

Nom de la spécialité :

Médecine Physique et de Réadaptation

Principaux rédacteurs :

Pour le bureau : Alain Yelnik (pdt), Gérard Amarenco, Johann Beaudreuil, Pierre Denys, Jean Pascal Devailly, Jean Michel Gracies, Pascale Pradat Diehl, François Rannou, Gilberte Robain, Brigitte Soudrie

Q1. Contexte général de la spécialité

La Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) a pour objectifs la prévention et la réduction des handicaps secondaires aux affections médicales ou traumatiques, quelle qu'en soit l'étiologie, essentiellement dans le domaine des fonctions motrices, cognitives et vésicosphinctériennes. En pratique, les affections causales sont le plus souvent des atteintes du système nerveux et de l'appareil locomoteur.

La réadaptation désigne tous les processus et traitements permettant la récupération des déficiences et la réduction de leurs conséquences pour améliorer les activités (fonctions élémentaires) et la participation (rôle social) de la personne.

La MPR en CHU, particulièrement à l'AP-HP, y a ses 3 missions principales : soins et formation/recherche en Réadaptation.

La mission soins « réduire les déficiences, prévenir les handicaps » s'exerce :

-En soins aigus et post aigus : prévention des "sur-handicaps" dès les soins aigus ; orientation ; rééducation et réadaptation.

-En soins au long cours/recours pour les personnes handicapées : la MPR est souvent en responsabilité seule ou principale du suivi médical. Absence de relais de ville pour de très nombreux patients ; la MPR est une discipline essentiellement développée en institution.

La filière n'est pas linéaire : les patients admis/soignés en MPR le sont aussi bien en aval des urgences qu'en aval du domicile avec retour dans le système hospitalier pour soins.

L'offre de MPR doit avant tout être intégrée dans les hôpitaux d'aigu : lits d'hospitalisation complète (MCO et/ou SSR), places d'hôpital de jour (MCO et/ou SSR) ; SRPR ; équipes mobiles et consultations avancées.

Le développement d'activités spécifiques (USPC, HAD de réadaptation, consultations avancées, consultations dans les structures médicosociales avoisinantes...) est nécessaire.

La localisation complète des unités MPR dans un hôpital totalement dépourvu de soins aigus n'est pas souhaitable car elle limite fortement son champ d'intervention.

La MPR à l'AP-HP IdF est présente dans tous les GHU : 10 sites, 10 services (composés de : 12 lits SRPR, 352 lits HC en SSR, 35 lits HC en MCO, 60 places HDJ SSR, 11 places HDJ MCO, 48 lits d'USPC ; 5 équipes mobiles de réadaptation), des consultations spécialisées en MCO et SSR sur la plupart des sites, 6 sites d'exploration urodynamique, 6 laboratoires d'analyse de l'équilibre et de la marche, 4 balnéothérapies.

Effectif médical de 12 PU-PH, 3 MCU-PH, 25 PH, 15 CCA, 8 assistants, 1 PAC, 97 vacations.

Présente aussi dans les hôpitaux de polyhandicaps Berck, Hendaye et San Salvador.

Besoin d'améliorer les processus de réadaptation dès les soins en MCO pour tous les patients dans tous les services (rééducateurs et avis MPR) et particulièrement pour les patients complexes (multidéficiences à réduire et multihandicaps à prévenir).

Q2. Évolution épidémiologique des pathologies de la spécialité

La complexité des besoins d'un grand nombre de patients donne à la MPR un rôle de recours et de référence. Les pathologies sont très diverses, les plus habituellement représentées sont : lésions neurologiques acquises (AVC, traumatisme crânien et médullaires, SEP, Parkinson, Guillain-Barré, tumeurs cérébrales et médullaires, séquelles de Poliomyélite) et congénitales (Paralysies cérébrales infantiles, dysraphismes médullaires) ; affections ostéo-articulaires congénitales et dégénératives notamment du rachis.)

Les besoins augmentent :

-L'amélioration des soins en aigu accroît les chances de survie mais aussi les risques de survie avec des conséquences fonctionnelles sévères.

-Recommandations internationales concernant l'intérêt des traitements non médicamenteux dans la plupart des affections.

-Vieillesse de la population et des personnes handicapées ;

-Attente des personnes en secteur médicosocial.

A l'AP-HP la MPR pédiatrique nécessite un développement et universitarisation.

Q3. Contexte en matière de démographie médicale

La MPR est une discipline essentiellement développée en institution (20 % seulement de MPR en activité libérale).

Pour l'Île de France, la densité médicale dans la spécialité reste faible comparée à l'ensemble des autres spécialités médicales par rapport à la moyenne nationale. Cette situation de crise se corrige progressivement depuis la filiarisation : 99 internes/an en DES de MPR dont 13 en IdF.

Les besoins en IdF ne sont encore pas couverts ; attractivité financière du secteur concurrentiel.

Q4. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence

L'AP-HP est le premier établissement en Île de France pour :

- Le soin des personnes à haut risque de handicap (moteurs, cognitifs, sensoriels) : Urgences-Réanimation ; Polytraumatologie, Neurochirurgie, Unités Neurovasculaires, Orthopédie, Cancérologie...
- l'offre de soins spécialisée aux personnes handicapées en particulier d'origine neurologique.
- les soins aux personnes en situation de précarité sociale.

Il y a concurrence forte du secteur ESPIC et Privé pour l'accueil des patients relativement simples (lorsque les patients complexes sont accueillis ce n'est le plus souvent que transitoirement avec retour à l'hôpital dès la première difficulté). Concurrence qui porte aussi sur le personnel médical et plus encore paramédical aux salaires très attractifs.

L'accès aux soins pour les personnes handicapées est difficile notamment par l'absence de suivi dans les structures non publiques et hors AP.

Une complémentarité s'installe sur certains aspects cliniques comme la pratique de l'activité physique et sportive pour valides et handicapés ainsi que de la recherche clinique par la complémentarité des recrutements.

Q5. Modalités d'amélioration de l'attractivité

- Pour les patients et les correspondants de ville

Notre rôle de référent au long cours pour les personnes handicapées pourrait être mieux connu encore mais nous ne pouvons répondre à toute la demande (par exemple dans les traitements des hypertonies musculaires neurologiques ou les hypertonies déformantes du sujet âgé par toxine botulinique).

- Pour le PM et le PNM

Peut-être pas de problème majeur pour les médecins,

Grandes difficultés pour les kinésithérapeutes, à moindre degré pour les ergothérapeutes, cf les travaux et propositions précédents de la collégiale.

Q6. Marge de progression du virage ambulatoire

Compte tenu de la complexité des patients soignés et qui ne le sont pas par la « concurrence » le besoin de lits HC restera fort. Il faut même envisager une augmentation du besoin pour des patients lourds (tétraplégiques ventilo-dépendant en particulier) pour lesquels l'offre de soins en IdF est insuffisante. Il manque de lits en USPC (Unités de soins prolongés continus) et SSR neuro complexe à Paris, plus qu'en région (pour les patients franciliens) où les hôpitaux de l'AP ont encore un rôle majeur.

Mais certaines hospitalisations peuvent encore être raccourcies par des hôtels hospitaliers permettant aux patients une poursuite de soins et rééducation en HDJ (MCO et SSR) alors que les solutions de retour à domicile ne sont pas encore prêtes.

Q7. Innovations diagnostiques à venir dans les 5 à 10 ans

Explorations fonctionnelles : analyse des voies motrices par Stimulation magnétique transcrânienne, IRM fonctionnelles, analyse du mouvement en situation écologique (par GPS, caméra, accéléromètres...) ; analyse des fonctions neuro-végétatives ; analyse « écologique » des déficiences cognitives et leurs conséquences (Appartements connectés « smart flat »...).

Q8. Innovations thérapeutiques à venir dans les 5 à 10 ans

Interactions en développement avec la médecine régénératrice, les biothérapies (cellules souches, thérapie génique, biomatériaux) : exemple des thérapies géniques dans les vessies neurologiques et dans les douleurs neurologiques centrales ou des thérapies par cellules souches en pathologies dégénératives;

Neuromodulation dans l'aide aux récupérations motrices, cognitives et neurovégétatives.

Interface cerveau-machine comme outil de contrôle de l'environnement (déjà existant) et de son propre corps (en développement !).

e-rééducation : suites de rééducation et suivi médical à domicile par télé-surveillance/évaluation, réalité virtuelle...

Thérapeutiques mini-invasives pour les affections de l'appareil locomoteur et la neuro-orthopédie

Urgences spécifiques pour personnes handicapées (projet en cours à Garches avec l'ARS) ;

Unités péri-opératoires pour personnes handicapées (sur le modèle des UPOG) ;

Développement de stratégies fondées sur le risque plutôt que sur le degré de handicap dans un but de prévention notamment au cours des affections dégénératives de l'appareil locomoteur, exemple : stratégies intégrant le risque de chronicité au cours de lombalgies, passant par le phénotypage et les mesures préventives.

Q9. Innovations globales dans les prises en charge dans les 5 à 10 ans

Compte tenu des connaissances médico-économiques et de l'évolution des technologies, on ne peut qu'espérer une nette évolution des processus précoces de réadaptation dès le stade aigu des affections à risque de handicap.

Q10. Recherche clinique et translationnelle

– En cours

Les services de MPR de l'AP ont une forte activité de recherche dans leurs domaines : conduction de nombreux projets de recherche (PHRC, PHRI...), organisation de congrès nationaux et internationaux, comités éditoriaux de revues scientifiques, publications scientifiques, responsabilités institutionnelles, nationales et internationales... Les axes principaux sont :

- . Epidémiologie des handicaps,
- . Compréhension des mécanismes physiopathologiques des handicaps, de la recherche fondamentale à la clinique,
- . Validation des outils métrologiques et d'évaluations cliniques et instrumentaux,

. Validation des traitements médicamenteux, rééducatifs et substitutifs,
. Impacts sociaux et économiques des handicaps, des approches thérapeutiques et des systèmes de soins.

– À venir

Se développent et prendront de l'importance :

*Recherche translationnelle par exemple sur les pathologies articulaires et rachidiennes dégénératives (du rôle des contraintes chez l'animal à l'effet de la rééducation chez l'homme), dans les vessies neurologiques (biotechnologies, thérapie génique)...

*Etudes médico-économiques des effets des programmes de réadaptation dont les bénéfices socio-économiques commencent à être clairement démontrés.

* Conséquences musculo-squelettiques des handicaps neurologiques

Q11. Aspects universitaires de la spécialité

La MPR a une forte activité d'enseignement dans les facultés de médecine pour les 3 cycles ainsi que pour les professions de la réadaptation (réfèrent universitaire des écoles, responsable de DU et Masters...).

L'universitarisation des professions de la Rééducation est en cours : à Paris 6, Paris7, Versailles St Quentin..., les professeurs de MPR sont les référents universitaires des écoles paramédicales, en kinésithérapie, podologie et ergothérapie notamment.

Indispensable formation sur le terrain de tous les métiers de la rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, podologues, appareilleurs principalement).

Q12. Modalités d'évaluation de la pertinence de soins dans la spécialité

Taux de réhospitalisations notamment en urgence traduisant l'inadéquation des processus de soins, de sortie ou de suivi ;

Etudes médico-économiques intégrant les gains obtenus en autonomie, la réussite des projets de vie, le retour au domicile ou à la vie communautaire, le retour au travail et/ou le bénéfice du rôle social conservé malgré les handicaps...

Synthèse

*Discipline d'avenir

*Place majeure de l'AP dans la mission soins « réduire les déficiences, prévenir les handicaps » pour de très nombreux patients aux besoins complexes.

*Tous modes de soins : HC, HDJ (MCO et SSR), HAD, équipes mobiles, consultations.

*Importance de ses missions d'enseignement/formation auprès des médecins et des paramédicaux.

*Large domaine de recherche de la recherche fondamentale à la clinique, comportant l'épidémiologie et la compréhension des mécanismes physiopathologiques des handicaps, la validation des outils métrologiques et des traitements (médicamenteux, rééducatifs et substitutifs), ainsi que l'étude des impacts médico-économiques de nos interventions.

*Nombreuses innovations diagnostiques et thérapeutiques permettant de mieux mesurer et réduire les conséquences des maladies et traumatismes.

*Intégration étroite des soins de MPR hôpital / ville.