

**Synthèse réunion ciblée pédiatrie, portant sur la réforme des autorisations SSR**

*5 février 2019*

* **Cette réunion avait pour objectif principal de répondre à 4 questions :**
* Faut-il une mention spécialisée SSR pédiatrie ?
* Statuts particuliers des MECS et pouponnières: faut-il maintenir ces statuts ? Les fondre dans le SSR sans différence ?
* Les frontières avec le médico-social ?
* La gradation des soins pour les enfants et adolescents ?

* **Concernant la nécessité de créer une mention spécialisée SSR pédiatrie**

Il est ressorti de la majorité des participants le souhait de créer une spécialité SSR Pédiatrique (Ce qui, entre nous, existait déjà dans certaines régions).

* **Concernant les normes de personnel**

C’est engagé une discussion sur l’Art D6124-177-10 : «  Médecin coordonnateur qualifié en médecine générale ou en pédiatrie, ou en MPR, ou dans l’une des affections de l’article R6123-120. S’il n’est pas qualifié en pédiatrie, justifie d’une formation ou expérience attestées dans la prise en charge de l’enfant ».

La discussion a été compliquée car de nombreux pédiatres travaillant dans de gros hôpitaux étaient présents. Ils ont défendu que le médecin coordonnateur soit Pédiatre avec expérience en MPR.

Nous avons défendu la ligne la plus souple possible afin que l’article soit le moins contraignant possible pour les petits établissements, peu importe que le premier médecin cité soit pédiatre/généraliste/MPR.

**Théoriquement, la DGOS maintiendra la possibilité d’avoir recours à ces trois spécialités.**

La discussion s’est alors encore plus compliquée quand nous avons abordé la question des mentions complémentaires comme pour les SSR Adultes.

A été cité l’exemple de «  SSR Pédiatrique Affections Brulés »  et la nécessité d’avoir pour la visite de conformité un médecin MPR, Brûlologue, attestant d’une expérience en Pédiatrie. Pour 4 lits, impossible d’avoir en plus un pédiatre.

Il a été rappelé que tous les établissements SSR pédiatriques n’étaient pas de gros CHU et qu’il est impossible de disposer de toutes les spécialités (pédiatre, MPR, brulologue, cardiologue, …).

Il va falloir être très vigilant à la manière dont vont être écrits les textes.

Il faut laisser la possibilité aux établissements d’avoir recours à des spécialités par convention, y compris,  pour le pédiatre.

* **Concernant les tranches d’âge**

**Il a été acté le principe de deux classes d’âges :**

**- Les 0 – 3 ans,**

**- Les 4 – 18 ans.**

Cette modification des tranches d’âge aura pour conséquence de faire modifier l’Art D6124-177-11 :  «  L’équipe pluridisciplinaire comprend des compétences de puériculteur lorsque l’établissement accueille des enfants de moins de 6 ans. Également des éducateurs de jeunes enfants ou d’éducateur spécialisé. Autres membres de l’équipe ont reçu une formation à l’approche et la prise en charge de l’enfant ou adolescent ».

Ce qui est plutôt une bonne nouvelle puisque l’IDE Puéricultrice ne sera plus obligatoire à partir de 4 ans.

* **Concernant les locaux**

Art D6124-177-14 :« Par dérogation, les chambres d’hospitalisation peuvent comporter jusqu’à 4 lits au maximum. Elles sont alors suffisamment spacieuses et organisée de façon à garantir le respect et l’intimité des enfants ou des adolescents. Des espaces de vie et de jeux intérieurs et extérieurs sont prévus pour les patients accueillis » ;

Il a été défendu la possibilité, pour les grands ados, d’avoir recours à des chambres à 4 lits, à condition bien évidemment que l’espace soit suffisant. Il y a, en effet, un intérêt social et psychologique pour les jeunes de pouvoir se retrouver le soir en l’absence des éducateurs.

Les pédiatres présents ont réagi avec véhémence, évoquant les difficultés pour les isolements et également les risques de "maltraitance sur enfant". Certains ont même évoqué la nécessite de n’avoir que des chambres individuelles.

Il n’est pas certain que nous ayons convaincu. Le passage à des chambres à deux lits risque de mettre en difficulté certains établissements.

* **Concernant les « MECS et pouponnières ».**

**Il a été acté la suppression des textes des « MECS et pouponnières ».**

Le nouveau cadre règlementaire parlera de SSR Pédiatrique avec deux tranches d’âge.

**La DGOS a alors expliqué qu’un accompagnement vers le médico-social sera réalisé pour les MECS à caractère social qui se situe à la limite entre sanitaire et social.**

* **Concernant les MECS à activité temporaire.**

**La DGOS a exprimé son souhait de conserver ce type de prise en charge, à partir du moment, où l’établissement répond aux conditions techniques de fonctionnement et réalise véritablement une activité sanitaire.**

* **Concernant les permissions de sorties exceptionnelles.**

**Il a été acté la nécessité pour les SSR pédiatriques de pouvoir autoriser, autant que de besoin, des permissions pour les enfants.**

Nous avons ainsi pu ré-aborder les problématiques actuel de l’Art. 80 ; et la nécessité que pour les enfants les transports soient pris en charge.

* **Concernant la graduation des soins.**

Au vu de faible nombre d’établissements pédiatriques présents sur le territoire, la DGOS a évoqué la possibilité que les SSR pédiatriques soient des établissements de Recours.

Ce choix a largement été défendu par les participants de la réunion qui ont tous évoqués la surspécialisation de leurs établissements.

* **Concernant le SSR pédiatrique Polyvalent.**

Ce sujet a été évoqué pour les suites de convalescence des enfants onco.

La position n’a pas été arrêtée par les membres présents.

Ont également été évoqués très rapidement :

* les équipes mobiles,
* le recours aux ACE, l’HAD,
* … mais objectivement, la DGOS ne souhaitait pas évoquer ces thématiques et de toutes façons le temps de réunion ne le permettait pas.

**La DGOS a invité les fédérations à adresser les remarques et compléments par écrits.**