

Evolution des dispositifs hospitaliers de réadaptation de la seconde guerre mondiale aux groupes hospitaliers de territoire

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

Mots clés : réadaptation, intégration, parcours de santé, handicap, programmes de soins

Introduction

L'organisation mondiale de la santé, l'OCDE et le comité des droits des personnes handicapées de l'ONU font de la réadaptation une priorité de santé publique internationale. Les besoins des patients hospitalisés ont évolué et relèvent de plus en plus souvent de finalités de soins multiples combinant prévention, soins curatifs, réadaptation, assistance aux activités de vie quotidienne et soutien social.

Dans ce contexte, la mise en place des groupes hospitaliers de territoire (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 territorial de réadaptation. Elle ne se fait pas suivant un modèle unique et plusieurs scénarios sont possibles. Certaines restructurations fragilisent la cohérence des dispositifs hospitaliers de réadaptation mis en place après la seconde guerre mondiale tandis que d'autres peuvent favoriser la pertinence et la continuité des soins dans des dispositifs hospitaliers de réadaptation mieux intégrés avec les autres grandes finalités de soins entre hospitalisation aiguë et de SSR, en ville et dans le secteur de l'action sociale.

Après avoir défini les principes d'un dispositif hospitalier de réadaptation et les enjeux de l'accès à la réadaptation dans le contexte de la mise place des GHT, nous décrirons dans un second article plusieurs configurations organisationnelles et trois scénarios possibles pour l'évolution des dispositifs de réadaptation au sein des GHT.

La réadaptation : stratégie fondamentale de santé du XXI^{ème} siècle

Le vieillissement de la population, les maladies chroniques, les polyopathologies et les limitations multifonctionnelles à risque de handicap qui les accompagnent ont conduit l'organisation mondiale de la santé (OMS) à promouvoir cinq stratégies fondamentales de santé : la promotion de la santé, la prévention, le traitement des maladies, la réadaptation et les soins palliatifs. L'évolution des besoins fait considérer la réadaptation comme la [stratégie de santé du XXI^{ème} siècle](#).¹ En lien avec ces stratégies le système international des comptes de la santé (ICHA)² comporte une classification des prestataires (ICHA-HP), une classification des fonctions (ICHA-HC) et une classification des modèles de financement (ICHA-HF).

La nomenclature fonctionnelle du système international des comptes de la santé (ICHA.HC) définit les grands objectifs ou fonctions de production transversales aux secteurs institutionnels qui structurent les systèmes de comptabilité nationaux. Ces fonctions sont mises en relation avec les stratégies de l'OMS dans le tableau 1.

Tableau 1 : Relation entre fonctions de production et stratégies de santé

Nomenclature fonctionnelle de l'ICHA-HC (OCDE)	Stratégies de santé (OMS)
HC.1 : Services de soins curatifs Augmentation des maladies chroniques, des patients polypathologiques et des maladies non transmissibles	Soins curatifs Stratégie curative
HC.2 : Services de soins de réadaptation Augmentation des limitations fonctionnelle et restrictions d'activités. <i>Intention principale : optimiser les fonctions organiques et les activités</i>	Soins de réadaptation Stratégie de réadaptation
HC.3 : Services de soins de longue durée Augmentation des besoins d'assistance dans les activités de vie quotidienne, élémentaires et instrumentales (ADL et IADL) Fragilisation des réseaux familiaux et sociaux de soutien Frontières complexes avec l'action médico-sociale et sociale	Soins d'assistance à la vie quotidienne Stratégie de soutien
HC.4 : Services de support aux soins de santé	
HC.5 : Biens médicaux délivrés à des patients ambulatoires	
HC.6 : Services de prévention et de santé publique Modification des comportements et des facteurs de risques	Prévention Stratégie préventive
HC.7 : Administration de la santé et assurances santé Fonction de production composite	Soins palliatifs Stratégie palliative

Traduit et adapté de Gutenbrunner ³

L'OMS définit la réadaptation dans le [rapport mondial sur le handicap de 2011](#)⁴ comme « un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement ». Les praticiens de réadaptation proviennent de domaines tels que la médecine physique et de réadaptation, la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychologie, l'appareillage, les technologies d'assistance, les services de soutien professionnel. L'appel à l'action de l'OMS intitulé [Réadaptation 2030](#)⁵ et le rapport intitulé « [Réadaptation dans les systèmes de santé](#)⁶ » proposent, notamment pour les pays qui ont ratifié la [Convention internationale des droits des personnes handicapées](#), une feuille de route pour promouvoir la réadaptation dans les systèmes de santé.⁷

En France, le secteur des soins aigus est assimilé à la fonction de production des soins curatifs, tandis que la fonction de réadaptation reste confondue avec le champ institutionnel post aigu / subaigu des soins de suite de réadaptation (SSR). Pourtant les activités de SSR regroupent des prestataires dont les finalités sont des plus hétérogènes, combinant de façon variable dans les programmes de soins une ou plusieurs des fonctions curatives, de réadaptation et d'assistance aux activités de vie quotidienne. Pour parvenir à une cohérence entre planification, budgétisation, allocation des ressources et contrôle de gestion, il est essentiel de bien distinguer les dimensions institutionnelles, fonctionnelles et financières de la réadaptation.

Organisation de la réadaptation dans les hôpitaux français

Chaque hôpital a son histoire propre et son chemin de dépendance mais il est utile de retracer l'évolution des dispositifs hospitaliers de réadaptation en quatre étapes :

- Les services centraux de réadaptation : ordonnances de 1958
- La séparation des soins et de l'action sociale : lois de 1970 et 1975
- La création des SSR : loi de 1991
- La séparation de la gestion médicale et paramédicale en réadaptation : 1991

Les ordonnances de 1958

Les dispositifs hospitaliers de réadaptation promus par les ordonnances de 1958⁸, ont été mis en place afin de dépasser un modèle purement étio-pathogénique et curatif et d'intégrer au système de santé la réinsertion professionnelle, scolaire, familiale et sociale. Dans cette dynamique de santé fonctionnelle, la structuration progressive de la médecine de réadaptation a fait adopter l'idée de services de réadaptation hospitaliers associant en une entité cohérente la médecine de réadaptation, représentée par la spécialité de rééducation et réadaptation fonctionnelles qui deviendra Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), les plateaux techniques et les interventions transversales de réadaptation. Ainsi, s'est forgé un instrument conforme aux objectifs et aux principes énoncés par l'OMS : continuité du processus conduisant le malade ou le blessé de l'hôpital, au travail ou à l'autonomie optimale, précocité de la thérapeutique fonctionnelle contemporaine des soins médicaux et chirurgicaux, priorité de la participation de la personne susceptible de présenter un handicap, mise en œuvre précoce des opérations préparant et assurant la reprise du travail et la réintégration sociale, extension de la réadaptation à toutes les catégories de handicaps, restauration des fonctions physiques, sensorielles, intellectuelles et sociales de la personne, et pas seulement la correction de son déficit physique.

A cette époque il existait une commission nationale de réadaptation témoignant d'une stratégie nationale et de la volonté de la décliner dans les établissements de santé^{9,10}.

Dans cette conception fondée sur l'interdisciplinarité et la coordination des programmes de réadaptation, le service de MPR assure les soins de réadaptation des malades hospitalisés, soit dans ses propres lits ou places au sein d'unités d'hospitalisation de MPR, soit dans ceux des autres services. Les médecins spécialistes de MPR interviennent à la demande des médecins des autres services cliniques. Les objectifs sont d'assurer des interventions diagnostiques et thérapeutiques, d'optimiser la réadaptation précoce avec le niveau de multidisciplinarité et de spécialisation médicale requis, de prévenir les surcomplications, la précarisation fonctionnelle et de favoriser l'orientation vers les structures les plus appropriées dans le cadre de filières territoriales et régionales centrées sur les besoins des patients¹¹.

Les interventions des professionnels paramédicaux de réadaptation se font soit dans le service où se trouve le patient, parfois dans des locaux décentralisés, soit dans les locaux techniques d'un service dit « central ». Les équipements comportent également du matériel d'évaluation à visée diagnostique et thérapeutique. Le service central assure des activités ambulatoires externes de réadaptation, médicales et paramédicales quand les effectifs le permettent¹².

La typologie des patients requérant le plus souvent la MPR en environnement aigu est déclinée dans le tableau 1.

Le tableau 2 présente une matrice des différents types d'unités de réadaptation suivant les axes d'acuité et de gradation des soins, en environnement aigu, subaigu et chronique¹³. La description de l'organisation des services de réadaptation est mondiale. Pour exemple, la section MPR de l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) a présenté une catégorisation des 14 types de services de réadaptation dans le cadre la Classification internationale de l'organisation des services de réadaptation (ICSO-R)¹⁴. Nous avons limité notre typologie aux types les plus communément observés dans les établissements de santé français.

Il convient en particulier, en contexte de rareté des ressources, de définir une gradation des profils de patients requérant une intervention et/ou ou une unité spécialisée ou polyvalente de réadaptation (consultation avancée, équipe mobile, lits ou places), en environnement aigu ou en établissement SSR, en privilégiant l'orientation la plus pertinente dans le réseau de réadaptation territorial, adaptée au pronostic fonctionnel¹⁵.

En environnement aigu il est possible de définir trois niveaux de complexité¹⁶ :

- Niveau 1 : prise en charge paramédicale mono-ou pluri disciplinaire. Il s'agit d'un programme de réadaptation simple.
- Niveau 2 : prise en charge multidisciplinaire paramédicale de réadaptation nécessitant l'intervention d'un médecin spécialiste de réadaptation (ex. : AVC, polytraumatisme avec limitations de fonction à risque de handicap). Il s'agit d'un programme de réadaptation complexe.
- Niveau 3 : prise en charge paramédicale multidisciplinaire nécessitant l'intervention d'un médecin spécialiste de réadaptation et une coordination interdisciplinaire (ex : neurologie, MPR, gériatrie, psychiatrie...). Il s'agit d'un programme de réadaptation très spécifique (cérébro-lésions complexes, grands brûlés, amputations, troubles psycho-comportementaux...).

Les lois de 1970 et 1975

La loi portant réforme hospitalière de 1970 et les lois de 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales et d'orientation en faveur des personnes handicapées vont estomper en France la notion de réadaptation qui est rejetée du vocabulaire du nouveau secteur de l'action sociale et du handicap. La réadaptation est à l'époque considérée comme une notion normalisatrice et paternaliste s'opposant à celle de participation, d'autodétermination et de défense des droits civiques des personnes handicapées. Cette fracture idéologique opposant modèle médical et modèle social du handicap, s'est trouvée pérennisée par la fragmentation institutionnelle et financière entre le secteur sanitaire et celui de l'action sociale. Elle va cantonner la notion de réadaptation au secteur sanitaire et la vider de sa substance, la scindant en concepts multiples, la rééducation, la réadaptation et la réinsertion, ajoutant parfois l'anglicisme réhabilitation, éloignant de plus en plus le concept français de son sens international pour finalement le confondre avec le concept administratif de SSR¹⁷.

Loi de 1991 et réformes des SSR de 2008

La loi portant réforme hospitalière de 1991 comporte deux changements majeurs :

- En premier lieu, la création des SSR ne s'est pas accompagnée de l'identification d'unités de réadaptation aigues, ce qui entretiendra depuis la confusion entre secteur hospitalier subaigu /post-aigu, l'ancien secteur de moyen séjour, et la réadaptation désormais confondue avec les SSR.
- En second lieu la loi de 1991 est le début d'un processus qui va placer sous contrôle hiérarchique des directions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (DSIRMT) l'ensemble des professionnels paramédicaux de réadaptation, contribuant à la séparation des dispositifs médicaux et paramédicaux de réadaptation.

Enfin les réformes des autorisations de 2008¹⁸ n'ont pas permis de spécifier les missions des SSR entre soins curatifs prolongés, soins de réadaptation au sens international et soins de transition, d'où l'impasse de leur financement.

La mise en place des pôles et l'affaiblissement des plateaux techniques

Avant la mise en place des pôles, les établissements ont souvent conservé de leur organisation antérieure une référence médicale fonctionnelle pour l'organisation des activités transversale et des plateaux techniques, MPR quand la spécialité est présente ou bien relevant d'une autre discipline médicale¹⁹.

La restructuration en pôles a vu se développer plusieurs modèles d'organisation typiques, la première configuration restant la plus fréquente :

- Equipes transversales et plateaux techniques de réadaptation rattachés hiérarchiquement à un pôle, avec la référence fonctionnelle d'une discipline médicale.
- Equipes transversales et plateaux techniques de réadaptation directement rattachés aux directions des soins, avec ou sans référence médicale fonctionnelle.
- Equipes transversales et plateaux techniques de réadaptation rattachés à différents pôles avec ou sans encadrement commun ayant délégation d'autorité, avec ou sans référence médicale fonctionnelle.

Parallèlement ont été observées des difficultés croissantes dans la gestion des plateaux techniques :

- Réduction d'effectifs accélérée par le déficit d'attractivité et de fidélisation. De plus, pour certains métiers, la réingénierie de la formation initiale a entraîné des « années blanches » (orthophonie en 2017, kinésithérapie en 2018).
- Réduction des surfaces des plateaux techniques et des équipements, liée au gain d'efficacité et à la disparition des équipes de brancardage qui leur sont dédiées.
- Complexification de la coordination de programmes faisant intervenir de nouveaux métiers comme les enseignants en activité physique adaptée (EAPA).

Il faut constater des pertes de chances pour les patients relevant d'une réadaptation précoce, complexe médicalisée et coordonnée dès lors que s'affaiblissent les liens qui mettaient en cohérence médecine de réadaptation, interventions paramédicales et gestion des installations et équipements de réadaptation.

Les groupes hospitaliers de territoire

La mise en place des GHT confronte les nouveaux groupements hospitaliers à la difficulté de s'inscrire dans une organisation territoriale de la santé. La volonté affichée par les politiques publiques de promouvoir des parcours mieux intégrés entre hôpital, ville et secteur de l'action sociale, de concevoir de nouveaux dispositifs de coordination, pour aboutir à une organisation plus performante et plus équitable du système de santé au niveau des territoires survient dans un contexte d'innovation de rupture. Celui-ci conjugue trois éléments : les nouveaux besoins épidémiologiques, l'innovation technologique et la crise budgétaire liée à l'ajustement des dépenses de santé. Les réformes de la gouvernance de la santé s'inspirent des principes du Nouveau Management Public :

- Intégration verticale de groupes hospitaliers, sur un modèle hésitant entre fusion et coopération, dans une logique d'économie industrielle.
- Normalisation comptable et contrôle de gestion à distance par les indicateurs.
- Mise en concurrence au sein de pseudo-marchés nécessitant une démarche de standardisation des résultats dans une organisation divisionnelle où les pôles d'activité deviennent des centres de production et de résultats.
- Réingénierie des compétences des professionnels de santé.

Si certaines fonctions sont mutualisées *de facto* au sein des nouveaux GHT, peu de choses sont dites sur les activités de réadaptation, souvent assimilées aux plateaux médico-techniques et aux sept métiers de la rééducation selon le code de santé publique.

Le risque d'évolution vers une « arène politique », en contexte de rationnement

La mise en place des GHT bouleverse la gestion des dispositifs de réadaptation tout comme l'avait fait la mise en place des pôles, en intriquant des pyramides hiérarchiques plus épaisses, des silos disciplinaires et professionnels où la coopération entre lignes médicales, paramédicales et gestionnaires sont plus ou moins facilitées selon les choix d'organisation et les mécanismes d'intégration. Quelques éléments sources de difficultés sont identifiables :

- Le contexte d'organisation territoriale, avec le virage ambulatoire, rend impératif le décloisonnement avec la ville, les centres de SSR extérieurs aux GHT et le secteur de l'action sociale.
- Les établissements multiples d'un GHT sont parfois très éloignés.
- L'intégration verticale de structures de SSR, parfois de soins de longue durée et/ou de structures médico-sociales, entraîne des restructurations qui modifient considérablement l'offre de soins.
- L'équilibre délicat de la gouvernance du dispositif de réadaptation, entre les disciplines aigues, la MPR, les DSIRMT et les professionnels de réadaptation peut s'en trouver fragilisé, au risque d'une dislocation de ses composantes.
- Les effectifs mutualisés sont plus importants, avec des problèmes de taille critique différents de ceux rencontrés lors de la mise en place des pôles.
- Les problèmes d'attractivité et de fidélisation notamment des masseurs-kinésithérapeutes s'aggravent sur le terrain, alors que le taux d'encadrement

de rééducation diminue, que la démedicalisation de la gestion des équipes de réadaptation s'accroît sous la pression du management et que les tensions sur les effectifs rendent les relations avec et entre les services cliniques de plus en plus conflictuelles.

- Les comportements coopératifs des disciplines médicales font place en période de tensions budgétaires suraiguës à des stratégies individuelles de survie conformes à ce que Mintzberg décrit comme configuration de l'arène politique. Cette configuration conduit à l'abandon de pans entiers de la santé fonctionnelle, de la santé mentale et de l'action médico-sociale précoce, qui sont tous des domaines non valorisés par un modèle économique trop purement centré sur les soins curatifs.

Les différentes activités de réadaptation à organiser au sein d'un GHT

Les activités de réadaptation dans un GHT peuvent être regroupées sous quelques rubriques bien définies. Le GHT a l'opportunité de coordonner ces activités pour des parcours de santé fluides et pertinents, en structurant l'accès à une offre de soins gradée, non seulement en SSR mais pour l'ensemble du dispositif de réadaptation, en soins aigus, en subaigus ou chroniques. Ces activités regroupent :

1. **Les unités de médecine de réadaptation** : le marqueur sera l'organisation des services de MPR, même si la MPR ne résume pas l'ensemble des disciplines médicales de réadaptation. Ces unités comportent des lits et places d'hospitalisation en aigu (MCO), SSR et/ou à domicile (Hospitalisation à domicile de réadaptation), ainsi que des explorations fonctionnelles à visée diagnostiques centrées sur l'évaluation des fonctions physiques et cognitives (ex : urodynamique, isocinétisme, analyse de la marche et du mouvement...).
2. **Dans le cadre d'un GHT il est indispensable structurer une filière de réadaptation** articulant la spécificité des SSR en environnement aigu en complémentarité avec les unités de SSR autonomes intégrées au GHT. La gradation ne se confond pas avec le caractère aigu ou subaigu mais avec la complexité des programmes de réadaptation en soins aigus et en soins subaigus.
3. **Les prestations transversales de réadaptation aux patients hospitalisés.**
4. **Les plateaux techniques de réadaptation** nécessaires pour les services de réadaptation et les services aigus. Différents modèles de gouvernance et de liens avec les services de réadaptation médicale sont possibles.
5. **La réadaptation ambulatoire** avec les consultations médicales et les activités externes des professions paramédicales de réadaptation.
6. **Les activités de coordination** comme les équipes mobiles de réadaptation, internes ou externes, assurant coordination et certaines prestations de réadaptation.
7. **Réadaptation dans les structures médico-sociales** incluses dans les GHT.

Un exemple de dispositif territorial ville hôpital intégrant ces activités de réadaptation est représenté par la figure 1.

L'accès à la réadaptation : une stratégie de santé fonctionnelle et un enjeu prioritaire pour les GHT.

Après avoir décrit les aspects fonctionnels structurels et historiques des dispositifs de réadaptation mis en place dans la seconde moitié du XXème siècle en lien avec l'émergence du concept de santé fonctionnelle, nous décrivons dans un second article pourquoi l'accès à la réadaptation est un enjeu prioritaire pour les GHT. Nous y envisagerons l'impact de différentes configurations organisationnelles et de trois scénarios d'intégration à la lumière du rapport du Haut comité sur l'avenir de l'assurance maladie.

Tableau 1 : types de patients pouvant bénéficier d'un programme de MPR en environnement aigu

Systèmes ou groupes nosologiques	Etat de santé
Système nerveux	Traumatisme crânien AVC incluant les hémorragies sous arachnoïdiennes Lésions cérébrales globales (anoxie cérébrales) Poussées de sclérose en plaques Neuropathies aiguës Après neurochirurgie, hernie discale, myélite transverse Infections du système nerveux central
Musculo-squelettique	Remplacement articulaire Chirurgie du rachis Vascularites touchant les articulations
Cardio-vasculaire	Occlusion artérielle Syndromes coronariens aigus
Respiratoire	Exacerbation d'asthme ou BPCO, pneumothorax ou hémopneumothorax
Complications post-chirurgie et post-traumatiques	Infection, hémorragie, thrombose veineuse, escarres, perforations intestinales, brûlures, pertes de tissus, difficultés de greffes de peau
Cancer	Chirurgie du cancer et chimiothérapie, transplantation de moelle
Transplantations d'organe	Cœur et poumon, foie, rein

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

Tableau 2 : le continuum de soins de réadaptation

	Aigu	Subaigu / Post-aigu	Soins au long cours
Niveau primaire	<i>Interventions mono-disciplinaires</i>	<i>Hospitalisation de réadaptation de proximité Unités de réadaptation ambulatoire Interventions mono-disciplinaires</i>	<i>Hospitalisation de réadaptation de proximité Unités de réadaptation ambulatoire Interventions mono-disciplinaires</i>
Niveau secondaire	<i>Equipes mobiles de réadaptation HTP de réadaptation</i>	<i>Hospitalisation conventionnelle ou HTP de réadaptation Unités de réadaptation ambulatoire</i>	<i>Hospitalisation intermittente conventionnelle ou HTP de réadaptation Suivi spécialisé au long cours de certains groupes de patients</i>
Niveau tertiaire	<i>Hospitalisation aigue de réadaptation Equipes mobiles de réadaptation</i>	<i>Hospitalisation conventionnelle ou HTP de réadaptation</i>	<i>Suivi spécialisé au long cours de certains groupes de patients</i>

Adapté de Gutenbrunner²⁰ et du rapport handicap²¹

« Service » est ici entendu au sens économique (production de biens et services) et inclut les activités libérales. Cette matrice permet de croiser le niveau d'acuité avec le niveau d'intensité de service.

¹ Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Scaling-up Rehabilitation as the Worldwide Health Strategy of the 21st Century. J Rehabil Med 2018; 50: 309–316.
URL : <https://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1036&context=rmfp>

² OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts, OECD Publishing. 2011.
URL: <http://www.who.int/health-accounts/documentation/sha2011.pdf?ua=1>

³ Gutenbrunner C. Dimensions for Service Organization in Rehabilitation (ICSO-R) Christoph Gutenbrunner CHARM Workshop on Classification Systems for (Re-) Habilitation Services Oslo, Norway, April 25, 2017
<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm/arrangementer/dimensions-icsor-gutenbrunner.pdf>

⁴ Rapport mondial sur le Handicap. URL : https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/ Site consulté le 9 mai 2019

⁵ Rehabilitation 2030. URL : <https://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>

⁶ Rehabilitation in Health Systems
URL : https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation_health_systems/en/

-
- ⁷ United Nations. Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations; 2006. URL: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
- ⁸ Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000886581&pageCourante=11169
- ⁹ Frattini M-O. Dynamique de constitution d'une spécialité médicale fragile : la médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelles en France entre médecine et politique. Mémoire 2008. <https://www.sofmer.com/download/sofmer/MOF-M2-SPPS-EHESS.pdf>
- ¹⁰ J.-M. WIROTIUS JP, PÉTRISSANS J, DOCUMENT HISTORIQUE La réadaptation au sein du monde hospitalier La circulaire du 17 février 1960 relative à la réadaptation médicale. J. Réadapt. Méd.,2005, 25, n° 1., p. 42-46 <http://readaptationethandicap.e.r.f.unblog.fr/files/2014/01/jrm-circulaire-17-fevrier-1960-partie-1.pdf>
- ¹¹ Barrois B, Ribinik P, Royer P. La MPR en centre hospitalier public <http://www.anmsr.asso.fr/anmsr00/45-mpr/MPR-CHG.html>
- ¹² Chartes des services de MPR : site consulté le 9 mai 2019 <http://www.syfmer.org/component/content/article/33-a-classer/39-charte-mpr.html>
- ¹³ Krug E, Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. Bulletin of the World Health Organization 2017;95:167
URL : <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/3/17-191809/en/>
- ¹⁴ C. Røe et al. The challenges of describing rehabilitation services: a discussion paper J Rehabil Med 2018; 50: 151–158.
Url : <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/html/10.2340/16501977-2299>
- ¹⁵ WHITE BOOK ON PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE IN EUROPE European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2018 April;54(2)
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
- ¹⁶ [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>
- ¹⁷ Frattini MO. Parcours de réadaptation : Les dispositifs médicaux et sociaux et leur appropriation par les acteurs professionnels et usagers. Rapport de recherche. Décembre 2013.
Url : https://www.cnsa.fr/documentation/053-ville-rapport_final.pdf
- ¹⁸ Devailly JP. [Évolution des SSR et perspectives pour les activités de MPR](#). Actualités en MPR / N° 4 / déc. 2015. Url : <https://www.edimark.fr/actualites-mpr/evolution-ssr-perspectives-activites-mpr>
- ¹⁹ Place de la MPR au sein de l'organisation en pôles d'activités d'un centre hospitalier public. Mémoire EMAMH 2004.

<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxzeXN0ZW1lZGVzb2luc2V0aGFuZGJjYXB8Z3g6NGRiYmJkY2NiNmViYjFIMw>

²⁰ Gutenbrunner C. Dimensions for Service Organization in Rehabilitation (ICSO-R) Christoph Gutenbrunner CHARM Workshop on Classification Systems for (Re-) Habilitation Services Oslo, Norway, April 25, 2017

<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm/arrangementer/dimensions-icsor-gutenbrunner.pdf>

²¹ Priority Activities of the WHO Secretariat 2018-2020 Stakeholder Consultation Meeting Report WHO Headquarters, Geneva Switzerland 11-12 January 2018

https://ialpasoc.info/wp-content/uploads/2018/02/Meeting-report_Rehab-2030-Stakeholder-Consultation.pdf