la clinique de rhumatologie à Cochin, Mr Ehrbar, 8, 10 avril 1952, 447
- Agrandissement de la consultation de la clinique d'hydro-climatologie et du centre Maurice Villaret (Pr Justin Besançon, rhumato ?) à Bichat, Coste, 11, 9 juin 1955, 1023
- Construction d'un pavillon pour enfants cardiaques à Bicêtre, Mr Girard, 10, 17 mai 56, 120
- Achèvement de la reconstruction de clinique de rhumato à Cochin, Mr Girard, 10, 17 mai 56, 1221
- Aménagement d'un service de rééducation, d'une consultation de Rhumatologie et d'un service de bains pour le personnel à la Pitié, Girard, 1, 11 oct 56, 108
- Achèvement de la clinique de rhumatologie à Cochin, Girard, 9, 21 mai 59, 764

#### **Traumatologie**

- Construction d'un centre de traumatologie à Cochin, Mr Ehrbar, 10, 12 juin 1952, 623
- Construction d'une clinique de chir orthopédique et d'un centre de traumatologie à Cochin, Mr Ehrbar, 5, 11 fev 1954, 449
- Travaux supplémentaires, Mr Ehrbar, 26 juin 1958, 1399

#### **Tuberculeux**

- Broussais, Au sujet de la création d'un atelier pour tuberculeux, Mr Malbec, 1, 11 octobre 1928 p462
- Debrousse, Au sujet de la suppression du service d'enfants tuberculeux, Mr Pagniez 6, 13 décembre 1928 p322
- Construction d'un hôpital sanatorium à Champeuil, Mr Pagniez, 9, 13 fév 1930, 534
- San Salvadour (Sana d'enfants), Installation de bains de mer chauds, Calmels, 1, 11 oct 1934, 23 (rien d'intéressant)
- Lariboisière, Création d'un service de tuberculeux, Mr Pagniez, 5, 2 dec 1937, 275 (72 lits pris ailleurs)
- Affectation du Pavillon Claude Bernard de Brévannes aux tuberculeux, Mr Rist, 1, 13 oct 1949, 105
- Communication du DG au sujet de la reconversion du sanatorium de Champeuil en hôpital de malades chroniques, 24 janvier 1963, 873
- Reconversion des sanatoria de l'Oise, DG ; 17 oct 1963, p16

#### **Autres populations**

- Enfants Malades, Ouverture d'une consultation spéciale pour les enfants arriérés, Mr Macé, 4, 14 nov 1929, 246
- Boucicaut, Affectation temporaire de la fondation à l'hospitalisation d'enfants convalescents, Mr Barbé, 2, 22 oct 31, 55
- Cousin de Méricourt, Création d'un service d'infirmes MR Henry Poulet, 3, 12 nov. 1931, 240
- Bicêtre, Installation d'un service de chroniques dans le bâtiment des consultations, Mr Gilbert, 4, 24 nov 1932, 264

- Aménagement d'une maison de convalescence pour enfants au château de CERCAMP (legs de Fourment), Mr Jeannemey, 17, 20 juin 1935, 729
- Maison de santé, Transformation des services de malades en services de vieillards payants, Mr De Fontenay, 9, 2 fév. 1939, 231
- Aménagement d'un service d'agités à Laennec, Mr Behier, 1, 21 oct. 1948, 48
- Aménagement d'un service d'agités à Lariboisière, Mr Ehrbar, 9, 11 mai 1950, 543
- Aménagement d'un centre de convalescence pour les agents féminins à San Salvador, Mr Neumeyer, 1, 21 octobre 1948, 56
- Communication au sujet de la création d'un hôpital pour chroniques à Créteil, Le DG, 8, 10 avril 1952, 434
- Aménagement d'une clinique de neuropsychiatrie infantile (Pr Heuyer) à la Salpêtrière, Mr Dubar, 7, 13 mars 1952, 405
- Construction d'un hôpital de chroniques à Créteil, Mr Ehrbar, 1, 12 nov 53, 5; 1, 12 nov 53, 69; 3; 10 dec 53, 327 ; 7, 8 avril 54, 591
- Construction de l'hôpital de chroniques à Créteil, 1955

#### 4. Textes législatifs

- Application de l'ordonnance du 19 octobre 1945 instaure la réhabilitation en matière d'assurance sociale pour les travailleurs et leur famille : la réadaptation fonctionnelle n'est pas mentionnée en tant que telle mais entre dans les dispositions générales de la couverture des frais des soins ; la rééducation professionnelle des malades et invalides est accordée au même titre que pour les accidentés du travail par décret du 14 juin 1947 et décret du 27 juin 1955

- Loi du 30 octobre 1946 officialise le financement de la rééducation fonctionnelle et de la rééducation professionnelle par la sécurité sociale en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ; permet aux malades de recevoir une indemnité journalière dans la phase de réadaptation et ce, sous conditions<sup>212</sup>

- L'article 15 du décret 50-134, du 30 janvier 1950 oblige chaque établissement hospitalier à organiser un service de réadaptation fonctionnelle, ou, à défaut, à diriger ses infirmes sur un autre centre de réadaptation, public ou privé, avec lequel il a conclu un accord à cet effet.

- Arrêté du 29 septembre 1953 (JO du 18 octobre 1953) fixe la procédure et les conditions pour qu'un centre de rééducation fonctionnelle soit reconnu comme pertinent par le Ministère (opportunité)

- L'annexe XXII du décret n°56-284 du 9 mars 1956 (JO du 25 mars 1956) fixe les conditions techniques que doivent remplir les établissements de réadaptation fonctionnelle pour obtenir l'agrément des organismes de Sécurité sociale (financement)

- Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés

---

<sup>212</sup> Pendant la réadaptation fonctionnelle, la victime a droit à l'indemnité journalière. Selon l'article 443 du Code de Sécurité sociale, « le bénéficiaire est tenu de se soumettre aux traitements et mesure de toute nature prescrits dans les dispositions prévues à l'article 441 et par les autorités sanitaires compétentes ; de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par les caisses ; de s'abstenir de toute activité non autorisée ; d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation et son reclassement professionnel... »

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

- Ordonnance du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière prévoit la réadaptation fonctionnelle parmi les attributions essentielles des hôpitaux.

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.

- Arrêté du 15 octobre 1959 (JO du 4 décembre) institue une commission chargée d'étudier les problèmes de réadaptation médicale (composition en annexe 2)

- Circulaire du 17 février 1960 relative à la réadaptation médicale (non parue au JO) du Ministre de la santé publique et de la population. Elle définit le champ d'application de la réadaptation médicale (catégories justiciables des méthodes de réadaptation, nombre de personnes justiciables des traitements de réadaptation médicale), définition des organismes nécessaires pour mettre en œuvre les méthodes de réadaptation (la réadaptation dans un établissement de soins, la réadaptation post-hospitalière).

- JO du 28 décembre 1960, liste des actes médicaux concernant la médecine physique ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux

- Arrêté du 18 octobre 1961 instituant une commission consultative médicale d'appareillage et de réadaptation. Ministère des Anciens combattants et victimes de guerre.

- Décret n°62-881 du 26 juillet 1962 portant règlement d'administration de la loi de 1957

- Circulaire du 28 mai 1963 précise la circulaire du 17 février 1960 sur la réadaptation médicale

- Arrêté du 29 septembre 1963. Ministère de la santé publique

- Loi n°64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste

- Circulaire du 18 décembre 1964 relative aux centres d'aide par le travail. Ministère de la Santé publique

- Décret n°65-240 du 25 mars 1965 portant règlement d'administration publique et réglementant les professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste

- Arrêté du 4 août 1965, J.O. du 27 août 1965, portant création d'un certificat d'études spéciales de rééducation et réadaptation fonctionnelles. Ministère de l'Education Nationale

## 5. Les autres lieux ressources

### Le conseil national de l'ordre des médecins

Les débats portant création de la spécialité au sein du Bulletin de l'Ordre des Médecins

- Guide pratique d'exercice professionnel à l'usage des médecins, chapitre « spécialisations et compétences » : 1953, 1959, 1965, 1971, 1974

- Bulletin de l'Ordre des Médecins

- Juin 1963 : Demande d'une création de compétence en médecine physique et réadaptation

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

- Septembre 1963 : Demande d'une création de compétence en médecine physique et réadaptation
  - Octobre 1963 : Compétence ou spécialité en médecine physique et réadaptation
  - Mars 1965 : De l'opportunité de créer une compétence en rééducation et réadaptation fonctionnelles
  - Janvier 1968 : Cumul de la qualification en chirurgie et en RRF, demande du Pr Vidal
  - Janvier 1969 : A propos de la rééducation et réadaptation fonctionnelles
  - Juin 1969 : Limites de l'activité d'un spécialiste qualifié en rhumatologie, demande du syndicat des rhumatologues
  - Juin 1969 : Cumul de la qualification en chirurgie et en RRF, demande du Pr Boudouresques, président du Conseil des Bouches du Rhône
  - Mars 1970 : De la pratique d'actes de RRF par certains spécialistes, demande du syndicat des rhumatologues
  - Juin 1970 : Demande de reconnaissance de la compétence en rééducation et réadaptation fonctionnelles comme spécialité
- Cette demande a été réitérée à plusieurs reprises entre 1970 et 1973
- Juin 1973 : Classement de la rééducation et réadaptation fonctionnelles parmi les spécialités

### **Bibliothèques**

**Bibliothèque de l'académie nationale de médecine**, Bulletins de l'académie ; ouvrages, rapports...

**BIUM**, Revues professionnelles ; EMC ; dictionnaires de médecine, Colloques, Guide Rozenwald...

**Bibliothèque du Ministère**, Les décrets, circulaires, autres textes surtout

**Bibliothèque de l'Institut National des invalides** : peu de choses

**Bibliothèque de l'école d'application du Val de Grâce**

Organisation des services de santé des armées dont physiothérapie

Rapports officiels concernant l'instauration de la rééducation fonctionnelle et professionnelle

Textes réglementaires et leurs projets

**Centre d'étude et de recherche pour l'appareillage CERAH**

**Archives de l'assistante publique – hôpitaux de Paris**

Conseil de surveillance ; rapports du conseil supérieur de l'AP-HP

Recueil des arrêtés, instructions et circulaires

**Comité d'histoire de la sécurité sociale** : Robert Fonteneau

**Les documents retraçant l'histoire des centres de rééducation et réadaptation** qui ont marqué le développement de la spécialité : IRR de Nancy ; Invalides ; Rennes ; Centre de traitement des séquelles de poliomyélite à Garches ; Institut national de réadaptation de Saint Maurice.

**Les autres lieux (quasiment aucune archive)**

La Sofmer : (société savante) ; la Syfmer : (syndicat) ; le collège des enseignants de la spécialité.

## Annexe 2

### **Commission de la réadaptation médicale, liste et fonction des membres désignés en raison de leur compétence particulière (1960)**

Dr Fèvre, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédique à la faculté de médecine de Paris

Dr Merle d'Aubigné, professeur de clinique chirurgicale, orthopédique et réparatrice à la faculté de médecine de Paris

Dr Garcin, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la faculté de médecine de Paris

De Gosset, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Paris

Dr de Sèze, professeur à la faculté de médecine de Paris, chef du centre de rhumatologie V. Peterson à l'hôpital Lariboisière

Dr Bourlières, professeur à la faculté de médecine de Paris, attaché de consultation gériatrie à l'institution Ste Périne

Dr Aubin, professeur honoraire de clinique ORL à la faculté de médecine de Paris

Dr Leroy, professeur d'hygiène générale appliquée à la faculté de médecine de Rennes, médecin chef du centre antipoliomyélique au CHR de Rennes

Dr Pierquin, Professeur de médecine du travail et réadaptation à la faculté de médecine de Nancy, directeur général de l'Institut régional de réadaptation du Nord-Est

Dr Thieffry, professeur agrégé de médecine à la faculté de médecine de Paris, chef du service de poliomyélite aiguë à l'hôpital des enfants malades

Dr Grossiord, médecin des hôpitaux de Paris, chef du centre de traitement des séquelles de poliomyélite à l'hôpital Raymond Poincaré à Garches

Dr Tardieu, médecin des hôpitaux de Paris, chef du centre de rééducation des infirmes moteurs cérébraux à l'hôpital Raymond Poincaré à Garches

Dr Hindermeyer, attaché de clinique chirurgicale infantile et orthopédique, Hôpital Necker Enfants malades

Dr Benassy, attaché de chirurgie à l'hôpital Raymond Poincaré à Garches

Dr Follin, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de la Maison Blanche, à Neuilly sur Marne

Dr Le Melletier, médecin phthisiologue, chef de service à l'hôpital de Versailles

Dr Maury, médecin chef du centre de réadaptation fonctionnelle de Fontainebleau

Dr Lescœur, médecin chef du centre de réadaptation fonctionnelle de Saint-Cloud

Dr Cahuzac, médecin chef du centre de rééducation fonctionnelle de Ramonville-Saint-Agne

Dr Polge, inspecteur divisionnaire de la santé

Mr Vatier, directeur de l'hôpital Raymond Poincaré à Garches

Mr Cultru, directeur du CHR de Rouen

Mme Roche, assistante sociale, chef du service d'ergothérapie de l'Institut régional de réadaptation du Nord-Est

Mme Nouel, assistante sociale des services départementaux d'hygiène sociale à Lyon.

### **Annexe 3 : Dates clefs pour la structuration de la MPR en France, 1952 – 1984**

**Remarques :**

- *En italique, la structuration européenne*

- Ces informations sont quasiment toutes de deuxième main ; les erreurs peuvent être plus fréquentes

- 1950 *Création de la Fédération Internationale de Physical Medicine and Rehabilitation*

- 26 mars 1952, Création de la Société de médecine physique

- 1<sup>er</sup> octobre 1953, une chaire de médecine du travail et de réadaptation est créée à la faculté de médecine de Nancy ; Pr Louis Pierquin y est nommé

- 1954 *Naissance de la Fédération Européenne de Médecine Physique et de Réadaptation : organisme non gouvernemental agréé par le Conseil de l'Europe*

- 19 janvier 1956, le Syndicat Français de Médecine physique est créé, il est issu de la société Française et est présidé par Pr Grossiord (a été très aidé par le Dr Jodin, Vice Président de la confédération nationale des syndicats médicaux)

- *En Italie, le diplôme universitaire reconnaît la spécialité existe dans cinq universités » : Rome depuis 1955, Bologne en 1958, Gênes en 1962, Milan et Parme en 1963.  
- Aux Pays-Bas, la spécialité de réadaptation existe depuis 1956...*

- 1958 : *les médecins spécialistes européens se regroupent au sein de l'Union Européenne des médecins spécialistes*

- 1957 ou 1958, avec l'approbation du Pr Leclainche, Directeur général de l'Assistance publique, la Société organise dans les hôpitaux un enseignement théorique et pratique de Médecine Physique destiné au Docteur en médecine et aux étudiants munis de 24 inscriptions. Formation en 2 ans

- 1958, Création de « les Annales de réadaptation et de médecine physique »

- 1960, Société change de nom et devient la « Société française de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle »

- 1960, Création à Paris-Garches du diplôme d'Université de Médecine Physique et Rééducation (Professeur Grossiord)

- *En Belgique, la spécialité de réadaptation est reconnue par l'arrêté royal du 4 juillet 1963*

- *1964, IV<sup>ème</sup> congrès de la FEMPR à Paris présidé par Pr Grossiord*

- 4 août 1965, Arrêté portant création du CES de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle

- *1965, I<sup>ère</sup> conférence européenne de MPR à Bruxelles – CECA*  
- 113 -

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

- 1967, Barcelone : Comité pour la formation du spécialiste (Fédération Européenne)

- 1968 : Premiers diplômes de CES RRF en France

- 1968 : Genève : Comité d'experts OMS chargé de la réadaptation : définition d'une nouvelle discipline : « Médecine Physique et de réadaptation »  
Montréal : IVème congrès IFPMR

- 1969 : Entrée de la discipline, sous le vocable réduit de « Rééducation Fonctionnelle » dans la comité consultatif des universités, au sein d'une section disparate (42<sup>ème</sup>-2<sup>ème</sup>) réunissant avec elle la Thérapeutique, la Réanimation Médicale et l'Hydrologie.

- 1969 : Premier concours d'agrégation en rééducation fonctionnelle

- 1969 : Naissance de l'Académie Médicale Européenne de Réadaptation à Genève

- 1971 : Union Européenne des médecins spécialistes, organisme non gouvernemental agréé auprès de la Commission Européenne

- 1972 : Vème congrès IFPMR, Barcelone, Pr Barnosell

- 1973 : Décret instituant, dans le cadre du règlement relatif à la qualification des médecins spécialistes (arrêté du 4 septembre 1970) la spécialité médicale de « Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle » en application de l'article 12 du décret du 28 novembre 1955 portant code de déontologie médicale

- 19 janvier 1974 : SYFMER (Syndicat national des médecins spécialistes de RRF – Médecine physique) prend la suite du Syndicat créé en 1956 ; représentatif de l'exercice libéral de la spécialité, et comporte une section médecins salariés ; affilié à l'Union des Médecins Spécialistes Confédérés

*Deux de ces membres siègent à L'Union Européenne des médecins spécialistes*

- 1974 : SOFMERR, Réorganisation statutaire de l'ancienne société savante et changement de nom

- 1976 : VIème congrès IFPMR, Rio de Janeiro

- 1980 : VIIème congrès IFPMR, Stockholm

- 1970 – 1980 : L'activité de la Fédération Européenne se mue en activité UEMS

- 1982 : Livre de l'Académie « Médecine de rééducation » Document GEIGY

- 13 avril 1983 : La rééducation fonctionnelle constitue une sous-section autonome, la 5<sup>ème</sup> au sein de la 48<sup>ème</sup> section du Conseil Supérieur des Universités – CSU. Elle comporte alors 25 PUPH

- 9 juillet 1984 : Décret portant création du DES, au sein desquels figure de DES de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle.

## Bibliographie

### Bibliographie de sciences sociales

Abbot A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press, 435.

Akrich M. (1987). Comment décrire les objets techniques ?, *Technique et culture*, 9, 49-64.

Albrecht Gary L. (1992). *The Disability Business. Rehabilitation in America*. London: Sage Library of Social Research 190. 327.

Albrecht G.L., Ravaud J.F., Stiker H.J. (2001). L'émergence des *deasability studies* : état des lieux et perspectives. *Sciences sociales et santé*. 19(4), 43-71.

Avan L., Stiker H.J. (1988). *L'homme réparé, artifices, victoires, défis*. Paris : Gallimard – Cité des sciences et de l'industrie, 128.

Mis en forme : Anglais (Royaume-Uni)

Aujoulat I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire*. Thèse de doctorat en santé publique, Université catholique de Louvain, 182.

Barral C., Paterson F., Stiker H.-J., Chauvière M. (sous la direction de) (2000). *L'institution du handicap. Le rôle des associations. XIXe – XXe siècles*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, collection « des sociétés », 415.

Baszanger I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27, 3-27.

Baszanger I. (1992). Introduction : les chantiers d'un interactionnisme américain. In, *Anselm L. Strauss. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : Ed. Logiques sociales, L'Harmattan, 11-64.

Baszanger I. (1995). *Douleur. La fin d'un oubli*. Paris : Seuil, La couleur des idées, 447.

Baszanger I. (2002). La fin de la vie : de nouvelles frontières entre curatif et palliatif. In Baszanger I., Bungener M., Paillet A. (dir.), 2002, *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris : La Dispute, Corps Santé Société, 211-231

Ben-David J., Sullivan T.A. (1975). Sociology of science, *Annual Review of Sociology*, (1), 203-222.

Berger P., Luckmann T. (1996, 1966). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Armand Colin, 288.

Bloch M. (1993). *Apologie pour l'histoire ou métier d'historien*. Paris : Armand Colin

Bungener M., Baszanger I. (2002). Médecine générale, le temps des redéfinitions. In Baszanger I.,

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

Bungener M., Paillet A. (dir.), 2002, *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris : La Dispute, Corps Santé Société, 19-34.

Canguilhem G. (1966 1943). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 224.

Corbin A., Courtine J.J., Vigarello G. (2005, 2006). *Histoire du corps, Trois volumes*. Paris : Seuil.

Courtine J.-J. (2006) Le corps anormal. Histoire et anthropologie culturelles de la difformité. In, *Histoire du corps. Volume 3 : Les mutations du regard. Le XXème siècle*. Paris : Seuil, 201-262.

Douglas M. (2004 1986). *Comment pensent les institutions*. Paris: La découverte.

Dubar C. (1998). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Ed. Armand Colin, 240.

Dubar C., Tripier P. (2005, 1998). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin, 280.

Elias N. (1985, 1969). *La société de cour*. Paris : Flammarion.

Elias N. (1981, 1970). *Qu'est-ce que la sociologie*. Paris : Ed. Pandora / des sociétés, 222.

Elias N. (1993, 1983). *Engagement et Distanciation*. Paris : Fayard, 258.

Mis en forme : Anglais (Royaume-Uni)

Freidson E. (1994). *Professionalism Reborn*. Policy and Prophecy, Cambridge University Press.

Gary L. A., Ravaut J.-F., Stiker H.-J. (2001). L'émergence des *disability studies* : état des lieux et perspectives. *Sciences sociales et santé*, 19(4) : 43-73.

Gateaux-Mennecier J. (1989). *Bourneville et l'enfance aliénée. L'Humanisation du déficient mental au XIXème siècle*. Paris, PAÏDOS HISTOIRE Centurion, 323.

Gateaux-Mennecier J., Hamonet C. (1992). Bourneville. Un précurseur de la médecine de rééducation. *Handicaps et Inadaptations. Les cahiers du CTNERHI*, 58, 85-95

Goffman E. (1975 1963). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Editions de Minuit, 175.

Gritzer, G. et Arluke, A. (1985). *The making of rehabilitation : A political economy of medical specialization, 1890-1980*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, 214.

Gzil F., Lefevre C., Cammelli M., Pachoud B., Ravaut J.F., Leplege A. (2007). Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred ? *Disability and Rehabilitation*, 29(20) : 1-9.

Hédouin A. (2004). L'espace du fauteuil roulant. Sociabilité ambulatoire en institution gériatrique. *Sciences sociales et santé*. 22(4) : 73-99

Herzlich C. (2005 1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris. Editions de l'EHESS, 210.

- Hughes E.C. (1996). *Le regard sociologique*. Paris. Editions de l'EHESS, 339.
- Kurzman S. (2002). There's no language for this. Communication and alignment in contemporary prosthetics. In Ott K., Serlin D., & S. Mihm (Eds.) *Artificial Parts, Practical Lives*. New York: New York university Press, 227-248.
- Lefève C. (2007). L'activité et l'expérience subjective du patient dans la relation médicale d'aujourd'hui. In *Action médicale et confiance*, P.Y. Quiviger et Th. Martin dir., Besançon, Annales littéraires de l'Université de Franche-Comté, 247-275
- Lepège A., Gzil F., Cammeli M., Lefève C., Pachoud B., Ville I. (2007). Person-centredness : conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20): 1-11
- Léonard J. (1981). *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*. Paris, Ed. Aubier Montaigne Collection historique, 384.
- Mino J.C., Lert F. (2004). L'éthique quotidienne d'une équipe mobile de soins palliatifs. *Gérontologie et société*, 108, 137-158
- Mino J.C., Lert F. (2003). Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile. *Sciences Sociales et Santé*, 21, 35-63
- Mino J.C., Frattini M.O. (2007). Les soins palliatifs en France : « mettre en pratiques » une politique de santé. *Revue française des Affaires sociales*, 2, 139-156
- Mino J.C., Frattini M.O., Fournier E. (2008). Pour une médecine de l'incurable. *Etudes*, juin 2008, 753-764
- Monet J. (2005). *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle. Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*. Thèse pour le doctorat en sociologie. Université de Paris I – Panthéon Sorbonne, 703.
- Montes J.F. (1989). *Travail – Infirmes. Des aveugles travailleurs aux travailleurs handicapés. Genèse de la (re)mise au travail des infirmes*. Mémoire de Diplôme d'études supérieures en économie sociale. Université de Paris 1. Panthéon Sorbonne
- Moser, I. (2000). Against normalisation: subverting norms of ability and disability. *Science as Culture*, 9(2):201-240.
- Murphy R., Sheer J., Murphy Y., Mack R. (1989). Physical disability and social liminality : a study of rituals of adversity. *Social Science and Medicine*, 26(2):235-242
- Nicholls D.A., Cheek J. (2006). Physiotherapy and the shadow of prostitution: the Society of Trained Masseuses and the massage scandals of 1894. *Social Science and Medicine*, 62, 2336-2348
- Nordenfelt L. (2006) On health, ability and activity: comments on some basic notions in the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 28(23) :1461-1465

---

Paillet A. (2007). *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. La Dispute, Corps Santé Société, 286.

Pinell P., Zafiroopoulos M. (1978) La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychiatrie infantile. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 24, 23-49

Pinell P. (1992). *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris : Ed. métailié, 366.

Pinell P. (2003) Spécialisation. In: Lecourt D., *Le dictionnaire de la pensée médicale*. Paris : PUF, 1063-1069.

Prost A. (1977). *Les anciens combattants et la société française. 1914-1939*. Paris, Presse de la Fondation Nationale des sciences politiques, 237.

Ravaud J.-F., Stiker H.-J. (2000). Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 1<sup>ère</sup> partie : les processus sociaux fondamentaux d'exclusion et d'inclusion. *Handicap – Revue des sciences humaines et sociales*, 86, 1-18

Ravaud J.-F., Stiker H.-J. (2000). Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 2<sup>ème</sup> partie : typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap. *Handicap – Revue des sciences humaines et sociales*, 87, 1-17

Eldar R., Kullmann L., Marincek C., Sekelj-Kauzlaricacute K., Scaronvestkova O., Palat M., (2008). Rehabilitation medicine in countries of Central/Eastern Europe. *Disability and Rehabilitation*, 30(2):134 - 141

Serlin D. (2002). Engineering Masculinity. Veterans and Prosthetics after World War Two. In Ott K., Serlin D., & S. Mihm (Eds.) *Artificial Parts, Practical Lives*. New York: New Yord university Press, 45-74.

Strauss A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'harmattan. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. 311.

Stiker H-J. (2005 1982). *Corps infirmes et société. Essais d'anthropologie historique*. Paris : éd. Dunod, 253.

Swaan (de) A. (1995). *Sous l'aile protectrice de l'état*. Paris : Sociologies, PUF, 377.

Vigarelo G. (2005). Hygiène du corps et travail des apparences. In *Histoire du corps, Volume 2 : De la révolution à la grande guerre*. Paris : Seuil, 299-310

Vigarelo G., Holt R. (2005). Le corps travaillé. Gymnastes et sportifs au XIXème siècle. In *Histoire du corps, Volume 2 : De la révolution à la grande guerre*. Paris : Seuil, 313-377

Ville I., Ravaud J.F. (1994). Représentation de soi et traitement social du handicap : L'intérêt d'une approche socio-constructiviste. *Sciences sociales et santé*, 12(1): 7-30

Ville I. (2005). Biographical work and returning to employment following a spinal cord injury.

Weisz G. (1992). Regulating specialities in France during the first half of the twenty century. *Social History of Medicine*, 15, 457-480

Weisz G. (1994). Mapping medical specialisation in Paris in the nineteenth and twentieth centuries. *Social History of Medicine*, 7, 177-211

Winance M. (2004). Du fauteuil roulant à la personne. *Sciences sociales et santé*, 22(4), 73-99

Winance M. (2004). Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions. *Politix*, 17(66) : 201-227

### **Bibliographie issue de la profession**

Abadie Ch. (1972). Historique de l'appareillage. *Revue kinésithérapie scientifique*, 90.

André J.M. (1997). Préface. In Roques C-F., 1997, *Pratique de l'électrothérapie. Electrophysiologie pratique appliquée à la Médecine Physique et à la Masso-Kinésithérapie*. Paris : Spinger-Verlag France, V-VI.

André J.M. (1998). Fondements, stratégies et méthodes en médecine physique et de réadaptation. In Held J.P., Dizien O., *Traité de Médecine physique et de réadaptation*. Paris : Médecine-Sciences, Flammarion, 3-13

André J.M., Xénard J., Meyer C. (2004). *De l'institut de Réhabilitation des Diminués Physiques à l'Institut Régional de Réadaptation : 1954 – 2004*. Nancy : Edité par Institut Régional de Réadaptation et UGECAM du Nord-Est, 158.

Befort J.F. (1989). *Chronique de l'histoire de l'hôpital Raymond Poincaré à Garches*, Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine. Université de Paris V René Descartes. Faculté de médecine de Paris Ouest.

Berlioz Ch., Girond J. (1959). « Réhabilitation » et sécurité sociale. *Réadaptation*, 59, 29-32

Bernard Cl. (1984 1865). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris, Flammarion.

Boruchowitsch G. (1988). Les progrès en appareillage. Communication au Congrès Européen sur la réinsertion sociale des grands handicapés. Bordeaux, 28 – 30 janvier 1988

Claisse R., Dalayeu J., Suquet Y., Troisier O., Hagueneau M, Lamotte J-C. (1963). Le pronostic fonctionnel des hémiplegiques. Etude de 1010 cas observés pendant six ans à l'hôpital Raymond Poincaré, *Annales de médecine Physique*, 6(2) : 92-197.

Debré R, Thieffry S. (1946). Le diagnostic clinique précoce de la paralysie infantile, *Bulletin de l'académie de médecine*, 130, 558 – 562

Debré R, Thieffry S. (1946). Dépistage et diagnostic clinique des formes non paralytiques de la

maladie de Heine-Médin, *Bulletin de l'académie de médecine*, 130, 562 - 566

Debré R. (1954) Aspects sociaux et moraux de la poliomyélite. *Réadaptation*. 14-15, 7-10

Dorland J. (1996). *L'hôtel des Invalides : son service de santé, son hôpital, ses pensionnaires de Louis XIV à nos jours*. Paris, Perrin et Perrin

Flurin H., Justin-Besançon (1945). La situation actuelle du thermo-climatisme. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 129,198-200

Fouché S. (1961). Le reclassement des paraplégiques à Quessigny, *Annales de médecine physique*, 4(3) :180-182

Fouché S. (1981). *J'espérais d'un grand espoir. Au service du malade mon frère*. Paris : Ed. du Cerf, 226.

Françon F. (1958). La médecine physique. *Annales de médecine physique*, 1(1) : 1-4

Guillain G., Bertrand I. (1945). L'installation d'Electro-encéphalographie de l'Institut de Neurobiologie à la Salpêtrière. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 13 mars 1945

Grossiord A. (1953). La rééducation des infirmes moteurs, l'expérience de Garches. Problèmes médicaux. *Revue d'hygiène et de médecine sociale*. 7(1) : 617-633

Grossiord A. (1955). Coordination et travail d'équipe. *Réadaptation*, 23, 6-11

Grossiord A. (1961). Réadaptation et psychologie des enfants et adolescents poliomyélitiques. *Rev. Enfance*, n°4-5, 273-460

Grossiord A. (1965). Séance inaugurale du IVème congrès de Médecine physique. L'esprit de la médecine physique. *Annales de médecine physique*, 8(1) : 7-12

Grossiord A. (1968). Leçon inaugurale. *Annales de Médecine Physique*, 2(11) : 106-114.

Grossiord A. (1968). *Leçon inaugurale. Chaire de clinique de Rééducation Motrice*. Paris, Masson.

Grossiord A. (1976). Du handicap au handicapé, conférence d'ouverture de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (S.O.F.C.O.T.). Réunion annuelle. Paris le 4 nov 1976

Grossiord A. (1981). The man on the spot : René Waghemacker (in memoriam). *Annales de médecine physique*, 2(24) : 93-97

Hamonet C., Wirotius J.M. (1997). Le pionnier souriant. *J. Réadapt. Méd.*, 17(2) : 42-44

Hamonet C. (2003). Auguste Léon Berne : un pionnier de la médecine physique et de réadaptation. Contribution à l'histoire de l'internat des hôpitaux de Paris et de la médecine de rééducation, *J. Réadapt. Méd.*, 23(2-3) : 92-93

Held J.P., Grossiord A. (1981). *La médecine de rééducation*. Paris, Flammarion-Médecine

Imbert, Silhol, (1955). Organisation d'un centre de réhabilitation à l'hôtel-Dieu de Marseille. *Réadaptation*, 23, 13-16

Joannon P. (1964). Contenu actuel de la médecine physique. *Annales de médecine physique*, 7(4) : 217-226

Labrousse J.L. (1955). Le centre de traitement et de réadaptation des paraplégiques de l'Institut National des Invalides, *Réadaptation*, 24, 12-17

Leroy D., Louvigné Y., Dauleux L. (1965). De la médecine classique à la médecine de rééducation. *L'Ouest Médical*. 9, 521-524.

Leroy D., Louvigné Y., Dauleux L. (1965). Contribution à l'étude du problème de la réadaptation des enfants handicapés moteurs. A propos de quelques réalisations au Centre de Rennes. *Revue de neuropsychiatrie infantile*. 13(12) : 843-849

Leroy D., Louvigné Y., Dauleux L., Fonlupt J., Calderon G. (1965). Efficacité de la rééducation respiratoire chez onze très grands handicapés poliomyélitiques. Principes. *L'Ouest Médical*. 9, 497-504

Leroy D. (1961). La rééducation d'entretien. *Réadaptation*, 82, 9-11

Leroy D., Louvigé Y., Dauleux L., Brochet C., Richier M.E. (1965). La poliomyélite dans la région de l'Ouest 1946-1963. Géographie, épidémiologie et vaccination de la poliomyélite. *L'ouest Médical*, 9, 504-510

Litch S. (1958). Qu'entend-on par médecine physique, *Annales de médecine physique*, 1(1) : 6-9

Louvigné Y., Leroy D. (1968). Le problème des loisirs chez les handicapés physiques. *Cahiers de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle*. n°7, 5 pages (tiré à part).

Louvigné Y. (1990) De la poliomyélite au SIDA. A propos de 30 années d'exercice de la rééducation fonctionnelle en Centre Hospitalier Universitaire. *J. Réadapt. Méd.*, 10(4) : 204-206

Maury M. (1981). *La paraplégie*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences.

Maury M. (2002). *Le plongeon vers la vie*. Paris : Bayard, 199.

OMS (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages*. Vanves, CTNERHI-INSERM, 203.

OMS (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé*. Genève, OMS, 303.

Peillon M. (1960). Congrès International de médecine physique de Washington. *Annales de médecine physique*, 3(3) : 181-184

Peillon M. (1965). Pierre Joannon, *Annales de médecine physique*, 8(1) : 1-2

Pierquin L. (1974). Discours de réception à l'Académie Médicale Européenne de Réadaptation. *Europa Medicophysica*, 10(2) : 53-36

Poulizac H. (1953). Etude critique des textes législatifs concernant le reclassement des handicapés physiques. *Réadaptation*, 3, 28-33

Poulizac H, Parisot J., Pierquin L. (1954). L'institut Régional de Réhabilitation sociale et professionnelle du Nord Est. *Réadaptation*, 13, 8-17

Rideau Y. (2003). Réadaptation. In: Lecourt D., ed., *Le dictionnaire de la pensée médicale*, Paris : PUF, 958-961.

Rieunau G., Despeyroux L. (1960). Physiothérapie des fractures. *Annales de médecine physique*, 3(1) : 9-13

Rieunau G. (1961). Indications et pièges de la médecine physique. *Annales de médecine physique*, 4(4) : 201-206

Rusk H.A. (1977). *A word to care for*, Reader Digest Press Book, Ramdon House, New York.

Senault R., Sadoul P., Poulizac H, (1954). Badon – La réadaptation des tuberculeux pulmonaires en Grande-Bretagne. Le poumon et le cœur, 7.

Silhol M. (1960). Le déblocage scapulo-huméral (Méthodes et indications). *Annales de médecine physique*, 3(1) : 47-54

Toumay A. (1954). Courte histoire du traitement de la poliomyélite en France. *Réadaptation*, 14-15, 11

Vatier J. (1951). L'Hôpital Raymond Poincaré à Garches, Centre de rééducation fonctionnelle et professionnelle. *Bulletin d'information et de documentation, Assistance Publique à Paris*, 10, 17-32

Vatier J. (1952). Deux exemples de rééducation hospitalière à l'hôpital Raymond Poincaré à Garches. *Caducée*, 4, 19-24

Vatier J. (1963). Propos sur la réadaptation médicale. *Réadaptation*, 100, 9-10

Waghemacker R. (1965a). Rapport national français sur la réadaptation, *Annales de médecine physique*, 8(3) :187-242

Waghemacker R. (1965b). Rapport de synthèse sur la législation, l'enseignement, l'organisation, les réalisations, de la Réadaptation dans les pays de la CEE, Bruxelles, 17,18,19 juin 1965. *Annales de médecine physique*, 8(3) : 245-267

Wirocius J.M. (1999). Histoire de la rééducation. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Kinésithérapie – Médecine Physique-Réadaptation*, 26-005-A10, 25 p.

## Dynamique de constitution de la Médecine Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

---

Wirocius J.M. (2000) Aux origines de la rééducation fonctionnelle en milieu hospitalier : Gabriel Bidou (1878-1959), *In L'institution du handicap. Le rôle des associations. XIXe – XXe siècles.* Presses universitaires de Rennes, collection « des sociétés », 157-170.

Wirocius J.M., Pétrissans J.L. (2005). Document historique. La réadaptation au sein du monde hospitalier. *J. Réadapt. Méd.*, 25(1) : 42-46

## Résumé

La spécialité médicale de rééducation et réadaptation fonctionnelles (RRF) est reconnue en 1973 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. En s'appuyant sur une sociohistoire référée à Elias, et une étude de la profession médicale comme processus en référence à Strauss, nous mettons à jour comment cette médecine émerge et se structure en France après la deuxième guerre mondiale. Nous montrons d'abord comment une clinique des fonctions s'invente à l'interface d'une multitude de pratiques et de techniques au sein de lieux qui le facilitent. En répondant à la transition épidémiologique, la médecine physique qui deviendra RRF, s'inscrit dans certaines évolutions des besoins des personnes et se décale de la médecine curative triomphante. Puis, nous mettons à jour comment les dispositifs politiques imposent par circulaires et décrets la réadaptation médicale. Nous terminons par une analyse des positions et argumentaires des promoteurs de la RRF pour faire reconnaître ce nouveau segment de la médecine. L'ensemble met la RRF dans plusieurs doubles liens qui la singularisent et la fragilisent : être dans la médecine et proposer une autre logique de soins (médecine des fonctions centrée sur le patient) ; sauvegarder les liens de coopération avec les médecins de spécialité (correspondants d'aujourd'hui et de demain) et s'affranchir d'eux ; s'appuyer sur le monde social de la réadaptation en restant dans une position d'autonomie professionnelle chère au monde médical.

**Mots clés :** Médecine physique, réadaptation, physiothérapie, spécialisation médicale, médecine centrée sur la personne, handicap.