

n°1

# AJMERAMA

*Le magazine de l'AJMER*

Premier numéro de  
l'AJMERAMA

## **DOSSIER SPECIAL**

*Bienvenue en  
MPR*

### **Intervilles de MPR**

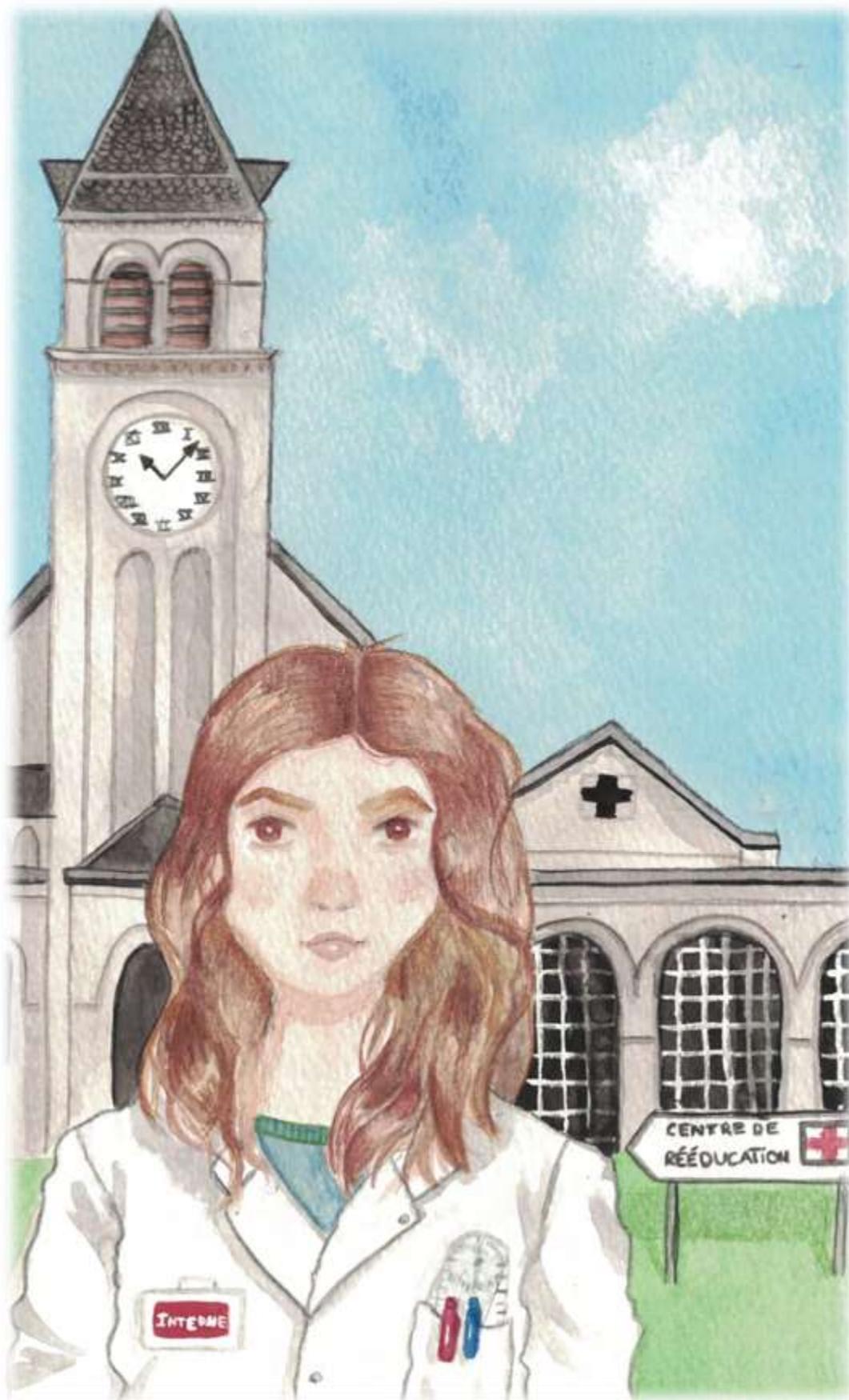
Les réponses de  
Montpellier,  
Clermont Ferrand et  
Amiens !

### **#Interviews**

**Florence Angioni,**  
Docteur Junior en  
MPR

**Bastien Louguet,**  
Assistant en  
Médecine du Sport

*Et plein d'autres  
articles à lire et  
dévorer !*



# SOMMAIRE

Édito.....	p.3
Présentation du bureau de l’AJMER.....	p.4
Référents de ville.....	p.5
Dossier spécial : Bienvenue en MPR.....	p.6
#SectionITW.....	p.10
Intervilles de MPR.....	p.12
La MPR à travers le monde.....	p.14
Cas clinique.....	p.17
Ma thèse en 600 mots.....	p.19
Instances à connaître en MPR.....	p.22
Le mot de la fin.....	p.23
Crédits.....	p.24

# L'EDITO

## BONJOUR A TOUS ET A TOUTES !



Voici le tout premier magazine concocté par l'équipe AJMER nommé **AJMERAMA**, dont le premier numéro est dédié à l'internat de MPR grâce à un dossier spécial !

### Pourquoi faire un magazine de l'AJMER ?

Pour créer un nouveau type de contenu en lien avec ton **quotidien** d'interne ou de jeune médecin en MPR, pour apprendre de nouvelles choses en lien avec ta spécialité en France comme à l'étranger.

Ce premier numéro est un prototype, il nous permettra d'adapter le contenu en fonction de ce qui vous intéresse, le but étant de correspondre au mieux à vos attentes.

### Pourquoi un premier numéro autour de l'internat en MPR ?

Car souvent quand on débute l'internat, et même plus tard, il y a certaines notions que l'on maîtrise mal, surtout en ces temps de **réforme du 3ème cycle**. Il nous semble également important que vous connaissiez les principales structures représentatives de la MPR telles que l'AJMER, le COFEMER (Collège de MPR), la SOFMER (Société savante de MPR), etc.

Par rapport à d'autres, la MPR est une **spécialité à échelle humaine** mais c'est surtout une grande famille. Bienvenue à toi dans celle-ci !

Si tu as par ailleurs des idées de contributions ou si tu souhaites participer à ce magazine, n'hésite pas à venir nous en parler :) !

Nawale HADOUIRI et Florence ANGIONI

*Présidente et Première Vice-Présidente de l'AJMER*



Si tu as des questions ou des remarques sur ce magazine, n'hésite pas à nous contacter à [associationajmer@gmail.com](mailto:associationajmer@gmail.com)

# BUREAU DE L'AJMER

*Edition 2020-2021*



Nawale HADOUIRI  
*Présidente*



Florence ANGIONI  
*Première Vice-Présidente*



Jeanne BINDLER  
*Trésorière*



Marie CHANTRELLE  
*Secrétaire*



Virgile PINELLI  
*VP Pédagogie*



Pauline ALI  
*VP Recherche*



Vincent CARPENTIER  
*VP Recherche*



Romain DAVID  
*VP CCA/Assistants*



Nolwenn TRICAUD-  
LE MENTEC  
*CM International*



Gwenaël CORNEC  
*VP Médiation et RPS*



Kévin STAMPONE  
*VP Webmaster*



Violaine PIQUET  
*VP graphisme et  
Community Manager*



Anne Sophie  
MALISHCHUK  
*VP réseau AJMER*



Maxime ROSIN  
*VP COFEMER*



Valentine GILQUIN  
*Secrétaire*



Lisa VIALARD  
*Secrétaire*



Bastien LOUGUET  
*Past Président*



Shams RIBAUT  
*VP Pédagogie*



Bouchra ASSABAH  
*VP ISNI*



Charlotte ROSSELIN  
*VP International*



Chloé PACTEAU  
*VP Evénementiels*



Guillaume  
CHAMBINAUD  
*VP Evénementiels*

# REFERENTS DE VILLE

**Amiens** : Camille RAPIOR et Emilie GRADOS

**Angers** : Nolwenn TRICAUD Le MENTEC et Marie CHANTRELLE

**Antilles-Guyane** : Jean-Pierre KARAM

**Besançon** : Charlotte BABAU

**Bordeaux** : Vincent LABAT

**Brest** : Clémence LUCAS

**Caen** : Alban DETROUSSEL

**Clermont-Ferrand** : Paul GIGNOUX et Etienne DUMAS

**Dijon** : Anthony LUONG, Perrine GAILLARD et Jérôme DEMOLLIENS

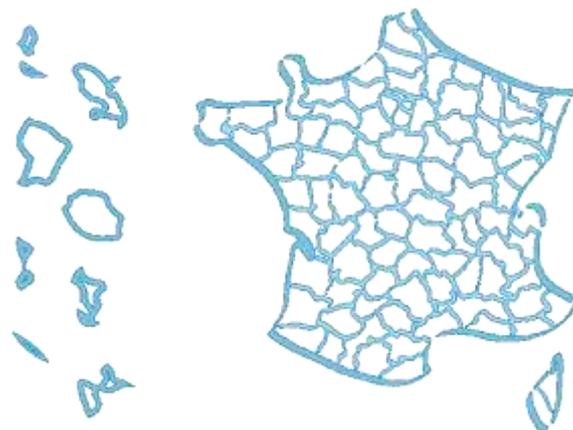
**Grenoble** : Alicia MILOT

**Lille** : Charlotte LOGIOU

**Limoges** : Céline LADRAT et Mathilde CABOT

**Lyon** : Héloïse GONNU et Baptiste EKLU

**Marseille** : Evan FRUCHART et Nicolas PRIEURBLANC



**Montpellier** : Baptiste SAUTEL

**Nancy** : Pierrick HERBE

**Nantes** : Camille LE ROY et Andy LECLERC

**Nice** : Julien SEGONNE

**Océan Indien** : Alexis CHEVY

**Paris** : Florence ANGIONI et Guillaume CHAMBINAUD

**Poitiers** : Quentin DEBORDE

**Reims** : Maxime ADNET

**Rennes** : Marianne MERCEUR

**Rouen** : Xavier TEDE et Gauthier HARDY

**Saint-Etienne** : Hugo BESSAGUET

**Strasbourg** : Jeanne BINDLER

**Toulouse** : Laurie ELLIAS

**Tours** : Mathias GERVESY et Solène STEPHAN

# DOSSIER SPECIAL

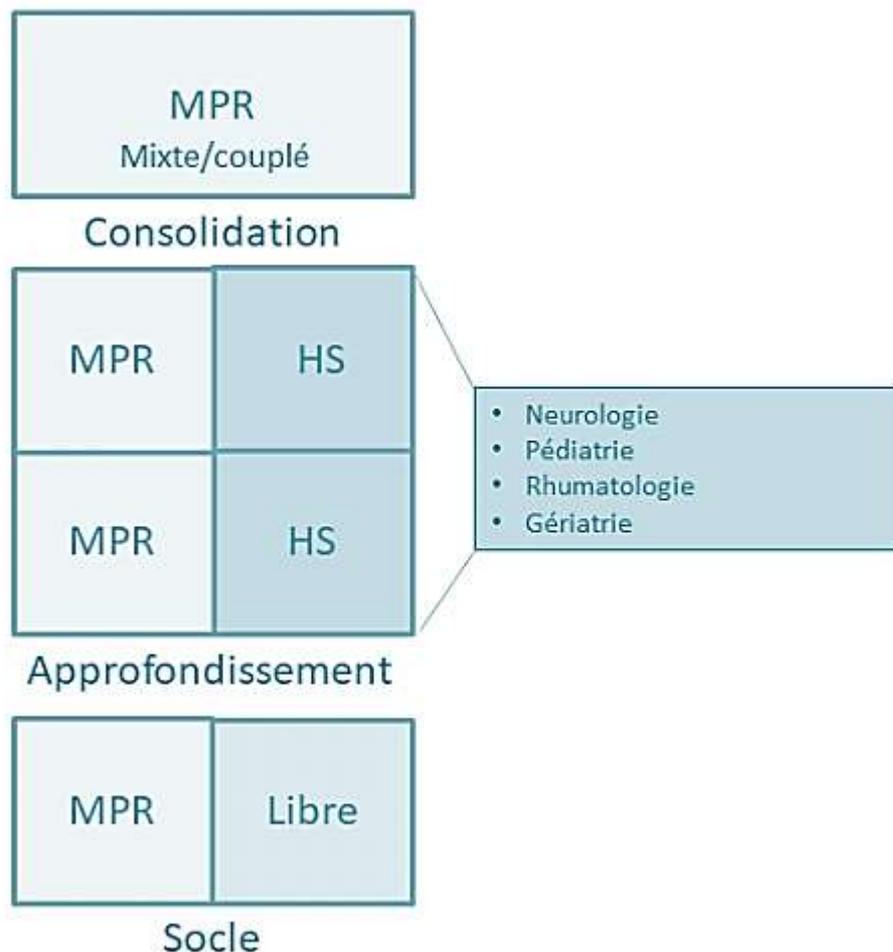
## BIENVENUE EN MPR !

Dans ce tout nouveau magazine AJMERAMA, nous voulions souhaiter la bienvenue tout particulièrement aux nouveaux internes de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Ce dossier spécial expliquant les grandes lignes de l'internat de MPR vous est dédié, mais il peut aussi être bénéfique à tous les autres internes ☺ !

L'internat de MPR actuel s'inscrit dans la réforme du 3e cycle (R3C). Cette réforme a été imaginée dès 2004 avec une mise en place seulement depuis la promotion des iECN 2017.

Le principe de cette réforme est que le diplôme d'études spécialisées (DES) soit le seul diplôme nécessaire et suffisant pour l'exercice de la spécialité de MPR. L'objectif étant de former des internes, qui, à la fin de leur formation de 3e cycle disposent des compétences leur permettant d'être en capacité d'exercer pleinement leur profession de spécialiste en MPR.

### 1. LA MAQUETTE ACTUELLE DE MPR



Source : site de la Conférence Nationale Des Collèges d'Enseignants en Médecine ou CNCEM, dont fait partie le Collège de MPR qui est le COFEMER

**L’Internat de Médecine Physique et de Réadaptation** durent quatre ans soit 8 semestres de 6 mois (hors FST et tout autre cursus complémentaire type M2 etc.).

Pour le valider, il faut :

- effectuer au moins 3 stages avec encadrement universitaire sur les 8 semestres de la maquette
- effectuer au moins deux stages hors centre hospitalier universitaire

Phase	Organisation	Etapas ++ à valider	Statut
Socle	- 1 stage hospitalier dans la spécialité ( <i>agrément principal</i> ) - 1 stage libre	- Contrat pédagogique - Validation module 1, 2, 3, 4 et 5 du COFEMER	Etudiant 3 <sup>ème</sup> cycle
Approfondissement	- 2 stages dans la spécialité ( <i>agrément principal</i> ) - 2 stages neurologie ou pédiatrie ou rhumatologie ou gériatrie - +/- FST (ajout un an)	Thèse de Médecine	Etudiant 3 <sup>ème</sup> cycle
Consolidation	1 stage d’un an dans la spécialité de façon classique ou couplé ou mixte en hospitalier agréé à titre principal, et possiblement auprès de MSU	-Validation du DES (mémoire, autres formes de travail/évaluation ?) -Avoir validé les 9 autres modules pour valider le DES	<u>Docteur Junior</u> (arrêté 2018) = Etudiant 3 <sup>ème</sup> cycle

**NB : !! Le terme interne n’existe plus dans les textes réglementaires depuis 2018 (arrêté septembre 2018) !!**

Pour en savoir plus :

→ Arrêté de 2017 légiférant sur la maquette de DES dont celle de MPR (QR CODE)

→ Site de la CNCCEM : <https://cncem.fr/wikicncem/doku.php?id=cycle3:mpr>



Comme vous le savez (ou pas), différentes réunions de DES avec le ministère ont eu lieu pour toutes les spécialités dont la MPR, dans le cadre du suivi de la R3C. Dans le cadre de celle-ci, des suggestions de modification de maquette ont été effectuées par le COFEMER, le CNU de MPR et l’AJMER après différentes enquêtes tant auprès de vous que des différents coordinateurs.

*Un courrier commun co-signé par le président du COFEMER, le président du CNU et la présidente de l’AJMER a été remis à la CNCCEM pour proposer des modifications de maquette. L’AJMER vous préviendra dès que possible de l’acceptation ou du refus des différentes suggestions de modification de maquette.*

## 2. LES NOUVEAUTES APORTEES PAR LA R3C

### Les commissions locales et régionales de spécialité de DES de MPR

Dans ces différentes commissions, il doit y avoir de façon obligatoire 2 représentants d'internes/DJ dont au moins un étant en DES de MPR. Le reste de la composition de ces différentes commissions est recensée dans l'arrêté du 12 avril 2017.



#### Les grandes missions de ces commissions :

- 1) Assurer la **coordination** des enseignements et le **contrôle des connaissances** avec le collège des directeurs des unités de formation et de recherche
- 2) Elaborer des propositions relatives à l'**organisation des enseignements** et à l'évaluation de la formation de la spécialité concernée
- 3) Etablir le **contrat de formation** avec l'étudiant et le valider
- 4) S'assurer du respect de la formation suivie par l'interne et de son **accompagnement** en s'appuyant notamment, sur le contrat de formation
- 5) Etablir et transmettre, le cas échéant, aux pilotes de **formation spécialisée transversale** la liste de classement des étudiants susceptibles d'être autorisés à suivre une formation spécialisée transversale
- 6) Proposer au directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine la **validation de chaque phase de formation** pour les internes du DES
- 7) Donner un avis au directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine sur les possibilités de **réorientation** d'un interne. Toute décision individuelle défavorable est motivée par écrit

### Les options et FST en MPR

Il n'existe pas d'option en MPR

Concernant les **Formations Spécifiques Transversales (FST)**, il en existe 4, qui sont communes à plusieurs DES :

- Douleur
- Expertise médicale – préjudice corporel
- Médecine du sport
- Pharmacologie médicale / thérapeutique

=> Nouvelle notion de pilote de FST avec R3C : c'est un pilote qui coordonne le bon déroulement et la validation d'une FST. Les modalités de validation d'une FST dépendent de critères définis par chaque pilote.

### Simplification du passage de la thèse concernant le jury de thèse d'exercice de Médecine

Ce décret permet de diminuer le nombre minimal de membres de jury :

#### Composition précédente requise avant décret

« un jury présidé par un professeur des universités des disciplines médicales titulaire et composé d'au moins quatre membres dont trois enseignants titulaires des disciplines médicales désignés par le président de l'université sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée »

#### Composition actuelle requise après décret

« un jury composé d'au moins *trois* membres dont le président du jury, professeur des universités titulaire des disciplines médicales désigné par le président de l'université sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée »



## Le contrat de formation

Il doit être effectué avec votre coordinateur de DES, puis validé par la commission locale de DES, à l'issue de votre phase socle. L'arrêté de 2017 légiférant sur la R3C vous offre la possibilité de le rediscuter et de modifier certains champs en association avec votre coordinateur. Plusieurs éléments sont contenus dans ce contrat : profil de post-internat, inscription envisagée à une FST, Master 2 etc.

### Un meilleur accompagnement de l'étudiant : le contrat de formation

- Conclu à l'issue de la validation de la phase socle** (R.632-26 du code de l'éducation) entre l'étudiant, le directeur de son unité de formation et de recherche d'inscription et le coordonnateur local de spécialité, en sa qualité de président de la commission locale de spécialité.
- Il mentionne les **objectifs pédagogiques** de la formation à suivre au sein de la spécialité.
- Il **spécifie les compétences à acquérir ou à développer** en fonction des objectifs de formation et les connaissances à acquérir conformément à la maquette de formation et **au projet professionnel**.
- Le contrat de formation fait apparaître les **objectifs généraux et spécifiques** au parcours de formation personnalisé et la liste des modules à suivre à cet effet.

Le contrat de formation fait l'objet d'une **actualisation régulière**.

## Création du statut de Dr Junior

C'est le Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie qui est le décret décrivant le statut de Docteur Junior, valable pour tous les DES.

Le Docteur Junior est un étudiant de 3ème cycle de la phase de consolidation, qui a validé sa thèse lors de la phase d'approfondissement. La phase de consolidation valide une année sur les deux années pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux. Mais attention, la phase de consolidation fait bien partie intégrante de l'internat.

**Par ailleurs, il existe deux autres textes à aller regarder quand on est docteur junior :**

- l'arrêté du 16 janvier 2020 traitant d'un référentiel de mises en situation et des étapes du parcours permettant au docteur junior d'acquérir progressivement une pratique professionnelle autonome qui est valable pour tous les DES

- l'arrêté du 15 janvier 2020 relatif à la liste des spécialités pour lesquelles le docteur junior peut être autorisé à participer, à sa demande, au service des gardes et astreintes médicales de type senior.

Lors du départ de la phase de consolidation, un docteur junior effectue des gardes sur la ligne de garde des internes. Dès que le chef de service, l'étudiant et le coordinateur sont en accord, le docteur junior à sa demande peut effectuer des gardes sur la ligne de garde des séniors (il doit exister un sénior de « back-up » dans les parages si besoin, mais pas de senior en supplément d'astreinte ou de garde avec le docteur junior).

# Section #ITW

*Au travers de ces 2 portraits, découvre ce qui peut t'attendre à l'issue de ce statut de l'interne (coté internat et post-internat) ! Au programme interview de **Florence**, faisant partie de la première cuvée de Docteur Junior, et **Bastien**, assistant en MPR/Médecine du Sport !*



## **Dr Florence ANGIONI**

Docteur Junior en MPR dans le service du  
Dr Aymard à l'Hôpital Sainte Marie à Paris



### **Explique-nous ton parcours en tant qu'interne en MPR (FST, M1/2, DU etc. ?)**

Pendant mon internat, j'ai suivi un parcours classique, j'ai été interne dans des services de MPR spécialisés dans la prise en charge de maladie des systèmes locomoteur et neurologique (cérébrolésés, blessés médullaires).

Je suis également passée dans d'autres spécialités telles que la rhumatologie et la neurologie. Je n'ai pas souhaité faire de FST ou de DU et je fais un Master 2 l'année prochaine.

### **Comment vis-tu le passage du statut de l'interne à celui de Dr Junior ? Existe-t-il un réel changement ?**

J'imagine que la réponse à cette question dépend beaucoup du service dans lequel on se trouve. Pour ma part, on m'a permis d'être autonome plus rapidement que lors de mes précédents stages. L'arrivée des Docteurs Juniors nécessite de changer l'organisation actuelle des services et les médecins séniors font des efforts en ce sens, malheureusement les changements sont parfois plus lents sur le plan logistique (disponibilité de salle de consultation par exemple).

### **Donne un exemple concret de situation pas simple que tu as vécu pendant ton semestre actuel de DJ et comment tu as réussi à le surmonter ?**

Je pense notamment à un patient pour lequel une infirmière et moi discussions du protocole de pansement d'escarre, sujet pour lequel elle demande habituellement l'avis du médecin sénior. Ce jour-là, cette infirmière refusait qu'on refasse le pansement tant qu'il n'avait pas été vu par mon sénior. Une fois qu'il était passé et qu'il avait validé le protocole que je souhaitais mettre en place, tout s'est bien passé et il n'y a pas eu de nouvel incident par la suite. Je pense que c'est parfois difficile pour les équipes soignantes de faire confiance à quelqu'un de jeune et de nouveau dans le service et pour nous, il n'est pas toujours évident de s'intégrer dans une équipe qui est déjà en place et qui a ses habitudes

### **Qu'envisages-tu comme activité après la phase de consolidation / comme post internat ?**

Après cette phase de consolidation, je souhaite rester à Paris et exercer en tant que CCA (chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux). Pour la suite, on verra. ;)

# Section #ITW



## **Dr Bastien LOUGUET**

Médecin Assistant Spécialiste Médecine du Sport au CHU de Nantes



### **En quoi consiste ton activité en tant qu'assistant de MPR en Médecine du Sport ?**

Alors la particularité est que, je ne pratique plus du tout la MPR. En effet, je poursuis mon cursus en me formant en physiologie de l'exercice physique et traumatologie du sport. Néanmoins je vais essayer d'adapter mes réponses aux questions posées précédemment :

- question pas facile puisque je ne suis pas, comme expliqué, à proprement parlé assistant en MPR (assistant à temps plein en médecine du sport )

Mais ce que je peux dire néanmoins, c'est que j'ai une vision plutôt généraliste des pathologies de l'appareil locomoteur et des stratégies thérapeutiques rééducatives qui en découlent, et en cela la MPR est un atout considérable, afin de définir un parcours de soins pertinent pour le patient

### **Pourquoi as tu choisi d'exercer en Médecine du Sport ?**

Parce que même si je n'ai jamais voulu devenir médecin dans un premier temps, je trouvais que ce projet correspondait à ma personnalité et

mes appétences pour les sports que j'ai pratiqué pendant l'enfance

### **Quels changements concrets depuis le passage de l'activité d'interne à celle d'Assistant spécialiste en MPR ?**

Les responsabilités ! Et le plaisir de l'autonomie ! C'est tellement agréable de pouvoir marquer de son empreinte les consultations, les conseils, les relations avec NOS propres patients

### **Tes conseils pour bien vivre le passage de l'internat à l'assistantat ?**

S'investir pendant l'internat et prendre plaisir à pouvoir s'émanciper et à accompagner les plus jeunes.

# AJMERAMA Interville n°1

**Aujourd'hui, dans un axe Sud-Nord quasi-parfait, une rencontre inédite entre trois villes que tout semble opposer : Montpellier, Clermont Ferrand et Amiens.**

Les premiers vous diront sûrement qu'ils ont la plus vieille fac de médecine de France, à croire qu'ils ne vivent que par leur passé. Les seconds vous parleront des 77 matchs d'invincibilité à Marcel Michelin, à croire qu'ils ne vivent que pour les défaites au mauvais moment. Les troisièmes vous parleront des betteraves sucrières. Et on les remercie, c'est très important les betteraves sucrières.

*Trois villes, 10 questions, et à la fin un vote sur monkey survey pour déterminer le gagnant de ce premier match inter-villes de 2021, allez en voiture Simone, et top à la vachette !*

## Question 1 : Tu es dans quelle ville ?

**C :** Clermont Ferrand, la ville au coeur des volcans.

**A :** Amiens, les betteraves et les hortillonnages c'est la vie !

**M :** Montpellier, we are Herault !

## Question 2 : Ton CHU, c'est un gros bloc de béton ou plein de jolis petits pavillons ?

**C :** EnOrme bloc de béton.

**A :** Mon CHU est un palace des mille et une nuits.

**M :** Plein de jolis pavillon, Club Med à côté c'est un HLM.

## Question 3 : Le degré de sexytude de tes périphs ?

**C :** une super ambiance 😊

**A :** une super ambiance et très formateur 😊

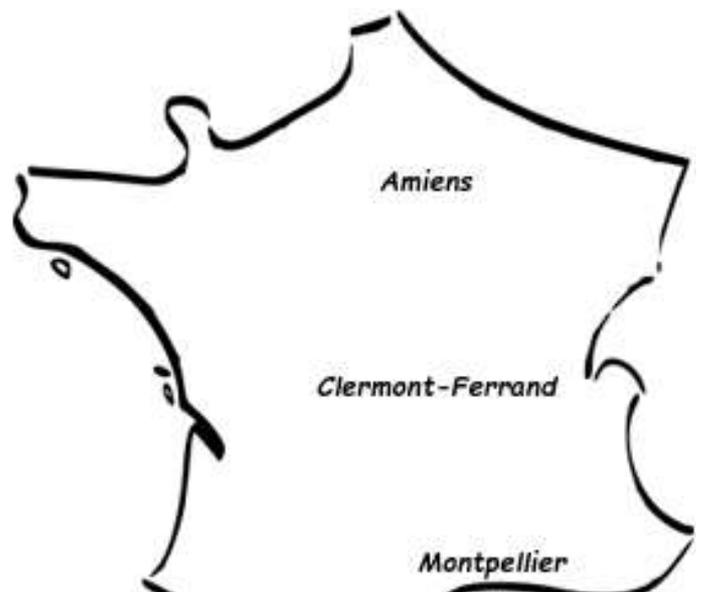
**M :** une super ambiance 😊

## Question 4 : Des originalités cliniques (un service/une activité phare dans ta région) ?

**C :** Locomoteur avec plateau analyse du mouvement.

**A :** MPR pédiatrie en CHU, et à Bois Larris (énorme centre à côté de Chantilly)

**M :** Un CHU basé sur la diversité clinique sans réel sur-spécialisation. Une clinique remplie de paraplégiques. Un pôle lombalgie. Un centre pédiatrie au bord de la mer.



## Question 5 : Les derniers travaux de recherche phare dans votre équipe ?

**C :** Développement d'appli pour la rééducation. Rééducation Covid long cours.

**A :** Etude de l'intérêt de réalisation d'activités en double tâche au cours de la rééducation neurologique des AVC en centre.

**M :** Interface cerveau machine. Évaluation FEVG post réadaptation cardiovasculaire.

## Question 6 : La taille de ton service ?

**C :** Entre 20 et 25 lits

**A :** Entre 20 et 25 lits

**M :** Plus de 25 lits

**Question 7 : La compo du staff ?**

**C :** 1 PUPH, Dieu sur terre

**A :** 1 PUPH, Dieu sur terre

**M :** Quelques PUPH, des CCA, une équipe complète et riche

**Question 8 : On mange comment ?**

**C :** A peine mangeable.

**A :** C'est pas trop mal.

**M :** C'est pas trop mal.

**Question 9 : Qu'est-ce qu'on se jette derrière la cravate (quel type de boissons spécifiques vous buvez dans ta région) ?**

**C :** L'apéro c'est le moteur de l'Auvergnat : petit coup de Gentiane ou alors les innombrables bières locales et le vin auvergnat (très sous-coté).

**A :** Bières locales en tout genre, c'est le nord de la France ! Et les tisanes Bio locales LOL.

**M :** Vin rouge locale sans prétention bordelaise qui se descende tout seul. Et les bacs de GinTo of course

**Question 10 : Pourquoi c'est ta ville que je vais choisir en inter-CHU?**

**C :** Pour se former en analyse du mouvement, en hôpital de jour polyvalent (appareil locomoteur, neurologie, appareillage) ou en équipe mobile au sein d'une équipe à taille humaine dans des conditions de travail hyper agréable ! Profiter du cadre exceptionnel qu'offre l'Auvergne et de la nature à 2 pas... !

**A :** Services et internat conviviaux, on se sent très vite chez soi. Disponibilités des places dans les années à venir pour se lancer dans une carrière universitaire !

**M :** Pour faire comme les DOMTOM, les Niçois, les bordelais, les clermontois.... et parce que Isabelle Laffont

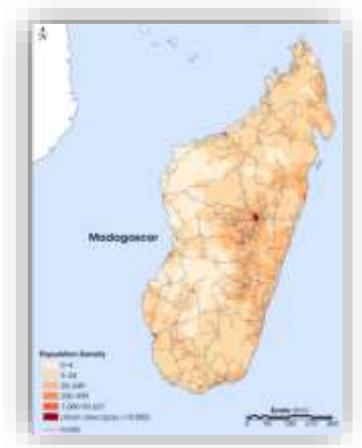
Alors, après ces #ITW, quelle est votre ville favorite ?  
Si tu veux donner ton avis, rendez vous à la fin du magazine page 23 !

# LA MPR A TRAVERS LE MONDE

*Pour ce premier numéro de l'Ajmerama, la rubrique « MPR à travers le Monde » vous emmène à Madagascar.*

Comparable à la France en terme de superficie, les deux pays sont à l'opposé du spectre de l'index de développement humain. Ce critère composite, calculé à partir de l'espérance de vie, du niveau d'éducation et du niveau de revenu, est de 0,901 pour la France (24/187 pays évalués), alors qu'il est de 0,488 pour Madagascar (155/187)

A l'heure des molécules onéreuses et des prothèses à micro-processeurs, il peut nous être difficile d'imaginer le fonctionnement de nos consœurs et confrères. Nous avons le plaisir d'avoir pu recueillir le témoignage de trois d'entre eux, que nous remercions sincèrement.



## Bonjour à tous ! Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?



**Ando Tatiana RANAIVONDRAMBOLA**

Je suis physiatre, issue de la troisième promotion de MPR de l'internat qualifiant de la Faculté de Médecine d'Antananarivo. Je travaille au Centre Hospitalier Universitaire de Madagascar, Antananarivo ; vice-présidente de l'Association de Médecine Physique et de Réadaptation de Madagascar (AMPR MADA) et membre du bureau du World Youth Forum de l'International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (WYF-ISPRM).

**Ando Servino TIDAHY**

Je suis interne en cinquième semestre en Médecine physique et de réadaptation à la Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar. Je suis membre de bureau à l'AMPR MADA, et membre de l'association Mouvement Disorder Society (MDS). Je suis actuellement en stage au Centre Hospitalier d'Auch.



**Fanantenana Hanitriniony T. RAONINAH**

Je suis médecin et mémoriste de l'internat qualifiant en Médecine Physique et de Réadaptation de la Faculté de Médecine de Tananarive. Je travaille actuellement au Centre de Rééducation Motrice de Madagascar. Je suis membre actif de l'Association de Médecine Physique et de Réadaptation de Madagascar et également Ambassadeur de notre pays au sein du World Youth Forum de l'ISPRM.



## Pour commencer, pourriez-vous nous décrire la formation nécessaire pour être médecin de MPR à Madagascar ?

A Madagascar, le titre de médecin de médecine physique et de réadaptation exige une formation médicale théorique de 6 ans de médecine, et d'au moins 1 an de stage à titre de stagiaire interné en Médecine Générale.

Et vient ensuite un concours d'internat de niveau national à l'issue duquel, le choix de la spécialité est fonction du classement national au résultats de concours. Après réussite au concours d'internat, l'interne en MPR devra effectuer 8 semestres de stages hospitaliers, avec passage obligatoire dans un service de neurologie d'au moins un semestre, dans un service de Rhumatologie ou de Pédiatrie pour un semestre selon le choix de l'interne et le reste dans un service de Réadaptation avec 2 semestres de stage à l'étranger, en France.

A l'issue de chaque semestre, une évaluation est réalisée pour vérifier la compétence de l'interne. Après les huit semestres d'internats, une soutenance de mémoire de fin d'étude doit être effectuée pour être promu au grade de spécialiste en MPR. Ayant introduit la spécialité en 2012, Madagascar compte actuellement 2 médecins spécialistes de MPR, deux anciens internes et 3 internes.



Par ailleurs, un Diplôme d'Université en Rééducation neurologique et de l'appareil locomoteur a été mise en place depuis 2010 qui a fait sortir 8 médecins diplômés.

**Noté. La formation à quelques similitudes avec celle qu'on connaît ici, donc. Par contre le nombre de médecins par habitants est vraiment incomparable ! Comment la répartition des compétences est-elle faite sur l'île ?**

La notion de Pôle n'existe pas encore et reste difficile à mettre en place, chaque centre et service devient ainsi polyvalent.

Il existe 2 grands centres publics de réadaptation dans l'île



Le **Centre Hospitalier Universitaire d'Appareillage de Madagascar (1)**, qui est un centre de référence pour les appareillages mais reçoit toute pathologie en ambulatoire. L'équipe est formée de médecins, kinésithérapeutes ergothérapeutes, orthoprothésiste, cordonnier. Et il y a le **Centre de Rééducation Motrice de Madagascar (2)**, qui est à orientation orthopédique. Le centre compte 59 lits d'hospitalisation, a un bloc opératoire et formé ainsi de Médecin MPR, chirurgiens orthopédistes, kinésithérapeutes, ergothérapeute, orthoprothésiste et cordonnier.

A part les 2 centres, des services de MPR existent dans **7 CHU de l'île** : un Service de MPR qui possède 3 lits pour les blessés médullaires au CHUJRA Antananarivo (3) ainsi qu'une structure de prise en charge ambulatoire. Trois services de MPR sans hospitalisation mais avec possibilité d'Appareillage aux CHU Androva Mahajanga (4) et de Analankininina Toamasina (5), et du CHU de Diego (6).

Et, cinq services de MPR sans hospitalisation et sans possibilité d'Appareillage aux CHU Anosiala Antananarivo (7), Tambohobe Fianarantsoa (8), Tanambao Toliara (9). Certains Hôpitaux de District possèdent une unité de Réadaptation dont le Centre Hospitalier de District de Moramanga (10), Miarinarivo (11), Tsiroanomandidy (12), Anosy-Avaratra (13). Ces unités ont au moins un kinésithérapeute et certaines ne possèdent pas de Médecin.

Les structures privées tenues par les congrégations religieuses, sollicitent les services ponctuels des chirurgiens orthopédistes ou des équipes pluridisciplinaires de MPR pour les patients vivant dans les zones reculées.

Sur une carte, on a l'impression qu'Antananarivo, la capitale, est bien mieux dotée que le reste du pays, et que les zones dont la densité de population est entre 25 et 249 habitants par kilomètre carré (à titre de comparaison : 21, c'est la Creuse, 246 les Alpes-Maritimes) sont très peu fournies. Cela fera certainement réfléchir une partie de nos lecteurs qui ne manqueront pas de faire un point de comparaison avec leur situation locale. Qu'en est-il au quotidien dans ces services ?

Dans le domaine de la réadaptation à Madagascar, la prise en charge des patients implique un travail d'équipe, l'absence d'orthophoniste de formation, mais d'un faisant fonction, reste un blocage pour une meilleure prise en charge des patients neurologiques. La mise en place de la filière à l'Université constitue un projet en cours. Les services de MPR repartis sur Madagascar s'occupent comme dans les autres services de MPR des pathologies courantes en MPR. Confronté aux difficultés de ressources notamment matériels mais aussi humaines, certaines pathologies et pratiques n'arrivent pas très facilement à entrer dans la pratique quotidienne du médecin MPR.

L'injection de toxine n'est pas encore accessible dans le pays ce qui limite la prise en charge adéquate des patients en neuro orthopédie.

La prise en charge hospitalière et ambulatoire des patients neurologiques (AVC, blessé médullaire, Parkinsonien), rhumatologique (Polyarthrite rhumatoïde, lombalgie), orthopédique (post opéré de prothèse, post ostéosynthésé), pédiatrique (paralysie cérébrale, scoliose...) constitue le pain quotidien du médecin en MPR. Toutefois, le manque de SSR constitue un grand problème dans la prise en charge adéquate de ces patients.

En collaboration avec les grandes ONG, une prise en charge adéquate des pieds bots varus équins, toujours existant, occupe une place prépondérante dans les centres. La fin de coopération récente annoncée par une ONG pose une grande difficulté pour l'approvisionnement des matériels d'appareillage dans les centres d'appareillage.

La MPR à Madagascar est en plein essor

Ainsi, la MPR à Madagascar est en plein essor, prometteur à en juger de l'assiduité et de la vivacité des jeunes de la réadaptation sans oublier le parfait travail en équipe entre médecin MPR et les autres professionnels de la Réadaptation mais aussi des autres disciplines tels que les chirurgiens orthopédistes, neurologues, rhumatologues, et pédiatres. Ce qui reste toutefois limité par certains facteurs de ressources matérielles mais également humaines. A suivre...

**Merci beaucoup d'avoir accepté de nous raconter toutes ces choses sur la MPR à Madagascar.**

Nous aurons compris que si la prise en charge diffère par les moyens techniques, technologiques, et financiers, l'engagement quotidien des jeunes médecins de rééducation et des équipes qui les entourent est bien similaire. Des projets coopératifs entre jeunes rééducateurs malgaches et français sont en train de se développer. Par exemple, la toute nouvelle filière d'Alliance et mission médicale, MPR humanitaire réunit des professionnels de MPR français et malgaches s'organisant afin de soutenir le foyer malgache TANJOHOMA, qui offre une formation professionnelle à des jeunes en situation de handicap, ainsi qu'une prise en charge rééducative.

*Foyer de TANJOHOMA :*

<http://www.tanjomoha.com/index.php/fr/>

*MPR Humanitaire :*

<https://www.facebook.com/mpr.humanitaire>

# CAS CLINIQUE

**Jeune patient de 26 ans, se présentant pour un trouble de la marche et des tremblements évoluant depuis 1 mois.**

**Antécédents** : péricardite sèche il y a 2 mois et demi, traitée par aspirine et bien résolue

**Toxiques** : tabagisme actif 1 paquet par jour depuis l'âge de 16 ans et consommation récréative de protoxyde d'azote inhalé

La **symptomatologie** a débuté il y a 1 mois environ avec des tremblements et des paresthésies des membres inférieurs puis des mains, ainsi qu'un trouble de l'équilibre avec des chutes, s'aggravant de façon rapidement progressive. Il existait également une dysurie et une hypoesthésie au passage des urines.

L'**examen clinique** retrouve une paraparésie ataxique sévère avec marche très instable,

élargissement du polygone de sustentation, talonnement en rapport avec une ataxie proprioceptive statique majeure. Station pieds joints impossible. Le testing moteur montrait un déficit à 4/5 globalement symétrique des membres inférieurs et des membres supérieurs en distalité. Aréflexie diffuse aux 4 membres. Signe de Babinski bilatéral, pas de signe de Hoffman, pas d'hypertonie. Ataxie proprioceptive segmentaire sévère aux manoeuvres talon genou et doigt nez, aux 4 membres. Apallesthésie des membres inférieurs jusqu'aux épines iliaques antéro-supérieures comprises, apallesthésie des membres supérieurs jusqu'aux coudes. Hypopallesthésie distale des membres supérieurs remontant jusqu'à mi-avant-bras. Perte de l'arthrokinesthésie aux membres inférieurs. Dissociation des troubles sensitifs avec une sensibilité thermo-algique parfaitement conservée.

Une IRM médullaire est réalisée, dont voici quelques clichés (T2) :



Le **bilan biologique** montre une anémie normocytaire arégénérative. La vitamine B12 était  $< 125$  ng/L. B9, B1, B6 normales. Homocystéinémie très élevée ( $122 \mu\text{mol/L}$ ).

La **ponction lombaire** est sans particularité. Le bilan auto-immun, la recherche d'anticorps anti-onco-neuronaux sont négatives. Le bilan infectieux est négatif.

**Quel est votre diagnostic ? Quel autre examen complémentaire réalisez-vous ?**

## Réponse

Il s'agit d'une **sclérose combinée de la moelle secondaire à une carence en vitamine B12, elle-même induite par une surconsommation de protoxyde d'azote**. Il existe une atteinte des cordons postérieurs bien visible sur l'IRM, à l'origine d'un déficit purement lemniscal (respect de la sensibilité thermo-algique) et dans une moindre mesure des faisceaux pyramidaux croisés dans le cordon latéral, ce qui explique les éléments de syndrome pyramidal constatés à l'examen clinique.

L'examen complémentaire supplémentaire à réaliser est l'**électromyogramme**, devant l'abolition des réflexes qui n'est pas expliquée par l'atteinte médullaire.

En effet, la carence en vitamine B12 peut être à l'origine d'une polyneuropathie longueur dépendante sensitivo-motrice démyélinisante et/ou axonale.

La prise en charge est la supplémentation vitaminique, l'arrêt de la consommation de protoxyde d'azote, et la rééducation. Le pronostic est habituellement favorable.

*Quelques lectures complémentaires :*



# MA THESE EN 600 MOTS



## Floriane BURY

Interne en 6<sup>ème</sup> semestre et FST  
médecine du sport à Dijon



Ma thèse, encadrée par le Docteur Gouteron, porte sur **"l'optimisation de la coopération médecin et kinésithérapeutes libéraux"** en Côte-d'Or.

Un sujet passionnant et riche d'enseignements, qui m'a permis de rencontrer de nombreux kinésithérapeutes libéraux et de mieux comprendre ce métier.

Il semble capital de développer des échanges de qualité entre les acteurs de filière de soins centrés sur le patient atteint de pathologies invalidantes. C'est même une évidence pour nous, les médecins de rééducation !

Notre spécialité est sûrement une de celle qui considère le plus les échanges interprofessionnels, la rééducation fonctionnelle et la kinésithérapie comme traitement.

Quatre-vingt-dix MKDE ont répondu à cette enquête par téléphone et par mail. Le questionnaire évaluait les problématiques de communication, les moyens de d'échanges utilisés, le dossier patient et l'ordonnance.

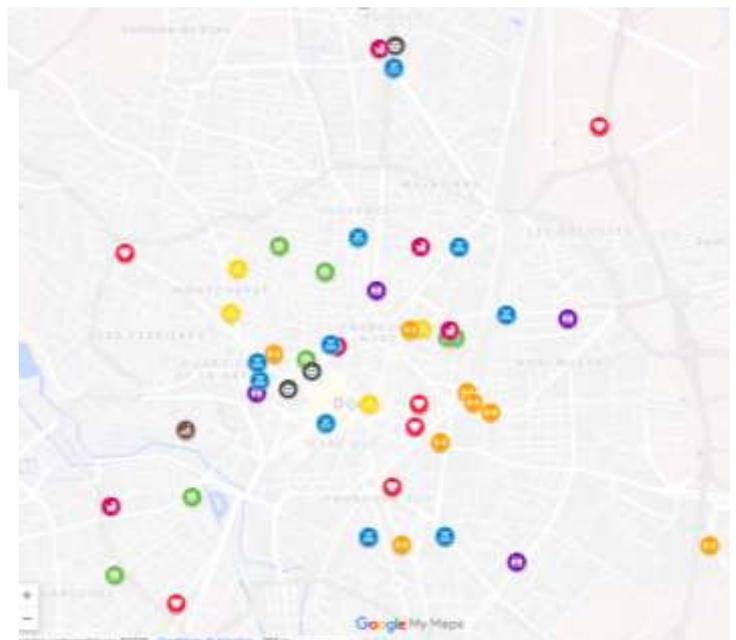
Les pistes d'amélioration proposées prouvent la réelle volonté et le dynamisme des MKDE pour améliorer ces échanges.

En Côte-d'Or, la communication nécessite d'être particulièrement **améliorée pour les cas complexes et le post-opératoire avec une meilleure intégration des MKDE dans le circuit de soins** en privilégiant le mailing sécurisé. Ainsi nous proposons d'écrire notre adresse mail professionnelle en fin d'ordonnance pour être plus facilement joignable en cas de complication ou de mauvaise évolution de notre patient (souhaité à 94% par les MKDE) et de joindre en copie du courrier le kinésithérapeute.

D'après de nombreuses études, **plus de 50% des médecins et kinésithérapeutes évoquent des relations de mauvaise qualité entre leurs deux professions.**

En masso-kinésithérapie libérale, l'ordonnance est trop souvent le seul élément de communication et les échanges bilatéraux avec les médecins sont encore trop rares.

Cette enquête descriptive observationnelle vise à faire un état des lieux des pratiques et de proposer des pistes d'amélioration en interrogeant les kinésithérapeutes de Côte-d'Or sur leur coopération au quotidien avec les médecins du CHU et libéraux.



A partir des différents retours des MKDE, nous avons proposé des **fiches mode d'emploi "comment prescrire la kinésithérapie"** avec leur nomenclature et une ordonnance standardisée de lombalgie.

Ces documents seront diffusés à l'ensemble des médecins généralistes du département et des médecins du locomoteur du CHU.

### Comment prescrire la kinésithérapie?

NOM-Prénom du patient
Date du jour

Epaule droite et cervicales

Faire pratiquer par MKDE rééducation de « membre concerné et les irradiations de la douleur »

Mentionner si AT, MP, ALD, au domicile, au cabinet...

Dans le cadre de « pathologie »

Tendinopathie du supra-épineux avec syndrome sous-acromial

Le nombre et la fréquence des séances sont à l'appréciation du MKDE

Reprise du badminton loisir

**Objectif en accord avec le patient:** Global  
Spécifique: en précisant que le MKDE reste libre du choix de ses techniques

Le mot « marche » en gériatrie neurologique dénotera la séance à 12,9€ soit 20min

- Travail de la posture et équilibre
- ou serrage des aides techniques

Réharmonisation du rythme scapulo-humérale, éducation posturale, Améliorer le contrôle neuro-moteur etc... selon la clinique.

Signaler l'état psychologique du patient pour que le MKDE adapte son attitude dès le 1<sup>er</sup> RDV

Inquiétude liée à l'ATCD de capsulite

**Dossier médical:**

- ATCD nécessaires pour le MKDE
- Examens complémentaires
- Traitement médical proposé

-Capsulite rétractile droite 2015  
-RX ok, échographie confirmant le diagnostic  
-infiltration de corticoïde d'une bursite sous acromiale mesure 11 y a 3 semaines

De préférence joindre le courrier pour le secret médical !

*-Transmettre vos coordonnées (mail, téléphone) pour vous joindre en cas d'aggravation clinique  
-signaler au MKDE si vous souhaitez un bilan de fin de rééducation*

Coordonnées du médecin prescripteur

Un projet de **développement de la télé-expertise entre les kinésithérapeutes libéraux et les médecins MPR du CHU** est en cours, avec des financements pour les deux professionnels (souhaité à 70% par les MKDE).

Il permettrait de répondre aux patients évoluant défavorablement et de joindre plus facilement certains spécialistes du CHU de Dijon. **Le manque de connaissances réciproques** entre nos deux

professions a également été souvent évoqué. Une ordonnance inadaptée strictement suivie entraîne une perte de chance pour le patient et de financement pour le kinésithérapeute. Par exemple, écrire sur l'ordonnance le mot "marche" chez un patient âgé parkinsonien en perte d'autonomie implique une séance de seulement 20 minutes à 12,9€...

**Ordonnance standardisée rééducation de la lombalgie commune**

NOM-Prénom du patient Date du jour

Faire pratiquer par MKDE rééducation globale du rachis et des membres inférieurs

Mentionner si AT, MP, ALD, au domicile, au cabinet...

Signaler les irradiations radiculaires au membre inférieur

Le nombre et la fréquence des séances sont à l'appréciation du MKDE

**Objectif en accord avec le patient:**

**Global** Diminution des douleurs et reprise du travail

**Spécifique:**

*Libre choix des techniques par le MKDE, axe général suggéré, à adapter selon la clinique*

**-Prise en charge globale avec objectif d'auto-rééducation et reprise d'activité physique**

- Physiothérapie antalgique si besoin, limiter les massages
- Apprentissage posturale et contrôle neuromoteur
- Renforcement musculaire du tronc +++  
des muscles pelviens et sous pelviens
- Etirement, travail d'amplitude

**Dossier médical:**

- Diagnostic
- ATCD nécessaires pour le MKDE
- Examens complémentaires
- Traitement médical proposé

Lombalgie commune associée à une hernie discale L5-S1, canal lombaire étroit...

-Ne pas mentionner les techniques (McKenzi, Point-trigger...)  
-Les thérapies actives sont le traitement de référence

Signaler l'état psychologique du patient pour que le MKDE adapte son discours initial

Anxiété? Kinésiophobie? Fausse-croyances?

-Maladie de Parkinson, scoliose idiopathique...  
-Radiographie et IRM rassurants, simple discopathie  
-AINS Per Os et antalgique pallier 1

De préférence joindre le courrier pour le secret médical !

**Coordonnées du médecin prescripteur**

*-Transmettre vos coordonnées (mail, téléphone) pour vous joindre en cas d'aggravation clinique  
-Signaler au MKDE si vous souhaitez un bilan de fin de rééducation*

Nous participerons également à des **conférences locales pour échanger avec nos confrères** sur la rééducation de la lombalgie et la prescription de la kinésithérapie. Il a aussi été suggéré d'intégrer dans le cursus des internes de locomoteur du CHU de Dijon une journée de stage chez un kinésithérapeute libéral.

Enfin, un **répertoire électronique des orientations professionnelles des kinésithérapeutes** de Dijon a été diffusé aux médecins du locomoteur du CHU pour mieux orienter nos patients et valoriser leurs

compétences. Pour optimiser l'assiduité des patients aux séances, une carte interactive sur **Google Maps Engie** permet de localiser les cabinets proches du logement ou du lieu de travail du patient. L'objectif à terme est que ces mesures perdurent et se développent également hors de notre département.

”

**N'est-ce pas notre rôle de médecin MPR de développer la coopération entre nos confrères et les kinésithérapeutes ?**

# LES PRINCIPALES STRUCTURES A CONNAITRE

## **AJMER (Association des jeunes en MPR)**

Site : [www.ajmer.fr](http://www.ajmer.fr)

Contact : [associationajmer@gmail.com](mailto:associationajmer@gmail.com)

Présidente / 1<sup>ère</sup> Vice-Présidente : Dr Nawale Hadouiri - Dijon et Dr Florence Angioni - Paris

## **COFEMER (Collège des enseignants de MPR)**

Président : Pr Xavier De Boissezon - Toulouse

## **SOFMER (Société Savante de MPR)**

Présidente : Pr Isabelle Laffont – Montpellier

---

Et pour quand vous serez plus grands, mais à connaître ++ :

## **SYFMER–Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation**

Président : Dr Jean-Pascal DEVAILLY - Paris

## **CNP de MPR (Conseil National Professionnel de Médecine Physique et de Réadaptation)**

Présidente : Dr Brigitte BARROIS - Paris

## **CNU de MPR (Conseil National des Universités)**

Section 49-Pathologie nerveuse et musculaire, pathologie mentale, handicap et rééducation Sous section 05 médecine physique et de réadaptation

Président : Pr Dominic PERENNOU - Grenoble

# LE MOT DE LA FIN

Le premier numéro de l'AJMERAMA t'a plu ? **Tu as une âme de rédacteur en chef** ? Ça tombe bien, l'AJMER songe à professionnaliser son magazine avec une structure de conseil dédiée, et cherche une ou plusieurs personnes parmi les internes de MPR pour être moteur d'idées et de projet rédactionnel !



**ON TE VEUT  
DANS LE BUREAU  
DE L' AJMER**

Tu veux de faire partie de l'asso des jeunes médecins de ta spé ? Tu as des projets en tête, envie de participer ou juste de voir comment ça se passe ?

Contacte nous sur les RS ou envoie un mail à [associationajmer@gmail.com](mailto:associationajmer@gmail.com) !

 [linternezmpr](#)  [ajmertwit](#)  [AJMER](#)  [MP](#)

Une autre mission au sein de l'AJMER t'intéresse mais tu n'oses pas nous contacter ? Mais quelle idée ! Viens on t'accueillera les bras ouverts et on t'accompagnera pour que tu puisses participer aux différents projets de l'AJMER.

Tu veux donner ton avis sur ta ville préférée de l'article Interville ? Donner ton avis sur ce premier numéro ? Vas sur <https://forms.gle/MND9ayr7ozSCPCSp6>

A très vite !

**Le Bureau de l'AJMER**

# CREDITS

Numéro 1 de l'AJMERAMA « *Bienvenue en MPR* »

## **Rédacteurs :**

Florence Angioni (Edito, interviews)

Floriane Burgy (Thèse en 600 mots)

Nawale Hadouiri (Edito, référents de ville, présentation du bureau, dossier spécial, instances à connaître, mot de la fin)

Bastien Louguet (interviews)

Anne-Sophie Malischuk (Interville)

Nolwenn Tricaud-Le-Mentec (MPR à Madagascar)

Virgile Pinelli (Interville et MPR à Madagascar)

Shams Ribault (Cas clinique)

**Relecture :** Bureau de l'AJMER

**Mise en page :** Violaine Piquet et Nawale Hadouiri

**Graphismes :** Violaine Piquet