

Dispositif de réadaptation accessible et solidaire Configurations organisationnelles et scénarios dans les GHT

Jean-Pascal Devailly, Laurence Josse, service de MPR, GHU AP-HP Nord. Paris

Mots clés : réadaptation, GHT, territoires, coordination, SSR

Nous avons décrit dans un premier article comment la fonction de réadaptation, considérée comme stratégie du XXIème siècle, s'était trouvée réduite en France à la dimension structurelle des SSR, au risque d'une dislocation des dispositifs hospitaliers de réadaptation et d'un obstacle à toute évolution d'un système national, régional et territorial à la mesure des enjeux de la santé fonctionnelle. A la lumière des configurations organisationnelles possibles et des scénarios d'évolution du système de santé proposés par le HCAAM nous verrons comment la mise en place des GHT, nouveau mode de coopération mis en place par la loi de santé 2016 peut être une opportunité ou une menace pour le déploiement d'un dispositif de réadaptation.

La nouvelle loi de santé, par ses chantiers prioritaires, souhaite « passer d'un système cloisonné, fondé sur les soins curatifs tarifés à l'activité, une course aux volumes et une régulation budgétaire » à un système offrant une réponse aux besoins de santé du patient dans un parcours mieux intégré et fondé sur la pertinence des soins. Il s'agit, dans la perspective du décroisement institutionnel, financier et culturel du système de santé, de repenser le financement, la planification et l'organisation des interventions de réadaptation, ainsi que de la coordination des acteurs et des secteurs (soins hospitaliers, soins de ville, médico-social).

Principes d'organisation des activités de réadaptation dans les GHT

Quelques principes fondamentaux reconnus par les organisations internationales président à la promotion d'un dispositif performant de réadaptation hospitalière :

1. Précocité de la réadaptation : prévenir, diagnostiquer et traiter certaines complications et optimiser la fonction. La réadaptation précoce en environnement aigu, notamment dans le premier mois qui suit un événement aigu peut s'effectuer suivant différentes modalités¹ : unité aigues de MPR, équipes mobiles de réadaptation aiguë, consultations avancées, interventions transversales de paramédicaux de rééducation, au lit du patient ou bien dans un local centralisé ou décentralisé dans les services cliniques, centres de MPR aigus dans les établissements SSR autonomes (ex. : soins de réadaptation post-réanimation (SRPR) créés dans ou à distance des centres hospitaliers aigus).
2. Gradation des interventions et des niveaux requis de coopération interprofessionnelle : certains patients ne requièrent pas d'intervention directe d'un spécialiste de réadaptation, pour d'autres ne pas avoir accès à ces interventions est une perte de chance. Il s'agit de définir pour quels groupes de patients elles sont nécessaires².
3. Aide à l'orientation dans les filières par mobilisation du réseau des unités de réadaptation dans le territoire ou au niveau régional si besoin.

4. Démarche précoce d'insertion en vue du retour à la vie familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.
5. Aide à la mise en place de suivis au long cours pour certaines affections chroniques handicapantes.
6. Pilotage cohérent de la formation, de la recherche, de la gestion des programmes de soins, du plateau technique et des ressources humaines en lien avec les différents projets médicaux et les besoins de santé du territoire.

Configurations idéales-typiques de gestion des dispositifs de réadaptation

Trois configurations idéales typiques résultent de l'articulation des lignes fonctionnelles et hiérarchiques :

1. La ligne hiérarchique dans laquelle s'inscrit la masso-kinésithérapie, profession choisie comme marqueur de l'organisation type de la réadaptation hospitalière.
2. Le rattachement fonctionnel à une spécialité médicale compétente dans le domaine de la réadaptation.

Le rattachement fonctionnel est pris au sens managérial le plus fort du terme, c'est-à-dire une fonction d'organisation / gestion ayant la responsabilité de la qualité des programmes de soins, de leur conformité aux bonnes pratiques et aux projets médico/soignants et de la sécurité des soins, même si la distinction taylorienne entre pouvoir fonctionnel et pouvoir hiérarchique reste très peu adaptée au monde de la santé et à la régulation professionnelle (Mintzberg). En pratique, le pouvoir hiérarchique passe par la chaîne de commandement paramédicale et le pouvoir fonctionnel est partagé par la communauté médicale qui se dote ou non d'une référence médicale experte en réadaptation.

Selon Henry [Mintzberg](#)³, dans les organisations professionnelles comme l'hôpital ou l'université, les unités cliniques sont différenciées à la fois par « fonction », c'est-à-dire le regroupement des spécialistes selon leurs compétences, aptitudes et méthodes de travail, et par « marché » ou groupes « homogènes » de patients requérant des programmes de soins similaires. Il y a équivalence entre structure par fonction et structure par marché (ou patientèle définie par ses besoins). L'organisation des professions rares à l'hôpital (rééducateurs, psychologues, assistantes sociales...), entre mutualisation fonctionnelle et répartition par unité de production, est au cœur du paradoxe de la clinique, qui est de gérer la singularité à grande échelle.

A la lumière des analyses de Mintzberg, nous distinguerons trois idéaux types de configuration des dispositifs de réadaptation dans les GHT, avec deux variantes pour le troisième :

1. Le modèle de la réadaptation qui regroupe les trois éléments du dispositif orienté vers la santé fonctionnelle – la médecine de réadaptation, les plateaux techniques et les prestations transversales de réadaptation dans une logique combinée des besoins et des fonctions de réadaptation.
2. Le modèle de la rééducation, fondé sur un regroupement spécifique des métiers de rééducation par fonction, rattaché aux directions des soins.

3. Le modèle indifférencié qui répartit les professionnels paramédicaux de réadaptation dans les pôles dans une logique de production par marché de soins à visée essentiellement étio-pathogénique et curative.

1. Le modèle de la réadaptation :

Rattachement des professionnels paramédicaux de réadaptation à un pôle avec ou sans rattachement fonctionnel médical

Ce cas est couramment observé dans les établissements où existaient des « services centraux de rééducation fonctionnelle » regroupant médecins de rééducation fonctionnelle - aujourd'hui de MPR - paramédicaux de réadaptation et plateaux techniques centraux. La fonction de production type est la réadaptation.

Les paramédicaux sont gérés de façon transversale par un cadre issu de la filière de rééducation et la gestion du plateau technique spécialisé a suivi le service de MPR dans son rattachement à un pôle. Dans cette configuration où le dispositif de réadaptation est rattaché à un pôle clinique, l'exécutif de pôle est garant de la référence médicale et paramédicale coordonnée des trois composantes fondamentales du dispositif de réadaptation hospitalière, en lien avec l'ensemble des pôles et la direction. Le chef de pôle confie le plus souvent par délégation la responsabilité médicale fonctionnelle sur l'ensemble du dispositif hospitalier de réadaptation au chef de service compétent pour la réadaptation, MPR ou à défaut d'une autre discipline.

Dans la gouvernance actuelle, cette configuration a l'avantage de conserver la cohérence de ces éléments.

Elle offre, par la mise en commun des compétences de réadaptation, la meilleure garantie d'une stratégie adaptée aux besoins de réadaptation précoce des patients⁴, permettant le programme optimal, mono ou multi-professionnel, avec ou sans besoin d'une évaluation et d'une coordination par un spécialiste MPR. Elle permet la relative sanctuarisation et l'optimisation de la gestion des ressources humaines, techniques et financières nécessaires à ce dispositif, de même que la création, la combinaison et la transmission de connaissances dans le triple champ de la clinique, de la formation et de la recherche en réadaptation. Elle favorise l'organisation de parcours intégrés de réadaptation en hospitalisation ou en ambulatoire.

2. Le modèle de la rééducation

Rattachement des professionnels paramédicaux de réadaptation à la direction des soins avec ou sans rattachement fonctionnel médical

Cette configuration est observée dans les établissements où la MPR est faiblement implantée ou absente. La fonction de production idéale-typique est l'activité médico-technique transversale de rééducation. Sa mise en place éventuelle confronte le GHT à un regroupement fonctionnel peu adapté aux organisations existantes, très variable selon les métiers de la rééducation. Ils sont artificiellement regroupés selon une catégorie du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (exemple : kinésithérapeutes et diététiciens relèvent rarement de la même organisation).

Si elle n'interdit en rien une référence fonctionnelle médicale de réadaptation, elle crée une distance plus importante entre les médecins et la gestion du dispositif de réadaptation avec un risque de déséquilibre entre logiques managériales et médico-soignantes. En effet, cette configuration supprime le rôle du chef de pôle et par délégation celui du chef de service compétent dans l'organisation de la réadaptation, contrairement à ce que permet la configuration précédente. Ainsi le lien fonctionnel risque de devenir purement virtuel, même s'il persiste officiellement.

Les risques principaux sont en premier lieu l'incoordination liée à la séparation des compétences médicales et paramédicales qui majore la difficulté de fournir le bon niveau de prestation aux patients complexes, avec un accès en temps opportun aux professionnels, aux médecins spécialistes et aux équipements requis. En second lieu, elle repose sur un regroupement souvent artificiel des métiers de la rééducation au regard des besoins et de l'histoire de l'établissement. Elle entraîne par ailleurs la perte de flexibilité de la gestion des programmes de soins, la difficulté du maintien d'un plateau technique centralisé et décentralisé adapté aux besoins. En outre, elle nuit à la juste répartition des effectifs de rééducateurs en contexte de pénurie, face à la possibilité de négocier très inégale des spécialités médicales. La question du rattachement des plateaux techniques de réadaptation - locaux équipements, achats, maintenance, consommables – aux pôles utilisateurs ou à la DSIRMT est cruciale.

3. Modèle indifférencié avec cadre intégrateur issu de la filière de rééducation : rattachement des professionnels paramédicaux de réadaptation aux différents pôles, avec cadre transversal, avec ou sans rattachement fonctionnel médical

Les risques sont inhérents à une moindre cohérence du dispositif global. La fonction de production idéale-typique est le soin aigu. Cette configuration suppose des masses critiques suffisantes de rééducateurs dans chaque pôle même si un certain degré de mutualisation peut rester possible en cas de crise.

Le cadre transversal avec délégation d'autorité de la direction, au-delà de la répartition des effectifs et de l'organisation de la continuité des soins de réadaptation, sera impliqué dans les processus de recrutement, de formation, d'évaluation et de choix des équipements.

Là encore si le rattachement fonctionnel médical est possible, la distance de la médecine de réadaptation avec les processus de gestion et de décision risque de mettre en péril la nécessaire cohérence des trois composantes du dispositif. Les risques d'incoordination du dispositif sont similaires ceux de la seconde configuration.

En contexte de pénurie, des transformations de postes vacants de rééducateurs en réponse aux besoins criants d'infirmiers et aides-soignants, la réduction des installations et des équipements risquent de fragiliser les programmes de réadaptation précoce en environnement aigu.

4. Modèle indifférencié sans cadre intégrateur issu de la filière de rééducation : rattachement des professionnels paramédicaux de réadaptation aux différents pôles, sans cadre transversal, avec ou sans rattachement fonctionnel médical

Cette configuration qui désagrège au maximum les éléments clés de la fonction de production de réadaptation est possible dès lors que l'on reconnaît de façon variable la spécificité de l'encadrement de réadaptation depuis la réforme du statut des cadres de santé. Les médecins de réadaptation insistent systématiquement pour que des cadres issus des métiers de la rééducation encadrent les équipes d'interventions transversales et les plateaux techniques de réadaptation. Il est toutefois difficile avec la réduction des effectifs de cadres de rééducation d'en doter chaque pôle. Il paraît donc inévitable, pour un GHT qui choisirait la répartition en pôles, de se doter d'un dispositif médical et paramédical de gouvernance de la réadaptation bien identifié à même de garantir la cohésion du système.

Menaces et opportunités de la mise en place des GHT : 3 scénarios

Nous avons défini quelques principes de la réadaptation hospitalière en environnement aigu et les configurations possibles.

Nous pouvons resituer les enjeux de l'organisation et du financement de la réadaptation en France dans la perspective des trois scénarios d'évolution du système de santé décrits par le Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ⁵.

Scénario 1 : « au fil de l'eau »

Ce scénario se caractérise par l'incapacité à effectuer des choix clairs avec un désajustement croissant de la demande et de l'offre de soins, faute d'un cadre stratégique défragmenté permettant de répondre aux nouveaux besoins de soins.

La pression sur les lits et les durées de séjour en MCO va se poursuivre accompagnée du sous financement des SSR dans les GHT dans un contexte où l'on ne peut guère espérer ni la réduction d'hospitalisations évitables, ni d'amélioration de la fluidité des parcours de santé entre l'hôpital, la ville et le secteur de l'action sociale.

Le risque est de voir se pérenniser la chute des effectifs des médecins et des paramédicaux par perte de sens et d'identité professionnelle du fait du déni de ce qui n'est pas centré sur un objectif curatif dans le modèle imposé de « l'usine à soins ».

D'une façon générale le sous-effectif, la réduction des surfaces, l'obsolescence des équipements conjugués à la perte de cohérence des trois composantes du dispositif de réadaptation entraîne la perte des compétences collectives et de l'exercice interprofessionnel coordonné aboutissant à la fragilisation des standards de prise en charge. Les professionnels se désolent du retour de complications précoces qui s'installent en synergie négative : rétractions musculaires, complications urologiques, escarres, disparition du matériel de verticalisation permettant de lutter efficacement contre les équins et flexums des membres inférieurs et déconditionnement, désadaptation psychomotrice chez les personnes âgées, ...

Cette régression des savoirs individuels et collectifs est d'autant plus marquée que le *turn over* des professionnels est important, que l'encadrement de rééducation est affaibli, que la référence médicale est appauvrie ou absente.

Scénario 2 : l'intégration verticale et « la concentration menée à son terme »

Malgré la résistance des entités à la périphérie du système et la volonté des pouvoirs publics de maintenir une offre de proximité et la gradation des réponses proposées, le processus de rationalisation managériale ne peut échapper à un hospitalo-centrisme qui laisse le CHU au cœur de la matrice du système. Ceci se traduit par la prise de contrôle croissante des admissions en SSR selon les besoins de l'amont (filière inversée), par l'externalisation des SSR spécialisés dont le financement est incertain, par la conservation et le développement de lits de SSR polyvalents et personnes âgées. Les impasses hospitalières sont multipliées notamment pour les patients blessés médullaires et porteurs de lésions cérébrales sévères du fait :

1. De l'affaiblissement des filières internes pour les patients complexes
2. Du défaut d'identification d'autorisations et de financements appropriés pour des centres très spécifiques adaptés pour accueillir ce type de patients.

Cette évolution est observée dans les grandes verticalités de groupes qui ont anticipé la formation des GHT. L'incertitude financière pesant sur les structures spécialisées de réadaptation conduit les directions à les externaliser en espérant à tort travailler avec les acteurs qui vont sélectionner les patients en évitant les risques financiers non captés par le système d'information.

De ce fait, les patients les plus lourds et les plus complexes arrivés par les urgences resteront captifs des structures qui les ont reçus sans disposer des moyens requis pour leur réadaptation. Cette situation conduit à des inégalités d'accès aux soins et à la production de handicaps que l'on aurait pu éviter. Les dysfonctionnements des filières engendrent, en un cercle vicieux, l'exacerbation du phénomène de filière inversée décrit par Galbraith, centrée sur les besoins de la production de l'amont.

L'encadré 1 décrit quelques cas cliniques et la gradation possible des interventions de réadaptation en fonction de la complexité des besoins.

L'encadré 2 dresse la liste des risques principaux liés à l'intégration insuffisante des dispositifs de réadaptation en cas d'évolution vers les scénarios 1 ou 2.

Scénario 3 : la « différenciation »

Ce scénario qui a la préférence du HCAAM permet de concilier l'intégration territoriale et la spécialisation gradée selon la complexité. Les établissements s'ouvrent sur un extérieur structuré qui n'est plus conçu comme un amont ou un aval de séquences hospitalières. Ils soutiennent une stratégie de service de santé de territoire partenaire des parties prenantes de leur environnement⁶.

Ce scénario peut aboutir à la création d'un cercle vertueux par un apprentissage multi-agents en réseau. Il suppose la création de systèmes de pilotages territoriaux de réadaptation en lien avec des stratégies nationales et régionales faisant l'objet de volets spécifiques dans les programmes régionaux de santé (PRS), les projets médicaux partagés des GHT et les futurs projets territoriaux de santé intégrant la ville les établissements de soins et le secteur de l'action sociale.

La nécessité de la cohésion des trois composantes du dispositif de réadaptation médical, paramédical et technique est perçue de façon inégale par les établissements

et le management. Elle fait pourtant l'unité des savoirs abstraits et déclaratifs, des savoirs implicites ou procéduraux et des savoirs organisationnels.

Le scénario du dispositif territorial intégré de réadaptation est le seul qui permette le décloisonnement des stratégies fondamentales de santé de l'OMS : promotion de la santé, prévention, soins curatifs, réadaptation et soins palliatifs. La réadaptation est ainsi intégrée à l'ensemble des filières avec des unités spécifiques permettant des orientations gradées et pertinentes à chaque étape des parcours de santé (figure 1). La gradation technique, géographique et financière permet de concilier fluidité et pertinence dans le respect d'un panier de soins inévitablement limité.

Il est indispensable de se doter d'outils de description des besoins des patients et de catégories comptables, reliés aux préconisations du système international des comptes de la santé pour la réadaptation (ICHA)⁷, dans la perspective de classifications pour l'allocation des ressources fondées sur le statut fonctionnel et les besoins de réadaptation.

Les réformes sont urgentes, au-delà des mesurées saupoudrées par les agences régionales incapables par nature de défragmenter un système où dominant les incitatifs à la concurrence plus qu'à la coopération. L'intégration et la différenciation des activités de réadaptation doit s'inscrire dans une véritable stratégie nationale et infranationale si l'on veut, pour ne citer qu'un exemple, mettre fin aux pertes de chances liées à l'impossibilité croissante d'orienter les patients tétraplégiques et/ou atteints d'AVC très sévères, quelle que soit l'étiologie et l'âge en aval des unités de réanimation ou de soins aigus dans des délais raisonnables. Les situations d'impasses se prolongent souvent sur plusieurs mois, parfois sur des années, en aigu comme en SSR qui se trouvent trop souvent en situation de « dernière station avant le désert ».

Conclusion

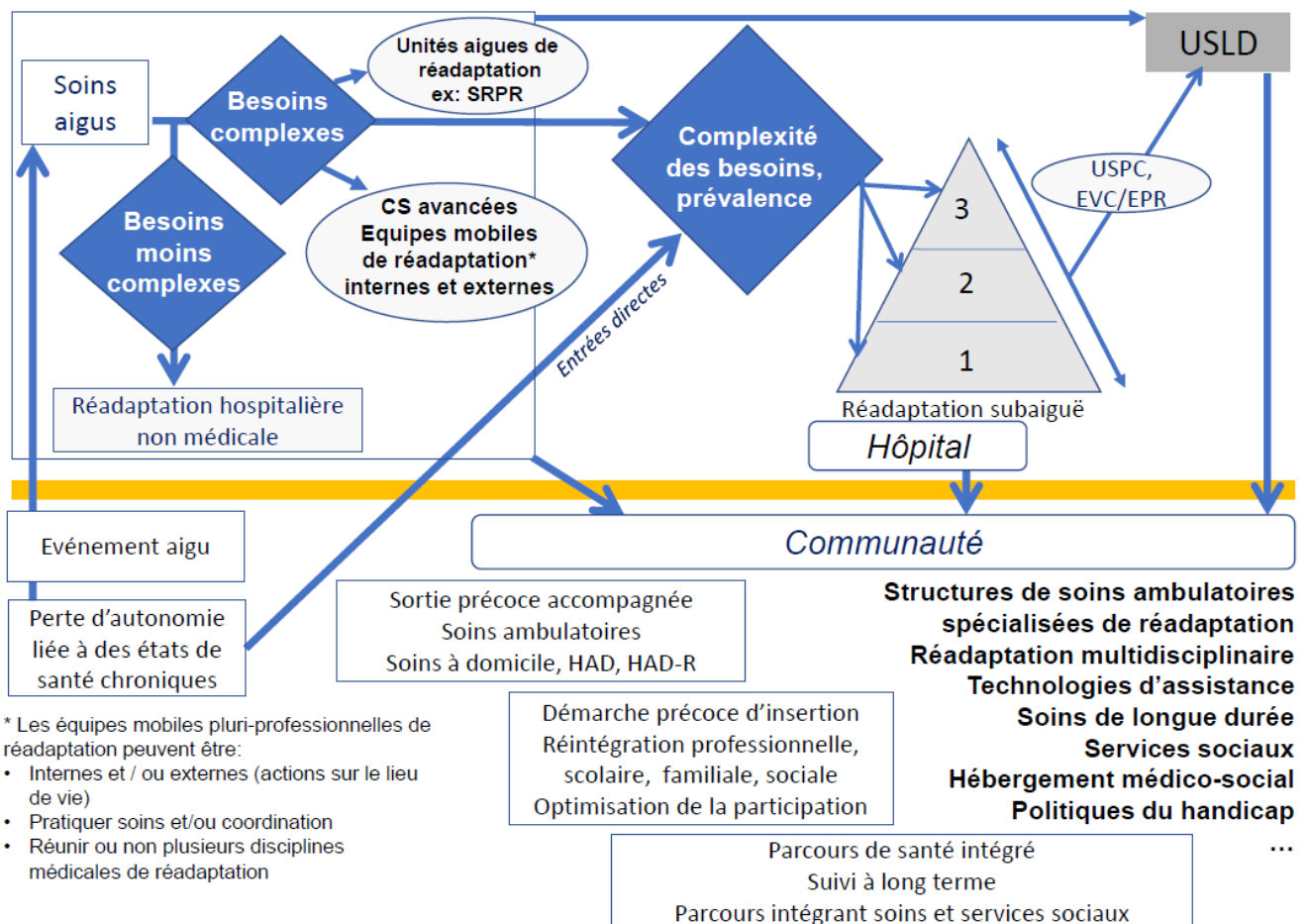
Les nouveaux besoins épidémiologiques nécessitent un système de santé fondé sur toutes les dimensions de la santé fonctionnelle. A côté des pathologies sont considérées les fonctions organiques, les activités et la participation sociale. Parmi les stratégies fondamentales de santé, la réadaptation constitue un sous-système qui doit être doté d'un système d'information, d'un système de régulation et d'une offre d'interventions performante. La fonction de réadaptation définie par l'OMS intervient dès le stade aigu des pathologies, se poursuit en soins subaigus et chronique. De ce fait la dimension structurelle de ce système de réadaptation ne peut être confondue avec le seul champ hospitalier subaigu des SSR.

Les réformes hospitalières récentes, dans un contexte de raréfaction des ressources ont fragilisé les services de réadaptation mis en place dans le cadre du paradigme de solidarité et du « pacte keynesien » qui a suivi la seconde guerre mondiale. Le rationnement des soins suppose la définition claire d'une stratégie de réadaptation couverte par la protection sociale universelle. Il importe de bien distinguer d'une part les soins soumis au régime de la pertinence et de la preuve de l'efficacité, et d'autre part les soins de longue durée qui relèvent de l'assistance, davantage fondés sur des choix politiques d'accessibilité universelle ou partielle que sur l'*evidence based policy*.

Dans les configurations évoquées dans cet article il n’y a pas de modèle unique pourvu que l’on garde unis, en un dispositif cohérent, la gestion des activités de médecine de réadaptation, les plateaux techniques centralisés ou décentralisés, et les prestations transversales de réadaptation. Le management doit favoriser la multidisciplinarité et l’accès aux médecins spécialistes de réadaptation à la mesure des besoins, au sein d’équipes de réadaptation stables, formées et motivées et l’interdisciplinarité avec les équipes qui ont pris le patient en charge pour le traitement de sa pathologie.

Le scénario qui associe intégration verticale des parcours de soins, intégration horizontale de l’offre de soins avec les alternatives à l’hospitalisation et gradation des soins aigus subaigus et de longue durée paraît le plus à même de répondre à la responsabilité territoriale partagée entre les parties prenantes. Le GHT a l’opportunité d’organiser des soins de réadaptation gradés selon la trilogie proximité, recours et référence, non seulement en SSR mais pour l’ensemble du dispositif de réadaptation, pour des soins aigus, subaigus ou chroniques.

Figure 1 : Un exemple de dispositif territorial intégré de réadaptation



[Adapté de "A Position Paper on Physical & Rehabilitation Medicine Programmes in Post-Acute Settings UEMS Section of PRM"](#)

Encadré 1 : la gradation des programmes réadaptation en soins aigus et subaigus repose sur la complexité des limitations fonctionnelles et les coûts de traitement plus que sur les pathologies

Patient 1 : femme de 65 ans victime d'un accident vasculaire cérébral laissant comme séquelles un trouble de l'équilibre et une discrète aphasie. Le retour à domicile est possible directement après le passage en unité neurovasculaire. La kinésithérapie et l'orthophonie sont prescrits par les médecins de l'UNV, le dispositif PRADO peut être utilisé. Une consultation post-AVC sera organisée.

Pour ce type de patient le manque d'accessibilité aux paramédicaux de réadaptation dans les établissements et dans certains territoires sous-denses relève d'une réponse territoriale.

Patient 2 : homme de 25 ans victime d'un polytraumatisme avec traumatisme crânien, entraînant une hémiparésie droite, des troubles cognitifs avec troubles du langage, de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives. Le patient nécessite un programme de réadaptation aigue spécialisée et pourra au bout de trois semaines être orienté vers une unité de SSR système nerveux. La complexité des troubles multiples de la fonction suppose un programme de réadaptation coordonné par un MPR permettant des interventions multidisciplinaires avec les moyens techniques adaptés. En phase aiguë, une équipe mobile de MPR ou l'hospitalisation en réadaptation aigue sont nécessaires.

Pour ce type de patient le dispositif doit être précocement mis en œuvre dès l'aigu, fondé sur des ressources humaines, organisationnelles et techniques suffisantes, en lien étroit les relais en hospitalisation subaiguë. Médecine de réadaptation, interventions paramédicales et plateaux techniques doivent bénéficier d'une gouvernance clinique cohérente.

Patient 3 : homme de 55 ans victime d'un accident vasculaire du tronc cérébral. Trachéotomisé et ventilé, avec une hémiplégie spastique et une double amputation tibiale liée à des complications vasculaires. Le patient nécessite un programme de réadaptation aigue en unité spécialisée comme les SRPR. Il pourra requérir ultérieurement une orientation en SSR système nerveux en lien avec une unité spécialisée en appareillage. Ce patient nécessite un programme de réadaptation coordonné par un MPR permettant des interventions multidisciplinaires avec les moyens techniques adaptés (système de transferts comme des rails plafonniers, table et appareils modulaires de verticalisation).

Pour ce type de patient le parcours de santé doit reposer sur un dispositif de réadaptation précocement organisé, au mieux dans le cadre d'unités d'hospitalisation aigues de MPR en environnement hospitalier aigu, en lien étroit les relais en hospitalisation subaiguë (SSR).

Patient 4 : femme de 67 ans tétraplégique après un accident de la voie publique. Rapidement autonome sur le plan respiratoire la patiente, à risque de rétractions, de complications urologiques et cutanées, nécessiterait le passage rapide dans une unité de réadaptation spécialisée (MPR aigue non nécessairement de type SRPR). L'orientation en SSR nécessite une organisation graduée assurant l'accès rapide à des unités régionales de niveau 3 dont l'organisation et le financement garantissent les ressources humaines, techniques et financières requises pour la réadaptation.

Pour ce type de patient le parcours de santé doit reposer sur un dispositif de réadaptation précocement coordonné dès l'aigu, au mieux dans le cadre d'unités d'hospitalisation aigues de MPR en environnement hospitalier aigu, en lien étroit avec une offre de soins gradés (proximité, recours et référence) en hospitalisation subaiguë (SSR). Cette gradation doit reposer sur un système d'autorisations déclinées dans les PRS.

Encadré 2 : risques inhérents à la désintégration des dispositifs hospitaliers de réadaptation

Ils concernent la clinique, la formation, la recherche, la gestion et la réponse aux besoins de santé publique. On peut les résumer ainsi :

Affaiblissement des trois composantes des dispositifs par défaut de défense coordonnée des besoins dans les projets médico-soignants :

- Affaiblissement ou disparition des services et équipes de MPR, externalisation des unités hors des GHT au profit de SSR polyvalents de second aval des urgences.
- Affaiblissement des effectifs paramédicaux et des interventions transversales par baisse de l'attractivité et de la fidélisation.
- Réduction des plateaux techniques par réduction des surfaces et des investissements, qu'il s'agisse des plateaux centraux ou décentralisés dans les services cliniques.

Pertes de chance pour les patients requérant des programmes de réadaptation précoces et médicalisés : complications urologiques, neuro-orthopédiques, cutanées, désadaptation posturale, précarisation des fonctions motrices, sensorielles, cognitives, psychiques...

Précarisation des filières notamment pour les patients cérébro-lésés et blessés médullaires, plus généralement **multiplication des impasses hospitalières** du fait de la sélection croissante des patients par les structures externes en fonction de l'impact de la complexité sur les coûts en cas d'externalisation des SSR spécialisés, **fragilisation des réseaux territoriaux de réadaptation**, à rebours des souhaits des tutelles.

Complexification et ralentissement des processus de gestion : achats, recrutements, transformations de postes, formation, coopération interprofessionnelle, recherche et innovation dans les programmes de réadaptation.

Destruction des compétences notamment collectives médicales et paramédicales qui font l'avantage compétitif de nos équipes de réadaptation, risque de perte d'identité professionnelle et de perte de sens au travail.

Destruction des standards de prise en charge par défaut de possibilité d'organisation selon les bonnes pratiques de réadaptation reconnues et promues à l'international.

¹ [Livre blanc européen de MPR, 2017](#)

URL : https://www.euro-prm.org/index.php?option=com_content&view=article&id=111:3rd-edition-of-whitebook-on-prm-published&catid=22&Itemid=136&lang=en

² Critères de prise en charge en MPR

http://www.sofmer.com/download/sofmer/criteres_pec_mpr_1208.pdf

³ MINTZBERG, Henry (1982). Structure et dynamique des organisations. Paris : Éd. d'Organisation.

⁴ [European union of medical specialists \(UEMS\) section of Physical & Rehabilitation Medicine: A Position Paper on Physical and Rehabilitation Medicine in Acute Settings](#)

Anthony B. Ward, MD , Christoph Gutenbrunner, MD , Hermina Damjan, MD , Alessandro Giustini, MD and Alain Delarque, MD J Rehabil Med 2010; 42: 417–424.
[Télécharger en pdf](#)

URL : <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-0565>

⁵ Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé. AVIS ET RAPPORT 2018. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/contribution-transformation-systeme-de-sante>

⁶ Bernon A. Projet d'implantation d'un service hospitalo-universitaire de MPR au centre hospitalier de Riom en coopération avec le CHRU de Clermont-Ferrand : illustration d'une stratégie de service public hospitalier de territoire. Mémoire EHESP.

<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/edh/bernon.pdf>

⁷ OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts, OECD Publishing. 2011.

URL: <http://www.who.int/health-accounts/documentation/sha2011.pdf?ua=1>