Encyclopédie Médico-Chirurgicale 26-005-A-10

# Histoire de la rééducation

JM Wirotius

***Résumé.*** *– L'histoire de la rééducation peut s'analyser dans le temps, selon trois périodes principales, les temps anciens, la période des deux guerres, la période contemporaine.*
*Des processus historiques significatifs sont à noter :*
*– la permanence du handicap, qui est de tous les temps et de toutes les cultures ;*
*– la construction en patchwork des disciplines de santé de rééducation avec le regroupement de pratiques physiques éparses (massage, gymnastique, électrologie, hydrothérapie…) avec la réadaptation médicale ;*
*– l'importance de la construction institutionnelle des disciplines médicales et paramédicales dans les cinquante dernières années ;*
*– l'intérêt et le développement des connaissances des aspects psychologiques liés au handicap ;*
*– l'importance progressive prise, dans l'évolution de la rééducation, par l'évaluation et la démarche scientifique.*

*© 1999, Elsevier, Paris.*

## Introduction

L'histoire de la rééducation est un vaste domaine des savoirs qui recouvre le champ du handicap (devenir biologique, humain et social de l'homme blessé) et le champ des pratiques professionnelles et institutionnelles liées à la réadaptation.

Ainsi, il faut considérer, au moins brièvement, le handicap, la rééducation en tant que concept général, les professionnels et les diverses institutions.

L'histoire de la rééducation regroupe des thèmes nombreux et un passé que l'on situe toujours plus loin dans le temps. Cette volonté des disciplines de partir à la recherche de leurs origines est assez commune et cette vision historique, lorsqu'elle est rapportée par les professionnels eux-mêmes, revêt une dimension politique certaine. Faute de pouvoir toujours replacer les faits historiques ponctuels dans leur contexte d'époque et dans une perspective diachronique, le risque est grand de porter un regard angélique sur la période passée que l'on veut habituellement glorifier et s'approprier. Chacun recherche ses « pères » tant cette dimension humaine est psychologiquement importante pour la construction des identités professionnelles.

***Jean-Michel Wirotius*** *: Médecin des Hôpitaux, médecin-rééducateur, service de médecine physique et de réadaptation, hôpital de Brive, boulevard du Docteur-Verlhac, 19100 Brive-la-Gaillarde, France.*

Cette recherche des faits historiques porte aussi les prémices d'une construction culturelle et d'un fond commun de savoirs. Ce partage culturel est une nécessité pour les groupes professionnels, afin d'assurer leur cohésion, leur fonctionnement et pour éclairer la représentation des valeurs professionnelles qui les animent. Il procure aux acteurs concernés une consistance sociale et fait partie de la légitimité d'action des professionnels de terrain.

Nous souhaitons, dans ce texte qui ne peut être qu'une esquisse d'un plus vaste chantier qu'il conviendrait d'entreprendre, donner quelques grands éclairages sur les mouvements historiques qui peuvent retracer l'émergence de la rééducation moderne et aider à la compréhension de sa construction actuelle.

Chaque champ professionnel, chaque technique, chaque handicap, chaque institution a son histoire et tout mériterait d'être rapporté, car tout est important et porteur de culture. Néanmoins, nous évoquerons des aspects plus généraux dans le souci principal d'illustrer le développement de l'évolution des idées plutôt que de fournir une simple énumération de faits ponctuels datés.

### QUELQUES NOTIONS GUIDE

Quelques grandes notions vont nous servir de guide pour parcourir l'histoire de la rééducation.

Si l'homme handicapé entretient des rapports très anciens avec l'histoire, la prise en compte de cette situation par les groupes professionnels de santé est beaucoup plus nouvelle. La médicalisation récente de ces questions de société est un des faits historiques marquants.

La construction en patchwork du champ de la rééducation qui est issue de diverses racines :

- celle des pratiques physiques :
  - les sports et l'éducation physique ;
  - la médecine manuelle ;
  - l'électrologie et la physiothérapie ;
  - l'hydrothérapie,...
- celle de la réadaptation :
  - la prise en compte de l'homme handicapé dans ses dimensions de réadaptation médicale et sociale…

À ce premier tronc des pratiques et des savoirs vont venir s'accoler : l'appareillage (prothèse, orthèses, aides techniques, véhicules...), le registre psychologique, la pharmacologie, les pratiques cognitives,...

Ces différents apports historiquement distincts vont constituer, avec la multiplicité des intervenants et la diversité des modes de formation des professionnels, un champ à la fois unitaire (centré sur la personne handicapée) mais instable, avec des forces de cohésion et de distension.

Le tronc commun, réunion des racines citées, va se constituer après la fin de la guerre,

© Elsevier, Paris

*Toute référence à cet article doit porter la mention : Wirotius JM. Histoire de la rééducation. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-005-A-10, 1999, 25 p.*

avec l'accroissement majeur du potentiel de santé pour lequel des moyens humains et matériels sont mis à la disposition des pays alors en pleine croissance économique. À partir de ce tronc commun, de nouvelles adaptations de ces pratiques professionnelles vont se faire. Ces évolutions auront pour moteurs principaux les nouvelles affections prises en compte dans la réadaptation médicale, l'évolution des savoirs scientifiques adjacents (la mécanique, les sciences humaines, les neurosciences, la biologie...), la construction des milieux professionnels, le militantisme associatif, etc.

La construction historique de ce champ des savoirs conserve en pointillé ses origines, et l'on peut encore de nos jours percevoir les diverses traces ayant pu constituer les origines de la rééducation.

### QUELQUES GRANDES SÉQUENCES

L'histoire de la rééducation peut se décomposer en quelques grandes séquences.

– La première période couvre, avant la Première Guerre mondiale, une longue période historique, qui éclaire surtout la place des personnes handicapées dans le champ social.

– Une seconde phase concerne la période des deux guerres, avec l'émergence de la réadaptation médicale.

– Une troisième période envisage la période contemporaine marquée par l'organisation formelle de l'ensemble de ce champ médical, tant au niveau institutionnel que pour les divers professionnels traditionnellement rattachés au champ de la rééducation.

## *Période historique lointaine : des préoccupations de tous les temps*

Cette période très ancienne est volontiers mise en avant dans la présentation des faits historiques sur le handicap et la rééducation. Elle témoigne, de fait, de la permanence de la question du handicap dans le temps et de sa gestion humaine et sociale.

La survie de l'homme handicapé est très ancienne et son repérage social aussi. Le premier amputé connu de tous les temps est, selon l'Institut Smithson, un Néandertalien enfoui dans les monts Zagros en Irak, il y a 45 000 ans [94]. Il lui manque le bras droit. Dans un autre contexte, le papyrus Smith explique de façon très précise les conséquences d'une lésion cervicale : « *Un homme qui a une luxation dans une vertèbre de son cou, tandis qu'il n'a plus le contrôle de ses jambes et de ses deux bras et que son urine s'échappe goutte à goutte. Une maladie pour laquelle on ne peut rien.* » La Bible, ouvrage historique et symbolique, signale de nombreuses infirmités [92].

C'est à partir du XVII^e^ siècle que l'organisation sociale se mit en place. Ainsi, la fondation de l'Hôtel Royal des Invalides à Paris, aujourd'hui nommée Institution Nationale des Invalides, fut proposée pour offrir aux soldats estropiés l'accueil et les soins nécessaires. Sa création fut décidée par une ordonnance le 24 mai 1670, reprise dans l'Édit d'avril 1674. Louis XIV avait prescrit la construction d'un très vaste hôtel dans lequel les soldats devenus invalides au service du pays devaient être recueillis, soignés et entretenus. Les fonds nécessaires furent prélevés à l'époque sur les revenus des prieurés et des abbayes. Louis XIV inaugura l'hôpital le 28 août 1706.

Cette période fut riche de créations institutionnelles, restées encore vivantes dans les mémoires contemporaines : en 1760, Charles Michel abbé de l'Épée, né le 24 novembre 1712, crée une véritable école pour les sourds-muets pauvres, ayant obtenu par la suite un statut d'établissement public. En 1784, Valentin Haüy, né le 13 novembre 1745, ouvre rue Coquillière, à Paris, une école où un enseignement collectif et gratuit est assuré auprès d'enfants pauvres et aveugles, devenue en janvier 1786, dans de nouveaux locaux, l'Institution des enfants aveugles [99].

Dans l'Antiquité même, les pratiques physiques sont courantes, le corps sain et fort est valorisé. On évoque le massage et la gymnastique médicale recommandés par Hippocrate. La médecine manuelle est aussi ancienne que l'humanité, si l'on veut bien considérer que frictionner une zone douloureuse est une forme basique de traitement physique.

C'est au XVIII^e^ siècle que l'on rapporte les premières origines écrites (c'est-à-dire savantes) concernant la *gymnastique médicale*. Joseph Clément Tissot, docteur en médecine et chirurgien major du Quatrième régiment des chevau-légers, publie en 1780 un document intitulé « Gymnastique médicinale et chirurgicale ou essai sur l'utilité du mouvement ou des différents exercices du corps et du repos dans la cure des maladies ». Selon Hindermayer [56], c'est un « *vrai traité où sont décrites les manœuvres de traitement manuel et de mobilisation (sans que le mot massage apparaisse) des affections articulaires liées aux fractures et aux rhumatismes. Les exercices de jeux qu'il conseille pour chaque région sont le fait de grands praticiens* ».

Sarlandière [26] (1787-1838) utilisait les pratiques physiques comme l'électricité, étudiait la biomécanique et proposait le massage par percussion.

De nombreux débats animèrent les réflexions sur l'intérêt respectif des diverses modalités de la *gymnastique*. La suprématie de la gymnastique suédoise a été contestée. Cette gymnastique, également nommée Méthode de Ling, du nom de son promoteur suédois, connut ses débuts en France sous l'égide de Kumlien [63] en 1897. Médecin-gymnaste de l'Institut Kjellberg de Stockholm, il s'installe à Paris en 1895 où il forme un premier groupe de gymnastes avec l'idée de développer une culture physique, véritable éducation physique. Cette gymnastique est présentée comme une « *gymnastique pédagogique, de chambre et, dans son union avec le massage, comme gymnastique médicale* ». C'est ainsi qu'il est noté que le docteur Michaux, chirurgien à l'hôpital Broussais, « *vint faire au Gymnase de la rue de Londres, une belle leçon, sur les applications de la Méthode de Ling à la médecine orthopédique* » *(fig 1)*.

Le *massage*, selon le docteur Reibmayr, connut en Europe un essor à partir des années 1870, « *remis en honneur par des médecins français* ». Il écrit en 1884 [78] : « *le traitement par le massage a rapidement conquis dans ces dix dernières années l'estime du corps médical et du public. Il a pris rang aujourd'hui dans la thérapeutique à côté de l'hydrothérapie, de la gymnastique, de l'électrothérapie...* » *(fig 2)*.

L'*électrothérapie* est une thérapeutique ancienne. Les premiers essais en furent entrepris à l'actuelle Institution nationale des Invalides à Paris vers 1750 par Lassone, Morand, et l'abbé Nollet [25]. La bouteille de Leyde venait d'être inventée et l'on « électrisait » les patients paralytiques.

C'est en 1741 que Nicolas Andry crée le terme d'*orthopédie* [71] dans un livre : « L'orthopédie ou l'art de prévenir et corriger dans les enfants les difformités du corps ». La prise en compte de l'enfant jouera un rôle essentiel sur le plan historique. L'idée d'un modelage possible du corps, d'une évolutivité des potentiels sera volontiers transposée à l'adulte. Ce terme d'orthopédie ne s'imposera que très progressivement en médecine, contre des mots comme « orthomorphie » proposé par Jacques Mathieu Delpech en 1828.

C'est en 1867 que paraît l'ouvrage de Duchenne de Boulogne sur la physiologie du mouvement.

On attribue de façon formelle à Philippe Pinel [70], aliéniste du XVIII^e^ siècle, l'idée d'utiliser au profit des malades mentaux la *pratique des travaux manuels* que l'on considère alors comme « *un exercice corporel bienfaisant, équilibrant le système nerveux et apaisant l'agitation* ».

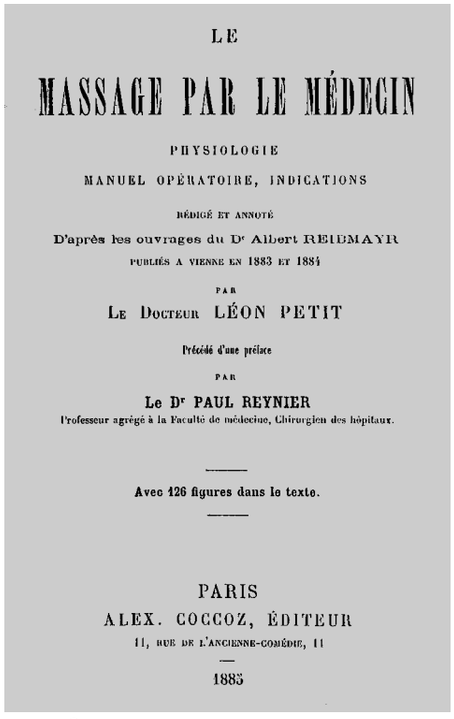
### QUELQUES NOTIONS

Les données de cette longue période ancienne rendent compte de diverses notions.

#### ■ *Permanence du repérage des personnes « infirmes » dans l'histoire*

Le fait relève de tous les temps et de toutes les cultures. Jusqu'au début du XX^e^ siècle, le sort des démunis, des vieillards, des infirmes et des incurables était regroupé dans un même registre, celui de la pauvreté. Dans la société traditionnelle, l'infirmité et la misère

**1** *La gymnastique suédoise (A, B).*




**2** *« Le massage par le médecin », 1885.*

sont toujours associées. L'hôpital fut d'abord un espace consacré à la pauvreté. « *Les pauvres étant souvent malades, l'hôpital devint tout naturellement le lieu où on les soignait* [67] ». On note au fil du temps un repérage plus différencié des handicaps avec un traitement social individualisé. Il faut souligner un intérêt privilégié et antérieur pour les infirmités sensorielles (les personnes aveugles, les personnes sourdes…).

## ■ *Survie de l'homme handicapé*

Cette notion est très ancienne, tout comme la présence de l'homme handicapé dans la société. Les différentes cultures sont depuis toujours confrontées à la signification du handicap. Cette image est globalement négative dans le champ culturel et porte une dimension ordalique qui est toujours d'actualité. On rappelle que la pratique courante dans la Rome antique était, pour les enfants malformés, l'exposition [92]. Les exposer et les laisser mourir signifiait s'en remettre aux instances divines dans une posture d'offrande, les caractéristiques des difformités étant alors parfois plus symboliques que fonctionnelles.

## ■ *Évolution des modalités du traitement du handicap*

Les modalités du traitement du handicap (ce terme n'existe pas dans cette période ancienne) vont connaître leurs premières évolutions entre le registre de la charité et celui de la solidarité. Cette dualité historique conserve encore une réalité pratique et sociale dans la période contemporaine.

L'évolution va se faire :

– de façon préférentielle *de la charité vers la solidarité* même si, encore aujourd'hui, bon nombre de progrès sont accomplis à partir de projets soutenus par des fonds liés à des actions de charité (comme le Téléthon proposé par l'AFM (Association française contre les myopathies)[(1)], ayant permis le développement des recherches sur les maladies génétiques [Généthon] et ayant favorisé la création, en collaboration avec l'Assistance publique de Paris et l'Inserm, de l'Institut de myologie, situé à l'hôpital de la Salpêtrière et inauguré le 29 avril 1997) ;

– *de l'assistance vers les soins médicaux*. L'assisté devient un malade payant et les hôpitaux vont perdre leur caractère d'établissement d'assistance pour prendre celui d'établissement de soins. Cette ambiguïté originelle continue à peser sur le fonctionnement hospitalier ;

– *de la régulation sociale commune vers la réglementation et la loi*. Après la Révolution de 1789, la Constitution du 24 juin 1793 précise que « les secours publics sont une dette sacrée, la société doit la subsistance aux citoyens malheureux ».

Cette triple évolution marque encore aujourd'hui notre époque avec une balance entre ces diverses modalités souvent synergiques, mais parfois en opposition ou en concurrence.

## ■ *Réadaptation médicale*

La dimension de la réadaptation médicale est très tôt développée par des auteurs comme Bourneville, médecin de l'hôpital Bicêtre à Paris, où il est nommé en 1879. C Hamonet [47] le considère comme l'un des précurseurs de la médecine de rééducation. Dans un service spécial, où il accueille des enfants que l'on nommerait aujourd'hui « polyhandicapés », il met en place une équipe médicale et éducative afin de valoriser les potentiels de ces enfants, à la fois déficients intellectuels et moteurs. Les actes de rééducation vont concerner la déglutition, la fonction sphinctérienne, la motricité dans ses dimensions analytique et globale, l'équilibre, la marche, la préhension,

(1) (1, rue de l'Internationale 91002 Evry cedex).

les fonctions sensorielles, l'autonomie, les fonctions intellectuelles, le langage... Un enseignement professionnel est proposé. Le champ de la médecine de rééducation est déjà en place, tant dans ses aspects d'organisation institutionnelle, de démarche intellectuelle, de conception des équipes, que pour la dimension sociale de la réadaptation et ses aspects psychologiques et familiaux. Cette évolution va correspondre à un changement d'attitude vis-à-vis des « incurables », très nombreux dans le système hospitalier du XIXe siècle, où ils vont progressivement devenir indésirables.

## Période des deux guerres : l'émergence de la réadaptation médicale

En France, comme dans d'autres pays, deux courants vont venir à la rencontre l'un de l'autre pour former le champ de la rééducation, celui des *techniques physiques* (massage, gymnastique…) et celui de la *réadaptation médicale*.

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.

### PRATIQUES PHYSIQUES

Cette époque recouvre les cinquante premières années du XXe siècle. La rééducation n'est pas absente des préoccupations médicales, mais elle est marginale quant aux moyens engagés et à l'intérêt suscité.

LA
PRATIQUE DU MASSAGE
CONFÉRENCES
Le Dr DE FRUMERIE
QUATRIÈME ÉDITION
Avec 36 figures démonstratives
PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
1924

**3** *« La pratique du massage », 1924.*

L'approche du registre physique est alors associé à deux chapitres : celui du « massage » et celui de la « gymnastique ».

Le massage, tel qu'il est enseigné aux infirmières des hôpitaux de Paris, est alors une pratique qui justifie enseignement spécifique et ouvrages pédagogiques à destination de ce public [24].

Le docteur de Frumerie énonce que le massage doit être considéré comme une branche importante de la thérapeutique. À cette période, on parle de massage et de gymnastique médicale, mais le mot de kinésithérapie est déjà présent dans la littérature médicale, même s'il n'appartient pas encore à une profession définie et utilisant un lexique commun *(fig 3)*.

De Frumerie écrit en 1924 : « *Le traitement manuel se compose de massage et de gymnastique médicale. Le massage peut être local ou général ; le premier est médical et ne doit être fait que par un médecin ; le second est du domaine du masseur ordinaire. Le traitement par le massage s'appelle massothérapie ; son adjuvant indispensable, la kinésithérapie, traite de la guérison des affections par les mouvements dont le système le plus rationnel est la gymnastique suédoise. Mais il faut vous dire que, outre le traitement manuel par le massage et la gymnastique médicale, on a aussi un système mécanique dans lequel des machines remplacent la main humaine. L'inventeur de ce système est Zandler. On appelle cette branche la mécanothérapie* ».

C'est une époque très active où de nombreuses initiatives sociales sont prises, portées par des fondateurs prestigieux et restés célèbres. La Fédération nationale des mutilés du travail en 1920, la Ligue pour l'adaptation des diminués physiques au travail (ADAPT) avec Suzanne Fouche en 1929, l'Association des paralysés de France (APF) en 1933 avec André Trannoy... Ce mouvement associatif précède les grandes évolutions dans le registre de la santé et la communion des deux types d'instance (médicale et sociale) reste jusqu'à aujourd'hui imparfaite *(tableau I)*.

### GABRIEL BIDOU

Le courant de la réadaptation médicale est illustré par l'histoire professionnelle de Gabriel Bidou. Cette époque est marquée par l'émergence de la réadaptation médicale,

***Tableau I. – ADAPT : les créations premières depuis 1929.***

| Structure | Date première structure |
|---|---|
| Centre de formation professionnelle | 1937 |
| Centre de rééducation fonctionnelle | 1950 (adulte) |
| Centre de la rue Dailly à Saint-Cloud | 1954 (enfant) |
| Centre de travail protégé | 1957 |

**4** *Gabriel Bidou (1878-1959).*

sans groupe professionnel constitué, comme autant d'aventures humaines singulières, brillantes, mais sans lendemain.

En 1924, après un parcours de vie qui le conduit des Ardennes à Grenoble en passant par Lille puis Berck, le docteur Bidou (1878-1959) crée à l'hôpital de la Salpêtrière le premier service de « récupération fonctionnelle » des hôpitaux de Paris *(fig 4)*.

Ce travail de terrain s'accompagne d'une réflexion sur l'organisation des soins pour les « impotents ». Des concepts seront proposés, celui d'« orthopédie instrumentale », de « récupération fonctionnelle », d'« énergamétrie », d'« arthromoteur », de « thérapie mécanique », de « travail humain », de « muscle artificiel » ...

Il insiste, dans ses ouvrages publiés (une quinzaine), sur l'importance de la démarche scientifique dans ce registre des soins et il développe de nombreux outils de mesure. L'auteur centre tous ses propos sur la nécessité de structurer la « récupération fonctionnelle » sur des bases scientifiques : « *En créant ce courant médical scientifique dans l'opinion publique, le praticien parviendra peu à peu à le détourner de l'attrait publicitaire que les empiriques exercent trop facilement sur sa crédulité* » *(tableau II)*.

Cette méthode de récupération fonctionnelle était en phase avec son époque, tant pour la technologie mécanique que pour les références sociales du monde du travail. Elle était alors regardée avec curiosité par le reste du monde médical.

### ■ *Vie professionnelle de Bidou*

Bidou, né le 10 mai 1878 à Givet dans les Ardennes, fait ses études de médecine à Lille. Jusqu'en 1906, il travaille à l'Institut orthopédique de Berck dans le service du

**Tableau II. – Extrait de l'« Abrégé des principes fondamentaux de récupération fonctionnelle », Gabriel Bidou, 1958.**

*« Le 13 mars 1919, nous présentions à l'Académie de Médecine une méthode d'appareillage des impotents. Elle reposait sur les principes de la physiologie du mouvement, adaptée à la déficience motrice de la machine humaine.*
*Nous démontrions, à l'aide d'une maquette articulée, comment il était possible de faire " ouvrer " les différents segments humains parétiques, sans le secours de béquilles ou de fauteuils mécaniques. L'appellation sous laquelle nous décrivions cette méthode était celle d' " orthopédie instrumentale ". En quittant la salle des séances, M le professeur Jalaguier qui avait bien voulu s'intéresser à notre communication, nous fit aimablement la critique de la dénomination que nous avions adoptée et nous proposa de la remplacer par celle de la " récupération fonctionnelle ".*
*Cette suggestion nous parut fort judicieuse et nous l'acceptâmes avec gratitude.*
*Le terme de " récupération fonctionnelle " sous lequel nous désirons préciser une méthode de secours de la fonction humaine amoindrie ou perdue, date donc de 1919. »*

docteur Calot, où il exerce les fonctions de directeur du service de mécanothérapie. À cette époque, à Berck, on s'occupait surtout des conséquences de la tuberculose avec toutes les invalidités que cela entraînait (raideurs de hanches, maladie de Pott, scolioses...).

Puis, va suivre un séjour d'environ quinze ans à Grenoble (de 1906 à 1920), où il occupe le poste de directeur de l'Institut de physiothérapie de Grenoble. Il y avait un atelier et un ou deux ouvriers qui réalisaient sur ses consignes et d'après moulages les appareils et corsets.

À partir de 1920 et jusqu'en 1959, année de sa mort, il vit à Paris.

C'est à la Salpêtrière, en 1924, qu'est officiellement créé le premier service de récupération fonctionnelle des hôpitaux de Paris.

Georges Guillain [14] écrit dans sa préface : « *Lorsque après la guerre, la Faculté de médecine de Paris me confia la chaire de Clinique des maladies du système nerveux, il m'apparut que la collaboration de M le docteur Bidou serait d'une importance primordiale pour le traitement des malades de la Salpêtrière. Je lui ai demandé de m'apporter son aide et M le docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique de Paris, a bien voulu créer dans notre clinique un petit service pour la récupération fonctionnelle de nos malades. Avec un dévouement inlassable, M le docteur Bidou nous a donné son temps, son travail, sa science. Les résultats ont été remarquables. Des malades hospitalisés depuis de longues années, confinés au lit, ont été récupérés pour la société ; les résultats acquis ont été si utiles et si frappants que M le directeur de l'Assistance publique a pris des dispositions pour construire dans un avenir prochain pour M le docteur Bidou un service spécial et complet de récupération fonctionnelle* » *(tableau III)*.

En 1927, les documents des archives de l'Assistance publique rapportent la prévision de la construction d'un service de récupération fonctionnelle que l'on propose

**Tableau III. – Présentation professionnelle de Gabriel Bidou.**

Docteur Gabriel Bidou
Chef du Centre de Récupération Fonctionnelle des Hôpitaux de Paris
Médecin en chef de l'hôpital Sainte-Isabelle (Fondation E Martinez de Hoz)
Médecin expert près le tribunal de la Seine
Membre de la Société des Ingénieurs civils de France

de situer à l'extrémité de la division Pariset. Une surface de 160 m² est prévue. Il s'agissait d'un service rattaché à la clinique neurologique. Les contacts avec les services de neurologie étaient peu nombreux. Son fils, Stéphan Bidou, médecin pneumologue, rapporte qu'ayant été externe chez le professeur Guillain, il n'a jamais vu son père dans le service.

La construction de ce service de rééducation dans lequel Bidou reste jusqu'à sa retraite est achevée en 1928 ou 1929. Il s'agissait selon sa terminologie d'un « *service spécial et complet de récupération fonctionnelle* ». Ce service, à la Salpêtrière, ne disparaît pas et est relayé en 1956 par ce qui deviendra le service de rééducation fonctionnelle du professeur JP Held et de ses successeurs.

Parallèlement à la création de ce service à la Salpêtrière, G Bidou installe successivement deux cliniques privées destinées aux seuls traitements de récupération fonctionnelle. D'abord à Paris, rue Ribera dans le 16e arrondissement, puis à Neuilly avec la Clinique Sainte-Isabelle, fondation d'un Argentin, Martinez du Hoz. Bidou exerce dans ces structures de soins jusqu'à sa retraite, puis se retire à Champigny *(tableau IV)*.

## Terminologie spécifique

G Bidou montre un grand souci d'appliquer la méthodologie scientifique à la rééducation fonctionnelle. Pour cela, il développe des concepts et travaille sur l'évaluation et les mesures. Cette dimension scientifique, Bidou est allé la chercher dans la mécanique générale et la physique, où il a puisé bon nombre de ses développements. Divers thèmes concernent la « déficience fonctionnelle », l'incapacité de travail, les raideurs articulaires, les besoins énergétiques nécessaires pour les différents métiers, la valeur énergétique des principaux groupes musculaires, le barème des taux de capacités de travail, etc.

Il expose ses désaccords avec les stéréotypes culturels du moment. Il affirme ainsi, que [15] :

– « *fortifier les muscles n'est pas une mesure universelle à utiliser sans réflexion, même si elle est une modalité bien souvent proposée* » ;

**Tableau IV. – Rééducation à la Salpêtrière.**

La Gazette des hôpitaux du 12 juillet 1913 rapporte un article du docteur Kouindjy, cité comme le chef de service de rééducation et de massage à la clinique Charcot de la Salpêtrière : « *Avec une grande compétence, l'auteur expose les différentes méthodes employées pour parvenir à rééduquer les malades atteints d'affections nerveuses.* »

**5** *Appareil de réduction de rétraction des fléchisseurs.*

– « *il ne faut pas se soumettre aux préjugés des ignorants et croire qu'un appareil retarde l'évolution d'une récupération musculaire* ».

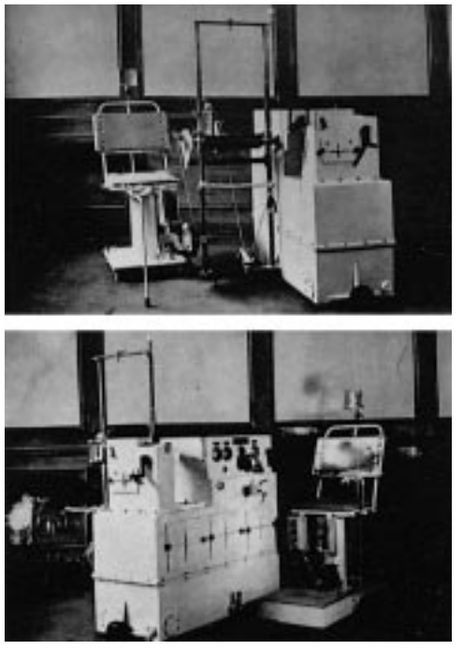
### Récupération fonctionnelle

Le début de ses travaux fait référence à la mécanothérapie. Bidou défend l'idée que la thérapeutique par l'intermédiaire d'appareils, dont on peut contrôler parfaitement le travail, serait seule valable. Il écrit : « *Dans les cas de rétractions tendineuses, le médecin qui cherche à obtenir la récupération fonctionnelle de segments humains, ne songera pas à demander à des machines la rupture de ces freinages pathologiques et croira mieux faire en priant un infirmier, doté de muscles puissants, de « travailler » ces rétractions... Mais puisque la condamnation médicale doit être prononcée contre la « mécanothérapie », remplaçons définitivement cette dénomination par celle de thérapie mécanique* [16]... ». Ce débat sur la place de la « mécanothérapie » reste encore aujourd'hui ouvert et de nouveau en pleine actualité avec le développement de l'isocinétisme *(fig 5)*.

De 1914 à 1919, Bidou utilise le terme d'« orthopédie instrumentale » pour définir son domaine d'action puis celui de « récupération fonctionnelle » à partir de 1919. Ce terme recouvre l'ensemble des principes thérapeutiques et théoriques que Bidou proposait pour le traitement des sujets impotents. Il définissait la récupération fonctionnelle, selon ses propres termes, comme une « *méthode de secours de la fonction humaine amoindrie ou perdue* », comme « *une méthode, essentiellement individuelle dans ses applications et basée sur les données de la pathologie, de la neuropathologie et de la physiologie du mouvement* ».

### Énergamétrie

C'est le second terme qui réclame une explication puisqu'il a disparu de la terminologie actuelle. Selon Bidou, l'énergamétrie est une méthode de mesure de la valeur énergétique humaine dans ses manifestations dynamiques en ses trois conditions : le travail évalué en kgm est le produit de deux facteurs, le déplacement d'un membre et de la force demandée au groupe musculaire pour l'effectuer ; la puissance qu'introduit le temps en kgm/s ; l'énergie potentielle en kgm *(fig 6)*.



**6** *L'énergamètre enregistreur.*

Pour l'auteur, l'énergamétrie est une méthode scientifique qui permet de mesurer précisément la « déficience ». À cette époque, il comparait le fonctionnement du moteur humain à celui d'une mécanique qu'il fallait analyser avant d'envisager un traitement. L'idée est de considérer l'homme comme « une machine humaine » soumise aux lois de la mécanique générale dont on mesure le fonctionnement.

Il faut noter l'importance que Bidou accorde à l'introduction du temps dans l'évaluation de la force musculaire à la fois dans sa composante instantanée (vitesse) et dans sa possibilité de répétition du même mouvement. Il insiste également sur la notion d'énergie potentielle qui est « *la fortune que possède en réserve le groupe musculaire* ». « La puissance musculaire » est définie comme étant le « *travail fourni divisé par le temps* ». La variation de la puissance musculaire constitue un « indice de fatigabilité ».

## Déficience

Le terme de déficience, aujourd'hui utilisé dans le modèle du handicap [107], a un sens alors différent. La déficience est la perte fonctionnelle que l'on peut mesurer : par exemple la déficience du groupe extenseur de la jambe sur la cuisse. Cette déficience a pour corollaire une valeur restante. La déficience représente les conséquences fonctionnelles des affections, rapportées à un individu donné, pour un besoin fonctionnel déterminé (une activité professionnelle). Elle est une donnée individuelle mesurable. Il la nomme aussi « impotence fonctionnelle ».

Les notions d'invalidité (« *Le degré d'invalidité doit être considéré selon la capacité restante et non pas selon la diminution de la quantité de valeur perdue* ») et d'incapacité de travail (définie comme la différence qui existe entre la valeur restante et la valeur nécessaire pour une profession donnée) sont utilisées en référence à l'évaluation et aux compensations matérielles.

## Méthode de récupération fonctionnelle

• *Buts de la méthode de récupération fonctionnelle*

Ces buts sont doubles :

– obtenir une meilleure autonomie personnelle ;

– rendre au patient le maximum de possibilités professionnelles et sociales.

Des principes sont cités :

– ne pas faire « marcher un parétique », un déficient musculaire, sans offrir une compensation à la déficience. L'auteur explique le risque d'augmenter exagérément la fatigabilité des muscles sains avec, par exemple, l'apparition de crampes ;

– la rééducation motrice des paralytiques par le travail musculaire est une grossière erreur : « *qui dit paralytique dit sans motricité et nous ne voyons pas comment on pourrait demander à des muscles inexistants au point de vue potentiel de produire un travail quelconque ?* ». L'auteur semble considérer que : soit l'action serait sans objet sur un muscle (puisque paralysé), soit que sa faiblesse relative ne lui permettrait pas une efficience fonctionnelle, soit que les compensations spontanées par des muscles, dont la fonction première est autre, seront source d'inconfort. Néanmoins, il n'exclut pas l'usage d'une « gymnastique éducative » en fonction du degré de parésie.

• *À qui s'adresse la méthode de récupération fonctionnelle ?*

Elle s'adresse à deux catégories de population, celles que Bidou appelle :

– les *grands récupérés*, qu'il définit comme étant ceux à qui toute participation à la vie sociale est interdite. Ce sont « *les paraplégiques, les paralytiques des bras, les amputés, les paralysés infantiles, les poliomyélites, les hémiplégies, les arthropathies...* » ;

– les *amoindris* qui, du fait d'une « *déformation, d'une perte de substance, d'une fracture, d'une paralysie isolée n'ont plus ou n'ont jamais retrouvé leur capacité ouvrière normale... Les petits impotents sont légion, le champ de la récupération fonctionnelle est donc vaste* ».

• *Moyens thérapeutiques*

– *Appareillage*

C'était l'une des activités privilégiées de Bidou. À son époque, il lui semblait que peu de progrès avaient été faits et que l'on s'était trop peu consacré à son étude systématique. Il insiste pour que l'appareillage soit considéré comme un traitement à part entière.

Parallèlement à l'idée de la prothèse tubulaire pour amputé, on découvre aussi celle de la réalisation d'un appareillage de contact où le moignon se trouve « emboîté comme dans un écrin ». Le contact permettait, selon l'auteur, une sécurité d'appui général et un « emboîtement parfait » avec un confort d'utilisation accru.

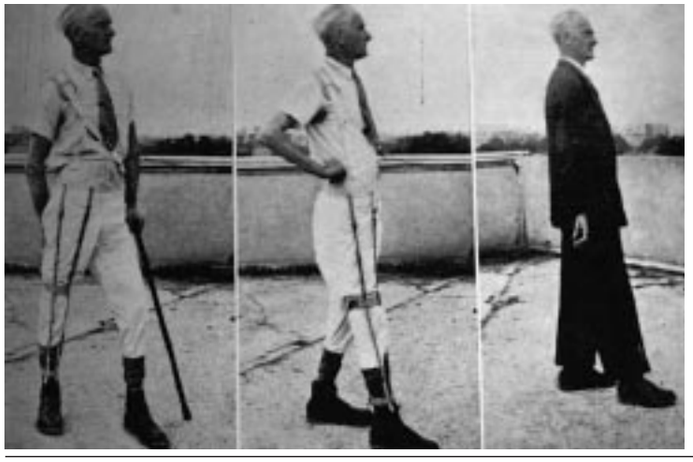
La « musculature artificielle » consiste en un jeu de compensations musculaires à partir de tracteurs élastiques. Un de ces modèles permet sur un membre paralytique de jouer simultanément le rôle des muscles psoas, de quadriceps et de muscles jambiers *(fig 7)*.

– *Thérapie mécanique*

Dans cette terminologie, Bidou inclut trois objectifs qui passent tous par le relais de la « mécanique ». Il était lui-même devenu membre de la Société des ingénieurs civils de France, et attachait une grande importance aux développements mathématiques et physiques de la science et des techniques qu'il décrivait.

La thérapie mécanique comportait trois points :

– le fait de « mouvoir artificiellement les membres » à l'aide de machines dont la plus élaborée s'appelait l'arthromoteur ;



**7** *La musculature artificielle.*

**8** *L'arthromoteur général.*

– le fait de « corriger passivement » les attitudes vicieuses (rétractions musculaires...), par des appareils individuels passifs ;

– les appareils portatifs qui sont utilisés par les malades en cours de rééducation pour parfaire les résultats acquis.

L'arthromoteur *(fig 8)* est un appareil imaginé et construit par Bidou pour réaliser des mobilisations articulaires dans des conditions de précision expérimentales. Il s'agissait de trouver les moyens mécaniques d'obtenir une mobilisation selon des axes articulaires et des amplitudes de mouvement parfaitement connus. C'est en 1908 qu'est présenté le prototype du premier arthromoteur *(tableau V)*.

L'auteur parle avec réticence de la mobilisation manuelle « *qui fait plus de mal que de bien* ». En ce temps-là, il n'existait pas, selon lui, de « *mobilisateur possédant des connaissances anatomiques et physiologiques très certaines... Le mouvement mécanique, au contraire, est constant dans son amplitude, il est régulier, il est dosable* ».

– *Gymnastique rationnelle*

Elle fait partie de la « méthode de récupération fonctionnelle » et elle est essentiellement destinée selon Bidou aux enfants et adolescents et au travail musculaire.

Elle s'adresse par exemple aux scolioses que Bidou classe en trois catégories :

– les scolioses correctibles par la seule gymnastique médicale ;

– les scolioses correctibles par des procédés de mécanothérapie spéciale et de gymnastique associés au port d'un corset ;

– les scolioses non correctibles par la gymnastique, mais « assouplissables » par la mécanothérapie, devant être maintenues par un corset spécialement établi.

• *Professionnels et lieux de soins*

*Professionnels concernés*

Bidou pensait qu'une information théorique sur sa méthode pouvait être utile aux professionnels des quatre disciplines suivantes :

– le médecin praticien ;

– le « médecin récupérateur », « *qui ne peut étudier un problème de récupération fonctionnelle sans avoir établi objectivement et physiologiquement les données de l'impotence qui lui est présentée* » ;

– le médecin expert, « *dans le but d'établir sur une base scientifique le degré d'invalidité* » ;

– l'éducateur physique.

*Lieux de soins*

Pour Bidou, « *les hôpitaux et les dispensaires chirurgicaux ne sont pas faits pour le traitement des séquelles* ». L'auteur considère que les soins de récupération fonctionnelle doivent se faire dans des services spéciaux, et il expose les principes de leur organisation :

– le traitement doit être immédiat, c'est-à-dire le plus précoce possible par rapport à l'accident : « *que peut-on espérer d'une raideur articulaire de l'épaule consécutive à une luxation de l'épaule par exemple, qui est adressée au service de récupération trois mois après la réduction ? C'est ce qui nous arrive couramment* » ;

– les traitements doivent être intensifs et journaliers ;

– les traitements doivent être associés : « *le praticien fera un choix judicieux dans les différents moyens qui sont à sa disposition : électrothérapie, ionisation, massages, balnéothérapie par soufre naissant, ambulothérapie... et enfin mécanothérapie* ».

Quant aux principes généraux qui présidaient aux traitements, ils étaient aussi très actuels : le travail de « récupération » est progressif, dosé, et entre les heures de traitement, le « port de petits appareils correcteurs » est conseillé.

L'hôpital Sainte-Isabelle est décrit comme n'étant ni un hôpital, ni une clinique, ni un dispensaire. Le point de vue économique est

***Tableau V. – Arthromoteur dans le travail humain et récupération fonctionnelle.***

Un arthromoteur doit être un appareil capable de donner tous mouvements passifs, par l'entraînement d'un moteur, à toutes articulations, à toutes amplitudes, à toutes hauteurs, que le malade à mobiliser soit debout, assis ou couché. Il doit en outre comporter un dispositif à résistance excentrique, permettant au malade de se libérer de l'entraînement moteur, et d'agir par sa propre puissance, contre la résistance d'une masse quelconque. Ceci se traduit plus rapidement en disant qu'un appareil mû par un moteur, et susceptible d'entraîner un membre attaché, doit être doté de dispositifs de sécurité, permettant à la moindre alerte, ou au cas de fausse manœuvre, l'arrêt instantané de tout mouvement mécanique.

**9** *Le malade « récupéré » (A, B).*

au premier plan. Les rapports patrons-ouvriers de l'époque et ceux avec les assureurs sont souvent évoqués par Bidou. Les blessés sont externes ou pensionnaires : « *la vie familiale de l'ouvrier est toujours à respecter, mais si l'intérêt de l'accidenté exige une surveillance plus soutenue, il ne faut pas hésiter à l'hospitaliser... Les traitements sont confiés à des collaborateurs compétents et disciplinés...* ».

Ainsi, pour garantir des résultats dans ce domaine, il faut avoir l'arme nécessaire, c'est-à-dire : « *un hôpital agencé, dirigé et spécialisé dans le seul but de la récupération* ».

## Aspects médicaux et sociaux

Le concept de réadaptation est utilisé, mais dans un sens peu net et mal défini. Il n'est par exemple pas indexé sur son ouvrage le plus important, « Travail humain et récupération fonctionnelle ». La dimension de la réadaptation est néanmoins très présente et intégrée à sa méthode de récupération fonctionnelle *(fig 9)*.

Bidou insiste sur les implications socio-économiques de sa discipline, notamment pour le retour des ouvriers au travail *(tableau VI)*.

L'auteur envisage d'utiliser les moyens de sa méthode :

– pour évaluer l'incapacité de travail ou l'invalidité, quel que soit le mode

**Tableau VI. – Reclassement des sinistrés (« De la condition du travail humain », G Bidou, 1934).**

*« Au sujet de la reprise d'ouvriers accidentés guéris, nous voudrions suggérer à ceux qui dirigent les grandes organisations ouvrières, d'établir la fiche de condition du travail, non pas pour les milliers d'ouvriers qu'ils emploient, ce qui serait pratiquement impossible, mais pour ceux qui se présentent après accident.*
*Les chefs qui ont eu, sous leurs ordres, pendant quelque temps, des collaborateurs dévoués, ne peuvent se séparer d'eux, devenus amoindris, sans un regret bien naturel. Cependant, les exigences du prix de revient ne leur permettent pas d'étendre leur complaisance au-delà d'une certaine limite. Si cette cheville ne peut plus rentrer à sa place première, (qu'on nous pardonne cette image), dans le clavier du personnel, peut-être pourrait-on trouver un emploi dans un autre emplacement ? Pour découvrir cette nouvelle utilisation, il faudrait établir le test de la valeur énergétique de cet ouvrier... L'examen de notre accidenté montrerait ce qu'il vaut encore. »*

d'assurances maladies ou accidents. Bidou établit ainsi ce qu'il appelle « la formule de déficience » ;

la formule énergétique de la déficience est la suivante :

$$\theta = 100 - (100 \cdot E / N) \%$$

θ : taux de déficience

E : énergie restante que l'énergamètre a mesurée

N : énergie potentielle normale

– pour mesurer l'« aptitude au travail manuel de l'ouvrier ». Ainsi l'auteur a étudié de nombreuses professions sur le plan du geste et des capacités physiques (forgerons, étameurs, soudeurs, tourneurs, chaudronniers, tôliers, planeurs, cardeurs, matelassiers...), réalisant ainsi un travail que l'on considérerait aujourd'hui comme une recherche ergonomique. L'évaluation de la « valeur nécessaire » à l'exercice d'un métier manuel est envisagée pour 23 professions.

Si l'on se réfère à la création de l'hôpital Sainte-Isabelle, fondé en 1926 grâce à un généreux donateur, le but initial était de « *récupérer fonctionnellement les impotents indigents* », puis dix ans plus tard, cette œuvre a accueilli les blessés du travail. Cela concerne les ouvriers avec l'implication des compagnies d'assurances.

Enfin et surtout, il faut mentionner ce que Bidou appelle « *les grands récupérés* ». Il s'agit de patients très lourdement handicapés, ce sont ceux « *à qui toute participation à la vie sociale est interdite* ». Ainsi, l'auteur montre dans un dossier photographique les résultats fonctionnels et les possibilités d'autonomie immédiate (comme boire avec un verre, écrire, manipuler les verrous de coude, fumer, saluer, donner la main...) ou de déambulation, permis par la « récupération ». Ces critères de succès thérapeutique sont ainsi replacés dans le cadre de vie du patient, et illustrent les objectifs de réadaptation.

Les aspects psychologiques sont mentionnés : « *seul un climat de confiance peut constituer le support à la récupération fonctionnelle, le but et l'objet que nous poursuivons sont donc de rendre à un diminué physique la possibilité de reprendre une place rémunératrice dans la vie professionnelle, aidé ou non par un dispositif mécanique approprié à sa déficience* » *(tableau VII)*.

**Tableau VII. – Publications de Gabriel Bidou, 15 livres édités de 1903 à 1958.**

| |
|---|
| 1903 : Mécanothérapie et déviations du rachis. Paris, Institut international de bibliographie scientifique |
| 1905 : De la paralysie du nerf médian dans les luxations du coude. Thèse de doctorat en médecine à Lille |
| 1908 : La mécanothérapie française. Grenoble, Allier Frères |
| 1913 : La scoliose et son traitement, Paris, Maloine |
| 1919 : L'orthopédie instrumentale. Paris, Chardel |
| 1922 : La méthode de récupération fonctionnelle : ses instruments de mesure. Poissy, Imprimerie de la Coix-Verte |
| 1923 : Nouvelle méthode d'appareillage des impotents. Paris, PUF (préface de J Babinski) |
| 1927 : Principes scientifiques de récupération fonctionnelle des paralytiques (préface du professeur Guillain). Paris, Le livre pour tous |
| 1929 : La thérapie mécanique (préface du professeur d'Arsonval). Paris, Vuibert |
| 1933 : De la puissance musculaire. Lyon, Imprimeries des Missions africaines |
| 1934 : De la condition du travail humain. Lyon, Imprimeries des Missions africaines |
| 1939 : Travail humain et récupération fonctionnelle. Paris, Firmin Didot |
| 1947 : Énergamétrie. Paris, Maloine |
| 1958 : Abrégé des principes fondamentaux de récupération fonctionnelle, Paris, L'Impression |

## DIVERS PÔLES DU CHAMP DE LA RÉÉDUCATION

Plusieurs pôles vont venir peu à peu se rejoindre pour former le champ de la rééducation.

Les divers pôles sont ceux de la gymnastique, des techniques physiques, des techniques manuelles et celui de la réadaptation. La greffe de ces champs reste aujourd'hui encore à parfaire.

C'est plus tardivement que s'associeront la prise en compte des grandes fonctions fondamentales (comme la rééducation vésicosphinctérienne des patients porteurs de lésions médullaires), la rééducation de la déglutition des patients cérébrolésés, des fonctions cognitives, émotionnelles,…

### ■ *Champ des pratiques physiques*

Ce champ est lui-même issu de deux branches, l'une venue des activités physiques, des sports de la gymnastique et l'autre des thérapeutiques physiques instrumentales avec l'électrologie, la mécanothérapie, la physiothérapie.

La gymnastique, selon de Champtassin [21] (chargé du service de mécanothérapie de l'hôpital Saint-Louis) et Castaing (médecin-major de première classe de l'armée), « *doit comprendre exclusivement en une même acception générale, toute activité cinétique, tous mouvements et toutes séries de mouvements, tous exercices en un mot pratiqués non pas pour leur utilité immédiate, mais pour une fin éloignée consistant soit en un résultat somatique (développement santé), soit en un résultat cinétique amélioré et précisé (adaptation ou complexité des coordinations, leur vitesse, leur durée, leur rythme, etc), résultats toujours déterminés à l'avance* ».

**Tableau VIII. – Gymnastique : étiquette et méthodes [21].**

*« Nombreuses sont les étiquettes sous lesquelles se présente la gymnastique : éducative, pédagogique, utilitaire, professionnelle, sportive, naturelle, physiologique, scientifique, empirique, oxydatrice, respiratoire, musculaire, neurocentrale, glandulaire, viscérale, intégrale, sexlatérale, proportionnelle, aérienne, acrobatique, de poids lourds, de force, de développement, de coordination, de fonds, de vitesse, euphorique ou de santé, hygiénique, de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, du vieillard, du sexe masculin ou féminin, sains ou malades, suédoise, allemande, française, belge, etc, de Ling, de Jahn, d'Amoros, d'Happel, etc, cinétique ou culturiste, etc. »*

Le développement des « écoles de gymnastique » est alors très important avec de vifs débats sur l'intérêt des diverses méthodes *(tableau VIII)*.

En 1895, le professeur d'Arsonval [22] introduisit à Paris, à l'Hôtel-Dieu, une branche de la thérapeutique, nommée électrothérapie. Elle devait prendre un essor certain dans les hôpitaux puisqu'en 1936, il est noté que l'on a réalisé 180 000 traitements dans le service de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu *(fig 10)*. JA d'Arsonval recevra en 1932 la première « clé d'or » de l'actuel American congress of rehabilitation medicine.

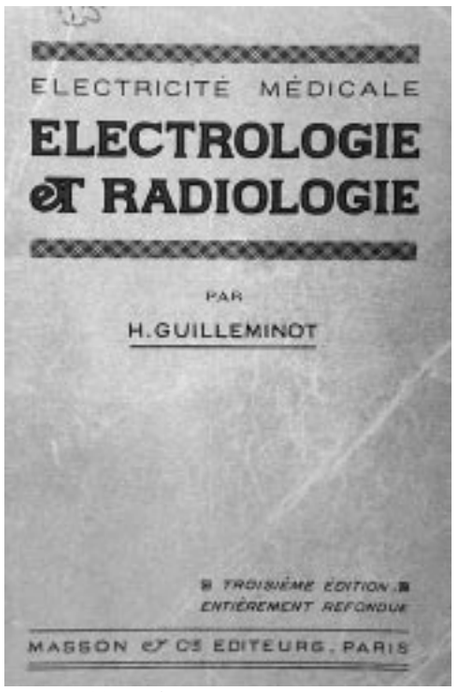
La physiothérapie regroupait alors les diverses utilisations diagnostiques et thérapeutiques issues de la physique. On y intégrait de nombreuses pratiques thérapeutiques non pharmacologiques *(tableau IX)*.

Les ouvrages consacrés à l'électrologie médicale sont alors quasi exclusivement

**10** *Le service de physiothérapie à l'Hôtel-Dieu, 1936.*

**Tableau IX. – Quatrième Congrès international de physiothérapie à Berlin (26-30 mars 1913).**

Ce congrès fonctionnait avec quatre sections simultanées :
- l'électroradiologie et la radiumthérapie
- la balnéothérapie et la climatothérapie
- la diététique
- la kinésithérapie




**11** *« Électrologie et radiologie ».*

consacrés à l'électrothérapie et à l'électrodiagnostic. La partie radiologique et radiothérapique y est alors très modeste [45] *(fig 11) (tableaux X, XI)*.

L'application de ces méthodes thérapeutiques aux personnes handicapées est décrite dès cette époque : par exemple Kirmisson, dans son traité sur « Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence » (1902), propose dans le cadre de la maladie de Little [61] le schéma suivant : « *la première chose c'est de faire l'éducation des muscles contracturés. On soutient les petits malades sous les aisselles et on leur apprend à diriger leurs membres inférieurs et à prendre point d'appui autant que possible sur la plante du pied. Le plus souvent on n'y réussit que très incomplètement, les petits malades reposant seulement sur la pointe du pied et présentant toujours un degré plus ou moins marqué d'équinisme... En même temps que ces exercices de marche, on met en œuvre les frictions et le massage des muscles contracturés, massages par effleurement, par tapotement et par pétrissage. On imprime en outre aux articulations des mouvements et des attitudes en sens inverse des attitudes vicieuses dans lesquelles elles sont immobilisées... Tous ces mouvements doivent être exécutés avec beaucoup de douceur. On doit compter pour vaincre la contracture musculaire bien plutôt sur les efforts patiemment et longtemps continués que sur une violence trop considérable. Au massage et à la gymnastique orthopédique, il convient de joindre l'emploi des appareils qui luttent contre l'attitude vicieuse des membres... On a conseillé dans quelques cas les exercices d'équitation. Les exercices de tricycle et enfin les appareils à tuteurs latéraux et à ceinture pelvienne qui maintiennent les membres inférieurs dans l'extension combinée à l'abduction trouveront parfois leur utilisation... Quelques malades présentent des accès épileptiformes, l'intelligence est incomplètement développée, parfois même ils sont tout à fait idiots. Ce sont là, on le comprend, les conditions singulièrement défavorables pour le traitement par la gymnastique et les exercices orthopédiques qui doit nécessairement faire appel à l'intelligence des malades* » *(fig 12)*.

**Tableau X. – Physiothérapie, cours de vacances (Gazette des hôpitaux, 1913, 3/07/1913, n° 75, p 1229).**

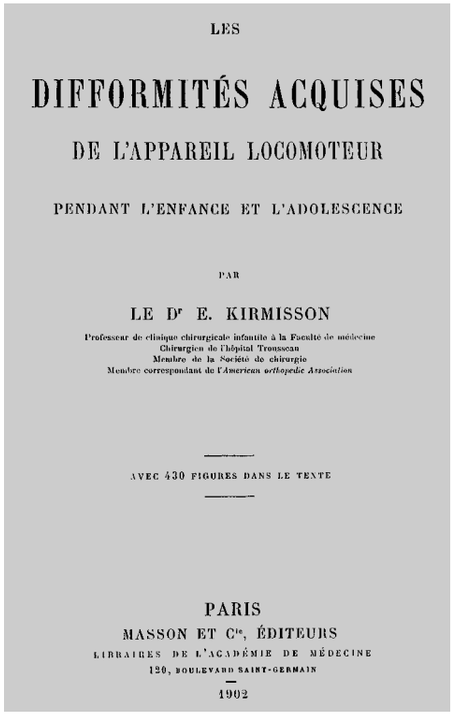
*« La dixième session des cours de vacances de physiothérapie organisée par MM Albert-Weil, Durey, Dausset, Degrais, Dominici, Kouindjy, Leroy, Roederer, Sandoz et Wetterwald, aura lieu du 9 octobre au 31 octobre prochain à l'École des Hautes Études Sociales, 16, rue de la Sorbonne et dans divers hôpitaux ou cliniques.*
*Elle comprend deux séries de vingt leçons :*
*La série A comprend l'électrothérapie, la radiothérapie...*
*La série B comprend le massage en général, le massage viscéral, le massage gynécologique, le massage de la face, la rééducation gymnastique et l'éducation physique*
*Le prix de chaque série de 20 leçons est de 50 francs. On peut demander des programmes détaillés ou s'inscrire chez MM Vigot Frères éditeurs, 23, place de l'École de Médecine »*

**Tableau XI. – Manuel pratique de kinésithérapie (1913).**

| |
|---|
| Fascicule I : Rôle thérapeutique du mouvement ; maladies de la circulation |
| Fascicule II : Gynécologie. Stapfer |
| Fascicule III : Maladies respiratoires ; méthode de l'exercice physiologique de la respiration. Rosenthal |
| Fascicule IV : Orthopédie. Mesnard |
| Fascicule V : Maladies de la nutrition et de la peau. Wetterwald, Leroy |
| Fascicule VI : Les traumatismes et leurs suites. Durey |
| Fascicule VII : La rééducation motrice. Hirschberg |

Les pratiques manuelles vont être, outre le massage déjà évoqué, la pratique des « manipulations vertébrales », dont on connaît la médicalisation après la Seconde Guerre mondiale.

L'appareillage des amputés, des paralysés, va rejoindre très progressivement le champ médical. Hindermayer [56] précise à propos des prothèses et des temps anciens : « *ne considérait-on pas ces dernières comme dépendant plutôt de la mécanique que de l'art de guérir ?* ».


LES

DIFFORMITÉS ACQUISES

DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

PENDANT L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

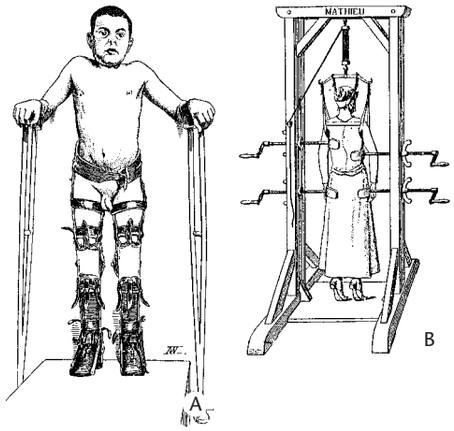
PAR

LE Dr E. KIRMISSON

Professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Trousseau
Membre de la Société de chirurgie
Membre correspondant de l'*American orthopedic Association*

AVEC 430 FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
1902




**12** *Les « Difformités acquises de l'appareil locomoteur ».*
*A. Paralysie infantile totale des membres inférieurs ; malade vu après les ténotomies permettant la marche à l'aide d'appareils.*
*B. Appareil pour la suspension combinée aux pressions latérales (Kirmisson).*

C'est un domaine où l'on connaît de nombreux ouvrages historiques. Fajal [36] présente en 1972 sa thèse sur l'historique de l'appareillage des amputés. Sa recherche constitue un véritable monument pour la rééducation et reste une référence.

L'aspect matériel très concret des prothèses et orthèses avec la réalisation d'objets visibles et durables explique sa notoriété. Les objets eux-mêmes ou leur représentation ont pu traverser ces époques [27].

## Champ de la réadaptation

Ce champ couvrira deux registres : celui de la réadaptation sociale et professionnelle, antérieure au développement du champ de la réadaptation médicale.

Nous avons vu que la réadaptation médicale est déjà en place sur un plan conceptuel et

pratique. Néanmoins, les promoteurs restent alors des personnes isolées, ne faisant pas « école ». Ces courants apparaissaient alors comme marginaux, hors des préoccupations médicales communes. Il faut attendre la période contemporaine pour voir, dans l'ensemble des pays de culture européenne, se mettre en place des groupes professionnels médicaux et paramédicaux entièrement engagés dans le champ de la rééducation.

## Période contemporaine : mise en place institutionnelle et médicalisation du handicap

La terminologie va évoluer considérablement. L'usage du terme handicap est récent. Il entoure la création de la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975.

Cette période contemporaine voit les aspects ébauchés dans la période des deux guerres se conforter, se renforcer et surtout s'institutionnaliser avec le développement d'une véritable culture sur le handicap et la réadaptation : « *Le transfert du handicap vers le monde médical se poursuit : l'état providence réalise la médicalisation des handicapés. La politique des années 1950 dessaisit la société du handicap et le confie à la médecine* [30] ».

### DÉVELOPPEMENTS PROFESSIONNELS DANS LE MONDE DE LA SANTÉ

#### ■ Médecine physique et de réadaptation : médecins spécialistes

##### En France

Comme dans beaucoup d'autres pays, la mise en place de la spécialité médicale (médecine physique et de réadaptation [MPR]), va se révéler difficile et laborieuse. Elle va se structurer progressivement en Europe et dans le monde. Son essor très important aux États-Unis constitue un moteur culturel significatif en raison notamment de la prééminence de la langue anglaise dans la diffusion des publications scientifiques. La spécialité médicale est officialisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au plan international en 1968.

En France, un premier enseignement spécifique pour les médecins est proposé en 1956 par le docteur Peillon-Dinischiotu. Il ne sera officialisé que 10 ans plus tard, en août 1965, par la création du Certificat d'études spéciales de rééducation et réadaptation fonctionnelle (CES). Le CES devient un DES le 17 octobre 1984, après un débat prolongé et animé sur la nécessité de conserver la rééducation comme une spécialité médicale à part entière. Cette spécialité médicale nommée en France « rééducation et réadaptation fonctionnelle » devient en 1995 (Journal officiel du 11 mai 1995) la « médecine physique et de réadaptation », pour rejoindre la terminologie internationale et parfaire son identité.

Le nom d'André Grossiord est attaché à la création du pôle universitaire de la spécialité médicale en France. Cette évolution marque l'un des tournants essentiels dans l'installation de la discipline. L'enseignement de la spécialité médicale permet la diffusion des savoirs auprès des médecins et assure le développement d'un groupe professionnel de médecins spécialistes totalement engagés dans ce champ culturel, participant à l'évolution des connaissances et à la transmission des savoirs *(fig 13)*.

André Grossiord [50] (1909-1997) fut médecin des hôpitaux en 1944, et prit sa retraite en 1979. Il rapporte dans sa leçon inaugurale [44] pour la chaire de rééducation motrice qu'en 1947, « *l'administration voulait ouvrir à Poincaré* (hôpital Raymond Poincaré, à Garches) *un centre de traitement de séquelles de poliomyélite avec 160 lits d'enfants ; un médecin devait le diriger ; le président de notre syndicat demanda un volontaire ; un grand mouvement me saisit... allais-je lever la main ? L'aurais-je levée 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. Des lendemains amers m'attendaient. L'administration tenant un responsable, attendait de lui qu'il décidât de tout : aménagement des locaux, formation du personnel, commandes de matériel... Le malheureux responsable, bombardé spécialiste de la rééducation, se sentait terriblement incompétent et se demandait dans quelle galère il avait mis les pieds. Et l'étonnement attendri, voire l'ironie de ses petits camarades !* ».

Le Centre national de traitement des séquelles de poliomyélite ouvrit ses portes à Garches en février 1949.

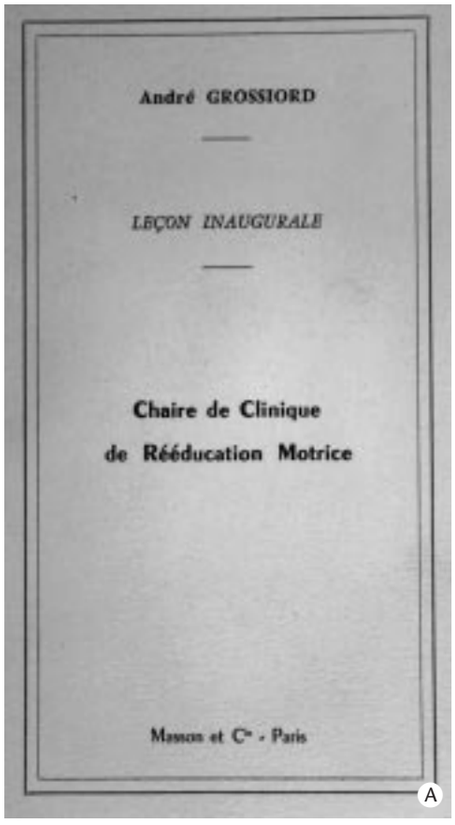
En mars 1968, fut créée la Chaire de clinique de rééducation motrice. Nous sommes très proches des événements de mai 1968... et de l'éclatement de la Faculté de médecine de Paris.

En 1996, il existait 38 professeurs de MPR dans les diverses facultés de médecine françaises, avec une instance spécifique de représentation, le Collège national des enseignants.

En 1985 est créé à Dijon (professeur JP Didier), le DEA de sciences et techniques appliquées au handicap et à la réadaptation.

Dans différents lieux en France, des structures se mettent en place, avec de prestigieux médecins : Pierquin à Nancy, Leroy à Rennes et bien d'autres... Dès 1948 est organisée à Rennes une prise en charge globale des patients poliomyélitiques, puis en 1953 un centre hospitalier de lutte antipoliomyélitique est individualisé. En 1966, une chaire de rééducation fonctionnelle et d'hydroclimatologie est créée. Louvigne est un successeur issu de la médecine générale et représente un courant humaniste associant rigueur intellectuelle et compassion.

La Société nationale française de médecine physique naît en mars 1952 et le Syndicat français de médecine physique est créé en 1956.



**13** *« Leçon inaugurale » de A Grossiord (A, B).*

L'Association des médecins spécialistes de rééducation (ANMCR) fut créée en 1971 pour rassembler sous forme d'amicale, les médecins-rééducateurs formés par la voie du CES de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. En 1981, année des personnes handicapées, l'ANMCR organise une journée sur l'insertion sociale et familiale des handicapés physiques. En 1985, l'ANMCR devient l'ANMSR. Le nom de Bouffard-Vercelli reste attaché à ce groupe. C'est lui qui crée le centre de rééducation du cap Peyrefitte qui porte aujourd'hui son nom.

Cette filière de formation par le CES disparaît complètement en 1989 au profit d'un internat qualifiant pour former les médecins spécialistes (DES).

L'ANMSR est à l'origine de la Lettre du médecin rééducateur, qui contribue à promouvoir la notoriété de la spécialité médicale.

### En Europe

En 1954, va se créer la Fédération européenne de MPR, alors que la Fédération internationale de médecine physique existe depuis 1950.

En 1982, l'Académie médicale européenne de réadaptation publie un ouvrage de synthèse « Médecine de rééducation et réadaptation [10] ».

Les noms de René Waghemacker (décédé le 28 février 1981 à l'âge de 60 ans), d'André Bardot [11], d'Antoine Macouin sont attachés à l'émergence de ce courant européen.

Le 19 juillet 1991 naît le collège européen de MPR, avec la création en 1993 de l'« European board of physical medicine and rehabilitation ». Les premières épreuves qualifiantes se déroulent à Gand le 1er juin 1993, avec la délivrance des premiers diplômes.

Il faut mentionner le nom de Ludwig Guttmann qui fut à l'origine de la création du Centre de rééducation de Stocke-Mandeville en 1944 et des jeux sportifs en 1948. Juif d'origine allemande, il se réfugie en Angleterre et il y reste toute sa carrière. Il codifie le traitement des lésions médullaires et fit école en Europe (Dollfus, à Mulhouse).

En Belgique, les professeurs Houssa et Tricot fondent après la Seconde Guerre mondiale le Centre de traumatologie et de réadaptation (CTR). Ils sont, en Belgique, les pionniers de la médecine de rééducation et de son développement scientifique. En 1972, le Centre William Lennox ouvre ses portes sous la direction du professeur Sorel, d'abord spécialisé dans le traitement de l'épilepsie puis consacré à toutes les déficiences neurologiques.

Les développements européens vont se concrétiser par des initiatives interculturelles telles que les Congrès transpyrénéens de médecine de rééducation. Un premier congrès franco-espagnol est organisé les 27 et 28 novembre 1992 sous l'égide des professeurs Roques, de Toulouse, et Garcia Alsina, de Barcelone.

### Sur le continent nord-américain

Le schéma de la construction de la spécialité aux États-Unis va connaître le même accolement des deux principales racines, celle de la médecine physique et celle de la réadaptation médicale.

Les débuts formels de la spécialité aux États-Unis sont datés de 1926 quand Coulter rejoint l'Université médicale du Northwestern et devient le premier universitaire temps plein en MPR.

L'American board of physical medicine and rehabilitation (qualification des médecins américains) date de 1947. Le premier certificat fut délivré le 31 août 1947 au docteur Coulter. C'est à cette date que cette spécialité fut reconnue comme une spécialité médicale à part entière.

- *Aux États-Unis*

Krusen établit le premier programme d'enseignement à la Mayo Clinic en 1936 sur 3 ans de résidanat. L'American academy of physical medicine est fondée en 1938. En 1988, l'American academy of physical medicine and rehabilitation, a fêté avec éclat son cinquantième anniversaire.

En 1941 paraît un premier ouvrage de synthèse sur la rééducation intitulé « Physical medicine » (Philadelphia, Saunders).

Le terme proposé en 1946 par le AMA Council of physical medicine pour nommer les médecins-rééducateurs américains est celui de *physiatrist*.

L'essor de la spécialité aux États-Unis est également lié aux deux guerres et aux expériences humaines alors acquises. La Seconde Guerre mondiale voit une demande accrue de soins de réadaptation avec, en parallèle à cette même période, les épidémies de poliomyélite.

C'est en 1950 que la dénomination actuelle est proposée : physical medicine and rehabilitation (fusion de la « *physical medicine* » et la « *medical rehabilitation* »). Tout ceci dans le contexte d'un challenge délicat vis-à-vis des autres spécialités médicales.

Rusk, issu d'une expérience de réadaptation active de soldats blessés, vient au New York Bellevue hospital, pour mettre en place la réadaptation. Il crée l'Institute of rehabilitation medicine au New York university medical center. Rusk est décédé le 4 novembre 1990. Il est considéré comme le père de la médecine de réadaptation, et Krusen comme le père de la médecine physique.

Le développement de l'électromyographie (EMG) dans les années 1950 est un moteur important du développement de la spécialité médicale aux États-Unis.

- *Au Canada*

Gustave Gingras [42] a longuement rapporté son expérience professionnelle avec la création de l'Institut de réadaptation de Montréal. L'inauguration se fit le 9 mars 1963 et il note qu'il lui faudra éduquer les autres partenaires : « *il a fallu du temps avant d'éduquer les hôpitaux et avant que les médecins dirigent des candidats aptes à bénéficier pleinement des soins dispensés par l'institut. Il faut fouiller dans les dossiers du début pour y découvrir des malades souffrant de cancer inopérable ou de maladie cardiaque où tout exercice se serait révélé funeste. Il fallut par la suite que les hôpitaux qui dirigent des malades pour un examen d'admission s'engagent à garder disponible le lit du candidat et à le reprendre le jour même en cas de refus. Cette politique a sans doute permis à l'institut de préserver sa vocation et de ne pas devenir à courte échéance un asile pour incurables* ».

## ■ *Professions paramédicales*

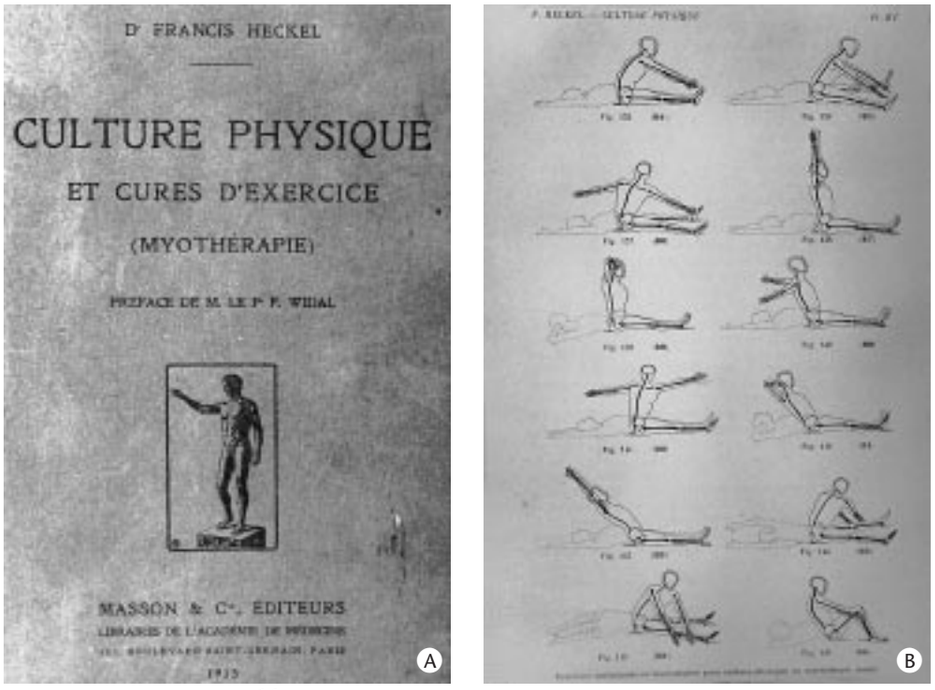
### Kinésithérapie

L'origine du mot kinésithérapie [48], proposé par un Suédois nommé Georgii, élève de Ling, date de 1845. Le mot fut utilisé sur le plan médical en France dès 1891-1892, par Stapfer et Perrot. Il s'est imposé après un débat terminologique, qui a rejeté massothérapie et gymnastique. Le terme est choisi contre cinésithérapie. D'autres encore ont proposé myothérapie [53], « *ce mot de myothérapie est infiniment préférable à celui plus employé actuellement de kinésithérapie, parce que ce n'est pas, ainsi que l'étymologie pourrait le laisser croire (kinésis : mouvement), que le mouvement seul qui est curatif dans l'acte moteur, mais c'est aussi la modification du dynamisme nerveux, la rééducation musculaire, le rétablissement des fonctions spéciales... (fonctions morphostatiques), le retour à des fonctions de nutrition normales en vertu du lien qui unit la contraction avec le trophisme et la forme... Le mot de kinésithérapie ferait donc croire à tort que, dans le mouvement, il n'y a que le mouvement qui guérit. Ainsi on laisse ignorer toute la partie à mon avis très importante de l'action nerveuse sur le neurone moteur et de la reconstitution de la forme que crée l'exercice méthodique réglé par des techniciens compétents* » *(fig 14)*.

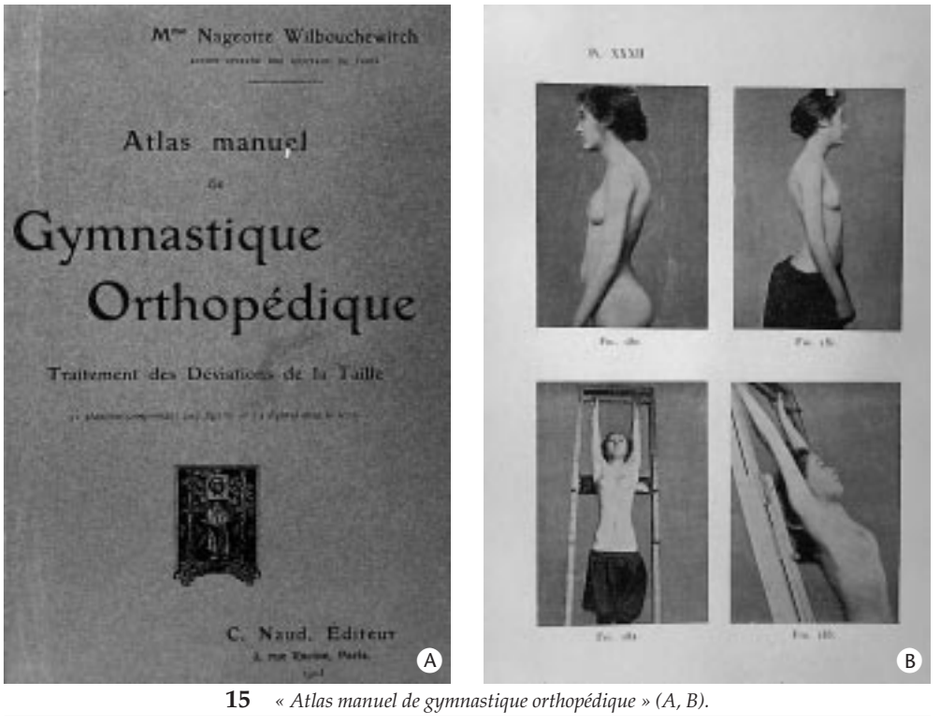
Le massage et la gymnastique médicale, orthopédiques... organiseront les prémices du champ de la kinésithérapie moderne *(fig 15)*.

C'est très progressivement que la formation des personnels hospitaliers fut assurée à partir de la fin du XIXe siècle. Depuis 1899-1900, le cours de massage aux opérés est assuré par le docteur de Frumerie. En 1922 est créé le brevet de capacité professionnelle d'infirmière de l'État français et en 1924 celui d'infirmière et d'infirmier masseur de l'État *(tableau XII)*.

Le 13 août 1942, est créé le diplôme de moniteur de gymnastique médicale et, le 15 janvier 1943 apparaît une loi réglementant la profession de masseur médical [73] : « *ce texte instaure l'indépendance de notre*




**14** *« Culture physique et cures d'exercice » (A, B).*




**15** *« Atlas manuel de gymnastique orthopédique » (A, B).*

***Tableau XII. – Loi n° 57-764 du 10 juillet 1957*** [17].

*« Ce diplôme (diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute) est délivré aux personnes qui justifient, soit de la possession de l'un des brevets ou diplôme d'État d'infirmier masseur ou d'infirmier masseur aveugle, délivrés en application du décret du 27 juin 1922 ou du décret du 18 février 1938, soit de la possession du brevet d'État de masseur médical institué par le décret du 9 février 1944, soit de la possession de l'autorisation définitive d'exercer le massage médical, délivrée en application de l'article 8 de la loi du 15 janvier 1948. »*

*profession. Il précise que nul ne peut porter le titre de masseur médical s'il n'en possède le brevet et que nul ne peut exercer la profession s'il n'en a le titre. Enfin, il fait de nous des auxiliaires médicaux puisqu'il indique que nous ne devons exercer que sur prescription médicale* [34] ».

Le 30 avril 1946, l'activité des « masseurs » est réglementée et le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est créé. Ainsi, il faut attendre la fin de l'après-guerre pour que les professions d'infirmière et de kinésithérapeute s'individualisent.

Progressivement, l'organisation de la formation va se structurer et s'enrichir, avec un développement des études très conséquent. Françoise Mézières rapporte sous la plume de Lannes [64] son vécu du diplôme d'État de kinésithérapeute. Diplômée de la rue Cujas en juillet 1938, après des études qui duraient alors 3 mois, elle effectue un stage hospitalier de 1 an pour accéder à la qualification professionnelle. Elle rapporte ses souvenirs de l'examen de fin d'études : « *une épreuve d'anatomie, une autre avec de la physio et après on passait la pratique dans un hôpital. Cela durait toute la journée. Après, on attendait 10 jours et on passait l'oral. Nous étions 35 à présenter cet examen pour toute la France* ».

L'école de la rue Cujas connaît deux grandes personnalités à son origine, Kopp et Boris Dolto. Boris Dolto, né en Russie à Sinféropol le 3 août 1899, est décédé à Antibes le 27 juillet 1981, à l'âge de 81 ans. C'est à Antibes qu'il « *consacra six ou sept étés successifs à la rédaction de ce livre* (« Le corps entre les mains », préface de Françoise Dolto) *où il mit tout son enthousiasme* [29] ».

Son nom est attaché au développement et au rayonnement de l'école de kinésithérapie alors rue Cujas à Paris, l'École française d'orthopédie et de massage (EFOM), ensuite dirigée par Samuel.

Le niveau de recrutement des élèves va passer du certificat d'études primaires au baccalauréat, avec une durée d'études qui passe de quelques mois à 2 ans, puis à 3 ans. Aujourd'hui, la profession est très réglementée, les études durent 3 ans et sont ouvertes aux candidats reçus aux épreuves d'admission dans les instituts de formation en massokinésithérapie. Le nombre total de places est actuellement d'environ 1 400 pour une trentaine d'écoles.

L'importance de l'intégration des handicapés visuels dans ce champ professionnel est ancien, puisque c'est en 1906 que l'école Valentin Haüy s'est ouverte à Paris [5]. Elle est alors dirigée par un médecin aveugle, le docteur Félicien Fabre. C'est également en 1924 qu'est créé le diplôme d'État d'infirmier masseur aveugle. Actuellement, quatre écoles à Paris, Villejuif, Villeurbanne et Limoges assurent la formation des personnes aveugles et malvoyantes en kinésithérapie.

- *Aux États-Unis*

Aux États-Unis, c'est le nom de *physical therapist* qui prévaut. La date d'origine est 1812, avec Peter Hanley Ling, qui développe les premières bases scientifiques du massage. La pratique dite moderne est datée du 22 août 1917, avec la création, au sein du Surgeon General's Office, de la Division of Special Hospital and Physical Reconstruction. Il y a actuellement environ 120 lieux de formations avec des

programmes étendus sur 4 à 6 ans. Chaque institut forme de 20 à 40 *physical therapists* par an.

### Ergothérapie

L'ergothérapie, dans ses principes, est très ancienne et l'idée de procurer des activités aux personnes handicapées est de tous les temps. Louvois, sous Louis XIV, installe des ateliers pour les infirmes. Cette activité est proposée pour lutter contre les risques de l'oisiveté.

L'ergothérapie va d'abord se développer dans le champ des maladies mentales et trouver une place dans les hôpitaux psychiatriques. La méthode fut ensuite utilisée en rééducation et revint en France après la Seconde Guerre mondiale.

L'ergothérapie, à l'origine issue de la psychiatrie, va trouver une place importante dans d'autres disciplines au fil du temps. C'est ainsi que l'on retrouve aujourd'hui des ergothérapeutes dans les unités de MPR, en gériatrie, dans les associations, dans les structures de reclassements professionnels, dans les centres de conseil pour les aides techniques... Cette évolution dans le temps s'accompagne de la recherche d'une image professionnelle dans le champ médical, d'une notoriété auprès du public, dans un contexte où les clichés professionnels restent très liés à l'utilisation des techniques artisanales.

Le décret du 6 novembre 1970 crée le diplôme d'État d'ergothérapeute. Mais les études existaient et ceux qui avaient déjà fait leurs études et obtenu le certificat de fin d'études (alors à Paris, Lyon, Nancy) ont pu régulariser leur situation jusqu'en juillet 1977, grâce à l'arrêté du 18 juillet 1975 qui traite de l'attribution par équivalence du diplôme d'État d'ergothérapeute. Certains professionnels, essentiellement dans le domaine psychiatrique, ont également bénéficié d'assimilation jusqu'en juin 1974 au titre de moniteur d'ergothérapie dans leur domaine d'exercice (à condition de justifier de 5 ans d'exercice avant 1970).

L'arrêté du 1er septembre 1971 définit les conditions d'accès aux études préparant au diplôme d'État d'ergothérapie.

L'Association française des ergothérapeutes naît en 1961 et est présidée pendant 10 ans par Roux, décédée en 1998. Son nom est associé à une institution de grande notoriété dans le monde de la rééducation, le Comité national français de liaison pour la réadaptation des handicapés[(2)].

Le champ de la réadaptation, élément majeur de la profession en ergothérapie est, dans les années 1970-1980, une évolution volontiers incitée, pour tenter de détourner ces professionnels du champ de la rééducation fonctionnelle.

[(2)] (CNFLRH, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris).

***Tableau XIII. – Écoles d'infirmières*** [57, 74].

À Paris, les écoles d'infirmières sont mises en place sous l'influence du docteur Désiré Magloire Bourneville (1840-1909) : une première école d'instruction s'ouvre à Bicêtre en 1860, puis à la Salpêtrière en 1878, à la Pitié en 1881, à Villejuif, à Ville-Evrard, à Lariboisière et à Saint-Anne. Cette période va correspondre aux début de la laïcisation des hôpitaux.
Une infirmière de l'Assistance publique à Paris touche, en 1907, un salaire de 33,30 F par mois (22 sous par jours), nourrie, habillée, logée. Elle est titularisée après 6 mois de stage et sa paye est de 35 F par mois, avec une augmentation de 3 à 5 francs par mois tous les deux à trois ans.

Le terme *ergotherapy* est proposé aux États-Unis par Reid pendant la Première Guerre mondiale, mais cette dénomination est rejetée. C'est sous le nom d'*occupational therapy* que cette profession existe dans les pays anglo-saxons.

Le World federation of occupational therapist (WFOT), Fédération mondiale des ergothérapeutes, est née en 1952 avec un conseil préparatoire et elle devient une fédération en 1954.

### Infirmières de rééducation

Si en 1974 (du 8 au 12 novembre 1974) a lieu une réunion professionnelle consacrée au handicap pour les infirmières (« L'infirmière face au handicap moteur »), et même si l'on enseignait historiquement le massage dans les écoles d'infirmières et que leur implication sur ce terrain existe depuis toujours, l'histoire spécifique des infirmières en rééducation est très récente pour ses développements culturels et associatifs.

C'est en 1983 que le premier Congrès des infirmières de rééducation est organisé à Kerpape (près de Lorient) [4]. Depuis, chaque année, une ville différente accueille ce congrès, ce furent Paris, Nantes, Lyon, Mulhouse, Bruxelles, Brive, Marseille... réunissant depuis chaque année 500 infirmières de rééducation. Une association francophone, l'AIRR, regroupe les infirmières qui travaillent dans le champ de la réadaptation et plus spécifiquement celles travaillant dans les services de MPR. Une formation spécifique en rééducation pour les infirmières a été mise en place à l'Université de Haute-Alsace à partir de 1993 sous la direction de Suzanne Agram (Centre de réadaptation de Mulhouse) *(tableau XIII)*.

### Psychomotriciens

En 1967, est fondé à Paris l'Institut supérieur libre de rééducation psychomotrice et de relaxation psychosomatique, sous la présidence de de Ajuriaguerra. Un décret de 1974 (décret n° 74-112 du 15 février 1974), crée le diplôme d'État de psychorééducateur, et les premières promotions sortent en juin 1977 après 3 années d'études et un concours intermédiaire en fin de première année. Les anciens élèves des écoles de Paris et de Toulouse obtiennent leur diplôme d'État, par équivalence. En 1980, J et B Soubiran font le bilan des premières années de fonctionnement du diplôme d'État. Le débat porte alors sur les modalités du contrôle des connaissances et sur les quotas fixés par le ministère de la santé [91] jugés insuffisants.

### Orthophonistes

Le mot « orthophonie » [62] apparaît en médecine en 1829. Les origines de cette profession sont rattachées à la personnalité de Suzanne Morel-Maisonny née en 1900, élève de l'abbé Rousselot. Le premier enseignement est créé à Paris et Lyon en 1955, puis à Bordeaux, Marseille, Toulouse, Nancy. Le 10 juillet 1964, le certificat de capacité d'orthophonie (CCO) est créé. Auparavant existait une attestation d'études d'orthophonie. D'autres lieux de formation s'ouvrent : Nantes, Montpellier, Tours, Lille, Besançon, Nice, Strasbourg. L'arrêté du 16 mai 1986 voit les études organisées sur quatre années dans des lieux de formation habituellement rattachés aux UER de médecine. L'obtention du CCO est organisée autour de la réalisation d'un mémoire présenté en fin de quatrième année. C'est en 1972 que les actes d'orthophonie, sous la codification AMO (auxiliaire médicale orthophoniste), sont intégrés à la nomenclature. Cette profession de grande notoriété au niveau du public est exercée en France par plus de 10 000 praticiens, qui sont le plus souvent des femmes jeunes. La formation sur le plan historique est surtout rattachée aux disciplines médicales diagnostiques qui ont en charge les pathologies responsables des déficiences (ORL, neurologie et psychiatrie). L'enseignement basique de la rééducation avec ses fondements théoriques, institutionnels, méthodologiques est, pour ces raisons historiques, peu enseigné dans les écoles d'orthophonie, avec des difficultés d'ajustement aux données modernes de la réadaptation médicale. Les opinions communes semblent aujourd'hui gouverner les relations entre la demande de soins et l'offre des professionnels [106].

### Autres disciplines

Bien d'autres disciplines coexistent dans les unités de rééducation et/ou ont une place dans le champ plus global de la rééducation ou de la réadaptation, les appareilleurs, les orthoptistes, les psychologues, les pédicures, les assistantes sociales, les éducateurs... tous ont une histoire qu'il importerait tout autant de rapporter.

## ÉVOLUTION DES PRATIQUES ET DES TECHNIQUES

Nous avons vu combien la construction de la rééducation s'était organisée entre la rencontre du corps physique, des techniques physiques et de la réadaptation, mais cette liaison reste encore aujourd'hui incertaine avec des forces de cohésion et de distension toujours présentes.

Ce sont les termes de « handicap » et de « handicapé » qui vont remplacer la terminologie d'« infirme » et d'« invalide ». Ce dernier terme continue sa carrière dans le registre juridique.

***Tableau XIV. – Manipulations articulaires [8] : enseignement de Robert Maigne.***

Les 26, 27 et 28 février 1965 sont organisées à l'Hôtel-Dieu à Paris, les premières Journées de perfectionnement à la pratique des manipulations vertébrales.
En 1968 est créée la Fédération internationale de médecine manuelle, à Bruges.
En 1969, la Faculté de médecine Broussais-Hôtel-Dieu, crée le premier enseignement universitaire : le cours supérieur de thérapeutiques manuelles qui devient en 1971, un diplôme d'université.
La terminologie évolue vers la dénomination : médecine orthopédique et thérapeutiques manuelles.

***Tableau XV. – Handisport.***

En 1954, Philippe Berthe crée à L'Institution nationale des Invalides à Paris, une association sportive : la Fédération sportive des handicapés physiques de France.
En 1976, sous l'égide du ministère de la jeunesse et des sports, la Fédération Handisport voit le jour.

***Tableau XVI. – Le tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) à son origine en 1949.***

Titre I : médicaments officinaux et préparations magistrales
Titre II : eaux minérales
Titre III : accessoires et pansements
Titre IV : optique médicale
Titre V : prothèse et orthopédie
Titre VI : honoraires applicables aux analyses médicales
Au fil du temps, le TIPS a abandonné les titres I, II et VI qui ont leur propre réglementation

## ■ *Techniques*

### Thérapeutiques manuelles et physiques

S'il est habituel de faire référence à l'histoire ancienne (l'Égypte ancienne, les Chinois, Hippocrate en 460 avant Jésus-Christ...) pour les pratiques manuelles, ensuite, et jusqu'au XIX^e^ siècle, le contact avec le sujet est moins une fonction médicale et le retour de la médecine manuelle est surtout l'œuvre de médecines non orthodoxes.

Palmer, Still seront des promoteurs de la chiropraxie et de l'ostéopathie. Ces techniques comportent un retour vers une utilisation des ressources propres de l'individu et une conception globale de l'homme souffrant, avec un jeu d'interaction entre les fonctions et les structures qui les gouvernent. Le XX^e^ siècle retrouve un intérêt pour la médecine manuelle avec des promoteurs comme James Mennel, Edgar Cyriax. Puis, plus tard, James Cyriax et en France Robert Maigne obtiendront une reconnaissance de la communauté médicale *(tableau XIV)*.

Pourtant, le développement dans le futur de la médecine manuelle reste incertain. Les très nombreuses idéologies ésotériques dans lesquelles sont engagés les pratiquants médecins ou non-médecins de ces techniques manipulatives contribuent à brouiller les messages vers la communauté médicale académique.

Le massage, dans les années 1950, a une image très liée à la pratique sportive. La « gymnastique médicale » quant à elle, reste un champ important d'intérêt en rééducation. Elle conserve des rapports étroits avec la médecine du sport et avec l'adaptation de l'homme à l'effort physique.

Nous savons combien les divers apports techniques à la rééducation s'étaient peu à peu superposés, additionnés. Certains pôles, comme ceux issus de la gymnastique ou des sports vont rester très présents dans le champ de la rééducation, et trouver un milieu professionnel idéal pour se développer.

La médecine du sport et la traumatologie du sport auront alors un grand attrait auprès des médecins-rééducateurs et des professionnels de la rééducation, avec par exemple l'enseignement de Rodineau à l'hôpital de la Salpêtrière.

Parallèlement, le sport va se développer pour les personnes handicapées avec la création de la Fédération Handisport *(tableau XV)*.

### Appareillage

Il y a eu progressivement, comme pour l'ensemble du handicap, une « médicalisation » de cette thérapeutique.

Les centres d'appareillage rattachés au ministère des Anciens Combattants jouent un rôle de contrôle à partir des années 1920, non seulement pour les pensionnés et victimes de guerre, mais aussi pour l'ensemble des personnes appareillées. Cette situation va évoluer avec le développement des services et centres de rééducation. Le décret n° 81-460 du 8 mai 1981, puis la circulaire du 11 février 1986 (Journal officiel du 14 mars 1986), vont achever le processus de médicalisation de l'appareillage en confiant le suivi et la prescription directe aux médecins spécialistes et aux institutions de rééducation.

L'appareillage va connaître le développement de quatre branches principales : les aides techniques de développement récent, les orthèses, les prothèses et les véhicules roulants.

- *Appareillage orthétique et prothétique*

De grands noms sont attachés à cette pratique comme Pierquin, André à Nancy, Lescœur [66] à Paris...

La prise en charge de l'appareillage se fait actuellement sur la base du Tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS). Pour les hôpitaux et les institutions fonctionnant sur la base du budget global, l'appareillage y est intégré depuis le 1^er^ janvier 1987. Cette évolution s'est accompagnée de la création dans les hôpitaux d'ateliers « intégrés » pour gérer cette partie de l'appareillage destinée aux personnes hospitalisées. Le TIPS mis en place en 1949 comprenait à l'origine six titres *(tableau XVI)*.

L'association française pour l'appareillage (AFA) fut créée le 30 novembre 1965 pour promouvoir et diffuser les recherches et perfectionnements apportés à l'appareillage des handicapés physiques.

- *Fauteuil roulant*

Dolheim [28] a rapporté la description du fauteuil roulant de Philippe II d'Espagne (1527- 1598) : « *En l'an 1595, le service de cour à l'Alcazar de Madrid s'est enrichi d'un meuble étrange et pas du tout courant pour l'époque : un siège pour goutteux conçu d'après les règles de la mécanique, fonctionnant parfaitement et n'exigeant que rarement quelque petite révision. C'est une véritable chaise longue avec des coussins sur le siège, le dossier et les appuie-bras... Deux lames métalliques recourbées en demi-cercle et dentées permettent de monter ou de descendre à volonté le dossier et le repose-pieds. On peut naturellement rouler la chaise et quand on est dans l'obligation de s'en servir, on peut soit s'y étendre à plat comme en un lit, soit y séjourner en s'adossant confortablement soit afin d'y rester assis le buste droit.* »

Le fauteuil roulant va se développer au début du XX^e^ siècle puis deviendra pliant dans les années 1940. Everest, paraplégique et Jennings, ingénieur, vont proposer en 1933 un premier fauteuil roulant pliable qui préfigure la ligne ergonomique actuelle des fauteuils roulants [84].

Le fauteuil roulant, dans sa conception actuelle, se diffuse dans les années 1950 et c'est à cette époque qu'il est utilisé comme symbole du handicap. En 1981, cette symbolique est officialisée par sa présentation sous forme stylisée par l'OMS.

### Électrologie

Récemment, une approche méthodologique structurée est venue étayer sur les plans culturel et scientifique cette thérapeutique très controversée.

Le renouveau de l'électrothérapie est pour l'essentiel lié à la lutte contre la douleur et à l'électrostimulation musculaire. Ces deux cadres ont redonné une crédibilité à une technique volontiers considérée comme désuète, très proche des médecines parallèles, sans support scientifique.

En 1988, une étude sur l'électrostimulation des muscles soumis à une immobilisation pour des raisons orthopédiques a fait l'objet d'une publication dans le *Lancet* [41]. Une synthèse des savoirs sur l'électrothérapie est proposée par Roques [85] en 1997.

### Hydrothérapie

Les vertus de l'hydrothérapie ont été reconnues de tous temps. L'utilisation des traitements héliomarins se met en place au XIX^e^ siècle comme, par exemple, la création de l'hospice de Giens dans le Var ouvert par

les Hospices de Lyon en 1892. Cette technique balnéothérapique connaît une large diffusion en rééducation fonctionnelle et plus largement l'hydrothérapie est très utilisée en médecine, dans le cadre du thermalisme.

Une circulaire du 14 août 1947 permet la prise en charge des cures thermales par l'assurance maladie, et aide à la promotion de cette thérapeutique. Le nombre des curistes passe de 115 000 en 1938 à 613 000 en 1994, montrant un net attrait de la population pour cette approche de la santé.

### Pharmacologie

Les médicaments vont apparaître comme tels dans le champ de la MPR et de la rééducation de façon progressive. Bien sûr, et depuis le début des pratiques cliniques, ils sont utilisés sous la forme d'apports locaux, par pommades, topiques locaux divers, de médications utilisées en électrothérapie (ionophorèse, sonophorèse…), d'infiltrations de corticoïdes, d'alcool... Plus récemment, l'usage des toxines botuliques, des pompes implantables à baclofène va étendre le champ des pratiques médicamenteuses locales ou régionales.

L'histoire des médicaments [31] est accolée de façon très forte à l'évolution de la médecine et de ses progrès thérapeutiques. On a vu comment la rééducation a regroupé peu à peu les « autres » thérapeutiques (hors de la pharmacologie) et s'est située dans le champ essentiellement comportemental. De ce fait, la réappropriation de la pharmacologie en rééducation est une histoire très récente.

C'est l'ensemble de la pharmacologie qui se trouve impliqué de nos jours dans ces disciplines : tant pour le traitement de la douleur, ou pour les antiagrégants ou anticoagulants protégeant l'homme immobilisé, que pour le traitement des ostéomes, des infections si fréquentes dans les services de MPR... C'est aussi la pharmacologie destinée au système neurovégétatif dans la rééducation vésicosphinctérienne, et plus récemment encore, la progression de l'usage des psychotropes avec la meilleure connaissance des rapports entre psychologie et handicap.

Un premier travail de synthèse sur l'usage des médicaments en rééducation est proposé sur deux numéros spéciaux de la Lettre du médecin-rééducateur en 1992, avec trois registres :

– les médicaments de la phase aiguë de la rééducation ;

– les symptômes-cibles de la rééducation et les médicaments ;

– les personnes handicapées et le médicament.

### Chirurgie

La chirurgie a, dans l'histoire de la rééducation, une place privilégiée. L'orthopédie infantile a beaucoup appris de la surveillance et des traitements proposés aux diverses « difformités » de l'enfant [61]. Les chirurgiens spécialisés en orthopédie infantile conservent un rôle clé dans le suivi de l'enfant handicapé.

Dans la phase première de la réadaptation, alors que les situations cliniques étaient souvent sévères et la prévention des complications secondaires peu connue, les programmes opératoires des patients accueillis en rééducation étaient volontiers très lourds. Les premiers centres de rééducation avaient, dans cette optique, prévu des blocs opératoires intégrés aux unités de rééducation. Cette situation a considérablement évolué depuis ces dernières 25 années et, peu a peu, ces entités médicochirurgicales disparaissent ou ont déjà disparu.

Mais aujourd'hui encore, la place des traitements chirurgicaux auprès des personnes handicapées est importante et concerne l'orthopédie de l'enfant et de l'adulte, la neurochirurgie, les plasticiens... De grands noms sont attachés à cette histoire contemporaine, Pol Le Cœur, Paul Masse, Gérard Taussig à Paris, Maurice Cahusac, Pierre Le Barbier à Toulouse, André Bardot à Marseille,...

### Explorations fonctionnelles

Le développement des techniques d'investigation a eu une grande importance dans le développement actuel de la spécialité médicale, telle l'urodynamique avec Lacert et Perrigot à Paris, de l'électromyographie avec Isch et Jesel à Strasbourg et Lerique à Paris *(tableau XVII)*.

Viendront se mettre progressivement en place, dans une phase récente, la posturographie, l'isocinétisme, les explorations de la déglutition, dans le sillage d'un mouvement général prônant l'évaluation.

## APPROCHE CONCEPTUELLE ET ÉVOLUTION SCIENTIFIQUE

L'évolution conceptuelle concerne le monde du handicap, les techniques, les concepts de soins. Quant à l'évolution de la recherche, elle va marquer l'histoire de ces disciplines tout au long de ces cinquante dernières années et s'affirmer de façon récente comme une des voies essentielles des progrès à venir.

***Tableau XVII. – Développement de l'électromyographie.***

L'électromyographie connaît une première phase d'essor entre les deux guerres avec :
- en 1925, la définition de l'unité motrice ;
- en 1929, l'utilisation par Adeian et Bronck d'une aiguille concentrique de détection ;
- en 1934, perfectionnement de l'amplification, utilisation de l'oscillographe cathodique ;
- en 1938, description des potentiels de fibrillation et de fasciculation ;
- en 1941, la différenciation par l'électromyogramme de l'atrophie musculaire ;
- en 1943, le doublet dans la tétanie ;
- en 1944, description des potentiels naissants de réinnervation.

Dans les années 1950-1960, l'électromyographie sort des laboratoires et devient une pratique clinique d'exploration fonctionnelle.

### *Évolution scientifique*

La réflexion scientifique se montre très présente et militante dans la phase première de la rééducation, à son origine formelle de l'entre-deux-guerres. Cette démarche est alors en phase avec l'explosion des sciences en Europe, juste avant la Première Guerre mondiale, et avec le développement dans les milieux intellectuels d'une « foi scientiste » [32]. « *Le scientisme s'est répandu comme une foi dans l'avenir de l'humanité et de la France ; donc une répudiation des forces obscurantistes et aveugles du passé* ». C'est une période de grandes découvertes scientifiques dans les registres de la physique, des mathématiques, de la médecine…

Après la Seconde Guerre, arrive une période de grande croissance professionnelle, institutionnelle, avec une exploitation de cette idéologie des savoirs professionnels.

Toute une phase de la rééducation depuis les années 1950 reste empirique et la culture est véhiculée par le compagnonnage. Cette période de « blanc » scientifique va s'étendre en rééducation jusqu'aux années 1970. Ce moratoire coïncide avec la phase de croissance des institutions de soins spécialisés et l'arrivée en nombre des groupes professionnels de la rééducation. C'est pendant cette période que vont se développer des pratiques rééducatives présentées comme des « méthodes » tirant leurs principales justifications de la notoriété et du charisme de leurs auteurs. C'est ainsi que l'on trouve la méthode de Troisier, celle de Bobath, de Kabat, de Delorme et Watkins, de Sohier, de Frenkel, de Klapp, Mézières… et bien d'autres techniques ou méthodes accolées à un nom propre.

L'argument d'autorité, le développement de présupposés crédibles, le discours employant un lexique scientifique et cohérent, la forte consistance des promoteurs des méthodes, leur charisme, la suggestibilité d'un public professionnel peu préparé à une gestion critique du savoir et avide de mettre un support à ses pratiques vont assurer pour quelques décennies le succès des « méthodes de… » . La crédibilité des soins et des pratiques étant liée à la notoriété des auteurs, c'est une époque où de nombreuses méthodes de « untel » voient le jour.

Actuellement, tous les partenaires ont pris conscience de cette nécessaire réflexion sur les pratiques rééducatives : « *la kinésithérapie est malade de ses croyances et de ses affirmations* ».

Certains registres, comme la rééducation en neuropsychologie avec Seron [89], ont représenté à leur époque une grande bouffée

**Tableau XVIII. – Organisation de la recherche scientifique.**

En 1868, Victor Duruy fonde l'École pratique des hautes études, pour favoriser la recherche scientifique libre de contraintes universitaires.
En 1936, le gouvernement du Front populaire crée le Centre national de la recherche scientifique, pour encourager la vie scientifique en la dotant de fonds propres.

d'oxygène dans un domaine alors particulièrement figé et sans réflexion théorique pour les approches rééducatives, « *le discours du gourou soigneusement recopié d'une génération à l'autre a vécu et n'a plus sa place dans notre discipline* » *(tableau XVIII)*.

La dimension scientifique est de retour dans un contexte d'évaluation des pratiques médicales et d'influence appuyée du monde universitaire qui investit le champ rééducatif, en France et dans le monde. La démarche scientifique reprend tous ses droits, de façon progressive, dans les années 1970-1980, avec le développement de la recherche clinique en rééducation, des progrès des publications françaises et étrangères, des réunions scientifiques, puis dans un contexte général du tout-évaluation, avec le développement des références opposables, du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), de l'ANDEM devenue ANAES…

Les outils techniques vont évoluer, comme la méthodologie de recherche, en suivant les acquisitions scientifiques des époques correspondantes. Ces outils vont se superposer en couches successives sans s'annuler. Le tableau *XIX* résume de façon volontairement très schématique cette dynamique successive des pratiques et des théories.

## Évolution des modèles

Pour agir, chacun a besoin de références théoriques et de modèles. Ces modèles théoriques sont, selon la formule consacrée et polémique, des outils très pratiques dont l'évolution témoigne de l'histoire des disciplines. Les modèles sont volontiers schématisés et stylisés. « *La recherche d'un modèle est le fondement de toute investigation scientifique. Là où il y a modèle, il y a sens* » [98].

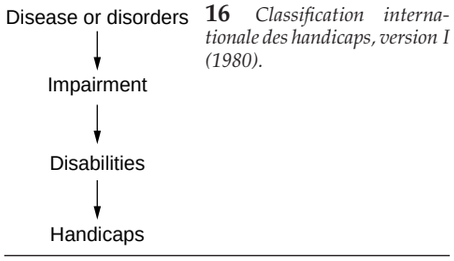
Les modèles théoriques en rééducation fonctionnelle sont implicites ou conscients, savants ou communs, de diffusion confidentielle ou mondiale. Toutes ces situations existent. Une des caractéristiques est leur pluralité, aucun modèle ne pouvant à lui seul prétendre rendre compte d'une réalité aussi complexe que celle de la rééducation et du handicap.

• *Modèle de la Classification internationale des handicaps (CIH)*

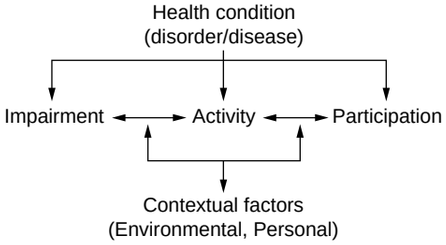
En 1975, un débat s'organise à l'OMS pour réaliser en complément à la Classification internationale des maladies, une classification des incapacités et des handicaps. Wood et un groupe de travail proposent la Classification internationale des handicaps qui est publiée en 1980 [107]. Elle propose un modèle du handicap pour servir de base à une classification homologue de la Classification internationale des maladies (première classification des maladies en 1893 par le docteur Bertillon). Elle est traduite en français par Colvez et publiée par le CTNERHI en 1988 [1]. En 1993, elle avait été traduite en 13 langues et avait bénéficié de plus de 1 000 articles dans la littérature internationale.

**Tableau XIX. – Les époques en médecine physique et réadaptation (trame schématique).**

| Période | Affections | Techniques | Sciences |
|---|---|---|---|
| Historique | Poliomyélite<br>Amputés traumatiques | - Appareillage<br>- Arthromoteurs | Biomécanique |
| Intermédiaire | Paraplégiques<br>Polytraumatisés<br><br>Hémiplégiques<br><br>Amputés vasculaires | - Rééducation vésicosphinctérienne<br>- Développement des professions médicales et paramédicales<br>- Développement des institutions de rééducation | Sciences cognitives<br>Sciences humaines<br><br>Linguistique |
| Actuelle | Traumatisés crâniens | - Évaluation et démarche scientifique<br>- Isocinétisme...<br>- Neuropsychologie | Neurosciences<br>Biologie |




**16** *Classification internationale des handicaps, version I (1980).*




**17** *Classification internationale des handicaps, version II (1998-1999).*

Ce modèle marque un tournant important dans le champ du handicap. Pour la première fois, de façon partagée, internationale, un champ conceptuel pouvait se mettre en place autour du handicap. Cette réflexion théorique allait aider les divers partenaires intervenant dans ce champ médical et social à comprendre ces situations et les présenter à autrui. Une nouvelle réflexion est en cours pour faire évoluer ce modèle en 1999, dans une présentation plus positive et interactive *(fig 16, 17) (tableau XX)*.

• *Modèles des sciences humaines*

Les sciences humaines ont apporté deux registres fondamentaux ayant contribué à faire très nettement avancer le monde de la rééducation :

– d'une part, ce sont les outils et les pratiques scientifiques dans l'analyse des comportements humains ;

– d'autre part, ces disciplines décrivent les conduites humaines et offrent une base de savoirs fondamentaux : la linguistique pour l'aphasie ; la psychologie cognitive pour la mémoire, l'attention ; la sociologie pour l'analyse des situations institutionnelles et familiales. Ce seront autant d'approches nouvelles. Ces savoirs vont s'imposer comme des compléments nécessaires à la

**Tableau XX. – Classification internationale des handicaps (version II).**

| | Déficiences | Activités | Participation |
|---|---|---|---|
| Niveau de fonctionnement | le corps (les parties du corps) | la personne (la personne comme un tout) | la société (liens avec la société) |
| Caractéristiques | le fonctionnement du corps | les activités de la vie quotidienne | implication dans la situation |
| Aspects positifs | intégrité fonctionnelle et structurelle | activités | participation |
| Aspects négatifs | déficiences | limitation des activités | restriction à la participation |
| Descriptifs | sévérité<br><br>localisation<br><br>durée | niveau de difficulté<br><br>assistance<br><br>durée<br>perspectives | extension de la participation<br>facilitations et barrières architecturales |

LE SYNDROME
DE
DÉSINTÉGRATION PHONÉTIQUE
DANS L'APHASIE
PAR
Th. ALAJOUANINE
André OMBREDANE
ET
Marguerite DURAND

**18** *« Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie ».*

seule base anatomique et physiologique des premiers supports théoriques de la rééducation.

L'importance du courant cognitiviste, considéré comme « l'aboutissement de la pensée individualiste » [96], s'est peu à peu imposée en opposition au courant béhavioriste. L'importance accordée au déterminisme interne va se trouver en décalage par rapport au monde de la rééducation qui accorde aux mécanismes psychosociaux et à l'environnement une place essentielle.

La première collaboration marquée sur le plan historique entre la linguistique et l'aphasiologie est rapportée en 1939 dans l'ouvrage de M Durand [7] sur le syndrome de désintégration phonétique. M Durand est alors assistante à l'Institut de phonétique (actuel département de linguistique de Paris V). L'ouvrage se termine par un chapitre de rééducation qui met en place nombre de réflexions pratiques toujours d'actualité *(fig 18)*.

La sémiotique dans sa conception large va donner naissance à la notion de sémiologie fonctionnelle [101] pour la description et la compréhension du champ de la MPR en médecine. La sémiologie fonctionnelle est alors opposée à la sémiologie diagnostique, pour comprendre l'analyse clinique mise en place en MPR, avec un langage spécifique qui la différencie de façon structurelle par rapport aux autres spécialités médicales.

• *Autres modèles*

Bien d'autres modèles ont été utilisés et sont toujours utilisés en rééducation. Ils se sont mis en place lorsque les savoirs correspondants se diffusaient auprès des publics avertis.

– Le premier en date sur le plan historique est le *modèle biomécanique :* il reste un modèle de référence toujours très en vogue dans les milieux orthopédiques. Il a été longtemps le seul à servir de base à une réflexion scientifique en rééducation. C'est le modèle qu'utilisait un auteur comme Bidou, se référant à de nombreux calculs et diagrammes de force et mêlant sa vie professionnelle à la Société des ingénieurs civils dont il était membre. Ce modèle de l'homme-machine est aujourd'hui devenu en grande partie désuet, mais sa simplicité reste attachante. Il est proche des projections fantasmées du public sur les processus de récupération motrice.

D'autres modèles plus ou moins complexes, plus ou moins explicites, plus ou moins pertinents et utiles seront utilisés au fil des années. Nous en citerons quelques-uns :

– le *modèle génétique* (c'est-à-dire le modèle qui se rapporte à l'évolution des compétences de l'enfant, comme le propose la psychologie génétique) a eu un certain succès dans la période de mise en place de la rééducation. L'objet de ce modèle est de considérer l'homme qui a perdu une fonction comme étant dans la même situation que l'enfant qui ne l'a pas encore acquise. L'adulte doit alors repasser par les mêmes schémas d'acquisition des performances. On a beaucoup utilisé ce modèle pour la rééducation de la marche, de l'équilibre... ;

– le *modèle chronologique* est un modèle très simplifié et qui semble n'inscrire que la chronologie de la prise en charge. Les soins de rééducation sont différenciés selon le moment de prise en charge, avec un calendrier allant de l'alitement à la réadaptation à l'effort, aux sports, à la vie professionnelle. Ce modèle a servi de base à la phase première d'enseignement de la rééducation. Il est implicite dans l'organisation des soins, et a contribué à pérenniser une idée fausse qui ne ferait intervenir la rééducation que dans un second temps par rapport à l'installation des lésions à potentiel invalidant ;

– le *modèle de la polydisciplinarité :* les soins en rééducation sont alors reportés sur l'organisation professionnelle avec un découpage du temps et de l'espace et une hiérarchisation des interventions professionnelles. La polydisciplinarité correspond à plusieurs sous-catégories : la multidisciplinarité (simple juxtaposition géographique et temporelle des professionnels) et l'interdisciplinarité (communauté d'analyse, de compétence et de projet) que l'on rencontre sur le terrain selon le niveau d'évolution et de compétence des structures de soins ;

– le *modèle déductif* [100] : il est largement utilisé en rééducation de façon le plus souvent implicite. Une lésion va déterminer en cascade, ou en spirale, d'autres conséquences néfastes qu'il importe de connaître et de maîtriser. Ce modèle est volontiers proposé pour la rééducation respiratoire, mais il est globalement pertinent. On évoque parfois dans ce cadre la notion de surhandicap ;

***Tableau XXI. – Méthodes de rééducation*** [90].

| |
|---|
| - Stratégies de rétablissement (réapprentissage des données manquantes ou des procédures défectueuses) |
| - Stratégies de réorganisation (utilisation des potentiels préservés pour rétablir une fonction défectueuse) |
| - Stratégies de facilitation (aider à l'expression de potentiels préservés non révélés) |
| - Stratégies palliatives (aménagement de l'environnement, prothèse mentale) |

– bien d'*autres modèles* existent mais sont moins génériques et utilisés dans des champs plus singuliers de la rééducation.

On retrouve cette démarche dans la rééducation des fonctions cognitives *(tableau XXI)*.

La question si importante de la place de la restauration fonctionnelle après lésion cérébrale a fait l'objet d'un travail de synthèse [59] de Hecaen et Jeannnerod en 1979. Le débat historique sur les processus de restauration fonctionnelle débute dès la fin du XIX$^{e}$ siècle et concerne la plasticité cérébrale, la régénération, les suppléances fonctionnelles, la réorganisation, les processus de rétablissement et de réorganisation... Un symposium international a réuni à Bordeaux, les 26 et 27 avril 1991, à l'initiative de Barat et Mazaux, de nombreuses équipes françaises et étrangères sur ce thème difficile et polémique.

Ces divers modèles vont dans le temps s'opposer au modèle du sens commun, aux mécanismes de l'opinion concernant les pratiques rééducatives. Cette divergence progressive de l'approche du sens commun et de l'approche scientifique est l'un des aspects marquant de ces 25 dernières années.

## ■ *Développement de l'évaluation et de la recherche clinique*

### Recherche

Le développement de la recherche en rééducation a connu, sur le plan historique, de grandes difficultés de mise en place, et ceci pour des raisons multiples :

– les professionnels de terrain avaient peu ou pas de formation à la recherche ;

– toute une longue période de construction du monde de la rééducation a mobilisé les énergies professionnelles autour des projets institutionnels et des soins auprès du très grand nombre de patients à prendre en charge, aux dépens d'un temps possible consacré à la recherche. Les pionniers de la rééducation ont rêvé de la mise en place d'un champ actif de la recherche, la période actuelle voit se rêve devenir progressivement réalité ;

– la faible valeur de la recherche clinique dans le champ du handicap ;

– l'absence d'enseignement des savoirs de base, cliniques et institutionnels concernant

la MPR, auprès des étudiants engagés dans les diverses professions médicales et paramédicales. Des expériences ponctuelles récentes d'enseignement de la rééducation dans les études de base des facultés de médecine montrent un début d'évolution dont on ne sait encore si cela va représenter l'amorce du tournant historique attendu. En janvier 1993, l'Ordre national des médecins publie un fascicule sur « les handicaps de l'adulte » destiné aux médecins généralistes pour les aider dans leur approche de la personne handicapée.

Cela va peu à peu favoriser l'émergence de la recherche :

– l'apport des groupes médicaux dont l'activité est entièrement consacrée à ce champ des savoirs, avec la création dans les différents pays du corps des médecins-rééducateurs et le développement universitaire de la MPR, spécialité représentée aujourd'hui dans la majorité des facultés de médecine et des centres hospitaliers universitaires (CHU) ;

– les professions paramédicales vont également emboîter le pas du registre scientifique [95], en particulier dans le registre de la kinésithérapie ;

– le développement de ce champ des savoirs et des pratiques dans le monde, avec l'existence de revues nationales et internationales de grande qualité ;

– l'apport essentiel, tant sur le plan conceptuel que méthodologique, des sciences humaines (linguistique, psychologie, sociologie...) qui sont engagées dans l'analyse des conduites humaines et qui possèdent les outils conceptuels nécessaires et l'expérience de l'évaluation comportementale ;

– le développement en France des organismes comme l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) devenue ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé), qui a su faire participer à ses projets de recherche des praticiens de terrain et diffuser la pédagogie de la recherche.

Dans ce cadre, la mise en place d'une recherche thérapeutique et clinique appliquée, des cercles de qualité dans les services contribuent à cette évolution.

• *Développement de l'évaluation des pratiques institutionnelles*

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [104], dérivé à son origine de l'American Fetter System, est daté de juin 1982 pour son idée de projet initial à la direction des hôpitaux. En 1992, la direction des hôpitaux va débuter un travail de réflexion sur le PMSI dans le cadre hospitalier nommé alors « moyen séjour » en référence au temps habituel d'hospitalisation (par rapport au court séjour). En 1993, divers groupes de travail établissent les premières bases de données pour construire une classification médicoéconomique des séjours. Une expérimentation est réalisée sur le terrain. La grille de recueil hebdomadaire pour chaque patient hospitalisé en rééducation est proposée à partir de 1998. Le recueil est souhaité complet après cette phase d'apprentissage en 1999.

Plus de dix ans après le rapport de 1984, l'Inserm *(tableau XXII)* publie les actes d'un colloque [82] « De la déficience à la réinsertion », sous-titré « Recherches sur les handicaps et les personnes handicapées ».

***Tableau XXII. – Rapport de l'Inserm de 1984* [6].**

Le rapport de 1984 de l'Inserm « Réduire les handicaps », propose huit motions qui mettent en exergue l'évaluation et la recherche. Ces propositions pertinentes sont encore d'actualité :
1 Mieux définir et mesurer les handicaps
2 Faire l'épidémiologie des handicaps
3 Développer la recherche clinique dans le domaine des maladies invalidantes
4 Évaluer les méthodes et les résultats des techniques de rééducation
5 Développer la recherche en appareillage et ses méthodes d'évaluation
6 Accroître les recherches sur les aspects psychosociologiques du handicap
7 Étudier les retentissements psychologiques du handicap
8 Évaluer les aspects économiques du handicap

• *Approches démographiques*

Si importantes dans tout projet professionnel d'envergure, elles seront un apport essentiel à la connaissance du monde du handicap. Elles sont très difficiles à mettre en œuvre dans le champ du handicap.

L'étude de Minaire et de Flores en 1984, concerne la ville de Saint-Cyr-sur-le-Rhône et l'ensemble de ses habitants. La notion de handicap de situation y est illustrée avec la recherche des difficultés fonctionnelles des habitants selon la tâche à réaliser et ses conditions matérielles (par exemple l'escalier et la hauteur des marches). Ainsi, 504 des 532 habitants de la commune ont été évalués pour leurs aptitudes fonctionnelles. Cela représentait une première dans l'approche épidémiologique fonctionnelle d'une population totale.

## Évaluation

Les outils d'évaluation dans le champ de la réadaptation médicale ont connu une évolution qui les ont amenés du champ analytique vers le champ fonctionnel, de la simple mesure à l'évaluation.

Le développement historique de ces outils correspond à la fois aux représentations médicales de l'époque et aux développements conceptuels.

Les approches initiales sont analytiques et illustrées par le *testing* musculaire, la goniométrie... Elles sont proposées dès le début du XX$^{e}$ siècle. C'est le suivi d'enfants poliomyélitiques qui est à l'origine du *testing*. La première édition du livre de Daniels [23] sur le *testing* musculaire est datée de 1946.

Sur le plan de l'analyse fonctionnelle, comportementale, de très nombreux outils se sont mis en place. Wade [97] a rapporté en 1992 dans son livre « Mesurement in neurological rehabilitation », l'essentiel des outils alors publiés. Ils sont très nombreux.

Deux bilans ont une vocation universelle dans le champ de la réadaptation médicale : l'index de Barthel (1965) et la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) (1985).

Mahoney [68] et Barthel proposent en février 1965 un « index simple d'indépendance pour évaluer les progrès en réadaptation » : l'index de Barthel. Depuis 1955, les auteurs l'utilisaient en MPR dans le Maryland aux États-Unis comme évaluation aux différents temps de la prise en charge, à l'arrivée dans le service, durant la phase de réadaptation, au moment où les progrès sont maximaux. Ceci leur permettait de déterminer à quel niveau et à quelle vitesse le sujet progressait dans son indépendance.

En 1983, l'American congress of rehabilitation medicine a cherché un outil commun permettant l'analyse, la communication et la recherche [18]. C'est en 1987 que l'équipe de Granger à Buffalo (État de New York) propose la MIF dans le cadre d'un système uniforme de recueil des données pour les services et centres de MPR [103] aux États-Unis (*uniform national data system*). Sur l'impulsion de Minaire, Boulanger et Chantraine, sa diffusion est assurée dans la francophonie et, en mai 1989, une traduction en français est proposée. En juillet 1989, Minaire se rend à Buffalo, où son initiative d'ouvrir la MIF à la francophonie reçoit un accueil favorable. Depuis, la MIF a acquis une grande notoriété. Elle est utilisée aux États-Unis dans un grand système de recueil de données pour les services et centres de rééducation.

## Mécanismes d'opinion : rapports guérison-réadaptation

L'histoire des mécanismes de l'opinion sur la rééducation et ses pratiques n'est pas faite et, a posteriori, elle restera un domaine très difficile à explorer en l'absence de corpus constitués. On sait qu'elle a une grande importance dans ce registre des soins et l'on peut penser que ces mécanismes suivent l'évolution des techniques et des savoirs partagés.

La rééducation dans sa connaissance commune reste attachée à la notion de guérison. L'objectif souhaité et attendu est la disparition des troubles physiques ou intellectuels sous l'effet de la prise en charge. Cette idéologie issue du couplage traitement médical égale guérison correspond toujours aux attentes du public. La réadaptation va s'immiscer dans le couple alors en vigueur, la guérison versus l'incurabilité. C'est progressivement, avec les divers promoteurs dont on a rappelé l'histoire et avec bien d'autres encore, chaque pratique et chaque action humaine n'étant pas toujours

**Tableau XXIII. – Science et opinion [9].**

*« La science, dans son besoin d'achèvement comme dans son principe, s'oppose absolument à l'opinion. S'il lui arrive sur un point particulier de légitimer l'opinion, c'est pour d'autres raisons que celles qui fondent l'opinion ; de sorte que l'opinion en droit a toujours tort. L'opinion pense mal, elle ne pense pas, elle traduit des besoins en connaissance. En désignant les objets par leur utilité, elle s'interdit de les connaître. On ne peut rien fonder sur l'opinion, il faut d'abord la détruire. Elle est le premier obstacle à surmonter. »*

rapportée dans des écrits, que ce coin va se mettre en place et s'élargir peu à peu pour modifier de façon fondamentale le regard porté sur la maladie. La notion d'incurabilité s'associe alors à celle de fixité des troubles et des situations dans le temps. D'une notion d'état fixé, de « séquelles », va émerger l'idée que le handicap est une notion relative, évolutive, instable, complexe, pouvant bénéficier de l'apport des professionnels de santé...

L'importance de ces savoirs communs rend aussi compte sur le plan historique de la difficulté à construire le champ scientifique correspondant et d'en assurer sa diffusion. L'impression de « savoir » est très communément partagée tant par le public que par les professionnels de santé des autres domaines de compétence. Pourquoi se former ou s'informer lorsque l'on sait déjà et qu'aucun manque ne se fait sentir ?

L'évolution de la notoriété des divers acteurs de la rééducation va se faire progressivement et de façon très différente selon les professions : la connaissance commune du public se résume habituellement aujourd'hui à l'existence connue des kinésithérapeutes et des orthophonistes et à celle des institutions de rééducation dans le champ sanitaire *(tableau XXIII)*.

Le rapport de la rééducation à la guérison va connaître sur le plan historique une évolution différenciée selon les typologies de handicap, et est diversement réfléchi selon les professions. La récupération analytique des déficits liés à la lésion (par exemple, une paralysie liée à une lésion du système nerveux) va constituer une attente essentielle du public. Or les techniques de rééducation n'ont que peu ou pas d'influence sur l'évolution des lésions cause du handicap. La rééducation ne fait pas repousser les moignons des amputés, ni les neurones détruits par une ischémie, mais la croyance populaire est forte et résiste à toute argumentation, voire à toute confrontation à la réalité. C'est le principe des mécanismes d'opinion. Cette dynamique de pensée est d'autant plus puissante que la lésion responsable des déficiences n'est pas visible, qu'elle n'est pas localisée à l'endroit où les déficiences s'expriment et que les compétences altérées sont des données comportementales complexes (comme par exemple le langage ou la mémoire).

Cette approche des professionnels dans la reconnaissance de ces mécanismes de la pensée commune constitue, dans l'histoire contemporaine de la rééducation, une des clés essentielles dans l'évolution des pratiques professionnelles. Cela va faire évoluer les principes de la rééducation en privilégiant les objectifs fonctionnels, dont sont alors déduites les modalités de soins. Cette approche est acquise depuis le début du XX$^{e}$ siècle pour les comportements moteurs, et elle n'arrive que très timidement et très prudemment dans le champ des comportements cognitifs (langage…). Il est à noter que cette évolution des mentalités professionnelles n'a pas été linéaire et que cette culture générale en rééducation est encore très inégalement répartie chez les professionnels de la rééducation. Certains groupes professionnels n'ont que peu accès à la culture générale de rééducation.

### Développements culturels

Le développement culturel dans le champ de la rééducation est un des éléments essentiels de l'histoire contemporaine. Nous avons vu combien les idées étaient pour beaucoup déjà anciennes mais il s'agissait alors d'œuvres parfois monumentales mais isolées, sans école, sans addition des expériences, sans devenir social et culturel. Le contexte nouveau a été celui de la création de groupes professionnels organisés, prenant en charge ce champ du savoir, établissant des normes culturelles, développant une identité sociale, faisant progresser au sein de groupes les connaissances, les diffusant sur l'ensemble du territoire. C'est la principale révolution de ces dernières années et cette construction culturelle n'a pu se faire que progressivement avec le déploiement d'énergie que l'on imagine.

Le développement de l'écrit va marquer l'histoire récente. Si, comme nous l'avons noté, il y a eu des documents importants en réadaptation médicale dans la période des deux guerres, il faut attendre une période plus récente en France pour connaître un bouillonnement culturel important.

En France, de nombreuses publications vont être proposées aux divers publics :

– les Annales de médecine physique sont fondées en 1957 et deviendront les actuelles Annales de rééducation, de réadaptation et de médecine physique. Elles changeront d'éditeur après la mort de Waghemacker, leur fondateur. Une autre revue, Les cahiers de rééducation, se transformera en 1981 pour devenir le Journal de réadaptation médicale sur l'initiative de Hamonet. D'autres publications existent en langue française : « La Lettre du médecin rééducateur », « la Lettre G » (Lettre de la Fondation Garches, née en 1988), la « Revue de réadaptation fonctionnelle, professionnelle et sociale » (Nancy, André), « la Revue de médecine orthopédique » (Maigne), « le Journal de traumatologie du sport » (Rodineau)... ;

– l'Encyclopédie médico-chirurgicale dans sa collection « Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation » envisage tous les grands chapitres de la rééducation avec des synthèses continuellement remises à jour ;

– les Journées de Montpellier, depuis 1973, sont des entretiens annuels qui bénéficient de la publication des actes sous forme d'ouvrages collectifs édités par Simon, Pélissier et Hérisson. Ils sont et resteront une grande source de recherche pour les historiens de la rééducation et tous les professionnels de santé. Ils y retrouvent une somme considérable d'écrits qui témoignent, année après année, des préoccupations, des centres d'intérêt et de la vitalité de la rééducation ces 25 dernières années ;

– les Journées de rééducation, publiées annuellement dans le cadre des Entretiens de Bichat (animés par Levernieux, puis par Samuel et actuellement par Simonnet) ;

– le livre de Held et de Grossiord chez Flammarion représente une marque historique très forte qui a permis de synthétiser les savoirs et les pratiques dans les années 1980. Une nouvelle édition nommée « Traité de médecine physique et de réadaptation » paraît en octobre 1998 sous la direction de Held et Dizien ;

– En 1990, Hamonet [49], l'un des animateurs des conceptions modernes du handicap en France, fait paraître un *Que sais-je ?* : « Les personnes handicapées ».

Tous les groupes professionnels intervenant dans le champ de la rééducation vont s'organiser pour échanger leurs connaissances, les diffuser, progresser dans leurs prérogatives de santé. Cela a donné lieu à des supports écrits, des revues, des livres dont la qualité et l'intérêt n'ont cessé de croître. Ce sont par exemple, les Annales de kinésithérapie, Kinésithérapie scientifique, le Journal d'ergothérapie, etc.

Parallèlement à ce développement des écrits en rééducation, l'évolution des connaissances et des savoirs médicaux est considérable. Par exemple, à la date du 26 juin 1997, Medline est annoncée comme une base de références de 9 millions d'articles publiés dans 3 800 journaux et actuellement accessible gratuitement sur l'internet. Les revues indexées dans la discipline de MPR sont les revues anglophones. Aucune revue française n'est référencée dans les grandes bases de données internationales. Le développement assez récent de ces supports écrits dans la francophonie explique cette difficulté d'indexation. Cet aspect matériel est un obstacle résiduel au développement d'une production scientifique regroupée et individualisée en rééducation francophone.

## ÉVOLUTION DES PATHOLOGIES DANS LE TEMPS

Cet aspect a marqué, plus que d'autres, les pratiques et l'organisation des services de MPR, ainsi que l'ensemble de la rééducation.

**Tableau XXIV. – Scoliose, dates du traitement orthopédique [71].**

| | | |
|---|---|---|
| Ambroise Paré | 1575 | le corselet pour dresser le corps tordu |
| Francis Glisson | 1677 | premier appareil à suspension |
| T Levacher | 1722 | bande de dérotation |
| Portal | 1776 | appui axillaire |
| Jean André Venel | 1791 | port permanent de l'appareil |
| Kupl et Kluge | 1828 | moulage plâtré |
| Sayre | 1877 | corset plâtré |
| EG Abbot | 1911 | corset réalisé en cadre |
| Blount et Schmidt | 1945 | corset de Milwaukee |
| Stagnara | 1949 | orthèse polyvalve réglable |
| Yves Cotrel | 1954 | correction plâtrée des scolioses |
| Allègre et Michel | 1971 | corset court |
| Hall | 1975 | orthèse de Boston |

## ■ *Typologies lésionnelles*

### Poliomyélite

L'importance de la poliomyélite en rééducation est historique. Elle fut à l'origine tant de l'organisation initiale des services que de la construction des savoirs. La connaissance de la scoliose doit beaucoup au suivi des enfants et adolescents. Duval-Beaupère a décrit, à partir du suivi minutieux des dossiers des enfants poliomyélitiques de l'hôpital Raymond Poincaré à Garches, la courbe d'évolutivité de la scoliose qui est aujourd'hui devenue un classique du savoir *(tableau XXIV)*.

### Tuberculose

Avant la poliomyélite, la tuberculose a joué un grand rôle dans le développement du champ de la réadaptation. Autour de la période de la Seconde Guerre mondiale, le sujet fut de grande actualité. On y explique les difficultés à reclasser les « tuberculeux guéris ». Berthet [13] note qu'il faut alors lutter contre les idées fausses de l'époque : « *La tuberculose nécessite le repos, or la tuberculose est incurable donc elle entraîne le repos définitif (...) D'autres redoutent de voir un ancien malade reprendre sa place à l'usine, l'ouvrier craint le tuberculeux qui sort du sanatorium (...) Le patron de son côté redoute qu'une rechute vienne interrompre à nouveau le travail* ». Il fallait alors défendre l'intérêt du travail comme outil de réadaptation. Les notions de rééducation et de réadaptation sont à cette époque en rapport avec le champ professionnel : le sujet est éduqué ou rééduqué si l'on doit lui enseigner un métier nouveau, il est réadapté s'il peut reprendre sa profession antérieure. Cette dénomination reste encore présente dans certains établissements de reclassement professionnel.

La tuberculose est volontiers le premier domaine d'action de nombreuses institutions aujourd'hui connues pour être des centres de rééducation. C'est par exemple le cas du sanatorium des étudiants de France à Saint-Hilaire du Touvet. L'ADAPT comprenait aussi à l'origine une majorité de « *tuberculeux guéris ou en voie de guérison* ». Une école ménagère leur était réservée, d'abord installée à Ivry, puis à Valence.

### Autres pathologies

Ensuite, ce sont d'autres pathologies qui furent accueillies dans ces unités, les para- et tétraplégiques, les cérébrolésés traumatiques et vasculaires, les brûlés, et plus récemment encore, les rachialgiques chroniques pris dans une spirale d'involution personnelle et sociale, pour un reconditionnement physique et une réadaptation professionnelle... Cette évolution correspond à l'acceptation dans la pratique du modèle de la CIH, qui décuple les notions de maladie et de handicap. Une lésion sans gravité vitale (une lésion rachidienne mécanique) va être responsable d'un handicap grave, pris en compte comme tel.

### Paraplégie

La paraplégie a très largement contribué, comme la polio et après la polio sur le plan historique, à l'évolution des savoirs en rééducation.

L'histoire de la prise en charge des paraplégiques débute en France dans les années 1950 avec Grossiord et Benassy à Garches et Maury à Fontainebleau. Les conditions d'arrivée des personnes paraplégiques, dans les rares unités spécialisées, étaient très difficiles [102] : « *Il faut bien dire que nous recevions à cette époque-là des para- et des tétraplégiques, tout au moins ceux qui survivaient, car une grande partie mouraient dans des états souvent graves avec de multiples escarres, des déformations orthopédiques considérables, des ostéomes, des calculs des reins et de la vessie, des pyélonéphrites, etc, beaucoup de cystostomies aussi. Il y avait de très gros chantiers opératoires sur la plupart des paraplégiques qui restaient, à ce moment-là, 18 mois à 2 ans, quelquefois davantage pour remplir tout notre contrat.* »

**Tableau XXV. – Méthode Bobath [35].**

Karel et Berta Bobath ont, dans les années 1950, proposé une méthode qui a été très largement diffusée dans le monde et qui reste très populaire. D'abord dédiée à l'enfant IMC (infirme moteur cérébral), au Western Cerebral Palsy à Londres, elle est très vite utilisée chez l'hémiplégique adulte. Deux idées-forces sont à la base des conceptions des auteurs : d'une part, valoriser le potentiel moteur des régions paralysées en recherchant « *l'inhibition des schèmes pathologiques de spasticité, la facilitation et la stimulation des mouvements fonctionnels normaux automatiques et volontaires* » et, d'autre part, réintroduire chaque geste, chaque mouvement dans l'ensemble de la motricité et de la posture du corps.

La connaissance des lésions médullaires et de leur suivi est un facteur essentiel dans l'évolution des connaissances sur l'évaluation, la prise en charge et la rééducation des grandes fonctions végétatives, comme la fonction vésicosphinctérienne, la régulation de la pression artérielle, la procréation, la sexualité... Le premier congrès international « Handicap et sexualité » s'est déroulé à Paris, à l'initiative de Waynberg, les 30 et 31 octobre 1980.

Certaines pathologies ont évolué dans leur topographie, dans leur étiologie. C'est le cas des amputations avec beaucoup moins d'amputés de membres supérieurs, beaucoup moins d'amputés traumatiques et beaucoup plus d'amputés artéritiques dans un contexte global physique et psychologique très différent.

Cette évolution, en particulier vers le développement de la présence des patients cérébrolésés dans les unités de soins, va avoir pour corollaire la présence accrue dans les services et centres de rééducation de neuropsychologues et d'orthophonistes dont l'histoire propre rejoint plus tardivement celle de la spécialité de MPR. Cette pathologie neurologique dite « centrale » va s'accompagner, dans les années 1950, du développement de méthodes comme la méthode Bobath. La très grande notoriété de cette méthode va correspondre à très peu de travaux scientifiques d'analyse. C'est une méthode qui vise à améliorer la récupération (au sens strict) de la paralysie. Elle a très largement contribué à réifier le désir de guérison totale porté par les divers soignants en rééducation dans la période des années 1950-1970, période alors quasi muette sur le plan scientifique en rééducation. La critique viendra plus tardivement : « *à l'enthousiasme des années 1960, a fait suite une attitude plus objective, plus critique* » [54] *(tableau XXV)*.

La rééducation et la réadaptation à l'effort ont toujours eu depuis l'origine même des pratiques gymniques, une grande importance. Le réentraînement cardiovasculaire à l'effort fait partie de toutes les prises en charge rééducatives, mais il faut attendre les années 1950-1960, pour que la réadaptation systématique des coronariens connaisse un essor rapide. « *L'entraînement provoquait chez eux les mêmes réactions favorables d'adaptation que chez les sujets*

*normaux et parallèlement ces malades voyaient régresser leur symptomatologie fonctionnelle* [19] ».

## ■ *Âges*

Dans sa phase première d'expansion, la rééducation avait des centres d'intérêt surtout marqués pour les populations d'enfants, d'adolescents et d'adultes jeunes.

L'idéologie du travail comme but final de la réadaptation était inscrite dans certaines appellations. Cette notion initiale s'est progressivement trouvée en évolution avec une moyenne d'âge des patients hospitalisés s'élevant très notablement.

### Enfants

Le registre enfant est un domaine singulier et qui s'oppose dans son histoire au domaine de l'adulte.

Si ce registre est pour beaucoup à l'origine de la discipline avec la prise en compte de la poliomyélite, des IMC, sa place numérique n'a cessé de décroître dans le temps. Par ailleurs, les conceptions concernant leur prise en charge ont évolué. On hospitalisait les enfants pour le traitement de scolioses... La notion d'intégration fut alors très largement valorisée.

La *scoliose* et les *déformations physiques* ont été très largement étudiées et traitées dans l'histoire (Duval-Beaupère, Stagnara, de Mauroy…).

Le cadre de l'IMC a permis le développement, avec des auteurs comme Tardieu, d'une évaluation factorielle qui énonce une évaluation fonctionnelle précise, avec des thérapeutiques correspondantes *(tableaux XXVI, XXVII)*.

Actuellement, les besoins dans le secteur sanitaire sont réduits et il y a peu de centres spécifiques dans le champ sanitaire. Cette donnée nouvelle n'est pas sans poser problème quant au développement des savoirs et des pratiques dans ce registre de la rééducation. Dans cette dernière période, les enfants handicapés sont en nombre plus restreints avec la fermeture de nombreux lits de rééducation infantile et, en revanche, un développement du registre médicosocial autour des annexes 24.

Ainsi, on a assisté à partir des années 1950 à une évolution du champ médical vers le champ médicosocial, évolution qui se poursuit encore de nos jours. La dimension éducative devient centrale et classante pour l'enfant handicapé et justifie ses modes de prise en charge.

Dans le cadre infantile, la représentation du handicap physique est modeste en nombre, ce qui contribue aussi à la marginalisation de ce secteur par rapport au cadre du handicap mental, beaucoup mieux structuré, en particulier depuis la sectorisation.

### Vieillissement et personnes âgées

Deux aspects ont marqué l'évolution récente de la rééducation dans ce registre :

– d'une part, et du fait de l'amélioration de la qualité des soins, les personnes handicapées vieillissent. Ce cadre a fait l'objet de travaux médicaux importants en rééducation, comme par exemple, avec la découverte des conditions du vieillissement des personnes victimes des épidémies de polio dans les années 1950 qui, se réaggravant plusieurs décennies après, correspondaient au syndrome postpolio ;

– d'autre part, du fait du vieillissement de la population et d'une morbidité associée à l'âge, les personnes âgées sont très souvent accueillies dans les services et centres de rééducation. L'âge n'est habituellement plus un critère de refus d'admission, comme cela pouvait l'être, il y a encore 25 ans, dans certains centres et services de rééducation.

Un premier travail de synthèse sur la rééducation en gériatrie a été proposé par Rabourdin et Ribeyre en 1980 [81].

## ■ *Étiologies en cause : accidentologie*

Sur un plan historique récent, c'est l'évolution de l'accidentologie routière qui représente la donnée majeure. Le phénomène reste préoccupant avec de grands progrès.

« L'insécurité routière est un phénomène de grande ampleur en France : près de 500 000 tués, un bilan comparable aux pertes de la Seconde Guerre mondiale (600 000 morts en France) [20] ». C'est en 1972 que des mesures de prévention furent prises (ceinture de sécurité, vitesse, alcool au volant) avec un décrochage d'une courbe inquiétante, qui suivait jusqu'alors la progression du trafic routier.

Il faut rappeler, sur le plan historique, l'importance des circonstances de survenue du handicap. En particulier les militaires blessés et les accidentés du travail, qui conserveront tout au long de l'histoire un contexte particulier de solidarité. La peur de l'indifférence est un puissant moteur pour préserver les acquis sociaux correspondants [2].

### PSYCHOLOGIE ET HANDICAP

Les rapports du corps et de l'esprit ont toujours été au centre de la question de l'homme handicapé et des pratiques rééducatives.

Si l'œuvre de Cabanis [83], médecin et philosophe, contemporain de Bichat, auteur en 1802 d'un livre ayant fait date, « Les rapports du physique et du moral de l'homme », marque historiquement l'intérêt du corps médical sur cette question, le débat sur ce thème existe depuis la plus haute Antiquité [80]. La notion de « moral » serait aujourd'hui traduite par psychologique.

Cette dynamique psychologique, sur les versants cognitifs et affectifs, s'est affirmée progressivement dans le champ de la rééducation, avec l'arrivée en nombre croissant, dans les centres et services de rééducation, de disciplines paramédicales comme les orthophonistes, les psychomotriciens, les psychologues, les éducateurs...

L'intérêt, croissant au fil des années, s'est centré sur divers registres : la neuropsychologie, la psychologie et la sociologie du corps, la psychologie du handicap, les thérapies comportementales. Cette évolution s'est surtout produite durant ces 25 dernières années.

## ■ *Neuropsychologie*

Le tournant historique récent dans le cadre de la neuropsychologie en rééducation est marqué par la publication en 1979 du livre de Seron, « Aphasie et neuropsychologie, approches thérapeutiques » [89]. Cet ouvrage fait le point sur l'histoire des approches rééducatives et propose pour ce registre de soins une approche scientifique. « *Il faut, en matière de thérapie, se garder de tout militantisme aveugle. Au scepticisme du chercheur, il est vain d'opposer la foi du praticien* ».

L'aphasie a représenté le premier grand sujet d'intérêt dans le champ de la rééducation, suivie par l'ensemble des autres fonctions cognitives [60]. L'histoire de l'aphasie se confond avec l'histoire de la neuropsychologie dans son versant anatomoclinique *(tableau XXVIII)*.

Pour le langage, Roman Jakobson [58] propose un document en 1940 : « Langage enfantin, aphasie et lois générales de la structure phonique ». Il est traduit et publié en français en 1969, « *nous avons cru pouvoir admettre que les dégâts aphasiques reproduisent à l'envers l'ordre des acquisitions enfantines. Or, examinée de plus près, la pathologie du langage présente une diversité de syndromes en comparaison du processus essentiellement uniforme de l'initiation enfantine du langage* ».

**Tableau XXVI. – Analyse factorielle d'un équin** [93].

*« Cet équin (talon décollé du sol) peut être dû à des rétractions, des contractions irrépressibles de repos, une exagération du réflexe myotatique, des réactions excessives au contact ou à la pression et chacun doit recevoir son traitement spécifique. »*

**Tableau XXVII. – Un exemple, l'Association pour la sauvegarde des enfants invalides (ASEI) à Toulouse.**

L'Association pour la sauvegarde des enfants invalides naît en 1950, à Toulouse, avec l'aide du recteur Paul Dottin. L'intérêt se porte initialement sur le devenir social de l'enfant invalide et une classe est créée à Ramonville-Saint-Agne. L'association se développe sur le plan des structures éducatives, médicosociales, sanitaires. C'est aujourd'hui 40 établissements dans cinq départements différents, 2 700 salariés, 150 enseignants pour 2 500 places.

**Tableau XXVIII. – L'aphémie de Broca [52].**

*« Aphémie datant de 21 ans, produite par le ramollissement chronique et progressif de la seconde et de la troisième circonvolution de l'étage supérieur du lobe frontal gauche. »*
*« Cette abolition de la parole, chez des individus qui ne sont ni paralysés, ni idiots, constitue un symptôme assez singulier pour qu'il me paraisse utile de la désigner sous un nom spécial. Je lui donnerai le nom d'aphémie. »*
*« Le 11 avril 1861, on transporta à l'infirmerie générale de Bicêtre, service de chirurgie, un homme de 51 ans, nommé Leborgne, atteint d'un phlegmon diffus gangréneux de tout le membre inférieur droit... Il allait et venait dans l'hospice où il était connu sous le nom de Tan. Il comprenait tout ce qu'on lui disait ; il avait même l'oreille très fine ; mais quelle que fut la question qu'on lui adressât, il répondait toujours : tan, tan, en y joignant des gestes très variés au moyen desquels il réussissait à exprimer la plupart de ses idées. »* (Broca, Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris, 1861 ; 6 : 330-357)
Broca (1824-1880) a proposé le terme d'aphémie après avoir discuté diverses terminologies : aphonie, alalie, aphasie, alogie et aphrasie. Mais, le 18 avril 1865, Trousseau (1801-1867) propose d'abandonner la dénomination d'aphémie et de la remplacer par « aphasie »
En 1820, Jacques Lordat (1773-1870) avait décrit ce trouble, dont il fut lui-même victime, sous le nom d'« alalie ».

Le premier ouvrage de synthèse disponible en langue française sur la neuropsychologie clinique est celui de de Ajuriaguerra et Hecaen de 1949. Les données sont alors essentiellement anatomocliniques et organisées autour des connaissances pathologiques. Il faut attendre l'arrivée des sciences humaines pour que l'approche comportementale se développe et enrichisse l'observation des dysfonctionnements cognitifs.

La psychologie cognitive a eu un impact déterminant pour l'analyse et la compréhension des troubles psychointellectuels. Les débuts de la psychologie cognitives sont datés de 1956 *(tableau XXIX)*.

À partir des années 1970, le registre de la mémoire est, en particulier, une cible privilégiée, pour valoriser ce domaine de la psychologie en rééducation.

## ■ *Psychologie et sociologie du corps*

### Image du corps

L'image du corps a connu un renouveau d'intérêt avec Paul Schilder. Né en 1886, il publie en 1935 un ouvrage de référence [88], « L'image du corps » traduit en français en 1950. « *L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même. Des sensations nous sont données... Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps. Cette unité est perçue, mais elle est plus qu'une perception. Nous disons qu'elle est un schéma de notre corps, ou schéma corporel, ou encore... un modèle postural du corps* ».

**Tableau XXIX. – Histoire de la révolution cognitive [39].**

*« Jerome Bruner et George Miller, qui ont fondé en 1960 à Harvard le Center for cognitive studies, ont été les deux figures importantes de cette période de promotion de la cognition. (…) La liste des visiteurs du Havard Center fait penser à un Who's Who de la science de la cognition, presque tout le monde y est venu une fois ou l'autre, et beaucoup y restèrent un semestre ou une année en tant que résidents. »*

### Image du corps handicapé

Dans les sociétés traditionnelles, les pauvres et les malades, volontiers amalgamés, étaient des êtres inférieurs et marginaux. Le mendiant est volontiers représenté comme un handicapé, un amputé par exemple... Le corps difforme induit une peur que de nombreuses formules populaires ont traduites : « *Que Dieu nous délivre des boiteux et des bossus* ». Le corps handicapé était associé à des caractéristiques psychologiques négatives induisant la méfiance : « *Bigle, borgne, bossu, boiteux, ne t'y fie si tu ne veux* » ; « *Bâtard, bossu ou mule a chaque jour malice en tête* » ; « *Pied bot, mauvais voisin* ». On craint, selon Roux, que « *le désordre physique ne soit la marque indélébile sur le corps d'un profond désordre moral* ». La symbolique de la scoliose reste péjorative dans cette image traditionnelle du bossu stigmatisé dans les arts plastiques, la littérature (Quasimodo, Lagardère, Jean de Florette…), la commedia dell'arte (Polichinelle), le cinéma... « *Le bossu est une part importante de notre imaginaire et de notre culture* » [86].

Le livre de Goffman en 1963, traduit en 1975 [43], apporte une réflexion sur les marques corporelles. Les handicapés sont assimilés aux stigmatisés physiquement marqués et reconnus par leur société. Ces travaux sont développés dans le cadre de la psychosociologie avec la notion de stéréotypes habituellement défavorables aux sujets handicapés [69].

### Psychologie et handicap

L'intérêt du champ psychologique pour le handicap est ancien si l'on veut bien considérer que cette approche clinique est liée à toute action thérapeutique.

Néanmoins, il faut souligner que le travail plus systématique et scientifique sur ce thème est beaucoup plus récent. Les registres principaux sont issus de la psychologie expérimentale, de la psychologie du travail, de la psychologie cognitive, de la psychopathologie et de la psychologie sociale. Les objets d'étude concernent non seulement les patients, mais aussi les familles et les équipes soignantes.

- *Psychologie de l'apprentissage* [65]

Elle va apporter des données utiles à la rééducation par une approche expérimentale avec des thèmes principaux : comparaisons de l'apprentissage global et de l'apprentissage fractionné, de l'apprentissage massé et distribué, du guidage dans l'apprentissage, de l'acquisition de la vitesse, de la connaissance des résultats... Ces apports sont disponibles dès les années 1960 mais, à cette époque, les sciences du comportement n'ont pas encore fait leur entrée dans les connaissances de base en rééducation.

**Tableau XXX. – Ray Birdwhistell, la kinésique.**

Analyse des codes de l'interaction sociale. La gestualité est analysée selon un mode homologue à la description linguistique du code oral.
On retrouve les kinèmes, qui se combinent en kinémorphèmes, puis en constructions kinémorphiques.

La psychologie dans son courant scientifique est récente. Selon Paul Fraisse [38], ses origines sont datées de 1860, mais il faut attendre le début du XX$^{e}$siècle, puis les années 1950 pour que cette approche soit organisée dans un courant professionnel structuré. Elle est regroupée sous le terme de psychologie expérimentale qui « *permet tout simplement la constitution de la psychologie en tant que science* ». C'est de fait l'adaptation au comportement de la méthode expérimentale de Claude Bernard (1865). C'est Théodule Ribot [12] (1839-1916), qui occupe à partir de 1889 la première chaire de psychologie expérimentale créée pour lui, au Collège de France.

Un courant a aussi eu une grande influence pour le champ de la rééducation, c'est l'École dite de Palo-Alto, petite ville de la banlieue sud de San Francisco. Le Mental Research Institute est créé en 1959, et réunit dans un « collège invisible » les noms de Don Jackson, Watzlawick, Birdwhistell, Hall dans une réflexion très large sur les thèmes de la communication avec l'utilisation des conceptions systémiques et de la cybernétique.

À partir des réflexions de l'École de Palo-Alto, les dérèglements des règles implicites de la communication sont proposés comme explication du malaise induit par la présence des personnes handicapées, et dans l'analyse de l'éveil des traumatisés crâniens *(tableau XXX)*.

Dès les années 1950, un intérêt se manifeste dans le champ du monde du travail et en particulier par de nombreux travaux sur l'accidentabilité [37] (prédisposition à avoir des accidents) *(tableau XXXI)*.

Le premier thème ayant trouvé sa place dans le champ du handicap est le processus de deuil du corps sain. Cette dynamique reste aujourd'hui encore présente et s'est complétée d'une meilleure connaissance et approche des mécanismes de déni [76].

En 1973, le *Bulletin de psychologie* [55] publie un numéro spécial intitulé, « La psychologie et l'enfance physiquement handicapée ». Les thèmes alors traités concernent diverses pathologies, malformations liées à la Thalidomide, la myopathie, la cyphose, l'enfant IMC, l'hospitalisme, l'hémophilie...

**Tableau XXXI. – Jenkins (1956), syndromes associés à la prédisposition aux accidents.**

| |
|---|
| 1 Distraction, trouble de l'attention |
| 2 Manque de discernement dans les conduites de prudence |
| 3 Rejet des règles sociales |
| 4 Manque d'empathie envers autrui |
| 5 Peu sensible aux préjudices subis |
| 6 Confiance en soi exagérée |
| 7 Mauvaise intégration sociale |

Un chapitre concernant l'annonce du handicap est l'objet de grandes controverses. La dimension relationnelle prend ici une dimension particulière et les difficultés dans ce registre sont vécues douloureusement.

Le thème qui a marqué un tournant historique dans les rapports entre psychologie et handicap est celui de la dépression survenant dans le cadre des accidents vasculaires cérébraux. Robinson [105], dans les années 1980-1990, suivi par d'autres auteurs, a montré que la seule explication réactionnelle n'était pas suffisante pour rendre compte de la grande fréquence de la dépression chez l'hémiplégique. La localisation des lésions cérébrales, les mécanismes neurochimiques ont une part dans la genèse de ces troubles de l'humeur. Des constatations similaires ont été faites chez les personnes présentant une maladie de Parkinson. Depuis cette période, les unités de rééducation ont une attitude thérapeutique beaucoup plus active par rapport à la dépression et ses diverses modalités.

### Thérapies comportementales

Les thérapies comportementales sont utilisées depuis de nombreuses années en rééducation.

Le *biofeedback* est le cadre le plus connu. Venu de la cybernétique, le terme désigne aujourd'hui en rééducation toute technique utilisant une instrumentation révélant au sujet de manière continue et instantanée des événements physiologiques internes normaux ou anormaux sous forme de signaux [40]. En rééducation, les études se sont développées à partir des années 1960, en particulier pour les apprentissages moteurs.

D'autres registres du comportementalisme commencent à se mettre en place de façon plus explicite. En effet, les techniques de conditionnement (implicites) sont depuis bien longtemps à l'œuvre en rééducation.

### Sociologie et handicap

- *Famille*

La famille confrontée au handicap est un registre essentiel, mal connu et d'approche difficile.

L'importance de ce sujet est reconnu depuis toujours. Le sujet a une particulière acuité lorsque le handicap concerne l'enfant. Zucman [108] a marqué ce thème dans les années 1980, en publiant une synthèse de la littérature sur ce sujet.

- *Personnel des institutions*

Le personnel des institutions de soins est une autre composante qui est prise en compte. Il faut également attendre les années 1980 pour voir émerger un intérêt pour les groupes professionnels. C'est la notion de *burn-out* [3] qui est alors venue éclairer la compréhension du trouble des personnes confrontées aux personnes handicapées. Le *burn-out* peut être traduit par la notion d'usure, de craquage.

- *Association Alter*

Alter est une association créée en 1989. Elle a pour objet la recherche sur l'histoire des handicaps. Les promoteurs issus des sciences humaines proposent à leurs adhérents des journées d'étude, des groupes de travail thématiques, les mardi d'Alter, et un bulletin de liaison « La brève d'Alter[3] ».

## ÉVOLUTION INSTITUTIONNELLE : CENTRES ET SERVICES DE RÉÉDUCATION

L'évolution institutionnelle s'est faite vers la création des centres de rééducation, lieux de droit privé, puis avec un essor progressif dans ces 20 dernières années des unités spécialisées en MPR dans le monde hospitalier public [79]. Cette évolution récente est importante pour diffuser les savoirs en réadaptation au sein des structures hospitalières. Les principaux hôpitaux français sont aujourd'hui pourvus d'un service spécialisé en rééducation dirigé, par un spécialiste de la MPR. La modification du statut des médecins des hôpitaux en 1984 (décret 84-131 du 24 février 1984) a permis un recrutement spécifique des médecins rééducateurs, en instituant un concours national.

Par arrêté en date du 9 décembre 1988 publié au Journal officiel du 17 décembre 1988, le moyen séjour et la rééducation vont trouver un repère officiel pour le nombre de lits proposés en rééducation. Les besoins sont considérés comme satisfaits avec les indices de 1 à 1,8 lit pour 1 000 habitants (hts) en moyen séjour et 0,3 à 0,5 lits pour 1 000 hts pour la rééducation.

Le cadre législatif dit du moyen séjour (lois du 30 juillet 1970 et du 4 janvier 1978) a trouvé une nouvelle définition et dénomination par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. L'article L 711-2 du Code de la santé publique précise que : « les établissements de santé publics ou privés ont pour objet de dispenser (...) des soins de suite ou de réadaptation... ». Cette approche sert de cadre à la gestion de la carte sanitaire (déterminée depuis la loi du 31 décembre 1970). Elle est aujourd'hui complétée par un schéma régional d'organisation sanitaire et social (SROSS). Chaque région sanitaire a mis en place un travail pour analyser les institutions et définir les besoins, afin d'adapter au mieux l'offre de soins.

**Tableau XXXII. – Dates d'ouverture des services et centres de rééducation.**

| Date | Nombre | Total |
|---|---|---|
| avant 1900 | 3 | 10 |
| 1900-1918 | 1 | |
| 1919-1939 | 6 | |
| 1940-1962 | 36 | 102 |
| 1963-1971 | 46 | |
| 1972-1985 | 30 | |

Si le développement des institutions et des personnels de santé engagés dans le champ du handicap est un fait marquant de ces 50 dernières années, il importe de souligner que l'articulation de ce champ médical (relativement) nouveau avec le champ médicosocial traditionnellement consacré au handicap ne s'est pas réalisée de façon satisfaisante *(tableau XXXII)*.

Quelques aspects ont marqué l'évolution des pratiques institutionnelles :

– la *durée d'hospitalisation* dans les unités spécialisées en rééducation s'est restreinte progressivement, avec des séjours plus brefs en hospitalisation complète ;

– les *alternatives à l'hospitalisation* se sont développées avec, par exemple, les hôpitaux de jour, et par l'évolution des conceptions médicales et la prise en compte, en soins libéraux de cabinet de ville, de patients tels que les opérés de la hanche après prothèse totale pour arthrose ;

– les unités de soins orientées vers *l'accueil des enfants handicapés* se sont retrouvées progressivement intégrées au secteur médicosocial. Cette évolution sur les dix dernières années a soulevé beaucoup d'inquiétude ;

– le *développement des unités de rééducation polyvalentes*. Les unités de rééducation sont réparties sur l'ensemble du territoire français de façon plus homogène qu'autrefois. Cette meilleure répartition des unités et la diffusion des savoirs et des compétences dans ce domaine s'accompagnent d'une certaine dilution des pathologies rares ou peu fréquentes. C'est par exemple le cas des lésions médullaires. Cette évolution a ses avantages et ses inconvénients. Actuellement, les unités ayant développé des pôles spécifiques de recrutement coexistent avec les services polyvalents.

## PERSONNES HANDICAPÉES

Le mot « handicap » apparaît pour la première fois en droit français dans la loi du

[3] (C Barral, Alter, 17ter rue de l'Aude, 75014 Paris, 01 41 08 52 01).

23 novembre 1957 concernant le reclassement des travailleurs handicapés [46].

Les faits historiques ont conservé jusqu'à nos jours des règles différentes pour la prise en compte du handicap selon son origine (faits de guerre, blessure lors du travail, maladie...).

## Origine juridique des lésions

L'origine « juridique » des lésions a conservé au fil des années une place essentielle dans la prise en charge matérielle des handicaps.

Dans les périodes historiques que nous avons envisagées, celles qui entourent les deux guerres, puis la période contemporaine sont marquées par des faits de civilisation ayant eu un impact fort sur le monde de la réadaptation :

– la découverte des sciences et l'opposition à la dimension religieuse. C'est la période scientiste et rationaliste (1850-1900) correspondant à une période anticléricale avec la séparation complète de l'Église et de l'État. Elle va s'étendre jusque durant la période des deux guerres en se vulgarisant dans les divers milieux professionnels. La loi de séparation du 9 décembre 1905, préparée par Aristide Briand, est vécue comme une loi d'apaisement dans un contexte social conflictuel. La réintroduction récente de la dimension éthique dans les débats professionnels, comme une réflexion sur la pratique professionnelle, va montrer un retour vers une recherche de valeurs morales partagées dans le monde de la réadaptation médicale ;

– C'est une période d'intense mobilisation sociale avec la construction du monde ouvrier sur les plans social et syndical, alors que les conditions de travail restent très pénibles avec un sentiment d'insécurité permanent lié au spectre du chômage, de la maladie et de l'accident.

Le 20 mars 1868, Napoléon III fonde une caisse pour les accidents du travail. La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail va représenter la première protection obligatoire des salariés. Les divers systèmes de protection sociale vont progressivement se mettre en place et, en 1945, par une ordonnance du 4 octobre, le régime général de la sécurité sociale est mis en place. L'unification alors souhaitée des différents régimes ne sera pas possible et les institutions antérieures corporatistes persisteront.

Parallèlement, la montée en puissance progressive des associations d'usagers et de patients va stimuler la recherche et modifier le regard porté sur les affections invalidantes.

## Objectifs de la réadaptation

Ils ont toujours une idéologie portée vers un retour à une vie sociale commune. L'idéologie du travail sera première et elle est très ancienne. Elle est d'abord envisagée en terme de régulation sociale pour éviter l'oisiveté et la mendicité, puis comme un devoir d'assistance de la société [75].

Le retour au travail est considéré comme l'objectif idéal, témoin de la réussite de la réadaptation. C'est la loi du 23 novembre 1957 « véritable charte du reclassement professionnel des travailleurs handicapés » qui va constituer le repère essentiel pour l'insertion professionnelle dans le monde du travail ordinaire et protégé (centres d'aide par le travail, ateliers protégés) des personnes handicapées.

Avec la prise en charge de personnes plus âgées et les difficultés d'insertion dans le monde du travail, les notions plus générales de qualité de vie, de gestion de la vie quotidienne et du temps libre vont venir élargir les objectifs de la réadaptation *(tableau XXXIII)*.

### Tableau XXXIII. – De l'infirme au handicapé [33].

*« Le passage de l'infirme au handicapé ne correspond pas uniquement à un changement de dénomination, mais reflète une évolution de la représentation de l'infirme et de l'infirmité. À l'image de l'infirmité dominée par l'incapacité engendrée par la déficience, comme ce fut le cas durant la première moitié de ce siècle, succède une conception orientée vers la négation de toute différence, de toute particularité inhérente à la déficience. La personne déficiente n'est plus marquée du sceau de l'incapacité, mais de celui de la marginalité, de l'exclusion, à laquelle il importe de remédier. »*

### Années 1980

Les années 1980 resteront attachées à une période qui a vu se renforcer l'intérêt vis-à-vis du handicap :

- *Loi d'orientation du 30 juin 1975*

C'est la référence pour le handicap. Le premier article précise : « *la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur ou de l'adulte handicapé physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale* ».

Cette loi met en place les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), l'allocation aux adultes handicapés, les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) et avait pour vœu d'harmoniser les moyens et dispositifs sociaux mis à la disposition des personnes handicapées. L'obligation de l'accessibilité, contenue dans la loi, puis dans ses décrets tardifs d'application, est l'un des points d'ancrage des revendications des personnes handicapées physiques, confrontées aux multiples résistances et obstacles sur le terrain. L'accessibilité s'est révélée au fil du temps comme étant une notion non seulement technique, mais aussi politique : « *La culture de l'accessibilité, c'est la culture de l'intégration élaborée par une minorité, en référence à ses modèles d'autonomie, avec le large concours du cercle des initiés* » [87].

Les établissements recevant du public, nommés ERP, sont soumis à la loi du 13 juillet 1991 qui indique que ces établissements doivent être accessibles. Cette législation s'est heurtée à la réalité du fonctionnement des acteurs du terrain et les municipalités ont cherché à stimuler cette mise aux normes en créant des commissions extramunicipales du handicap.

### Tableau XXXIV. – Le cas de Nancy Cluzan [77].

Victime en janvier 1983 d'un accident de voiture, elle est réanimée et reste 7 ans dans le coma. Le diagnostic retenu est celui d'état végétatif où les fonctions du tronc cérébral sont respectées. Ses parents ont attendu 4 ans pour envisager l'arrêt de la nutrition.
Le 6 décembre 1989, la Cour suprême des États-Unis a été saisie d'une requête l'incitant à reconnaître le droit d'arrêter tous les moyens médicaux visant à prolonger la vie.

- *Déclaration des droits des personnes handicapées*

Elle est proclamée le 9 décembre 1975 à l'assemblée générale des Nations unies.

- *Année internationale des handicapés*

L'année 1981 est l'année internationale des handicapés.

### Éthique

L'éthique concernant le handicap ne va se mettre en place que difficilement car les premiers groupes de réflexion constitués avaient surtout dans leurs objectifs de mieux cerner les nouvelles pratiques biologiques (comme la fécondation in vitro et le transfert d'embryons ou FIVETE). Les premiers articles sur l'éthique dans la littérature médicale de rééducation sont apparus dans les années 1970 [51].

En rééducation, la multiplication des situations extrêmes, comme les comas végétatifs, les *locked-in syndrome* ont suscité de nouvelles recherches et travaux dans le champ éthique [72]. Les premières assises d'éthique hospitalière se sont déroulées à Amiens en novembre 1990 *(tableau XXXIV)*.

Les grands handicapés, porteurs de déficiences sévères, s'interrogent quant à leur possibilité de choix de vie dans les situations extrêmes alors qu'ils sont dépendants d'autrui.

La séparation du registre sanitaire et médicosocial concernant le handicap est une des évolutions marquantes pour les professionnels. Il faut noter que, lorsque le secteur de santé mentale s'est mis en place dans les années 1960, une même disposition avait été réfléchie pour le handicap physique. Il n'a pu alors voir le jour.

# Conclusion

*La rééducation a connu une période de croissance très active depuis la Seconde Guerre mondiale, avec comme point d'orgue la décennie 1970-1980 qui a témoigné d'un*

*intérêt soutenu pour le handicap, tant sur le plan social que médical.*
*Les différents professionnels qui travaillent dans le champ de la rééducation et de la réadaptation doivent poursuivre leurs efforts afin que, parallèlement à l'exercice des soins, le développement de la recherche clinique soit dynamique, avec la construction d'un pôle culturel fort. Dans cette élaboration d'un savoir commun, partagé et vivant, l'histoire peut fournir une aide précieuse à la compréhension de la rééducation dans sa construction actuelle.*

## Références


[1] Classification internationale des handicaps, déficiences, incapacités, désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. Paris : CTNERHI, 1988

[2] de Riencourt. Les militaires blessés et invalides, leur histoire, leur situation. Paris : Librairie Militaire de J Dumaine, 1875

[3] Dossier Burn-Out. *Les cahiers du CTNERHI*, 1982 ; 19

[4] Hamon F, Wirotius JM. Bilan du Congrès de Kerpape. *Soins* 1983 ; 3

[5] Les déficients visuels aux origines de la profession. *Kine Actual* 1996 ; 587 : 12-13

[6] Réduire les handicaps. Paris : INSERM-Documentation Française, 1985

[7] Alajouanine T, Ombredane A, Durand M. Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie. Paris : Masson, 1939

[8] Alliat B, Dumont F, Depasio L. 30 ans de journées, 25 ans de DU, Hommage à R. Maigne. *Rev Med Orthop* 1995 ; 42 : 28-32

[9] Bachelard G. La formation de l'esprit scientifique. Paris : Vrin, 1989

[10] Bardot A. Médecine de rééducation et réadaptation. Rueil-Malmaison : Ciba-Geigy, 1982

[11] Bardot A. Le médecin-rééducateur et son avenir européen. *J Réadapt Méd* 1995 ; 15 : 2-3

[12] Beauchesne H. Histoire de la psychopathologie. Paris : PUF, 1986

[13] Berthet E. La réadaptation professionnelle et sociale du tuberculeux guéri. Paris : Masson, 1945

[14] Bidou G. Principes scientifiques de récupération fonctionnelle des paralytiques. Paris : Le livre pour tous, 1927

[15] Bidou G. Travail humain et récupération fonctionnelle. Paris : Firmin-Didot, 1939

[16] Bidou G. La thérapie mécanique. Paris : Vuibert, 1932

[17] Blanchard M. Documentation sur l'exercice de la kinésithérapie. Paris : Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs, 1964

[18] Brosseau L, Philippe P, Dutil E, Boulanger YL. Mesure d'indépendance fonctionnelle, recension des écrits. *J Réadapt Med* 1996 ; 16 : 9-21

[19] Broustet JP. La réadaptation des coronariens. Paris : Sandoz, 1973

[20] Carre JR, Fontaine H, Lassarre S. L'insécurité routière. *Lettre Méd Rééduc* 1994 ; 30 : 11-13

[21] Champtassin De P, Castaing H. Gymnastique, étiquettes et méthodes. *Gazette Hôp* 1913 ; 33 : 517-519

[22] Chauvois L. D'Arsonval, soixante-cinq ans à travers la science. Paris : Editions J Oliven, 1937

[23] Daniels L, Williams M, Worthingham C. Muscle testing, techniques of manual examination. Philadelphia : WB Saunders, 1946

[24] De Frumerie M. La pratique du massage. Paris : Vigot, 1924

[25] Delaunay P. La médecine et l'église. Paris : Le François, 1948

[26] Dolhem R. Le massage par percussion du Docteur Sarlandière. *J Réadapt Med* 1996 ; 16 : 87-92

[27] Dolhem R. L'appareillage orthoprothétique du XVI^e siècle avec Pieter Bregel l'Ancien. *J Réadapt Med* 1996 ; 16 : 4-8

[28] Dolhem R. Le fauteuil roulant de Philippe II d'Espagne. *J Réadapt Med* 1997 ; 17 : 66-71

[29] Dolto B. Le corps entre les mains. Paris : Hermann, 1988

[30] Doriguzzi P. L'histoire politique du handicap, de l'infirme au travailleur handicapé. Paris : L'Harmattan, 1994

[31] Dousset JC. Histoire des médicaments. Paris : Payot, 1985

[32] Duby G, Mandrou R. Histoire de la civilisation française, XVII^e-XX^e siècles. Paris : Armand Colin, 1976

[33] Ebersold S. L'invention du handicap. Paris : CTNERHI, 1992

[34] Efther G. Manuel de technologie de base à l'usage des masseurs-kinésithérapeutes. Paris : Masson, 1980

[35] Eggers O. Traitement de l'adulte hémiplégique en ergothérapie. Paris : Springer-Verlag, 1988

[36] Fajal G. L'histoire des prothèses et des orthèses. Les grandes voies de progrès, en trois tomes. [thèse], Nancy, 1972

[37] Faverge JM. Psychosociologie des accidents du travail. Paris : PUF, 1967

[38] Fraisse P. Manuel pratique de psychologie expérimentale. Paris : PUF, 1956

[39] Gardner H .Histoire de la révolution cognitive. La nouvelle science de l'esprit. Paris : Payot, 1993

[40] Gérard CL. Biofeedback et rééducation. *J Réadapt Med* 1982 ; 2 : 217-221

[41] Gibson Nasmith K, Rennie MJ. Prevention of disuse muscle atrophy by means of electrical stimulation. *Lancet* 1988 ; 2 : 767-770

[42] Gingras G. Combats pour la survie. Paris : Robert Laffont, 1975

[43] Goffman E. Stigmates, les usages sociaux des handicaps. Paris : Les Éditions de Minuit, 1975

[44] Grossiord A. Leçon inaugurale, chaire de clinique de rééducation motrice. Paris : Masson, 1968

[45] Guilleminot H. Électrologie et radiologie. Paris : Masson, 1922

[46] Hamonet C. Le handicap. *Rev Fr Domm Corp* 1987 ; 13 : 397-401

[47] Hamonet C. Bourneville est-il l'inventeur de la médecine de rééducation et de la réadaptation médicale ? *J Réadapt Med* 1993 ; 13 : 37-42

[48] Hamonet C. Contribution à l'histoire de la médecine de rééducation, à propos de l'utilisation du terme kinésithérapie. *J Réadapt Med* 1993 ; 13 ; 35-36

[49] Hamonet C. Les personnes handicapées. Paris : PUF, 1990

[50] Hamonet C, Wirotius JM. Le pionnier souriant. *J Réadapt Med* 1997 ; 17 : 42-44

[51] Hass JF, Mackenzie CA. The role of ethics in rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil* 1995 ; 74 (suppl) : 3-6

[52] Hecaen H, Dubois J. La naissance de la neuropsychologie du langage. Paris : Flammarion, 1969

[53] Heckel F. Culture physique et cures d'exercice (myothérapie ). Paris : Masson, 1913

[54] Held JP. La méthode Bobath en1988. In : Pélissier J éd. Hémiplégie vasculaire de l'adulte et médecine de rééducation.Paris : Masson, 1988

[55] Herren H et al. La psychologie et l'enfance physiquement handicapée. *Bull Psychol* 1973 ; 27 (n° 310)

[56] Hindermayer J. Histoire de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation. In : Poulet J, Sournia JC, Martiny M éd. Histoire de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire. Paris : Albin Michel, 1980 : 257-287

[57] Jaeger M, Wacjman C. Aux sources de l'éducation spécialisée (1878-1910), la formation des premières infirmières laïques. Paris : CTNERHI, 1998

[58] Jakobson R. Le langage enfantin et l'aphasie. Paris : Les Éditions de Minuit, 1969

[59] Jeannerod M, Hecaen H. Adaptation et restauration des fonctions nerveuses. Villeurbanne : Simep, 1979

[60] Joseph PA. Quand doit-on commencer la rééducation orthophonique chez l'hémiplégique aphasique ? *Ann Réadapt Méd Phys* 1998 ; 41 : 53-65

[61] Kirmisson E. Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence. Paris : Masson, 1902

[62] Kremer JM, Lederle E. L'orthophonie en France. Paris : PUF, 1994

[63] Kumlien LG, Andre E. La gymnastique suédoise. Paris : Flammarion, 1900.

[64] Lannes A. Françoise Mézière, souvenirs inédits. Paris : Frison-Roche, 1995

[65] Leplat J, Enrard C, Weill-Fassina A. La formation par l'apprentissage. Paris : PUF, 1970

[66] Lescœur JE. Amputés des membres supérieurs. Paris : Maloine, 1979

[67] Loux F. Le corps dans la société traditionnelle. Paris : Berger-Levrault, 1979

[68] Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation, the Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965 ; 14 : 61-65

[69] Maisonneuve J, Bruchon-Schweitzer M. Modèles du corps et psychologie esthétique. Paris : PUF, 1981

[70] Marz A, Farcy P. L'ergothérapie. *J Ergother* 1967; 15 : 3-8

[71] Mauroy(de) JC. La scoliose. Montpellier : Sauramps Médical, 1996

[72] Maury M. L'éthique en médecine de rééducation. *J Réadapt Med* 1991 ; 11 : 63

[73] Monet J. L'approche historique de la kinésithérapie. *Kinésither Scient* 1996 ; 361 : 41-44

[74] Monet J. L'émergence de la formation du personnel soignant. *Kinésither Scient* 1996 ; 355 : 43-53

[75] Montes F. Chronique historique : de la mise au travail des personnes handicapées. Handicaps et Inadaptations. *Cah CTNERHI* 1995 ; 65-66 : 181-188

[76] Novack TA, Richards JS. Coping with denial among family members. *Arch Phys Med Rehabil* 1991 ; 72 : 521

[77] Orentlicher D. L'affaire Cluzan, un problème éthique et légal. *JAMA [ed fr]* 1990 ; 2 : 225-228

[78] Petit L. Le massage par le médecin.Paris : A Coccoz, 1885

[79] Petrissans JL. Essai d'évaluation des activités d'un centre de rééducation pour personnes âgées. [DESS de Gestion], Paris IX-Dauphine, 1983

[80] Queran O, Trarieux D. Les discours du corps, une anthologie. Paris : Presses Pocket, 1993

[81] Rabourdin JP, Ribeyre JP. La rééducation en gériatrie. Paris : Les Éditions Synelog, 1980

[82] Ravaud JF, Didier JP, Aussilloux C, Ayme S. De la déficience à la réinsertion. Paris : Les éditions de l'INSERM, 1997

[83] Role A. Georges Cabanis. Paris : Fernand-Lanore, 1994

[84] Roques CF. Histoire du fauteuil roulant. In : Pélissier J, Jacquot JM, Bernard PL éd. Le fauteuil roulant. Paris : Masson, 1997

[85] Roques CF. Pratique de l'électrothérapie. Paris : Springer-Verlag, 1997

[86] Roques CF. Scoliose et culture. In : Dimeglio A, Hérisson CH, Simon L éd. La scoliose idiopathique. Paris : Masson, 1996 : 433-436

[87] Sanchez J. Enjeux concrets et symboliques de l'accessibilité. In : Ravaud JF, Didier JP, Aussiloux C, Aymé S éd. De la déficience à la réinsertion. Paris : INSERM, 1997

[88] Schilder P. L'image du corps. Paris : Gallimard, 1950

[89] Seron X. Aphasie et neuropsychologie. Bruxelles : Mardaga, 1979

[90] Seron X, Jeannerod M. Neuropsychologie humaine. Liège : Mardaga, 1994

[91] Soubiran J, Soubiran B. Le diplôme d'État de psychorééducateur. *Psychomotricité* 1980 ; 4 : 82-85

[92] Stiker HJ. Corps infirmes et sociétés. Paris : Aubier Montaigne, 1982

[93] Tardieu G. Le dossier clinique de l'IMC. Cahier du cercle de documentation et d'information. Paris, 39

[94] Veltuer A, Lamotthe MJ. Les outils du corps. Paris : Neno l-Gonthier, 1978

[95] Viel E, Pierron G. Recherche et validation des actes de kinésithérapie. *Kinésither Scient* 1997 ; 369 : 6-12

[96] Ville I, Ravaud JF. Représentation de soi et traitement social du handicap, l'intérêt d'une approche socio-constructiviste. *Sci Soc Sante* 1994 ; 12 : 7-30

[97] Wade DT. Measurement in neurological rehabilitation. New York : Oxford University Press, 1992

[98] Watzlawick P, Helmick J, JacksonDon D. Une logique de la communication. Paris : Éditions du Seuil, 1972

[99] Weygand Z. Les débuts de l'éducation des infirmes sensoriels. Handicaps et inadaptations. *Cah CTNERHI* 1990 ; 50 : 5-25

[100] Wirotius JM. Un regard sur la rééducation fonctionnelle et sur la réinsertion sociale. *Concours Méd* 1984 ; 106 : 35-40

[101] Wirotius JM. La sémiologie médicale et la rééducation fonctionnelle. *J Réadapt Méd* 1989 ; 9 : 3-4

[102] Wirotius JM. Interview du Dr M Maury. *J Réadapt Méd* 1993 ; 13 : 75-79

[103] Wirotius JM. L'hospitalisation en médecine physique et de réadaptation aux USA. *J Réadapt Méd* 1997 ; 17 : 76-77

[104] Wirotius JM. Le PMSI et les centres et services de MPR. *J Réadapt Méd* 1998 ; 18 : 2-3

[105] Wirotius JM, Petrissans JL. Les dépressions en rééducation fonctionnelle. *J Réadapt Méd* 1992 ; 12 : 53-57

[106] Wirotius JM, Petrissans JL. Les attentes de soins et la personne aphasique. In : Duche J, Gerard C eds. Les entretiens d'orthophonie. Paris : Expansion Scientifique française, 1998 : 40-50

[107] Wood PH. Comment mesurer les conséquences de la maladie, la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps. *Chronique OMS* 1980 ; 34 : 400-405

[108] Zucman E. Famille et handicap dans le monde. Paris : CTNERHI, 1982