



Rapport collégial du CNP de MPR / FEDMER

*En réponse à la lettre de mission du 24 janvier 2018 de la DGOS
Concernant les évolutions souhaitables des structures de SSR pour les 5 à 10 prochaines années.*

Contribution :

**SOFMER ; COFEMER ; SYFMER ; EMPR ; ANMSR ; AJMER ;
AMPR Aquitaine. AMPR Nord Picardie**

Document de synthèse

Au sein des structures de SSR, la MPR occupe une place spécifique :

- La Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) est une spécialité médicale dont le rôle est de prévenir ou de réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités liées aux accidents et aux maladies constituées ou acquises de la naissance à la fin de la vie (*Livre Blanc de MPR*).
- Les médecins de MPR agissent dans le champ de la réadaptation, en liens étroits et en coordination avec les autres professionnels de la Réadaptation (*OMS*)
- Le médecin de MPR intervient dans les structures de SSR mais également en MCO, en médico-social (ou en USLD), et en cabinet libéral. Les médecins de MPR représentent 25% des médecins qui exercent en SSR

Pour une évolution optimale des SSR, le CNP/MPR propose de :

1/ Repenser les parcours des patients et axer les efforts sur les phases de transition

La fluidité des parcours doit être réelle à toutes les phases :

- Favoriser la fluidité entre les SSR dans le cadre de la gradation des soins,
- Favoriser la fluidité entre SSR et MCO, entre MCO et SSR, entre SSR et HAD
- Favoriser la fluidité en décloisonnant le secteur sanitaire et le secteur médico-social : impact sur les financements et fongibilité des enveloppes, mesures incitatives pour limiter les durées de séjour injustifiées en secteur sanitaire

La logique de parcours doit intégrer les solutions innovantes, inexistantes à ce jour, qui complètent l'offre actuelle

- Secteurs de soins post-aigus pour les patients requérant beaucoup de soins médicaux et nécessitant peu de rééducation : « unités de soins médico-techniques importants (SMTI) ».
- Soins de transition (« nursing homes ») pour les patients nécessitant des soins infirmiers et dont le niveau de dépendance ou les contingences sociales ne permettent pas le retour à domicile. Il s'agit d'une stratégie de soutien social dominante, assurée sous le contrôle d'un médecin généraliste.

2/Proposer une gradation des soins

La gradation des soins en SSR est une nécessité à laquelle les décrets de 2008 ne répondent que partiellement, parce qu'ils abordent la question sous l'angle des filières et des pathologies et non pas du potentiel de réadaptation avec des objectifs de pertinence de qualité des soins (évaluation et/ou programme de soins).

Cette gradation répond à une triple logique :

- Logique médicale et temporelle basée sur l'évaluation et l'évolution des besoins
 - o Un même patient peut avoir des besoins de SSR différents au cours de son parcours (*un même patient hémiplégique peut relever d'un SSR neuro, d'un SSR PAPD, d'un SSR polyvalent, d'un SSR maladies métaboliques, d'un SSR appareil locomoteur...*)
 - o Rééducation précoce dans les suites d'une maladie ou d'un accident (*un patient hémiplégique, dans les suites immédiates de l'AVC...*)
 - o Réinduction rééducative dans le cadre d'une maladie chronique (*hémiplégique en phase chronique, lombalgie chronique en HTP, sclérose en plaques ...*) ou de besoins techniques et thérapeutiques spécifiques non disponibles en SSR non spécialisé (recours, expertise)
- Logique géographique de répartition de l'offre : Territoriale de proximité, Infrarégionale de recours et Régionale d'expertise.

Le maillage doit être organisé pour chaque région en complémentarité sur les 3 niveaux, dans une logique géographique de rationalisation de l'offre de soin en fonction des évolutions des densités de population et de l'»épidémiologie des affections handicapantes.

- SSR de proximité : Il répond à une logique territoriale permettant une offre de soin équitablement distribuée en fonction des bassins de population pour des situations fréquentes. Il regroupe les structures de SSR « polyvalent ou indifférencié ». Cette définition doit s'étendre à certains SSR spécialisés, en particulier à certains SSR « Personnes Agées Polypathologiques et Dépendantes » (PAPD) et à certains SSR « affections de l'appareil locomoteur ».
- SSR de Recours : Les SSR de Recours sont les SSR spécialisés accueillant des patients nécessitant un niveau élevé de spécialisation, une forte densité de personnel paramédical de rééducation et éventuellement l'accès à un plateau technique spécialisé pendant une période limitée de leur parcours de soin. La segmentation utile des SSR spécialisés par pathologie, n'est pas suffisante pour définir le recours en SSR.
- SSR d'Expertise : Les SSR d'expertise sont des SSR hautement spécialisés pouvant accueillir
 - Des patients particulièrement complexes et instables médicalement : polytraumatisés, patients neurologiques en phase précoce, brûlés nécessitant des pansements complexes, patients en sortie de réanimation ou des unités de MCO...
 - Des patients présentant des pathologies rares ou combinées nécessitant une expertise particulière de réadaptation : amputés, blessés médullaires, cérébrolésés lourds en phase d'éveil, troubles visuels, obésité morbide...
 - Des patients requérant pour une durée limitée une expertise particulière de bilan ou d'encadrement de gestes spécifiques en SSR : neuro-orthopédie complexe, pelvipérinéologie, neuro-cognition, ...
 - Ces établissements d'expertise peuvent aussi être identifiés par un rôle important dans la formation des professionnels des métiers de la réadaptation (encadrement des médecins et professionnels du secteur) et dans la recherche clinique et l'innovation.

3/Développer l'ambulatoire et les alternatives au SSR : outils de fluidification et de coordination

- Favoriser le développement des HDJ, HAD de spécialité en MPR (HAD-R), ACE, équipes mobiles de MPR, cabinets libéraux de MPR :
 - En assouplissant le cadre réglementaire (création d'HAD conventionnel ou de MPR, d'équipes mobiles de MPR)
 - En révisant les conditions tarifaires de fonctionnement.

4/ Renforcer la Qualité des soins et la pertinence des soins en SSR

- S'appuyer sur les déterminants socles de la qualité des soins : coordination des organisations, composition d'équipes pluriprofessionnelles, disponibilité de plateaux techniques (équipements adaptés et professionnels formés)
- Augmenter les ressources concernant les bonnes pratiques : Parcours de soins en MPR rédigés par la SOFMER et le CNP de MPR, recommandations éditées par la SOFMER, Programmes de soins en MPR (livre blanc UEMS...)
- Renforcer l'évaluation en prenant appui :
 - Sur des indicateurs de qualité (à définir : évaluation de la dépendance par l'échelle SAS-SOFMER en cours de validation, de la qualité de vie...)
 - Sur des outils innovants d'évaluation de la pertinence : méthodologie à construire (évolution du CSARR qui ne permet pas d'évaluer la pertinence des soins).
 - Sur les connaissances scientifiques (groupe Cochrane Réhabilitation)

5/ Prendre en compte les besoins actuels et à venir

Les besoins des populations :

-Les besoins actuels en SSR peuvent être mal couverts : inégalités territoriales avec une offre quantitativement insuffisante, qualitativement inadaptée, trop éloignée des bassins de population, ou avec un accès difficile voire impossible au Recours et à l'Expertise.

-Les besoins vont évoluer fortement dans les années à venir avec l'émergence de patients de plus en plus complexes sur le plan médical, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques à fort besoin de réadaptation (dont l'évolution de certaines pathologies jusqu'à présent mortelles comme la cancérologie), le vieillissement de la population et son besoin de maintien de l'autonomie.

Les conditions de prise en charge :

-La segmentation des SSR doit être en partie revue avec une évolution nécessaire des décrets de 2008

-Les conditions de fonctionnement doivent être revues à la lumière de ces modifications de la segmentation, des évolutions des pratiques et de la technologie, et de l'évolution des professions. L'évolution des métiers de la réadaptation doit être accompagnée (pratiques avancées, universitarisation des formations paramédicales et Sciences de la Réadaptation ; formation des paramédicaux pour transferts de compétences)

Innovation et Recherche

- Innovations technologiques : robotique, réalité virtuelle et serious-games, technologies de compensation (homme augmenté, homme réparé et objets connectés, habitat intelligent et adapté). Innovations applicables autant en hospitalisation qu'en ambulatoire.
- Innovations dans le soin : Data-mining et intelligence artificielle pour les algorithmes décisionnels, télémédecine et téléconsultations dans le soin, simulation dans la formation des professionnels, formation des paramédicaux pour économiser le temps médical, création de nouveaux métiers.
- Innovations organisationnelles : refonte des SSR, identification des SMTI et des unités de transition et fluidification des parcours entre MCO SSR et médico-social. Techniques d'auto-rééducation, de suivi à distance, d'éducation thérapeutique personnalisée, et connections partagées avec les soins de ville