

Apport de la médecine physique et de réadaptation à la médecine de premier recours

Pr CHARLES BENAÏM^a, Dr PIERRE DECAVEL^b, Dr YAN EGGEL^c, Dr IONUT DOBRESCU^d, Dr JEAN-PAUL ROBERT^e, Dr MICHEL HUNKELER^e, Dre VÉRONIQUE GRAF^f, Dr SERDAR KOCER^g, Dr STEFANO CARDA^h et Dr FRANÇOIS LUTHIⁱ

Rev Med Suisse 2024; 20: 1126-31 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.877.1126

La médecine physique et de réadaptation (MPR), discipline indépendante, est peu connue en Suisse. Cette spécialité, liée à l'approche holistique de la classification internationale du fonctionnement, sera de plus en plus sollicitée par l'épidémiologie du handicap et les impératifs du «vieillir mieux». Ses compétences de prescription des moyens humains et matériels en réadaptation apportent une plus-value sur la perte d'autonomie. Basée sur un modèle biopsychosocial, la MPR trouve sa place dans la prévention et les soins de santé primaires ainsi que dans la prise en charge et la prévention des conséquences des maladies induisant une limitation fonctionnelle. Il existe toutefois des obstacles financiers (tarification) et démographiques (insuffisance de représentation) pour une action efficace au service de la population et du système de santé.

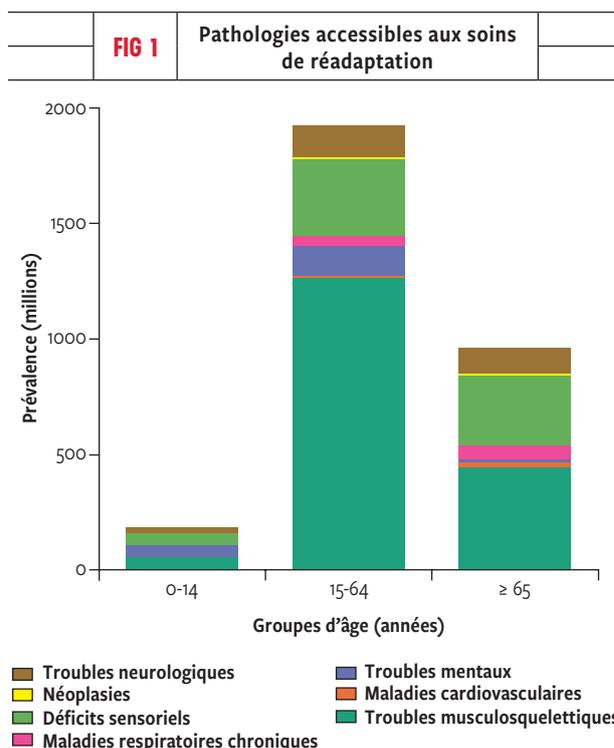
Contribution of physical and rehabilitation medicine to primary care medicine

Physical and rehabilitation medicine (PRM) is an independent medical specialty, little known in Switzerland. This specialty, strongly linked to the holistic approach of the International Classification of Functioning, will be increasingly solicited by the epidemiology of disability and the imperatives of "ageing better". Its skills in prescribing human and material resources for rehabilitation provide added value in terms of loss of autonomy. Based on a biopsychosocial model, PRM has a high role to play in prevention and primary healthcare, as well as in the management and prevention of the consequences of functionally limiting diseases. There are, however, financial (pricing) and demographic (lack of representation) obstacles to effective action on behalf of the population and the healthcare system.

^aDivision de médecine physique et réadaptation, Département de l'appareil locomoteur, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bService de réadaptation, Département de gériatrie-réadaptation-rhumatologie, HFR Fribourg, 1752 Villars-sur-Glâne, ^cService de réadaptation musculosquelettique, Centre hospitalier du Valais romand, Hôpital du Valais, 3960 Sierre, ^dService de réadaptation neurologique et orthopédique, Clinique La Lignière, 1196 Gland, ^eService de réadaptation, Département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs, Réseau hospitalier neuchâtelois, 2046 Fontaines, ^fUnité de médecine physique et de réadaptation orthopédique, Hôpital de Beau-Séjour, 1206 Genève, ^gCentre de rééducation Porrentruy, Hôpital du Jura, 2900 Porrentruy, ^hService de neuropsychologie et neuro-réhabilitation, Département des neurosciences cliniques, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ⁱService de réadaptation de l'appareil locomoteur, Clinique romande de réadaptation, 1950 Sion
charles.benaïm@chuv.ch | pierre.decavel@h-fr.ch | yan.eggel@hopitalvs.ch
ionut.dobrescu@la-ligniere.ch | jean-paul.robert@la-ligniere.ch | michel.hunkeler@rhne.ch
veronique.graf@hug.ch | serdar.kocer@h-ju.ch | stefano.carda@chuv.ch
francois.luthi@crr-suva.ch

INTRODUCTION

La médecine physique et de réadaptation (MPR) est méconnue en Suisse. Selon l'ISFM, «La MPR est une discipline médicale indépendante dont l'action cible les fonctions physiques et cognitives, l'activité (y compris le comportement) et la participation (y compris la qualité de vie), ainsi que l'amélioration des facteurs personnels et environnementaux. Elle est, dès lors, responsable de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la gestion de la réadaptation des personnes souffrant d'atteintes à la santé handicapantes et de comorbidités, quel que soit leur âge». Selon l'OMS, les besoins en spécialistes en MPR vont augmenter: «L'évolution de la santé et des caractéristiques de la population devrait conduire à une augmentation des besoins en réadaptation dans le monde entier. Par exemple, les gens vivent plus longtemps, mais présentent davantage de maladies chroniques et de handicaps». Le nombre de personnes souffrant de handicap qui bénéficieraient d'une réadaptation a progressé de 63% dans le monde



entre 1990 et 2019, et on considère qu'au moins une personne sur trois aura besoin d'une réadaptation à un moment ou à un autre de sa vie, les troubles musculosquelettiques étant le principal contributeur dans la tranche d'âge 15-64 ans (**figure 1**).¹

La MPR est la seule discipline médicale spécifiquement qualifiée pour la prise en charge du handicap. Elle se décline en réadaptation musculosquelettique, neurologique, cardiovasculaire, pneumologique, oncologique, pédiatrique, gériatrique... jusqu'à la réadaptation professionnelle, dont l'objectif est la mise en place des moyens thérapeutiques favorisant le retour au travail.

Nombre de prises en charge en réadaptation ont un rapport coût-efficacité favorable,² et leur absence est susceptible d'entraîner une péjoration du pronostic et une perte d'autonomie.¹ L'action de la MPR réduit les besoins médicamenteux par la prescription judicieuse et limitée dans le temps de physiothérapie, ergothérapie, logopédie, neuropsychologie, activité physique adaptée, moyens auxiliaires ou éducation thérapeutique. Le niveau de preuve de la discipline est aussi grandissant. Des initiatives comme la «Cochrane Rehabilitation» en sont l'illustration (<https://rehabilitation.cochrane.org>).

Même les pays riches présentent des déficits en réadaptation, celle-ci n'étant pas considérée comme une priorité du système de santé. Cela entraîne des coûts supplémentaires, comme le souligne l'OMS.³ Environ 50% des besoins en réadaptation de la population ne sont pas couverts, y compris dans les pays à haut revenu.⁴ En Suisse romande, les médecins spécialistes en MPR sont présents dans tous les cantons. La plupart exercent dans des centres/services de réadaptation, d'autres en cabinet médical. Ils pratiquent la réadaptation musculosquelettique (y compris souvent la médecine du sport) et/ou neurologique pour une grande partie. Quelques médecins de MPR ou centres/services de réadaptation romands ont particulièrement développé un des aspects de la profession, comme la prise en charge des patients amputés, polytraumatisés, rachialgiques ou paraplégiques, des maladies neuromusculaires, des AVC et traumatisés crâniens, des brûlés ou encore des maladies génétiques rares.

LE SPÉCIALISTE EN MPR: EXPERT POUR LA PRESCRIPTION DE LA RÉADAPTATION

Le spécialiste en MPR travaille avec des physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes, neuropsychologues, psychologues cliniciens, professeurs en activité physique adaptée (APA), infirmiers, assistantes sociales, diététiciens ou encore techniciens orthopédistes. Il est formé pour prescrire et coordonner l'intervention de ces professionnels. Le **tableau 1** rappelle les champs de compétence des autres professionnels de la réadaptation et les modalités de prises en charge.

LE SPÉCIALISTE EN MPR: EXPERT POUR LA PRESCRIPTION DE MOYENS AUXILIAIRES

La prescription de moyens auxiliaires est une autre manière d'améliorer l'autonomie, la qualité de vie et le maintien à

domicile dans les maladies dégénératives ou inflammatoires. La connaissance des indications par les spécialistes en MPR, en complément de l'aide fournie par les ergothérapeutes, peut être précieuse pour les médecins de première ligne. Il n'est en effet pas aisé de connaître la palette des possibilités thérapeutiques et encore moins de s'y retrouver dans la jungle des prises en charge selon les assurances. Le **tableau 2** indique qui prend quoi en charge et sous quelles conditions.

APPORT DE LA MPR À LA PRÉVENTION ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans un éditorial du *BMJ* de 2015, MacAuley rappelait que l'exercice est efficace en prévention primaire, secondaire et pour le traitement de nombreuses maladies courantes.⁵ Il affirmait: «*Il n'y a rien de miraculeux dans l'exercice, ce qui est extraordinaire, c'est le temps qu'il a fallu à la médecine conventionnelle pour accepter l'importance de l'activité physique*». En 2023, une étude portant sur plus de 120 000 adultes a confirmé que l'activité physique était bénéfique pour la santé, particulièrement chez les personnes atteintes de multimorbidités.⁶

Les spécialistes en MPR prescrivent régulièrement des soins de reconditionnement physique et nombre d'entre eux disposent également d'un diplôme de formation approfondie interdisciplinaire en médecine du sport, récemment renommée en Suisse «médecine de l'exercice et du sport». L'incitation à la pratique d'activités physiques et à l'adoption d'un mode de vie sain fait ainsi partie de toute prise en charge tant en MPR qu'en médecine du sport. Le guide MédicoSport-Santé de Vidal est une aide précieuse pour permettre aux médecins de conseiller une activité adaptée à leurs patients (www.vidal.fr/actualites/22982-prescription-de-l-activite-physique-et-sportive-accedez-au-guide-medicosport-sante-sur-vidal-fr.html).

APPORT DE LA MPR DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE

La MPR a été considérée à tort comme une discipline «verticale», utile au terme du parcours de soins du patient, voire seulement en dernier recours quand toutes les autres mesures ont échoué.⁷ Ainsi, la réadaptation cardiovasculaire clôt si nécessaire le parcours en cardiologie. Il est dès lors facile de penser que la MPR est réservée aux soins de santé secondaires ou tertiaires, ou représente un luxe.⁸ En réalité, la MPR est une discipline transversale, avec une approche holistique du patient, comme la médecine de première ligne. Elle utilise une approche biopsychosociale dédiée à l'amélioration du fonctionnement et de la participation de la personne malade/blessée dans son contexte. Elle répond donc à la définition que fait l'OMS des soins de santé primaire.⁹

Si l'on prend l'exemple des troubles mécaniques et dégénératifs de l'appareil locomoteur (lombalgie, arthrose, etc.), qui surchargent les consultations des rhumatologues et représentent au moins 20% des consultations des généralistes,¹⁰ parfois peu à l'aise dans ce domaine,¹¹ les spécialistes en MPR en ont une pratique approfondie. Ils maîtrisent non seulement

TABLEAU 1 Principaux métiers de la réadaptation

Missions	Déficiences/limitations d'activité	Ordonnance médicale obligatoire	Prise en charge/ remboursement	Formation minimale
Physiothérapeute				
Évaluer Traiter	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles du mouvement • Douleur • Troubles fonctionnels somatiques 	Oui: ^a prescription initiale pour 9 séances Après 36 séances sur un an: prise en charge de longue durée en accord avec le médecin de l'assurance	LAMal LAI LAA	Bachelor of Science en physiothérapie
Ergothérapeute				
Évaluer Traiter	<ul style="list-style-type: none"> • Conséquences fonctionnelles des maladies physiques, psychiques ou cognitives 	Oui: ^b 2 séances pour une évaluation 9 séances pour une prise en charge Après 36 séances sur un an: prise en charge de longue durée en accord avec le médecin de l'assurance	LAMal LAI LAA	Bachelor of Science en ergothérapie
Logopédiste				
Évaluer Traiter	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de la communication, langage oral/écrit, voix, déglutition, fonctions orofaciales • Certains troubles cognitifs 	Oui ^c	LAMal LAI LAA	Master en logopédie (diplôme belge ou français en Suisse romande)
Neuropsychologue				
Évaluer Traiter	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles cognitifs, troubles du comportement 	Oui	LAMal (diagnostic uniquement) LAI LAA	Master en neuropsychologie
Psychologue clinicien				
Évaluer Traiter	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles et maladies psychiques graves et handicapantes; douleurs chroniques (TCC) 	Oui ^d	LAMal LAI LAA	Master en psychologie clinique
Professeur en APA				
Accompagner	<ul style="list-style-type: none"> • Déconditionnement physique 	Non(1) ¹⁶	Non sauf dans un cadre stationnaire	Maîtrise universitaire en sciences du sport
Technicien ou bottier orthopédiste				
Compenser (orthèses, prothèses, aides techniques)	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles orthopédiques persistants: d'origine articulaire ou neurologique 	Oui	LAMal AI LAA	Certificat fédéral de capacité

les moyens pharmacologiques, mais aussi non pharmacologiques (physiothérapie, exercices, ergothérapie, moyens auxiliaires) qui sont au premier plan de la prise en charge de ces pathologies. Ils savent comment les prescrire, sous quelle forme et pour quelle durée. Il est malheureusement fréquent de constater qu'une arthrose des membres inférieurs est traitée par 6 à 9 séances de physiothérapie uniquement, alors que des dizaines d'essais cliniques démontrent l'efficacité de programmes ambulatoires associant physiothérapie, exercices et éducation thérapeutique,¹² qui sont disponibles en Suisse.¹³ Il a ainsi été démontré que grâce à une telle prise en charge, une arthroplastie pouvait être retardée de plusieurs années.¹⁴

Dans le champ neurologique, la «neuroréadaptation» consiste à traiter les conséquences des atteintes du système nerveux central et périphérique et des maladies neuromusculaires. Dans les soins primaires, la neuroréadaptation prend progressivement place dans le parcours du patient lorsque les traitements curatifs ou à visée étiologique sont en place. Elle vise à traiter les conséquences fonctionnelles des pathologies

neurologiques. L'implication des spécialistes en MPR augmente de plus en plus dans le parcours de soins des patients avec une maladie neurologique chronique, comme la sclérose en plaques (SEP) par exemple.¹⁵ Dans certains pays, la neuro-réadaptation est perçue comme le prolongement de la neurologie alors que dans d'autres, l'approche holistique de la réadaptation prévaut. En Suisse, il est clair que la double compétence en neurologie et en MPR est mise en avant (www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/DefReha_c_/DefReha_3.o_f_datiert.pdf, Page 40, premier paragraphe).

Cette complémentarité et ce soutien par des spécialistes en MPR peuvent aussi être réalisés en pneumologie, cardiologie, oncologie, médecine de la douleur, etc. C'est le cas chaque fois que les aspects en lien avec la réadaptation des patients prennent le dessus (réadaptation dédiée, promotion d'activités physiques adaptées aux pathologies). Les médecins de première ligne sont donc susceptibles d'entretenir de multiples contacts avec les spécialistes en MPR (liste disponible sur www.doctorfmh.ch): pour la coordination des soins et le suivi

TABEAU 2 Moyens auxiliaires: qui prend quoi en charge et selon quels critères?

Ordonnance recommandée pour la prescription des moyens auxiliaires disponible sous: www.mtk-ctm.ch/fr/detail/introduction-dun-nouveau-formulaire-dordonnance-pour-les-moyens-auxiliaires-appareils-de-traitement/
 Petits moyens auxiliaires (ustensiles ergonomiques, planche à découper, etc.): pas de prise en charge, catalogue accessible via la Ligue du rhumatisme, éventuellement LCA (complémentaires): www.ligues-rhumatisme.ch/offres/moyens-auxiliaires#:~:text=Si%20vous%20avez%20des%20questions,%C3%A0%20info%40rheumaliga.ch
 Pour fauteuils roulants, adaptation du domicile, prothèses: expertise FSCMA requise.
 Passage à AVS et poursuite des droits acquis au régime AI: c'est la date de la demande de prestations qui fait foi.
 Téléalarme: LCA selon contrat ou prestations complémentaires.
 Produits préfabriqués (produits finis: types orthèse, bandage, aide au positionnement, etc.): oui sauf AVS.
 Prestations complémentaires: possibilité de prise en charge de moyens auxiliaires selon les règlements cantonaux.
 Les parties en italiques correspondent à des critères particuliers (attribution ou coûts à charge du patient).
 AI: assurance invalidité; AVS: assurance vieillesse et survivants; FSCMA: Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires; LAMal: loi fédérale sur l'assurance-maladie (assurance obligatoire de soins); LCA: loi fédérale sur contrat d'assurance (réglemente contrats d'assurance complétant l'assurance obligatoire de soins); LAA: loi fédérale sur l'assurance accident; LiMA: liste des moyens et appareils; OLAA: ordonnance sur l'assurance accidents.

Prescriptions	LAMal	LCA	LAA	AI	AVS
Moyens auxiliaires: planche de bain, rehausseur de WC, etc.	De cas en cas, pratique variable (devis et garantie)	Selon contrat	Selon OLAA, circulaire SUVA (sur ordonnance, si refus ad AI)	Sur devis, avec expertise FSCMA et ordonnance	Non
Produits finis: cheville, genouillère, cannes anglaises, bandages, aides au positionnement	Oui (remboursements selon la LiMA)	Selon contrat	Oui	Selon devis et ordonnance (si pas considéré comme moyen thérapeutique et utilisation > 12 mois)	Non
Supports plantaires	Non	Selon contrat	Oui, selon devis et ordonnance	Non	Non
Chaussures orthopédiques de série et sur mesure, lits plantaires inclus	Non (<i>Oui: chaussures postopératoires, ou si considérées comme moyen thérapeutique</i>)	Non (<i>Éventuellement selon contrat</i>)	Oui, selon devis et ordonnance: 1 ^{re} année: 2 paires, ensuite: 1paire/an et franchise de 120 CHF	Oui, selon devis et ordonnance: 2 paires/an + franchise de 120 CHF par paire (entretien et réparation pris en charge: franchise de 70 CHF/an)	Oui, selon devis et ordonnance: 1 paire/an (dès 01.01.2024; auparavant 1 paire/2 ans)+ 25% à charge (à titre exceptionnel 2 ^e paire possible moyennant devis + ordonnance; réparation non prise en charge)
Orthèses	Seulement si moyen thérapeutique (utilisation < 12 mois; devis et garantie)	Si moyen thérapeutique et selon contrat (devis et garantie)	Oui, selon devis et ordonnance	Oui, selon devis et ordonnance (utilisation > 12 mois)	Non
Prothèses	Seulement si patients en âge AVS (devis et garantie)	Participation selon contrat	Oui, selon devis et ordonnance (pas de prise en charge des prothèses de sport)	Oui, selon devis et ordonnance (pas de prise en charge des prothèses de sport)	Non
Fauteuils manuels	En principe non (utilisation < 12 mois) (<i>Location à charge du patient</i>)	En principe non (utilisation < 12 mois, éventuellement selon contrat (devis et garantie))	Oui, selon devis et ordonnance	Oui, selon devis et ordonnance (utilisation > 12 mois)	Oui, selon devis et ordonnance: <ul style="list-style-type: none"> • Standard: 900 CHF • Spécial (amputation, hémiplegie, poids (> 120 kg), taille (< 150 cm ou > 185 cm): 1840 CHF • Spécial et risque décubitus: 2200 CHF
Fauteuils électriques	Non	Non	Oui, selon devis et ordonnance	Oui, selon devis et ordonnance	Non
Adaptation du domicile (transformations architecturales)	Non	Non	Non	Oui Si locataire: obtenir l'autorisation écrite du propriétaire, spécifier si remise en l'état à la fin du bail	Non
Adaptation du véhicule	Non	Non	Non	Oui, indépendamment de l'activité professionnelle	Non

de patients nécessitant l'intervention de plusieurs autres professionnels de la réadaptation, pour la prise en charge de pathologies musculosquelettiques ne requérant pas la chirurgie, mais aussi pour des avis ponctuels (traitement non

pharmacologique, prescription de moyens auxiliaires, etc.) La vignette clinique ci-après illustre l'apport de la MPR dans la prise en charge d'un patient souffrant d'un syndrome douloureux.

VIGNETTE CLINIQUE: PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT AVEC SYNDROME DOULOUREUX

Mme Y, âgée de 50 ans, institutrice, est adressée par son médecin de famille pour une suspicion de syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie). Il y a 4 mois, elle a souffert d'une fracture de la cheville. Celle-ci est consolidée et le chirurgien orthopédiste considère avoir exclu toute complication de son ressort. Il préconise un contrôle à un an et la poursuite de la physiothérapie. La cheville est tuméfiée, douloureuse, raide. La remise en charge est très difficile. Le port d'un soulier fermé est impossible. L'examen clinique confirme ses troubles, associés à une allodynie régionale, des troubles de la coloration et une sudation augmentée.

Le spécialiste en MPR confirme la suspicion clinique (critères de Budapest). Il propose de poursuivre la physiothérapie et d'y associer de l'ergothérapie (désensibilisation et programme d'imagerie motrice). Des informations précises sont également fournies à la patiente sur le syndrome (caractéristiques, traitement, évolution), soutenues par une brochure. Un traitement de corticostéroïdes est mis en place, associé à une antalgie de palier 1. Ce traitement permet une réduction progressive de la tuméfaction et de la douleur. Les corticostéroïdes sont poursuivis à dose dégressive pour 3 mois. Une adaptation du chaussage est mise en place dès que tolérée. À 9 mois de la prise en charge, une reprise thérapeutique du travail est mise en place, suivie d'une augmentation progressive. À un an, la reprise du travail est effective. Il persiste des douleurs et une raideur de la cheville, mais modérées et gérables. Le suivi spécialisé peut être interrompu en accord avec le médecin de famille.

VIGNETTE CLINIQUE: PARCOURS DE SOINS D'UNE PATIENTE ATTEINTE D'UNE SCLEROSE EN PLAQUES

Mme X, âgée de 36 ans, souffre d'une SEP diagnostiquée depuis 10 ans. Elle présente une impotence fonctionnelle des membres inférieurs, liée à un déficit moteur et une spasticité. Elle est encore autonome, mais souffre de douleurs et se plaint d'une asthénie. Elle travaille à 50% comme employée de banque (limitée par la fatigue et dans les déplacements). Elle conduit un véhicule automatique. Elle est mariée, le mari est autonome, elle a deux enfants de 10 et 7 ans.

Le traitement médicamenteux de la SEP est coordonné par le neurologue. Un médecin spécialiste en neuroréadaptation (MPR ou neurologue) évalue et traite les troubles liés à la spasticité et prend des mesures pour prévenir d'éventuelles déformations associées. Il coordonne les soins suivants: physiothérapie séquentielle ou au long cours pour la prise en charge des troubles moteurs, évaluation à domicile par un ergothérapeute pour proposer des aides techniques ou une adaptation du domicile, évaluation et prise en charge d'éventuels troubles cognitifs par un neuropsychologue, de troubles urologiques par un urologue et un physiothérapeute, de troubles psychiques par un psychiatre et un psychologue. Il intervient avec le neuropsychologue dans l'évaluation des capacités de conduite automobile.

Le médecin de première ligne réfère la patiente au neurologue pour les avis sur le traitement de fond de la maladie, il adresse la patiente au spécialiste en neuroréadaptation pour la prise en charge de la spasticité, les troubles neuro-urologiques ou en cas d'inefficacité de la physiothérapie. Parfois, le neurologue et le neurorééducateur proposent une prise en charge de l'un ou de l'autre selon le besoin de la patiente.

APPORT DE LA MPR DANS LES SOINS DE SANTÉ SECONDAIRES ET TERTIAIRES

La MPR intervient aussi dans les soins de santé secondaires et tertiaires lors des différentes phases du processus de réadaptation. Les interventions précoces sont proposées dans les structures hospitalières et débutent dès la phase intensive des soins par l'intervention d'une équipe multidisciplinaire qui inclut le spécialiste en MPR, le physiothérapeute, l'ergothérapeute et d'autres professionnels de la réadaptation travaillant de manière collaborative sous la coordination du spécialiste en MPR.

Les interventions de réadaptation post-aiguës sont fournies après la sortie des soins aigus et ont lieu soit dans un service de réadaptation stationnaire pour des patients nécessitant des soins conséquents avec nursing et surveillance médicale rapprochée, soit dans des structures ambulatoires de réadaptation. Les interventions de réadaptation sur le long terme (soins tertiaires) ont comme objectif le maintien et l'amélioration du fonctionnement et de la qualité de vie des personnes présentant un handicap congénital ou acquis à la suite d'un accident ou d'une maladie chronique. Ces interventions peuvent être organisées en stationnaire ou en ambulatoire. La vignette clinique ci-après illustre le parcours de soins d'une patiente atteinte d'une SEP.

OBSTACLES AUX INTERVENTIONS DE LA MPR

Ce n'est qu'en 2014 qu'un poste de professeur en MPR a été créé au CHUV. Depuis, cette spécialité médicale est mieux connue des médecins du canton de Vaud, mais encore méconnue dans la population générale.

Les autres obstacles en Suisse sont les capacités insuffisantes de formation, les barrières asséurologiques à l'accès aux prestations (garanties pour la réadaptation stationnaire, tarifs peu ou pas adaptés pour les pathologies lourdes, absence de tarif pour des programmes d'hôpital de jour), l'absence d'intégration de la réadaptation dans la Stratégie suisse de prise en charge des maladies non transmissibles.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Si la MPR en Suisse est principalement dédiée aux troubles musculosquelettiques et neurologiques, son champ d'application est beaucoup plus vaste (médecine de la douleur, pédiatrie, cardiologie, pneumologie, oncologie, activité physique, etc.). Les patients et le système de santé gagneraient au développement de la MPR dont l'approche est cohérente et complémentaire de celle de la médecine de première ligne.

Cela favoriserait des soins orientés sur la réduction du handicap, la promotion du fonctionnement et de la participation sociale. Une telle stratégie pourrait permettre d'améliorer l'efficacité et le rapport coûts-efficacité du système de santé.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient Mme Cyrielle Thurre (Service social, Clinique romande de réadaptation) et MM Philippe Kaesermann et Fabio Simona (Services orthopédie technique du pied et orthopédie technique, Clinique romande de réadaptation) pour leur soutien dans la réalisation du tableau 2 (moyens auxiliaires).

ORCID ID:

C. Benaim: <https://orcid.org/0000-0002-8999-0674>

P. Decavel: <https://orcid.org/0000-0002-0567-7171>

S. Carda: <https://orcid.org/0000-0001-7849-1290>

F. Luthi: <https://orcid.org/0000-0002-7440-1523>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La médecine physique et de réadaptation (MPR) est spécifiquement qualifiée pour la prise en charge du handicap acquis ou constitutionnel d'origines diverses (troubles musculosquelettiques dégénératifs et post-traumatiques, amputations, paraplégie, maladies neuromusculaires, AVC et traumatisme crânien, brûlures étendues, etc.).
- Le spécialiste en MPR est expert dans la prescription des soins coordonnés de réadaptation et des moyens auxiliaires, ainsi que dans la promotion de la prévention du handicap.
- La MPR est une discipline transversale sous-représentée en Suisse, alors que les besoins en spécialistes du handicap ne cessent de croître.
- La plupart des prises en charge en MPR ont un rapport coût-efficacité favorable.

1 **Cieza A, Causey K, Kamenov K, et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021 Dec 19;396(10267):2006-17.

2 *Howard-Wilsher S, Irvine L, Fan H, et al. Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. *Disabil Health J*. 2016 Jan;9(1):11-25.

3 *WHO TEAM. Rehabilitation 2030: A call for action [En ligne]. 7 février 2017. Disponible sur: www.who.int/publications/m/item/rehabilitation-2030-a-call-for-action

4 World Health Organization. Landmark resolution on strengthening rehabilitation in health systems [En ligne]. 27 mai 2023. Disponible sur: www.who.int/news/

item/27-05-2023-landmark-resolution-on-strengthening-rehabilitation-in-health-systems

5 *MacAuley D, Bauman A, Frémont P. Exercise: not a miracle cure, just good medicine. *BMJ*. 2015 Mar 19;350:h1416.

6 *Fessler L, Maltagliati S, Sieber S, et al. Physical activity matters for everyone's health, but individuals with multimorbidity benefit more. *Prev Med Rep*. 2023 Jun 2;34:102265.

7 **Franchignoni F, Monaco MD, Ferriero G, et al. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018 Apr;54(2):230-60.

8 **Sivan M, Cirasambati M, Okirie E, et al. A Proposal for Expansion of the Medical Specialty of Rehabilitation Medicine. *Rehabil Process Outcome*. 2022 Nov 17;11:11795727221137212.

9 *Organisation mondiale de la santé. Soins de santé primaires [En ligne]. 15 novembre 2023. Disponible sur: www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

10 Keavy R. The prevalence of musculoskeletal presentations in general practice: an epidemiological study. *Br J Gen Pract*. 2020 Jun;70(suppl.1):bjgp20X711497.

11 Goff I, Wise EM, Coady D, Walker D. Musculoskeletal training: are GP trainees exposed to the right case mix for independent practice? *Clin Rheumatol*. 2016 Feb;35(2):507-11.

12 Fransen M, McConnell S, Harmer AR, et al. Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review. *Br J Sports Med*. 2015 Dec;49(24):1554-7.

13 *GLA:D Suisse. Disponible sur: <https://gladsuisse.ch/>

14 Skou ST, Roos EM, Laursen MB, et al.

Total knee replacement and non-surgical treatment of knee osteoarthritis: 2-year outcome from two parallel randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage*. 2018 Sep;26(9):1170-80.

15 *Donzé C, Massot C. Rehabilitation in multiple sclerosis in 2021. *Presse Med*. 2021 Jun;50(2):104066.

16 Grosjean N, Stehlin C, Gut V, Feller R. Élaboration de profils de compétences dans le domaine de l'activité physique comme moyen thérapeutique (APMT) en Suisse. Rapport final à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique OFSP [En ligne]. Lausanne: 17 janvier 2022. Disponible sur: file:///C:/Users/cbenaim/Downloads/Rapport%20final%20APMT_2022.pdf

* à lire
** à lire absolument