

Médecine physique et réadaptation

- **Principal rédacteur de cette synthèse**
Alain YELNIK, Lariboisière.
- **Participation de la spécialité à l'aval des urgences**
Peu d'admissions en suite directe des urgences mais environ 70 % des patients sont arrivés à l'hôpital par les urgences et sont admis en MPR après un passage en MCO ; selon la typologie des besoins principalement en neurologie et traumatologie dans le champ de la MPR. Certains patients sont admis directement des urgences lorsqu'il s'agit de handicapés connus présentant une affection spécifique pour la MPR.
- **Grandes progrès envisageables dans la spécialité**
 - Les besoins augmentent : amélioration des soins, recommandations internationales concernant l'intérêt des traitements non médicamenteux dans la plupart des affections, vieillissement de la population et peut être plus encore, vieillissement des personnes handicapées.
 - En augmentation : conséquences des accidents vasculaires cérébraux (AVC) par un meilleur maillage de prise en charge ; sclérose en plaques et Parkinson parmi les affections au long cours ; besoins croissants en neuro-oncologie et plus généralement en oncologie ; forte augmentation dans les maladies ostéo-articulaires dégénératives, mais aussi inflammatoires. Augmentation des handicaps les plus lourds (lésions médullaires hautes, AVC...) de l'adulte, demande propre à l'AP-HP.
 - En diminution : traumatologie lourde, « polyhandicaps » chez l'enfant à l'AP-HP.
 - Innovations thérapeutiques : réalité virtuelle ; robotique de rééducation ; stimulations cérébrales transcorticales magnétiques ou électriques pour la rééducation des patients cérébrolésés et certaines affections chroniques ostéoarticulaires ; aides à la communication des grands handicapés grâce aux interfaces cerveau/machine ; toxine botulinique dans les traitements de la spasticité et de l'hyperactivité vésicale ; tutoriels en ligne destinés aux patients afin d'améliorer l'observance qualitative et quantitative aux programmes d'exercices.
- **Poids et profil des patients chroniques dans la spécialité**
 - La majorité des patients relevant de MPR présente des maladies et des handicaps chroniques, mais la MPR se situe dans la prévention autant que dans la correction de ces handicaps.
 - Importance de l'action de la MPR en amont dès les séjours en réanimation, médecine ou chirurgie ; actions pour la diminution des handicaps moteurs, cognitifs et végétatifs.
 - Importance de la création des unités de soins de rééducation post-réanimation (SRPR).
 - Importance de l'éducation thérapeutique, nombreux programmes en développement.
 - Pour les soins au long cours des personnes handicapées chroniques, dont la fréquence des comorbidités est plus élevée que dans la population générale, la MPR est souvent la spécialité en responsabilité du suivi médical.
 - Besoins de créer des lits et places en MCO pour valoriser l'activité d'expertise (diagnostic, évaluation et thérapie) effectuée en hospitalisation complète, hospitalisation de semaine ou hospitalisation de jour. Le caractère chronique des besoins présentés par le patient ne signifie pas de corrélation directe avec une prise en charge en secteur SSR.
- **Masses critiques pour les activités cliniques et les plateaux techniques**
 - Les grandes différences de patients traités selon les unités de MPR rendent difficile l'établissement de normes minimales. L'environnement, l'adossement de structures les unes aux autres doivent aussi être pris en compte. En hospitalisation conventionnelle, des unités de 30 lits ont fait la base de nombreuses recommandations.

- Chaque GH devrait disposer d'un service de MPR dont le dimensionnement peut varier (hospitalisation complète, de jour, équipe mobile...) avec plateau technique performant d'évaluation de la fonction (rééducation et réadaptation) pour les adultes comme pour les enfants.
- **Coopération avec les médecins de ville**
 - La MPR est souvent encore assez mal connue des médecins généralistes dans le parcours de soins des personnes handicapées ; efforts à faire pour renforcer cette collaboration en faveur du maintien à domicile des grands handicapés, de leur suivi médical, de leur orientation professionnelle notamment.
 - Rôle dans la formation continue des médecins et professionnels paramédicaux libéraux.
 - Importance du rôle des équipes mobiles de MPR (comme celles qui vont être financées dans le cadre du plan AVC) dont l'action se situe en intra et extrahospitalier ; rôle pour faciliter la sortie des patients, l'orientation adaptée et le suivi de la bonne réalisation des projets de soins en ambulatoire en liaison avec l'hôpital, la médecine générale et les professionnels de rééducation libéraux.
 - Les consultations externes réalisées par les médecins MPR sont absolument indispensables et souvent le seul recours, compte tenu du très faible maillage de la MPR en libéral (en moyenne 4 médecins MPR par département) et des très faibles capacités des structures privées de MPR.
- **Filières de soins à l'intérieur (entre les GH) et hors de l'AP-HP**
 - Les services de MPR de l'AP-HP se situent tous en accueil de proximité ou de recours selon la fréquence des besoins : les AVC sont pris dans la majorité des services ; les traumatismes crâniens à Garches, la Salpêtrière, Fernand-Widal, Henri-Mondor ; les blessés médullaires à Garches ; la neuro-urologie à Tenon, Rothschild et Garches ; le rachis à Cochin et Lariboisière ; les brûlés à Fernand-Widal (en projet) ; SRPR en projets à la Salpêtrière, Lariboisière et Garches ; plusieurs filières avec les services MCO sont fonctionnelles et en développement (maladies rares, SEP, Parkinson, polyhandicaps, par exemple).
 - La logique de "fluidité" des parcours de patients au sein des GH est parfois en opposition avec une logique de pertinence et d'organisation territoriale des soins en MPR.
 - La prise en charge des patients les plus complexes sur le plan médical et médicosocial repose essentiellement sur l'AP-HP qui doit accepter cette mission sans s'y laisser enfermer. Le logiciel TRAJECTOIRE a accentué cette difficulté.
 - Importance d'améliorer les liaisons avec le secteur médicosocial et de renforcer sa capacité d'accueil ; difficultés à établir des réseaux avec le secteur médicosocial car le recrutement AP-HP est très large avec des domiciles épars.
- **Substituts à l'hospitalisation conventionnelle : hôpital de jour, hospitalisation à domicile, ambulatoire...**
 - Les HdJ en MPR ont été développés ces dernières années ; il est souhaitable d'augmenter encore leurs capacités d'accueil, que ce soit en MCO (diagnostic, évaluation, thérapie) ou en SSR (évaluation, rééducation, réadaptation). L'HdJ elle-même nécessite le développement d'autres offres de soins de rééducation externe spécialisée, qui se heurte à un défaut de valorisation financière.
 - L'hospitalisation traditionnelle restera indispensable pour un très grand nombre de patients gravement polydéficients.
 - L'HàD est très insuffisamment développée dans des programmes de réadaptation, même si quelques efforts ponctuels ont été réalisés.
- **Impact de la télémedecine**

La télémedecine est en développement en MPR sur plusieurs axes intéressants pouvant éviter les déplacements de certains patients et accroître les possibilités d'avis médical :

 - surveillance de personnes lourdement handicapées à partir du domicile ou de la structure médico-sociale ;
 - entre services de l'AP-HP ou extra-AP-HP, pour des avis médicaux, chirurgicaux orthopédiques ou plastiques.

La question du financement et de son codage devra être étudiée.

- **Commentaires libres**

- La MPR est devenue une spécialité interventionnelle.
- La place de la MPR au sein de l'AP-HP doit être envisagée au sein de l'offre de soins en Île-de-France en complémentarité avec les autres structures existantes, mais elle doit tenir compte de la réelle concurrence dans certains domaines comme les AVC et ne pas se laisser enfermer dans les seuls besoins les plus complexes. Les soins ambulatoires doivent être encore développés.
- Des projets forts en MPR, élaborés ces dix dernières années, n'ont finalement pas vu le jour à Rothschild et à Coeuron-Celton. Il y a pourtant encore besoin d'augmenter les capacités d'hospitalisation complète pour les maladies du système nerveux et les suites complexes de réanimation.
- Des équipes de MPR devraient être présentes dans tous les GH, adultes et enfants, car elles contribuent fortement à l'amélioration du parcours des patients et à la qualité des soins.
- Les filières intra-GH sont parfois contradictoires avec les besoins de complémentarité, de spécialisation et de pertinence au niveau territorial.
- L'attractivité de la MPR à l'AP-HP pour les médecins en formation reste forte et augmente avec l'amélioration de la démographie depuis la filiarisation (12 à 13 MPR formés en Île-de-France sortiront chaque année à partir de 2014) ; c'est la meilleure offre de formation en France pour les étudiants de 3^e cycle.
- Il faut signaler des difficultés croissantes de recrutement de professionnels de rééducation (kinésithérapeutes notamment) liées à la faible attractivité de l'AP-HP par rapport à toutes les autres structures concurrentes, y compris publiques.