

**La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients
en Soins de Suite et de Réadaptation en Corse du Sud**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 3 Juin 2022

Par Madame Inès BOULGHALEGH

Née le 21 mars 1992 à Nîmes (30)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SCHLEINITZ Nicolas

Président

Monsieur le Docteur THERY Didier

Directeur

Monsieur le Docteur BARGIER Jacques

Assesseur

Madame le Docteur GAFFORY Marie-Thérèse

Assesseur

**La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients
en Soins de Suite et de Réadaptation en Corse du Sud**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 3 Juin 2022

Par Madame Inès BOULGHALEGH

Née le 21 mars 1992 à Nîmes (30)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SCHLEINITZ Nicolas

Président

Monsieur le Docteur THERY Didier

Directeur

Monsieur le Docteur BARGIER Jacques

Assesseur

Madame le Docteur GAFFORY Marie-Thérèse

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELPERO Jean-Robert
	ALDIGHERI René		DESSEIN Alain
	ALESSANDRINI Pierre		DELARQUE Alain
	ALLIEZ Bernard		DEVRED Philippe
	AQUARON Robert		DEVIN Robert
	ARGEME Maxime		DJIANE Pierre
	ASSADOURIAN Robert		DONNET Vincent
	AUFFRAY Jean-Pierre		DUCASSOU Jacques
	AUTILLO-TOUATI Amapola		DUFOUR Michel
	AZORIN Jean-Michel		DUMON Henri
	BAILLE Yves		ENJALBERT Alain
	BARDOT Jacques		FAUGERE Gérard
	BARDOT André		FAVRE Roger
	BERARD Pierre		FIECHI Marius
	BERGOIN Maurice		FARNARIER Georges
	BERLAND Yvon		FIGARELLA Jacques
	BERNARD Dominique		FONTES Michel
	BERNARD Jean-Louis		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Paul		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYSS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HASSOUN Jacques
	CAMBOULIVES Jean		HEIM Marc
	CANNONI Maurice		HOUEL Jean
	CARTOUZOU Guy		HUGUET Jean-François
	CAU Pierre		JAQUET Philippe
	CHABOT Jean-Michel		JAMMES Yves
	CHAMLIAN Albert		JOUBE Paulette
	CHARPIN Denis		JUHAN Claude
	CHARREL Michel		JUIN Pierre
	CHAUVEL Patrick		KAPHAN Gérard
	CHOUX Maurice		KASBARIAN Michel
	CIANFARANI François		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLAVERIE Jean-Michel		LACHARD Jean
	CLEMENT Robert		LAFFARGUE Pierre
	COMBALBERT André		LAUGIER René
	CONTE-DEVOLX Bernard		LE TREUT Yves
	CORRIOL Jacques		LEGRE Régis
	COULANGE Christian		LEVY Samuel
	CURVALE Georges		LOUCHET Edmond
	DALMAS Henri		LOUIS René
	DE MICO Philippe		LUCIANI Jean-Marie

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MAGALON Guy	MM	TAMALET Jacques
	MAGNAN Jacques		TARANGER-CHARPIN Colette
	MALLAN- MANCINI Josette		THIRION Xavier
	MALMEJAC Claude		THOMASSIN Jean-Marc
	MARANINCHI Dominique		UNAL Daniel
	MARTIN Claude		VAGUE Philippe
	MATTEI Jean François		VAGUE/JUHAN Irène
	MERCIER Claude		VANUXEM Paul
	MICHOTEY Georges		VERVLOET Daniel
	MIRANDA François		VIALETTES Bernard
	MONFORT Gérard		WEILLER Pierre-Jean
	MONGES André		
	MONGIN Maurice		
	MUNDLER Olivier		
	NAZARIAN Serge		
	NICOLI René		
	NOIRCLERC Michel		
	OLMER Michel		
	OREHEK Jean		
	PAPY Jean-Jacques		
	PAULIN Raymond		
	PELOUX Yves		
	PENAUD Antony		
	PENE Pierre		
	PIANA Lucien		
	PICAUD Robert		
	PIGNOL Fernand		
	POGGI Louis		
	POITOUT Dominique		
	PONCET Michel		
	POUGET Jean		
	PRIVAT Yvan		
	QUILICHINI Francis		
	RANQUE Jacques		
	RANQUE Philippe		
	RAOULT Didier		
	RICHAUD Christian		
	RIDINGS Bernard		
	ROCHAT Hervé		
	ROHNER Jean-Jacques		
	ROUX Hubert		
	ROUX Michel		
	RUFO Marcel		
	SAHEL José		
	SALAMON Georges		
	SALDUCCI Jacques		
	SAMBUC Roland		
	SAN MARCO Jean-Louis		
	SANKALE Marc		
	SARACCO Jacques		
	SARLES Jacques		
	SARLES - PHILIP Nicole		
	SASTRE Bernard		
	SCHIANO Alain		
	SCOTTO Jean-Claude		
	SEBAHOUN Gérard		
	SEITZ Jean-François		
	SERMENT Gérard		
	SOULAYROL René		

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikael
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGEON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFACIEN Laurent	ROLL Fabrice	TACIBO Jean
TRADDA Philippe	ROUCO Dominique	TARIBOUZACQ Julien (Haitien)
PELASSIER-ALIXOT Jean-Louis	ROUSO Pascal	VELLY Laurent
PELLETIER Jean	ROUXARD Jean	VET Herbert
PERAON Franck	SALAS Dominique	VERBA Vincent
PEROUTI Sébastien	SARICIN-BARTISLOVICIC Mirjana	VERNA Patrick
PETIT Philippe	SCYFARON Olivier	VELLARD Patrick
PIRAN Jean	SENECHOTTE Vincent	VERON Jean-Michel
PIERRE-CHAMPTI Franck (Droites)	TERRELL Frédéric	VITTON Yannick
PIERRE Philippe	THEVENAZO Jean	WERNER Michel (En attente de la note)
PIRELLI Nicolas	THIERY Nicolas	STEIN Jean
PIREYRE François	THOMAS Aurélien	TERRILLON
POLYMERIS Jean	VITTES Laurent	THELIER-DEWAZE Laurent
PONCE Philippe	TABER David	
POIN Jean	THOMAS Pascal	
POYNAUD-GAUMONT Franck	THOMAS Franck	
REYNARD Robert	THOMAS Raphaël	
REMARQUE LAURENDO Jean-Louis	THOMAS-TOUZE Jean-Michel (A. Agnès)	
ROCHER Raphaël	THOMAS Jean-Michel (Roumèlie)	
ROCHE Franck-Philippe	THOMAS Patrick	
ROCH Assouan	THOMASON Sébastien	
ROCHERBERG Patrick	THOMAS Olivier	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEAGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

Secrétariat Général - RH

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MAJ 01.09.2021

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 BARLOGIS Vincent (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 FABRE Alexandre (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)
 BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
 LAMBERT Isabelle (MCU-PH)
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)
 RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)
 CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PSYCHOLOGIE SOCIALE**

AGHABABIAN Valérie (PR)
 LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)
 DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)
 STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 DAUMAS Aurélie (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A mes Juges,

Professeur Nicolas SCHLEINITZ

PU-PH Médecine interne

Service de Médecine Interne de l'Hôpital de la Timone, Professeur de Médecine Interne à Aix-Marseille Université

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse. Votre implication à la lecture de cet écrit est un privilège, veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Madame, Messieurs les Assesseurs,

Dr Didier THERY

MCF à la Faculté de Médecine Aix-Marseille

Médecin Généraliste à Marseille

Vous me faites l'honneur de diriger ce travail de thèse. Vous m'avez accompagnée tout le long de cet internat. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

Dr Jacques BARGIER

MCF à la Faculté de Médecine Aix-Marseille

Médecin Généraliste à Mourières

Vous avez été l'un des premiers à m'accompagner au début de l'internat. Je suis honorée de vous avoir en tant que membre du jury. Je tiens à vous remercier d'avoir accepté ma demande ainsi que pour votre engagement auprès des internes.

Dr Marie-Thérèse GAFFORY

Médecin physique et de réadaptation au CRF du Finosello à Ajaccio

Je vous remercie de m'avoir permis de découvrir le métier de Médecin généraliste en Soins de Suite et de Réadaptation, de m'avoir accompagnée dans ce projet et d'accepter de participer à ma thèse. Merci pour votre bienveillance quotidienne. Recevez ici mes remerciements les plus respectueux et ma sincère considération pour votre savoir que j'admire tant.

Merci à toutes les personnes ayant travaillé de loin ou de près à ce projet, pour leur disponibilité et leurs remarques pertinentes.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de répondre au questionnaire d'étude.

Merci d'avoir accordé de l'intérêt à mon sujet.

Merci à toute l'équipe du *Centre de Rééducation Fonctionnelle du Finosello* avec qui j'ai pu découvrir la rééducation et réadaptation dans une ambiance à la fois chaleureuse et dynamique. Cette aventure m'a permis d'avoir une relation privilégiée avec chacun d'entre vous que j'affectionne particulièrement. Vous m'avez pleinement intégrée et soutenue dans mes projets professionnels et personnels et vous en remercie sincèrement.

Un grand merci aux *Dr OLIVIERI, Dr FERRACCI, Dr PIERI, Dr BROGNIART* et *Dr ANTONINI* pour qui les conseils sages et expérimentés m'ont permis d'enrichir mes connaissances médicales et humaines. Je vous remercie infiniment de m'avoir accordé du temps et surtout votre confiance.

Merci aux autres services qui m'ont accueillie pendant mon internat,

A l'équipe médicale et paramédicale des *urgences* du Centre Hospitalier d'Ajaccio,

A l'équipe médicale et paramédicale de *médecine interne/pneumologie* du Centre Hospitalier d'Ajaccio,

A l'équipe médicale et paramédicale de *pédiatrie* du Centre Hospitalier d'Ajaccio,

A l'équipe médicale et paramédicale de *gynécologie* du Centre Hospitalier d'Ajaccio.

Merci aux *Dr CHAY* et *Dr COCHET* de Tarascon avec qui j'ai surmonté la première vague COVID et ses incertitudes, vous m'avez véritablement confortée dans l'idée que la médecine générale est ce qui me correspond.

Merci à ma famille,

A ma mère que j'aime tant, qui m'a toujours soutenue, cru en mes capacités et a tout fait pour que je réussisse et sois heureuse. Merci profondément.

A mes sœurs Myriam et Louisa, qui m'ont soutenue tout au long de mon cursus. Vous avez été mes piliers. Rien n'aurait été possible sans vous. Je vous aime tellement.

A ma grand-mère, qui par ses merveilleux plats a su me donner la force d'avancer pendant les révisions.

A mon Oncle Kaddour, qui est la personne la plus intelligente et drôle à la fois que je connaisse. Je t'admire énormément.

A mes tantes, toujours dévouées pour la famille.

A Fayrouze et mes cousins que j'apprécie beaucoup.

A ma nièce et mes neveux, qui ont une place particulière dans mon cœur.

A Rita, qui dès l'école primaire m'incitait à faire mes devoirs au lieu de me distraire.

Merci à ma future famille,

A mon Evidence, Etienne, qui est tout ce dont je rêvais. Un homme merveilleux qui a changé ma vie. Je suis fière de t'avoir à mes côtés, fière de ce que tu entreprends et de tes ambitions. Je tiens à te remercier de m'avoir accompagnée dans ce cursus et de participer quotidiennement à mon bonheur. Je t'aime.

Au Dr Rémy FRANCOIS, un homme inégalable. Merci de m'avoir acceptée au sein du centre de rééducation du Finosello, de m'avoir aidée et permis de construire ce projet de thèse. Vous m'avez fait l'honneur d'apporter vos conseils avisés et votre altruisme sur ce travail. Je vous suis reconnaissante de cette précieuse aide. Votre charisme, éloquence, finesse d'esprit ainsi que votre personnalité et votre parcours sont admirables. Ces études m'ont permis de faire de magnifiques rencontres dont vous êtes, sans aucun doute, la plus marquante.

De plus, vous me faites l'honneur de pouvoir partager en votre compagnie des moments uniques en toute humilité.

Veillez ainsi recevoir le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A Marcel et Tonton Juju' que je suis si contente d'avoir rencontrés pendant mon cursus et que j'affectionne particulièrement.

Merci à mes ami.e.s, sans qui ce parcours n'existerait pas.

*A Pauline, cette femme splendide qui m'a encouragée toutes ces années d'internat, je veux te dire merci. Je suis heureuse de te compter avec *Valentin* parmi mes proches.*

A Meggan, cette femme si spéciale, ton soutien moral, tes encouragements, ta bonne humeur et ton optimisme m'ont permis de garder la motivation pour finaliser ce travail tant attendu.

A Alexandra, Léa, Marie et Mélanie qui ont su me comprendre, me remonter le moral et m'accompagner au cours de ces longues années d'étude. Une amitié qui compte beaucoup pour moi.

A Tiffany, ces années passées à Méjannes toutes ensemble resteront ancrées à jamais.

A Chacha, toujours présente et adorable, merci de croire en moi.

A Jérémy, mon binôme d'internat avec qui j'ai eu les plus gros fous rires. Une belle rencontre à Tarascon.

A Cécilia, mon coup de cœur d'internat sur laquelle je peux compter.

A Aurore, Julien et Margaux qui me donnent le sourire et avec qui je suis contente de partager ces moments d'amitié.

A mes co-internes, avec qui j'ai eu le plaisir de travailler.

Et merci à tous ceux que je n'ai pas pu citer.

Table des matières

INTRODUCTION	3
PRESENTATION ET CONTEXTE	7
1. LE SSR.....	7
2. PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISEE EN SSR	8
3. LES INTERVENANTS EN SSR	8
4. LA MEDECINE GENERALE EN SSR	10
4.1 Définition	10
4.2 Evolution du SSR	10
4.3 Rôle du médecin généraliste en SSR	11
5. ORGANISATION DU SSR	11
5.1 Réglementation	11
5.2 Niveaux de soins en SSR.....	12
METHODES ET MATERIELS	13
1. METHODES : CONFIGURATION ET ECHANTILLONAGE	13
1.1 Type d'étude	13
1.2 Population étudiée.....	13
1.3 Echantillon obtenu.....	13
1.4 Recrutement	13
1.5 Respect législatif sur la confidentialité des données	14
2. MATERIELS : CONFECTION DU QUESTIONNAIRE.....	14
2.1 Elaboration du questionnaire	14
2.2 Structure du questionnaire.....	15
2.3 Recueil supplémentaire de données.....	16
3. METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE.....	16
RESULTATS	17
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	17
1.1 Données épidémiologiques de la population étudiée	17
1.2 Recueil de données à posteriori.....	19
1.3 Ajout de données.....	20
2. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE SELON LES REPONDEURS.....	20
2.1 Lien entre le participant et le SSR	20
2.2 Suivi des patients	21
2.3 Dimensions du médecin généraliste	22
2.4 Motivation et frein à exercer en SSR	23
2.5 Lien entre SSR-ville et SSR-hôpital	27
3. INTERVENTION DU MEDECIN GENERALISTE VERSUS MPR	28
DISCUSSION	29
1. RESULTAT PRINCIPAL	29
2. PROFIL ET CONNAISSANCES DES PRATICIENS	29
2.1 Population de l'échantillon	29
2.2 Stade de prise en charge.....	30
2.3 Le suivi en SSR.....	31
2.4 Compétences du médecin généraliste.....	33

2.5 Formation en SSR.....	33
2.6 Atouts du médecin en SSR.....	34
2.7 Remplacer un MPR par un médecin généraliste.....	37
2.8 Exercer en SSR.....	38
3. MIEUX COMMUNIQUER POUR MIEUX COORDONNER LES SOINS.....	41
4. LES FORCES ET LES FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	43
5. RETENTISSEMENT DU COVID.....	46
5.1 Epidémie COVID19 et SSR.....	46
5.2 Les post-COVID.....	48
5.3 Les professionnels de santé.....	48
6. PERSPECTIVES POUR L'AVENIR.....	49
CONCLUSION.....	53
ACRONYMES.....	55
ANNEXES.....	56
Annexe 1 : Questionnaire de l'étude distribué aux médecins de Corse du Sud.....	56
Annexe 2 : Données selon l'Agence Régionale de Santé de Corse sur l'offre et le recours aux soins hospitaliers.....	59
Annexe 3 : Elaboration un programme d'Education Thérapeutique selon la Haute Autorité de Santé.....	60
Annexe 4 : Le projet thérapeutique individualisé ou projet de soins personnalisé représenté par la Haute Autorité de Santé.....	61
Annexe 5 : Figure représentant les compétences que doit requérir le médecin généraliste.....	62
Annexe 6 : Données du Conseil de l'Ordre des Médecins de 2021 en France concernant la moyenne d'âge des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre.....	63
Annexe 7 : Exemple de Fiche de Poste pour un médecin exerçant en Soins de Suite et de Réadaptation.....	64
Annexe 8 : Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins, projet de soins, projet de vie en SSR.....	66
Annexe 9 : Carte issue du Schéma Régional de Santé qui prévoit de nouvelles maisons de santé pluri-professionnelles en Corse.....	69
Annexe 10 : Départements français dont la proportion (%) des médecins sont majoritairement salariés en 2021.....	70
Annexe 11 : Synthèse des pathologies traitées avec le système AlterG.....	70
Annexe 12 : Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour l'année 2022.....	71
Annexe 13 : Critères pour la qualité de la lettre de liaison à la sortie.....	72
Annexe 14 : Dans le cadre du Ségur numérique, l'Etat investit pour permettre à tous les médecins de s'équiper de logiciels compatibles avec Mon Espace Santé et de se mettre en conformité afin de garantir une meilleure portabilité des documents de santé et des dossiers patients (décret 8 octobre 2019).....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	74
SERMENT D'HIPPOCRATE	

INTRODUCTION

Les besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population s'accompagnent d'une augmentation du risque de dépendance des individus dont la prise en charge constitue un enjeu majeur de santé publique. Le mode d'accès aux soins de ce type de patients crée une problématique nécessitant une réflexion.

En effet, les patients hospitalisés en Soins de suite et de réadaptation (SSR) sont fragilisés de manière temporaire et sont en rééducation pour réduire le déclin fonctionnel. Parmi ces SSR, on en distingue deux types. Les SSR polyvalents et les SSR spécialisés qui eux s'articulent autour de neuf prises en charge spécifiques dans des catégories d'affections différentes. Il s'agit des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, du système cardio-vasculaires, les affections respiratoires, onco-hématologiques, les brûlés, les affections liées à des conduites addictives, aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien ainsi que les affections des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance plus communément nommée SSR gériatrique. Des unités de soins de suite et de réadaptation en Médecine Interne se développent également (1). Il existe aussi des SSR pédiatriques. Dans ce travail, il s'agira de regrouper tous ces termes sous la dénomination commune de SSR. En France, il existe 1 700 structures de SSR (2). Ce nombre témoigne de la vitalité de ce secteur grandissant, accessible soit après un séjour hospitalier pour les trois quarts, soit directement depuis le domicile personnel ou l'établissement d'hébergement.

Parmi le million de patients hospitalisés en SSR, la moyenne de la patientèle est de 75 ans selon le Ministère des Solidarités et de la Santé en 2019. Leur rétablissement nécessite plusieurs intervenants médicaux, paramédicaux et autres. Le manque de médecins en France pousse les pouvoirs publics à recruter des médecins étrangers.

La Corse dispose d'un notable maillage de structures de prise en charge médicale avec un niveau important d'équipements. Sept centres hospitaliers (quatre en Corse du Sud et trois en Haute-Corse) sont recensés. Quatorze établissements privés (six en Corse du Sud, huit en

Haute-Corse), proposent une offre de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), SSR et psychiatrie. La Corse a un taux de recours aux soins hospitaliers en MCO, SSR et psychiatrie adultes supérieur à la moyenne nationale. A savoir que 80% des séjours en médecine sont réalisés en Corse dont plus de 50% au sein des centres hospitaliers d' Ajaccio et de Bastia (3).

La rééducation et réadaptation en centre est bien plus importante en Corse du Sud puisqu'on compte 511 lits et places en SSR dont la grande majorité est concentrée à Ajaccio (Annexe 2) :

- Le centre de rééducation du Finosello à Ajaccio (152 lits et places) (4)
- Le centre Molini à Albitreccia (129 lits et places)
- Le centre « L'île de Beauté » à Sarrola-Carcopino (85 lits)
- Le centre Valicelli centré sur les affections liées à l'obésité et au diabète (75 lits)
- Le centre hospitalier d' Ajaccio avec l'annexe Eugénie (35 lits)
- Le centre hospitalier départemental de Castelluccio (30 lits et places)
- Le centre hospitalier de Bonifacio (18 lits)

La Haute Corse recense seulement 160 lits et places en SSR.

A noter que 11,2% des programmes d'Education thérapeutique du patient (ETP) sont menés en SSR (HAS, 2012) et sont conduits pour la plupart par des médecins généralistes (Annexe 3). Aux côtés des médecins physiques et de réadaptation (MPR), le médecin généraliste est un acteur dans la prise en charge de ces patients.

Au 1^{er} janvier 2021, la France recense 312 172 médecins inscrits au tableau de l'Ordre dont par exemple 28 876 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), ce qui représente 9,3% de la part nationale et 1408 en Corse ce qui représente seulement 0,5% de la part nationale (5). La répartition médicale est inégale sur le territoire français. La région Île-de-France concentre 29% de la population médicale, la région Rhône-Alpes est la deuxième région la plus attractive alors que la région PACA occupe elle, la troisième place. À l'opposé, la Corse recense le moins d'effectif de médecins (6).

L'âge moyen des actifs réguliers en Corse du Sud est 51.4ans ce qui se rapproche de la valeur nationale à 50.1ans (5).

Parmi les médecins toutes spécialités confondues inscrits au tableau de l'Ordre, environ 230 000 sont en activité en France dont 540 sont en activité en Corse du Sud. On note qu'entre 2010 et 2021, il y a 0.9% de plus d'inscrits en activité totale en Corse du Sud alors qu'il y en a 7.5% de plus en France. Ce qui montre le faible taux de médecin sur le territoire Corse (5).

Concernant le mode d'exercice par spécialité, il faut noter que la majorité des qualifications ont une répartition par mode d'exercice par tiers entre le salariat, le mixte et le libéral. Toutefois si l'on additionne l'activité libérale et mixte, on constate que l'exercice salarial reste minoritaire. Pour la spécialité médecine physique et de réadaptation (MPR) en France, la part libérale est de 8.7%, la part mixte est de 5.5% et la part salariale est de 85,8%. Alors que la médecine générale est à 56,0% du libéral, 6,6% en mixte et 37,4% en salariat (5).

A l'issue des Epreuves Classantes Nationales (ECN), l'étudiant en médecine peut choisir la spécialité en MPR ou décider de faire médecin généraliste et devenir ensuite MPR. Ceci est possible grâce à une formation diplômante type DESIU qui est par exemple proposée à l'université d'Aix-Marseille. Elle dure 2 ans et est accessible aux médecins français et des pays de l'union européenne qui peuvent justifier de 2 ans d'exercice professionnel dans le domaine du handicap (7). La densité de MPR en France a augmenté de 12.5% entre 2010 et 2021 alors qu'elle a diminué de 12% en Corse du Sud et de 32% en Haute Corse. Globalement, on observe une augmentation de la densité des MPR en France et une diminution en Corse (8). La densité de médecin généraliste en France a diminué de 13.1% entre 2010 et 2021 et encore plus en Corse du Sud avec une diminution de 16.7% (8).

La place du médecin généraliste dans sa pratique de ville (9) (10) est très référencée dans les études mais une analyse au sein du SSR est peu étudiée. De plus, l'augmentation de la population vieillissante et la diminution de la densité des médecins MPR et médecins généralistes en Corse pose de nombreuses questions. Comment donc maintenir une prise en charge médicale optimale dans ces conditions. Le nombre accru de lits en SSR nécessite de plus en plus de médecins spécialisés dans le domaine. L'installation en libéral ou salariat semble être un élément déterminant dans la prise de poste des professionnels (11). Et le travail synergique de l'hôpital, le SSR et la ville quotidiennement est un véritable challenge pour les autorités médicales publiques et privées (12) (13).

L'objectif principal de cette étude est de connaître l'intervention des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en SSR. L'ambition de ce travail est d'identifier plus particulièrement en Corse du Sud les éléments et comportements qui influencent ces médecins à prendre un poste aux côtés des MPR.

L'objectif secondaire est de comprendre et de favoriser le lien entre le SSR et les autres structures médicales telles que l'hôpital et les cabinets de ville pour une meilleure prise en charge interdisciplinaire.

PRESENTATION ET CONTEXTE

1. LE SSR

Les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients ainsi que de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion (14). Elle implique une équipe pluridisciplinaire ou pluri professionnelle (15) (16).

Il ne s'agit pas d'une structure d'aval, d'attente, ou de transition, mais d'une entité sanitaire apportant une vraie plus-value aux patients en vue d'une orientation adaptée à l'issue du séjour (17). Les services de SSR s'inscrivent au centre de la filière de soins et doivent accueillir des patients qui ont été initialement traités dans les services de court séjour, après une pathologie médicale ou chirurgicale, aiguë, récente ou chronique, ayant entraîné ou non une hospitalisation (15) (18). Leur admission doit répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué (18).

Cinq fonctions de soins techniques et d'accompagnement caractérisent une véritable prise en charge en soins de suite et de réadaptation: limitation des handicaps physiques (rééducation physique, appareillage, adaptation du milieu de vie), restauration somatique et psychologique, éducation du patient et éventuellement de son entourage, poursuite des soins et du traitement, préparation de la sortie et de la réinsertion dans son lieu de vie d'origine(15) (18).

La ou les équipes pluri professionnelles doivent détenir des compétences spécifiques pour une prise en charge globale du patient (14) (19).

L'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut être accordée que si l'établissement de santé garantit :

- Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, ainsi que de prévenir l'apparition d'une dépendance en favorisant l'autonomie du patient au maximum.
- Des actions de prévention, d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- L'élaboration et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, ou professionnelle (20) (16).

2. PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISEE EN SSR

Le décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (14) décrit les modalités d'élaboration et de mise en œuvre du projet thérapeutique individualisé ou projet de soins personnalisé (PSP) (21) (Annexe 4). Le PSP, élaboré à l'admission du patient après évaluation initiale de son état de santé tout en prenant en compte les aspects socio-familiaux et professionnels (19) a pour objectif de définir une attitude de traitement et de soins adaptés à chaque patient, en ayant pour but final la remise en autonomie du patient (14). Ce contrat de soins s'établit entre l'équipe pluri professionnelle (comprenant au moins médecin, infirmier et assistant du service social) (14), le patient et son entourage, fixant ainsi le cadre des engagements mutuels (19). La cohérence et la continuité des soins sont permises grâce à ce document spécifique consigné dans le dossier du patient. Il est d'une aide précieuse pour une prise en charge de qualité (22) (23).

Pour chaque patient, le PSP est conçu et réajusté tout au long de sa prise en charge à partir des évaluations périodiques de son état de santé permettant une coordination entre les professionnels au sein d'un même service et entre les différents secteurs d'activité. Les modalités de prise en charge et les résultats à atteindre en termes d'amélioration de l'état de santé du patient sont adaptées aux besoins et aux capacités propres de celui-ci. Et lorsque le séjour du patient dépasse trois mois, le PSP doit être obligatoirement réévalué (15).

L'objectif principal étant de rechercher la meilleure adéquation entre le besoin du patient, son projet de vie et la qualité de vie réalisée.

3. LES INTERVENANTS EN SSR

Il existe plusieurs intervenants en SSR qui interviennent régulièrement ou ponctuellement dans l'établissement. Le tout formant une équipe pluridisciplinaire.

Le médecin établit le motif de la prise en charge de rééducation réadaptation, les objectifs médicaux et une durée estimée du séjour en tenant compte de la prise en charge globale du patient. Il peut ainsi fonder le projet de soins personnalisé. Plusieurs spécialités interviennent parmi les médecins. Les médecins physiques et de rééducation mais également les médecins généralistes, gériatres, soins palliatifs, cardiologues, chirurgiens orthopédistes, neurologues,

psychiatres, addictologues etc. Chacun ayant une spécialité permettant de prendre en charge au mieux le patient.

L'assistante sociale sollicitée par les médecins, la famille, les infirmières ou aides-soignantes. Dès l'entrée du patient, les premières informations doivent être recueillies concernant le devenir du patient et doivent être transmises à l'assistante sociale via le dossier informatisé (retour à domicile, placement, besoin d'aides, coordonnées de la famille...). Il faut ainsi anticiper au maximum les besoins liés à la sortie. La date de sortie étant fixée lorsque les objectifs médicaux sont atteints et après concertation (22).

La diététicienne répond aux demandes des médecins, les orthophonistes, les infirmières, les aides-soignantes, le personnel de service, les patients eux-mêmes, les kinésithérapeutes ou encore les ergothérapeutes. Elle peut également anticiper et intervenir lors de perte de poids, anorexie constatée lors des repas, observations du dossier médical, courrier d'un service de diététique, anomalie des glycémies, IMC faible ou élevé, fausses routes lors des repas.

Les kinésithérapeutes sollicités sur prescription médicale ont un rôle également majeur dans ces centres.

Les ergothérapeutes interviennent sur indication médicale ou systématiquement en fonction des structures.

La psychologue a également une place centrale et ceci d'autant plus dans les SSR psychiatriques où la sollicitation peut être médicale, paramédicale ou émerger des patients eux-mêmes.

Quant aux orthophonistes, orthoptistes et podologues, ils interviennent également à la demande dans les établissements.

Chaque intervenant possède une partie réservée au sein du dossier médical informatisé afin de consigner l'évolution du patient au cours de sa prise en charge. Généralement, chaque partie est consultable par tous les autres intervenants afin d'assurer la pluridisciplinarité de la prise en charge.

4. LA MEDECINE GENERALE EN SSR

4.1 Définition

La médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires qui s'attache à prendre en charge les pathologies humaines dans leur ensemble. Elle permet un accès ouvert aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de toutes les caractéristiques de la personne concernée. Pour cela, le médecin généraliste a un rôle de coordinateur de soins, travaille avec les autres professionnels de soins primaires et les autres spécialités. Il a une approche centrée sur le patient dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.

En cabinet de ville comme en SSR, il a la responsabilité d'assurer des soins continus selon les besoins du patient. Il base ainsi sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires (24) (Annexe 5). Il promeut l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace et répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle (25) (26).

4.2 Evolution du SSR

Les SSR ont été créés par la loi portant la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 qui les distingue des soins de courte durée et des soins de longue durée.

La réforme de 2008 était motivée par un déséquilibre entre les secteurs, le vieillissement de la population et l'augmentation du handicap lié à l'âge, aux maladies dégénératives et chroniques. La pression sur les lits aigus, la diminution de la durée moyenne de séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique et la tarification à l'activité ont engendré d'importants besoins de lits d'aval. Depuis 2008, le nombre de places et de lit en SSR n'a cessé d'augmenter (27).

Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 a aboli la distinction entre l'activité de soins de suite d'une part, et l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles d'autre part. Il les réunit en une seule activité de « soins de suite et de réadaptation » (28). De ce fait, l'évolution des SSR a amené la spécialité médicale MPR à s'accroître.

4.3 Rôle du médecin généraliste en SSR

Le médecin physique et de réadaptation a pour principale mission d'élaborer et d'encadrer des programmes de rééducation et réadaptation de personnes atteintes de déficiences et de handicaps requérant une prise en charge pluridisciplinaire. Ce professionnel travaille en étroite collaboration avec la médecine générale dans beaucoup de ses missions. Ils vont pouvoir ensemble gérer diverses complications propres aux pathologies, mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique, aider à l'orientation et à la réinsertion des patients, effectuer un suivi au long cours des personnes handicapés. L'objectif du MPR est notamment d'atténuer les séquelles causées par la maladie ou l'accident, aussi bien au niveau physique, social, psychologique que fonctionnel (29). Alors que l'objectif du médecin généraliste est de dispenser des soins globaux et continus à tous les patients de l'établissement en gérant les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient (26).

Les activités de médecine générale représentent une tâche importante du suivi des patients hospitalisés en SSR. Ces tâches de médecine générale sont donc régulièrement confiées à un médecin généraliste (30).

5. ORGANISATION DU SSR

5.1 Réglementation

La réglementation générale de l'établissement et des soins est régie par la loi et les schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) (31).

L'élaboration du règlement de fonctionnement est mise en place en concertation avec les professionnels de l'établissement et est appliqué à tous les professionnels exerçant dans la structure. Il est remis à chaque personne accueillie, membre du personnel et intervenant extérieur compris. Chaque personne atteste avoir reçu un exemplaire du règlement et s'engage à en respecter les termes, avec toutes les conséquences de droit. Le règlement de fonctionnement à jour de toutes ses modifications fait l'objet d'un affichage à l'accueil et dans les services du centre de soins.

5.2 Niveaux de soins en SSR

Le programme de soins et de financement des activités de SSR repose sur une classification (32). Il existe donc quatre niveaux de classification.

Le premier niveau concerne la classification du séjour en groupe nosologique (GN). Les règles de classification en catégorie majeure (CM) puis en GN ne changent pas. Elles restent basées sur le codage médical de la 10^e version de la classification médicale des maladies (CIM-10) en morbidités principales, essentiellement en manifestation morbide principale (MMP). Cette classification en GN permet de distinguer les pathologies qui sont prises en charge.

Le deuxième niveau est une classification selon le type de réadaptation. Avec cinq types de réadaptation : Pédiatrique, Spécialisée, Globale Importante, Autres, Indifférenciée. La distinction entre ces cinq types se fera via le codage des actes de rééducation-réadaptation en catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) et codage des actes médicaux (CCAM) et l'âge (pour la pédiatrie).

Le troisième niveau est une classification selon le niveau de lourdeur. Il prend en compte l'âge, le codage des dépendances et la prise en compte de date d'intervention chirurgicale.

Et enfin, le quatrième niveau est une classification selon l'indice de sévérité via le codage des comorbidités médicales aiguës (CMA) avec les règles d'exclusion actuelle. Ceci permet au codage de mettre en valeur la lourdeur et la sévérité de la prise en charge en rééducation.

METHODES ET MATERIELS

1. METHODES : CONFIGURATION ET ECHANTILLONNAGE

1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive multicentrique. Un recueil des caractéristiques brutes relatives à la place du médecin généraliste en SSR a été effectué auprès de médecins salariés et libéraux exerçant en Corse du Sud.

1.2 Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- Docteur en médecine en cours d'activité en Corse du Sud
- Capable de lire, d'écrire et de comprendre la langue française

Les critères d'exclusion étaient :

- Les médecins n'ayant pas validé leur Diplôme d'études spécialisées
- Praticiens exerçant ailleurs qu'en Corse du Sud
- Barrière linguistique

1.3 Echantillon obtenu

Cette étude ne nécessite pas un calcul du nombre de sujet nécessaires. Un objectif de participation de 100 personnes a été fixé. Ce nombre a été réfléchi afin d'avoir une population représentative ayant un mode d'exercice libéral, salariat et mixte dans différentes spécialités médicales en Corse du Sud.

1.4 Recrutement

L'étude a été réalisée auprès des médecins exerçant au Centre Hospitalier d'Ajaccio, de Castelluccio, l'annexe Eugénie, CliniSud, l'île de Beauté, le Centre de Rééducation du Finosello à Ajaccio et des Molini, à la clinique l'Ospedale de Porto Vecchio ainsi que tous les médecins libéraux de Corse du Sud répondant au questionnaire.

Les participants ont été sélectionnés par connaissance interposée, grâce à l'URPS et à l'annuaire des médecins disponible sur le site internet de la CPAM.

Les questionnaires ont été distribués d'octobre 2021 à mars 2022 par voie postale, voie électronique ou remis en main propre. Ils étaient remplis seul avec ou sans ma présence.

Les participants à l'étude ont reçu une notice d'information associée au questionnaire.

Au total, 125 médecins ont été sollicités. Le taux de participation est de 66.4%. Les questionnaires recueillis sont au nombre de 83 au total dont 38 dans les structures médicales citées plus haut et de 45 auprès des médecins de ville.

1.5 Respect législatif sur la confidentialité des données

L'étude a été validée par le Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté d'Aix-Marseille, le centre hospitalier d'Ajaccio, la clinique de Porto Vecchio ainsi que l'URPS-médecins libéraux de Corse.

Le modèle d'étude ne rentrant pas dans le cadre de la loi Jardé, il n'a pas été fait de demande auprès du Comité de Protection des Personnes. Les questionnaires ont été anonymisés. Le consentement donné verbalement pouvait être retiré à tout moment.

2. MATERIELS : CONFECTION DU QUESTIONNAIRE

2.1 Elaboration du questionnaire

Un premier questionnaire a été élaboré à partir des recherches bibliographiques suivantes :

- *L'article de JONES AC. « The community rehabilitation center and the general practitioner » JAMA Med Assoc. 18 nov 1950 ; 144 (12) : 994-5.*
- *« La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins » Alao O, Anceaux F, Beuscart R, Beuscart-Zéphir MC, Brunetaud J-M, Renard J-M, 2001;2(2):37-55*
- *Thèse de médecine générale « Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? », Dr BOUKHORS Gary, Faculté de Bordeaux, 2014*

- *Thèse de médecine générale « Collaboration entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes : élaboration d'un outil de communication » Dr TATIN Marion, Faculté de Paris Descartes, 2017*

Le questionnaire a été élaboré une première fois puis modifié et complété avec l'aide d'un médecin généraliste, deux médecins physiques et de rééducation, deux psychiatres et d'une psychologue, ce qui a ainsi permis l'élaboration du questionnaire. Il a par la suite été testé avec diffusion de cinq questionnaires « tests » dans le centre de rééducation du Finosello, ce qui a permis de le modifier légèrement. Les questionnaires « tests » n'ont pas été pris en compte dans les résultats.

2.2 Structure du questionnaire

Le questionnaire a été construit en six parties (Annexe 1).

La première partie permet un relevé des informations concernant le participant : âge, spécialité médicale et le mode d'exercice.

La deuxième partie concerne les rapports des répondeurs avec le SSR.

La troisième partie porte sur le rôle du médecin généraliste en SSR : compétences, formation, lien avec les MPR.

La quatrième partie analyse les forces et les limites de l'exercice de la médecine générale en SSR selon le point de vue du médecin qui répond au questionnaire.

La cinquième partie concerne les liens entre le SSR, l'hôpital et la ville.

La dernière partie est une ouverture afin de comparer l'intervention du médecin généraliste au sein du SSR avec la pratique du MPR dans la même structure.

L'utilisation du langage courant dans l'énoncé des questions et des réponses dans le questionnaire distribué aux médecins est un choix personnel afin d'être au plus clair et d'augmenter ainsi le taux de réponses aux questions.

Le questionnaire est alors composé de 15 questions dont 11 questions personnelles, 2 questions fermées et 2 questions qui font appel à une analyse par l'échelle de Likert afin de percevoir l'échange d'information entre les structures.

2.3 Recueil supplémentaire de données

Des renseignements sur les patients et l'intervention des médecins généralistes et MPR au sein du SSR ont été recueilli à posteriori sur la base de données informatique du centre de rééducation du Finosello (Osiris) et du centre hospitalier d'Ajaccio (DXcare et TU) :

- Les principaux motifs d'hospitalisation en SSR
- Le nombre de patients de l'hôpital adressés au SSR
- Le nombre de patients de la ville adressés au SSR
- Le nombre de patients de SSR adressés à l'hôpital
- Le nombre de patients de SSR entrant au domicile
- L'intervention du médecin généraliste et du MPR sur un même dossier patient

Par ailleurs, après 8 questionnaires envoyés par email dont 6 sans retour, et après discussion avec multiples confrères, il était préférable de distribuer en main propre les questionnaires en format papier. En effet, la plupart des médecins préféraient que je leur expose de vive-voix mon projet de thèse et me rapportaient que le format par email ne leurs permettait pas une concentration optimale.

Également, il a été soulevé à plusieurs reprises que certaines questions ne pouvaient comporter une réponse unique (question 11-12). Il a donc fallu au 8^e questionnaire que j'ouvre les réponses des questions 11 et 12 (Annexe 1).

3. METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE

Afin de donner la répartition des réponses question par question, nous avons choisi de faire une analyse brute des données grâce au tri à plat. Les réponses des interrogés ont été modifiées sous formes numériques et le tri a permis un calcul de pourcentage question par question permettant d'établir une distribution de fréquences. L'échelle de Likert a été adopté pour les questions concernant l'échange d'information afin de limiter les biais cognitifs de type jugement sur des questions de perception.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

1.1 Données épidémiologiques de la population étudiée

Au cours de l'étude, 125 médecins ont été sollicités avec 42 refus de participation au total. Sept personnes ont expliqué ne pas avoir le temps d'y répondre, 4 disaient ne pas se sentir concernés et 31 n'ont pas donné d'explication ni de suite par email. Quarante-trois médecins ont rempli le questionnaire, dont 38 répartis entre le Centre Hospitalier d'Ajaccio, l'annexe Eugénie, CliniSud, L'île de Beauté, le Centre de Rééducation du Finosello à Ajaccio, à la clinique l'Ospedale à Porto Vecchio, et 45 de médecins libéraux en Corse du Sud entre octobre 2021 et mars 2022. Aucun individu n'a été exclu, les informations manquantes ont été notifiées dans les analyses. Cela permet d'atteindre un taux de participation de 66.4%. L'échantillon étudié (Figure 1) comporte 46 hommes médecins et 37 femmes médecins, soit 55.4% d'hommes et 44.6% de femmes.

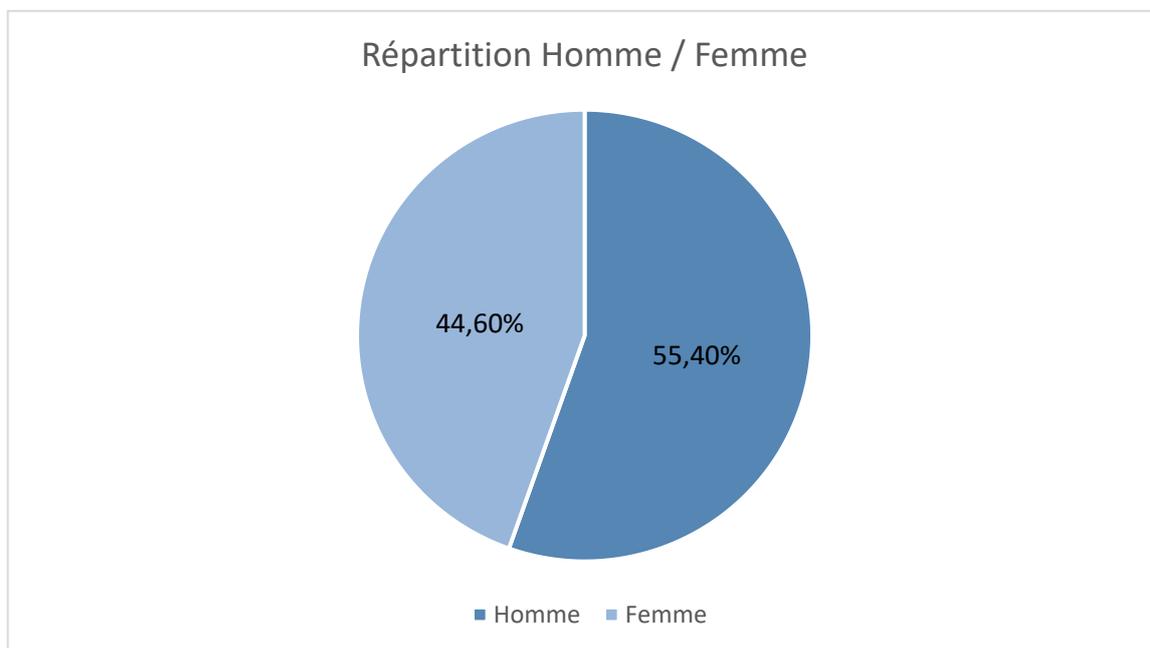


Figure 1 – Répartition de la population homme et femme étudiée.

Les tranches d'âge choisies ont été adaptées par rapport à l'évolution d'un médecin au cours de sa carrière médicale. Trente-neuf médecins ont moins de 40 ans (47% de l'effectif), 8 médecins appartiennent à la tranche d'âge entre 40-50 ans (9.6%) alors que 12 médecins sont dans la tranche 50-60 (14.5%) et 24 médecins ont plus de 60 ans (28.9%) (Figure 2).

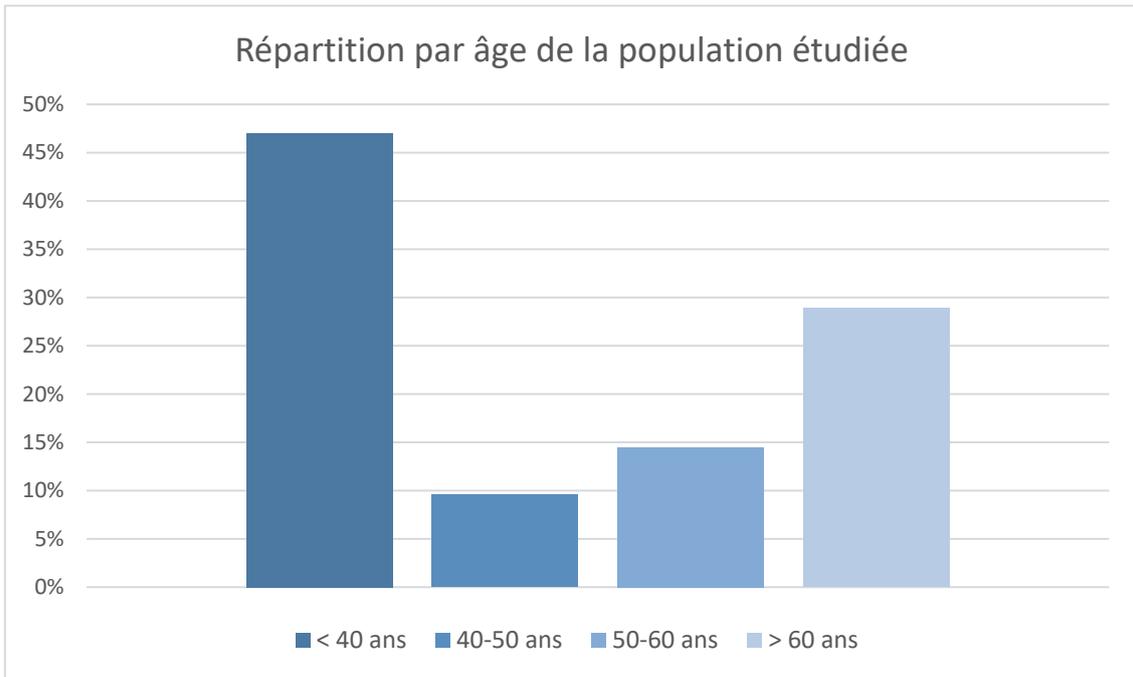


Figure 2 – Répartition par âge de la population étudiée

Dans notre échantillon, 42 des répondants sont des médecins généralistes (50.6% de l'effectif) et 41 sont d'une autre spécialité médicale (Figure 3).

Sur les 83 médecins, 47% de l'effectif, soit 39 médecins pratiquent un exercice exclusivement libéral. Dans le même ordre d'idée, 45.8% sont salariés ce qui représentent 38 médecins répondants. A contrario, l'exercice mixte ne concerne que 7.2% des répondants soit 6 personnes (Figure 4).

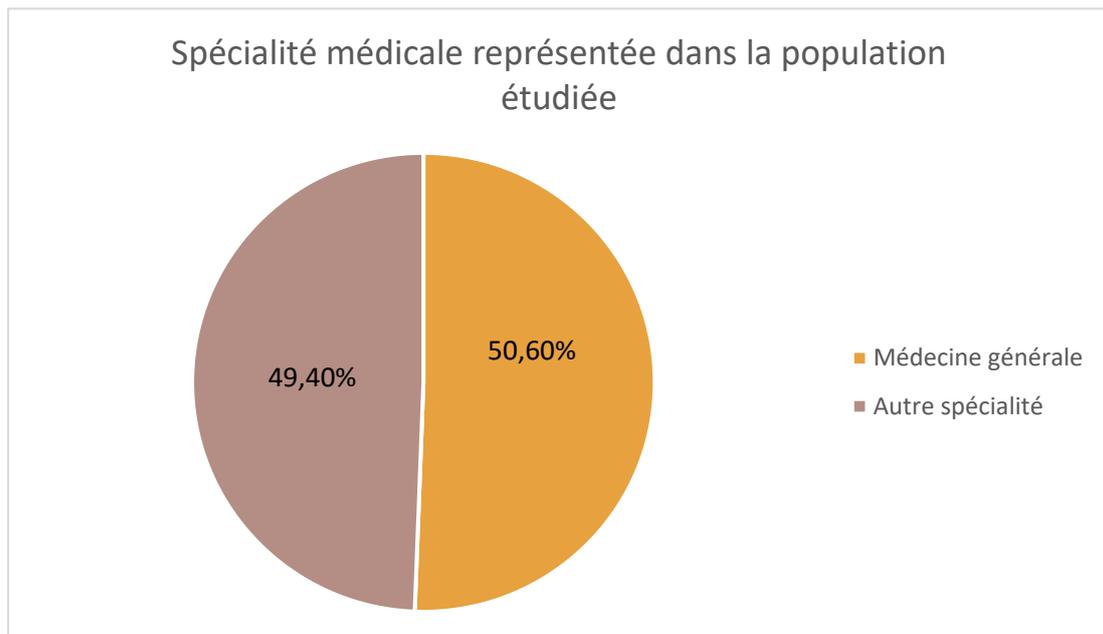


Figure 3 – Les spécialités médicales représentées dans la population étudiée

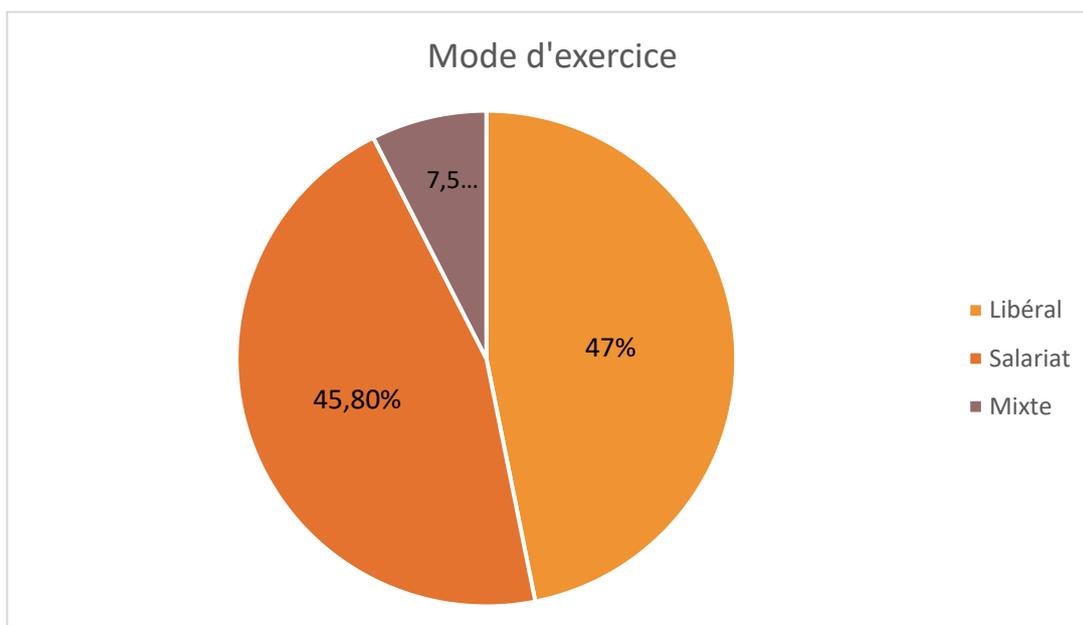


Figure 4 – Le mode d'exercice représenté dans la population étudiée

1.2 Recueil de données à posteriori

L'ajout à posteriori des données informatiques de l'intervention des médecins généralistes sur les dossiers médicaux afin de les comparer à l'intervention des médecins physiques et de rééducation a été commencé mais abandonné en cours d'étude car l'organisation des centres, les résultats et les logiciels d'exploitation des données étaient très disparates et difficiles d'interprétation. Quant aux types et nombre de patients de l'hôpital et de la ville adressés aux SSR, ainsi que ceux de SSR adressés à l'hôpital, il serait plus judicieux de l'exploiter dans une autre étude afin d'avoir des données plus exhaustives.

En revanche, il a été possible d'identifier les principaux motifs d'hospitalisation en SSR qui sont des patients ayant des fractures des membres, des AVC ou encore nécessitant une réhabilitation cardio-respiratoire post-infarctus ou post-COVID. Tous les patients hospitalisés avaient de manière composite mais à l'unanimité une perte d'autonomie par rapport à leur état antérieur.

1.3 Ajout de données

Le choix de réponses aux questions « Qu'est-ce qui motive les médecins généralistes à exercer en SSR plutôt qu'en cabinet de ville ? » et « Qu'est-ce qui freine les médecins généralistes à exercer en SSR plutôt qu'en cabinet de ville ? » a été modifié après 7 questionnaires distribués. En effet, les répondeurs ne pouvaient pas formuler une réponse unique et réclamaient une réponse multiple à ces questions.

2. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE SELON LES REPONDEURS

2.1 Lien entre le participant et le SSR

Afin de connaître l'implication des médecins répondeurs dans la prise en charge des patients en SSR, le questionnaire était composé d'une partie liant les deux.

Pour cela, il a d'abord été demandé aux participants à quel stade ils se sentaient impliqués dans la prise en charge des patients en SSR. On constate alors que 53% ont une prise en charge en amont du SSR alors que 14.5% les prennent en charge en aval. On note que 13.3% ont un suivi complet des patients en SSR alors que 8.4% les suivent ponctuellement. On soulève également que seulement 10.8% ne se sentent pas impliqués dans la prise en charge de patients en SSR (Figure 5).

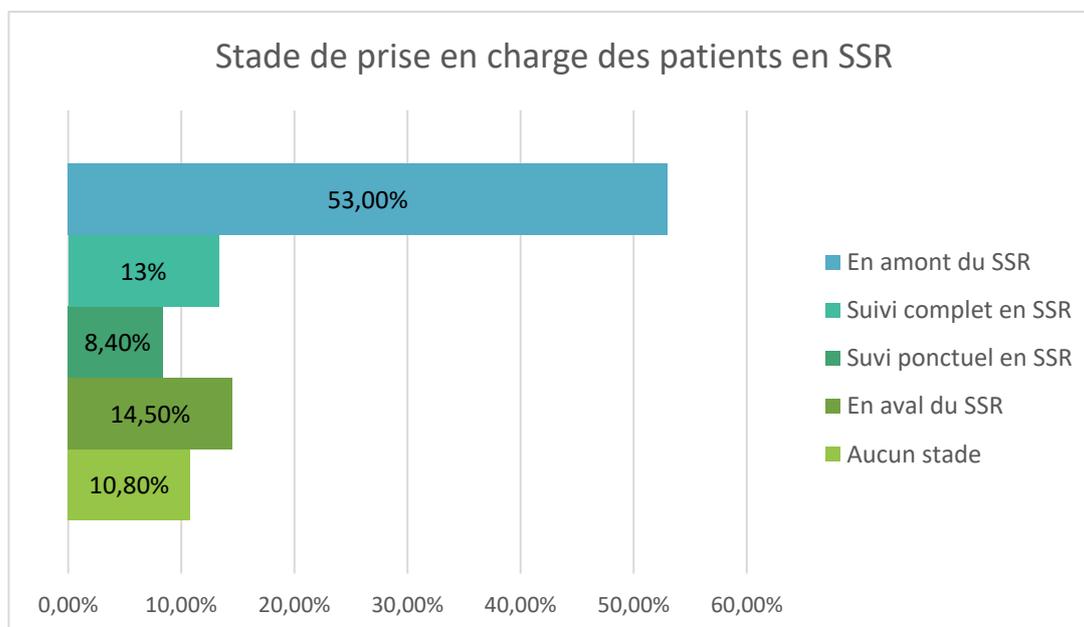


Figure 5 – Implication des médecins répondeurs dans la prise en charge des patients en SSR

2.2 Suivi des patients

Parmi les 18 médecins exerçant en SSR qui ont un suivi ponctuel ou complet, 6 d'entre eux soit 31.6% prennent en charge quotidiennement entre 16 et 30 patients, 26.3% ont plus de 30 patients à leur charge. Et 21.1% ont soit moins de 5 patients soit entre 6 et 15 patients (Figure 6).

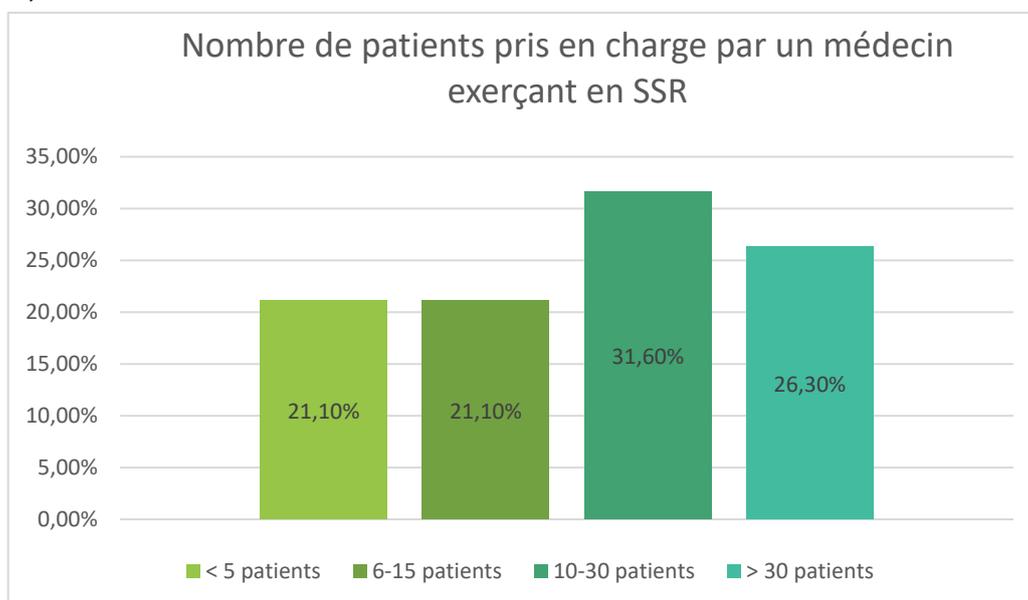


Figure 6 - Proportion de patients pris en charge dans une unité par un médecin en SSR

Ensuite, il est intéressant de noter que 79.5% des répondants estiment qu'un médecin généraliste est indispensable dans le suivi de patients en SSR. En outre, seul 2.4% estiment le contraire et 18.1% ne se prononcent pas (Figure 7).

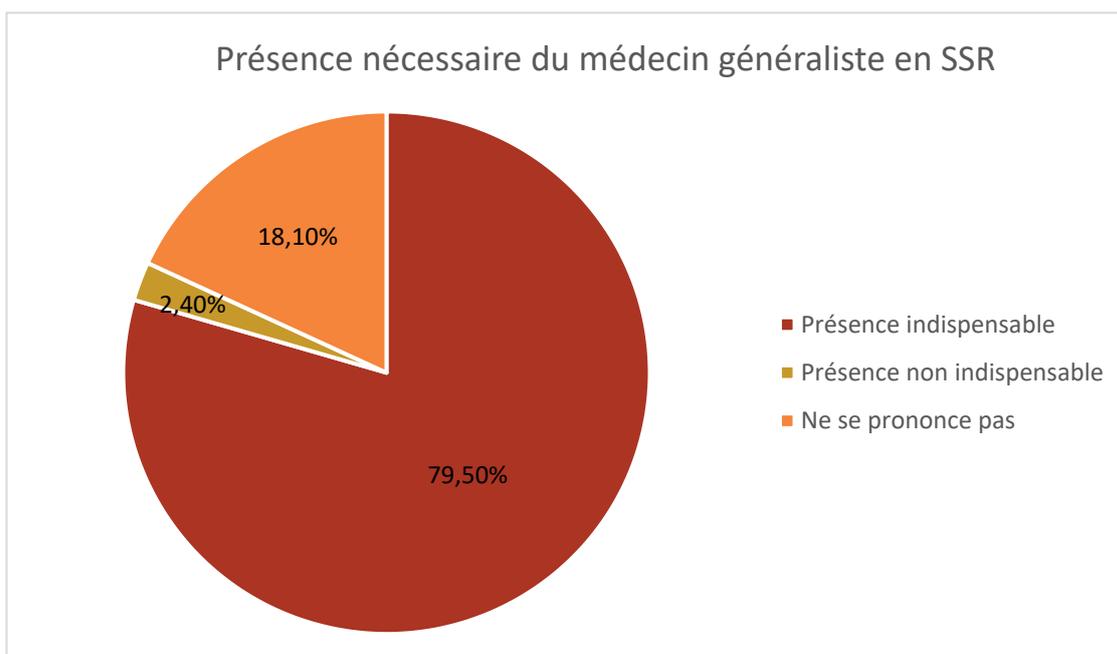


Figure 7 - Nécessité de la présence du médecin généraliste en SSR

2.3 Dimensions du médecin généraliste

Compétence

Dans notre échantillon, nous nous sommes interrogés sur la principale compétence que doit avoir un médecin généraliste en SSR. Deux réponses ont été largement en tête. En effet, 49.4% soit 41 des médecins répondants estiment que le médecin généraliste doit avoir une approche globale en prenant en compte la complexité des patients. Dans quasiment le même ordre de grandeur puisque 39.8%, soit 33 médecins répondants pensent que la continuité, le suivi et la coordination des soins est la principale mission du généraliste.

En revanche, la relation, communication, l'approche globale centrée patient (7.2%) ainsi que l'éducation en santé, la prévention individuelle et communautaire (3.6%) ne sont pas les compétences principalement attendues chez le généraliste en SSR (Figure 8).

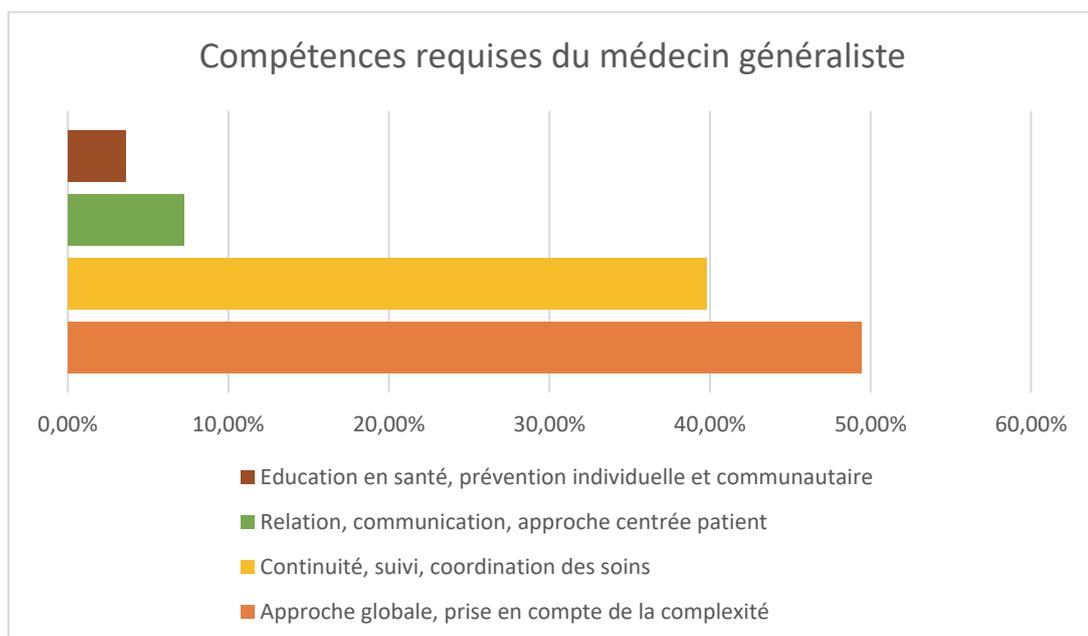


Figure 8 – Les compétences que doit avoir un médecin généraliste en SSR

La formation

La figure 9 met en avant qu'afin d'exercer dans la structure, le médecin généraliste devrait avoir une formation complémentaire selon 71.1% soit 59 des participants. Tandis que 16.9% pensent qu'il n'est pas nécessaire que les médecins généralistes intervenant en SSR aient une formation complémentaire.

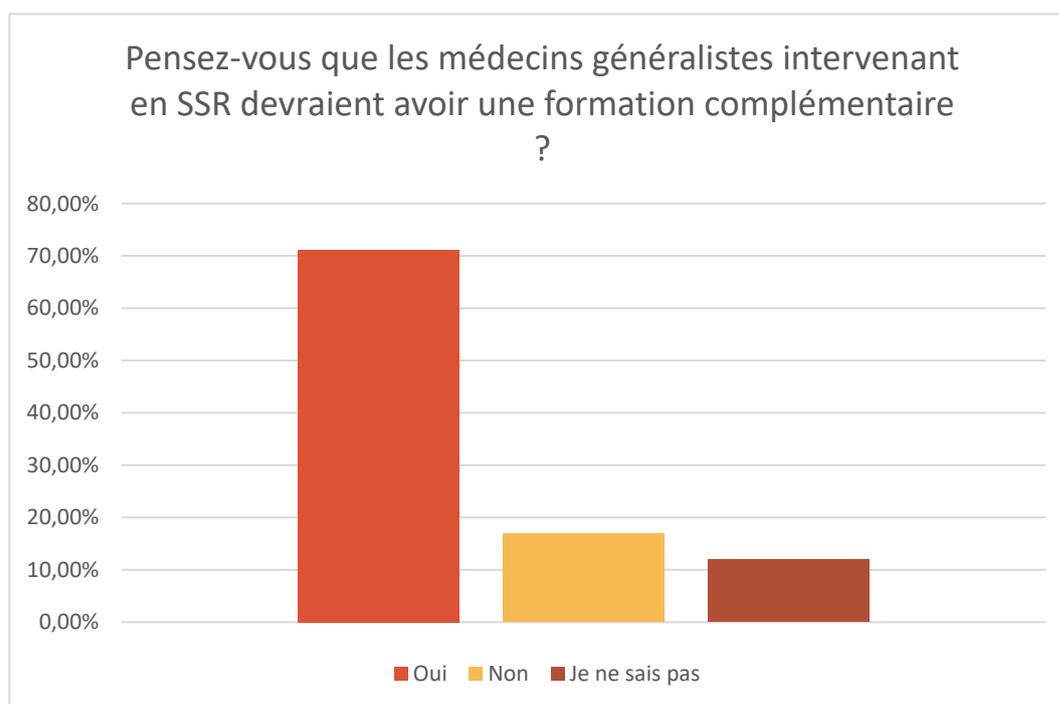


Figure 9 – Formation complémentaire pour médecin généraliste

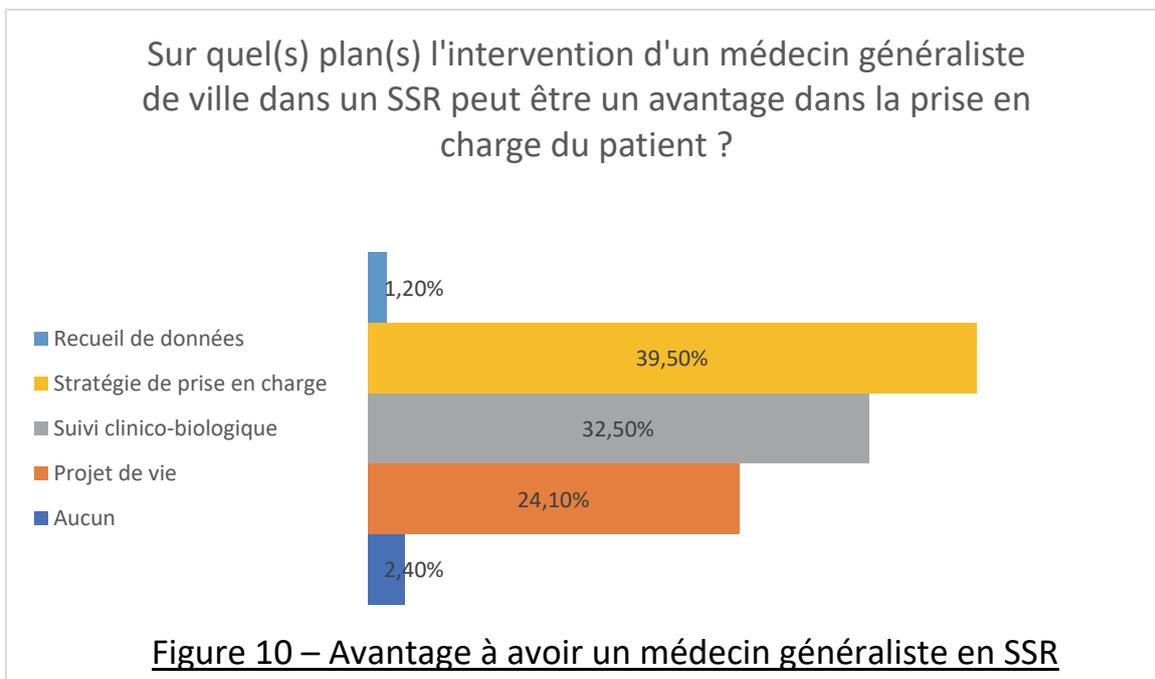
2.4 Motivation et frein à exercer en SSR

Son intervention en SSR est un atout

La présence d'un médecin généraliste en SSR peut être un avantage dans la prise en charge des patients (Figure 10). L'étude cherche à savoir à quel niveau son rôle est primordial, 39.8% des répondeurs pensent que le médecin généraliste intervient principalement sur la stratégie de prise en charge des patients en SSR. C'est-à-dire que 22 médecins estiment que le médecin généraliste en SSR doit s'impliquer dans la stratégie de la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

D'une manière analogue comparable 32.5%, soit 27 médecins répondeurs de l'étude estiment que l'intervention d'un médecin généraliste de ville en SSR est un avantage dans le suivi clinico-biologique des patients lors de leur séjour dans la structure.

Quant au projet de vie des patients en SSR, seul 24,1% soit 20 personnes estiment que le médecin généraliste est un avantage dans ce volet de prise en charge.



A contrario, il ne semble pas que le recueil de données à l'admission du patient doit être fait par un médecin généraliste puisqu'uniquement 1 répondeur pense que son intervention est son principal atout dans ce domaine. Et enfin, 2.4% estiment qu'il n'y a aucun avantage à avoir un médecin généraliste dans la prise en charge des patients en SSR.

Remplacer un MPR par un médecin généraliste

L'interrogatoire concernant le fait de pallier au manque de MPR dans les structures type SSR par le recrutement de médecins généralistes met en évidence (Figure 11) que 39.8% déclarent que le médecin physique et de rééducation ne peut pas être ponctuellement remplacé par un médecin généraliste. Or, 28.9% des concernés par le questionnaire affirment que ce manque peut être pallié sur une période de 1 à 2 semaines et 21.7% sur une période de 2 semaines à 1 mois. En revanche, pour une période supérieure à 1 mois, seuls 9.6% estiment que le MPR peut être remplacé par le médecin généraliste au sein du SSR.

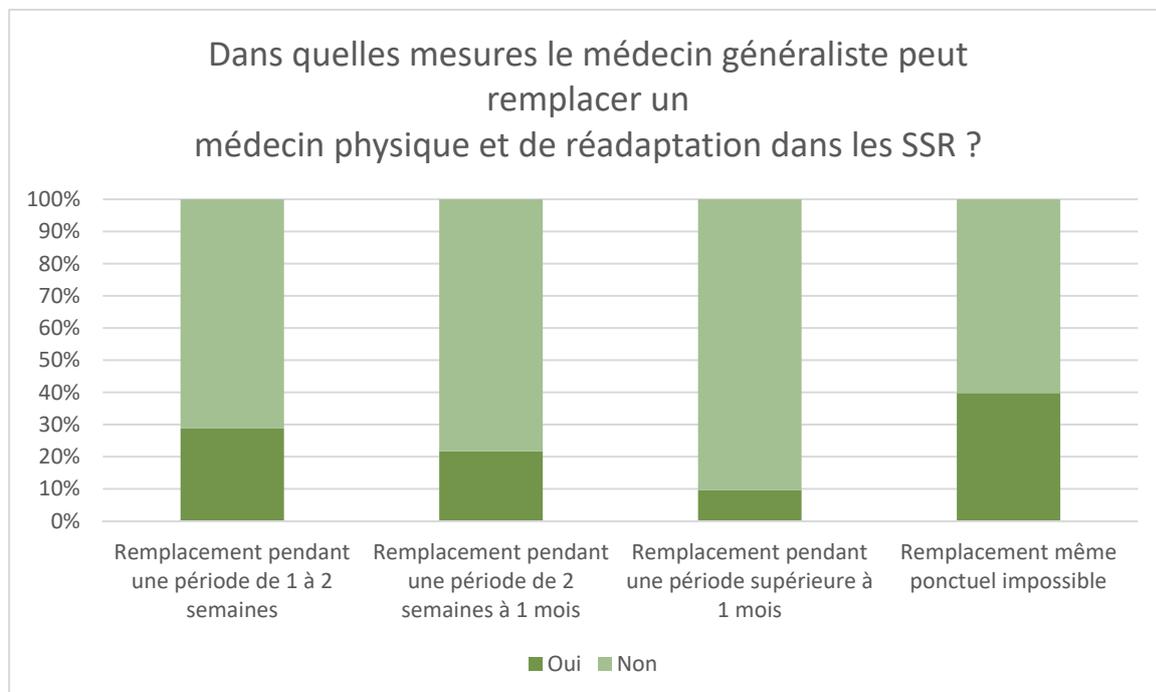


Figure 11 – Remplacement du MPR par le médecin généraliste

Exercer en SSR ou cabinet de ville

Comme l'illustre la Figure 12, le travail en équipe pluridisciplinaire était la principale motivation des médecins généralistes à exercer en SSR plutôt qu'en cabinet de ville, ce qui représente 53.5% des répondants. Plus d'un tiers des répondants, soit 35.2% ont annoncé que le statut de salarié incite plus facilement les généralistes à exercer en SSR. Dans une moindre mesure, 10.1% et 8.3% trouvent que l'accessibilité aux soins différente de celle du cabinet et les horaires sont des facteurs motivant l'exercice en structure plutôt qu'en cabinet de ville.

A contrario, le salaire ne paraît pas être un élément encourageant l'exercice du médecin généraliste dans ce secteur puisque seuls 2.4% pensent que cela les motive.

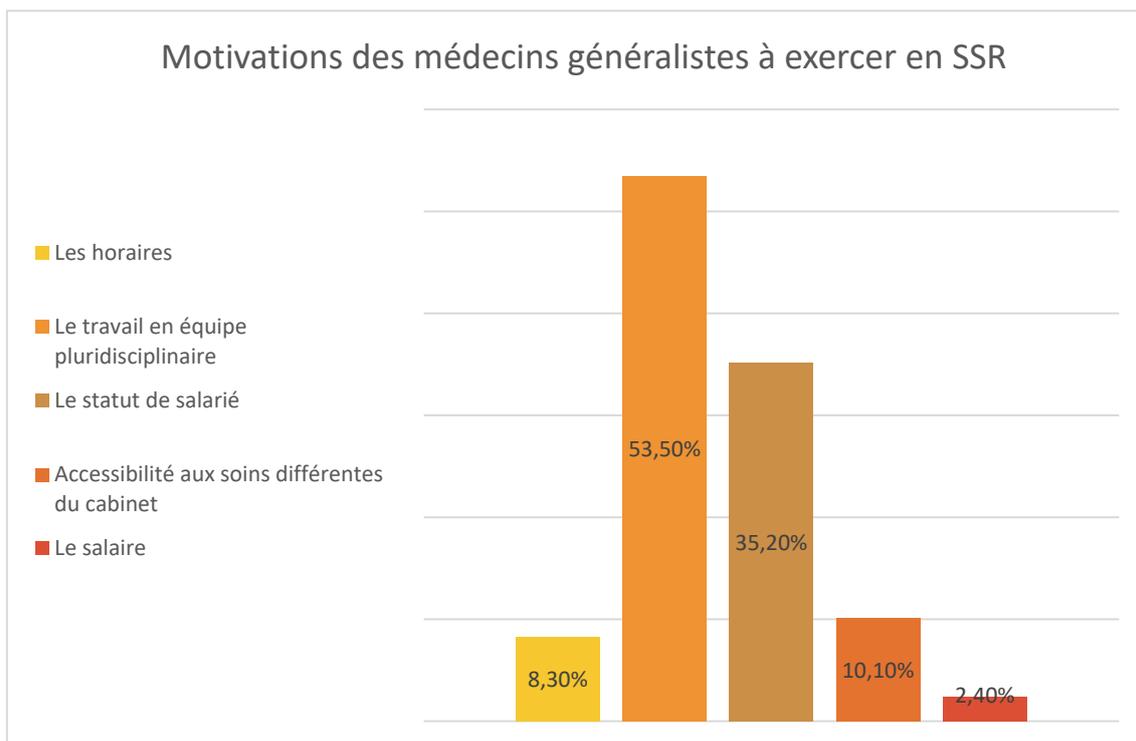


Figure 12 – Motivations à exercer en SSR

L'interrogatoire a également concerné les éléments qui entravent l'exercice des médecins généralistes en SSR (Figure 13). Là encore, plus de la moitié des répondants soit 56.4% sont d'accord pour affirmer que les connaissances en médecine rééducative des médecins généralistes sont limitées, ce qui est un frein pour les médecins généralistes à exercer en SSR.

Le salaire proposé en SSR est selon 23.5% un frein à l'exercice en établissement.

Quant aux rapports hiérarchiques, 13.8% perçoivent cela comme une contrainte.

Et enfin, seulement 5.1% et 1.2% des répondants pensent que suivre les patients sur des périodes plus courtes qu'au cabinet et faire un suivi plus centré sur l'individu que la famille en SSR, est perçu comme un frein dans l'exercice de la médecine en SSR.

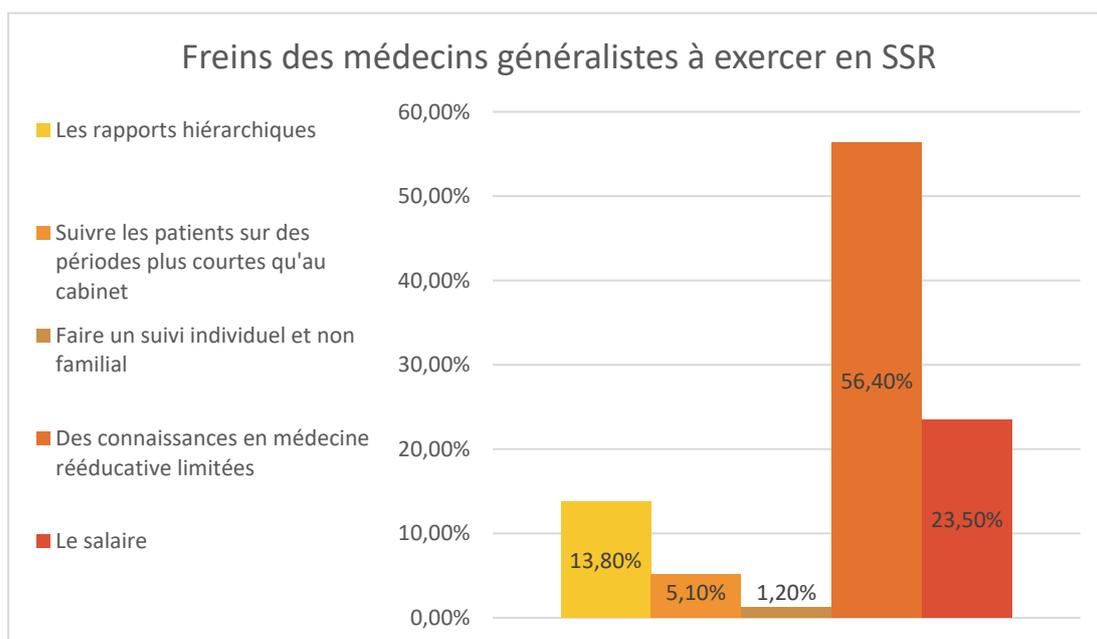


Figure 13 - Freins à exercer en SSR

2.5 Lien entre SSR-ville et SSR-hôpital

Selon les 83 médecins répondant au questionnaire, 49 soit 59.8% estiment que l'échange d'information entre la ville et le SSR est bon. L'échange est jugé comme excellent seulement pour 1.2%. De manière dichotomique, 27 personnes soit 19.5% et 13.4% estiment que l'échange est mauvais ou médiocre (Figure 14).

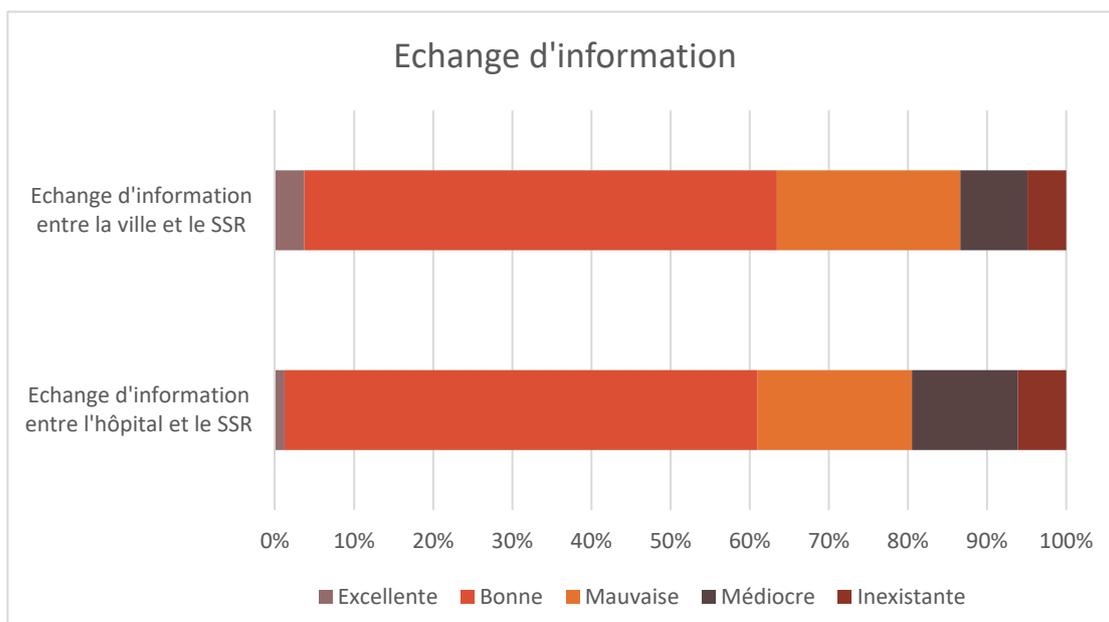


Figure 14 – Communication entre SSR-ville et SSR-hôpital

Parallèlement, 49 personnes soit 59.8% répondent que l'échange d'information entre l'hôpital et le SSR est bon. A l'opposé, 26 personnes soit 23.2% et 8.5% estiment que cet échange est mauvais ou médiocre (Figure 15).

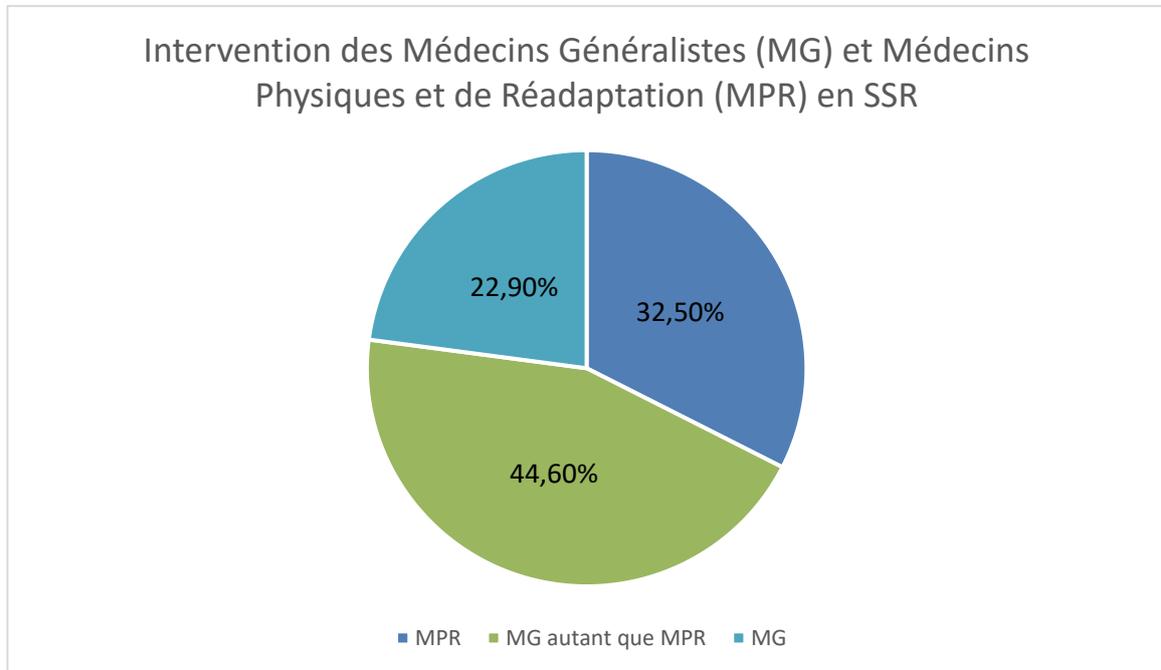


Figure 15 – Comparaison des interventions auprès des patients des médecins généralistes et médecins physiques et de réadaptation en SSR

3. INTERVENTION DU MEDECIN GENERALISTE VERSUS MPR

Selon notre enquête, 44.6% des médecins répondants à l'étude estiment que les médecins physiques et de rééducation interviennent auprès des patients en SSR autant que les médecins généralistes. Un tiers, soit 32.5% considèrent qu'ils interviennent au sein de la structure plus que les médecins généralistes. Alors que 22.9% semblent quand même penser que ce sont les médecins généralistes qui sont plus présents auprès de ces patients.

DISCUSSION

1. RESULTAT PRINCIPAL

Au cours de cette étude, l'intervention du médecin généraliste en soins de suite et de réadaptation a pu être identifiée pour sensibiliser les praticiens à la prise en charge de ces patients en établissement. Le questionnaire créé permet de décrire l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en SSR pour mieux appréhender ses rôles dans la structure et ainsi aider le personnel médical à organiser le parcours de soin.

De plus, le partage d'un même et unique questionnaire aux différents médecins spécialistes intervenant ou pas en SSR permet d'avoir un point de vue plus large sur la médecine générale. Le taux de participation lors de cette étude mène à penser que les médecins sont réceptifs à la manière dont leurs confrères exercent. Il ressort de cette étude observationnelle transversale que le médecin généraliste a une place centrale aux côtés des médecins physiques et de rééducation dans les SSR. Cependant, ce sont les connaissances de la médecine rééducative qui semblent le limiter principalement dans cet exercice. Sa capacité d'adaptation et son sens du travail en équipe sont des éminents avantages reconnus de la profession.

Le médecin généraliste est le professionnel déterminant dans l'organisation de soin autour et avec le patient dans ces structures médicales et en dehors.

2. PROFIL ET CONNAISSANCES DES PRATICIENS

2.1 Population de l'échantillon

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'âge moyen des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre est de 57.2 ans (5) (Annexe 6). En revanche, les réponders de l'étude sont bien plus jeunes puisque qu'ils ont en majorité moins de 40 ans. En effet, les jeunes sont sans doute plus réceptifs aux emails qu'ils leurs sont envoyés, ils sont plus proche de la fin de leur cursus universitaire avec la rédaction de leur propre thèse, ils se sentent plus concernés par ce mode d'exercice et sont plus accessibles à discuter avec leur pair de même âge.

Parmi les spécialités médicales 43.1 % sont des médecins généralistes alors que 58% sont d'une autre spécialité (8). Dans notre étude, les réponders majoritaires sont quant à eux

des médecins généralistes à proportion de 50.6%, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils se sentent plus concernés par l'étude par rapport aux autres spécialités puisque cela les concerne directement. Une étude impliquant le médecin généraliste en le mettant au centre de l'attention tout en essayant de comprendre sa place l'incite à répondre plus facile au questionnaire de l'étude.

Le ratio des médecins inscrits selon le genre fait apparaître de grandes disparités départementales. Dans notre étude, 44.6% des répondeurs sont des femmes ce qui est un peu plus que ce qui est annoncé au Tableau de l'Ordre en Corse du Sud (37.5%) que l'on peut expliquer par le fait que cette étude a été menée par une femme. Néanmoins, d'un point de vu général, il est à noter qu'un peu plus de la moitié des médecins inscrits à l'Ordre en activité régulière sont des hommes (5) ce qui en accord avec les données de notre étude.

Quant au mode d'exercice, la grande majorité des départements français dont la Corse ont une part plus importante des médecins exerçant leur activité en libéral (5), ce qui soutient le fait que les répondeurs sont représentatifs des caractéristiques sociodémographiques annoncées par le CNOM.

2.2 Stade de prise en charge

Concernant les interrogés, seuls 2 médecins sur 10 interviennent au sein d'un SSR, que cela soit pour un suivi ponctuel ou complet des patients, ce qui signifie que la plupart des médecins répondeurs ne travaillent pas au sein d'une de ces structures et sont ainsi impartiaux quant à leurs réponses données.

De plus dans notre étude, près de 10% des répondeurs déclarent ne se sentir concernés à aucun stade de la prise en charge des patients en SSR ce qui s'oppose directement aux 90% qui eux sont concernés à différents stades, que ce soit en amont, en aval ou encore dans le suivi au sein du SSR. Donc de manière surprenante, 9 médecins sur 10 de toutes les spécialités confondues sont en lien avec le SSR. Ce qui soulève à quel point ces structures sont importantes dans la pratique médicale.

Plus de la moitié de la population étudiée, à savoir 53%, considère être impliquée dans la prise en charge des patients en amont du SSR. Ce qui veut dire que les médecins répondent ont des patients nécessitant une prise en charge après leur intervention. Ils voient en leurs patients des déficiences qui leur font dire et penser qu'un séjour en SSR serait à considérer.

D'après la Circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation (28) les patients sont généralement adressés en SSR par un médecin hospitalier suite à une hospitalisation dans un service de soins aigus. La surreprésentation du monde hospitalier dans ce questionnaire est à la fois visible parmi les 45.8% de salariés qui ont répondu au questionnaire ainsi que par ceux qui se sentent impliqués en amont du SSR. En effet, il est souvent essentiel pour les patients après une hospitalisation de faire d'une part une rééducation afin de les aider à recourir le meilleur potentiel physique, cognitif et psychologique, d'autre part une réadaptation pour accompagner le patient si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles, et enfin de mettre en place une réinsertion pour aller au-delà des soins médicaux et garantir une réelle autonomie au patient.

2.3 Le suivi en SSR

Parmi les médecins répondants exerçant en SSR, la majorité soit 31.6%, disent prendre en charge quotidiennement entre 16 et 30 patients. La prise en charge de ces patients est censée être moins lourde que dans les services de médecine conventionnelle de l'hôpital où le patient décompense une pathologie chronique ou s'expose à un problème aigu. Ainsi, par exemple au centre de rééducation du Finosello, un médecin de SSR prend en charge en hospitalisation complète entre 25 et 30 patients neurologique et locomoteur et 10 patients en hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de jour).

A titre de comparaison, en cabinet de médecine générale, le généraliste effectue 22 consultations par jour d'une durée moyenne de 17 minutes selon une étude auprès de 2480 médecins généralistes (33)

Dans les organismes et services médicaux libéraux d'urgence le nombre de consultations par jour peut être porté à une cinquantaine voire plus lors des périodes épidémiques. Tous ces chiffres sont à nuancer dans la mesure où le médecin exerçant en SSR a une activité de gestion et d'animation d'unité médicale et paramédicale. Ce travail en équipe pluridisciplinaire

permet une prise en charge par jour d'un plus grand nombre de patients que lors d'une activité de consultation simple.

En effet, les patients qui consultent ces praticiens de ville ont parfois des pathologies aussi conséquentes que celles rencontrées en SSR, néanmoins, il s'agit à chaque consultation de prendre en charge le problème aiguë ou chronique qui demande moins de temps au professionnel qui est d'ailleurs limité en terme de prise en charge puisqu'il doit rapidement passer la main si cela sort de ses compétences (plâtre, suture, demande d'une biologie ou imagerie etc.). Alors qu'en SSR, ce même problème pris en charge par le médecin généraliste du centre ou le médecin physique et de réadaptation, sera pris en charge de manière différente car les moyens sont plus importants et les solutions proposées plus larges. Prendre en considération la pluridisciplinarité du patient, avoir l'opportunité de faire une biologie ou suturer sur place, demande d'y consacrer plus de temps.

Ainsi, on prend en charge moins de patients qu'en ville car il est possible d'effectuer plus d'exams et le temps de réflexion est différent. En ayant les patients tous les jours sur place comme dans le milieu hospitalier, il est possible d'avoir un regard sur eux plus transversal que lors d'une consultation unique de quelques minutes.

Il n'y a pas de nombre référence de patients à prendre quotidiennement en charge, chacun dans son exercice à un rôle différent à jouer dans la stratégie de prise en charge. Le ratio des personnels médicaux et paramédicaux est très variable d'une spécialité à l'autre et très variable d'un établissement à l'autre pour une même spécialité.

Concernant le suivi des patients en SSR, 80% des interrogés pensent que le médecin généraliste est indispensable. Néanmoins beaucoup ne savent pas pourquoi et ont du mal à connaître son rôle au sein de la structure. Des fiches de postes (Annexe 7) sont parfois distribuées aux médecins qui y exercent, pour d'autres, ils le découvrent lors de leurs stages dans le cursus universitaire ou sur le fait accompli après un entretien d'embauche. Pour la plupart, cela reste inconnu alors qu'ils sont liés de près ou de loin au SSR. Quant aux autres, à savoir les 18.1% ils ne savent pas si le médecin généraliste est indispensable au sein de ces établissements.

2.4 Compétences du médecin généraliste

Pour exercer sa spécialité, un médecin généraliste a besoin de plusieurs compétences (34) qui sont en accord avec *les* compétences définies par la WONCA Europe (Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille) (35). C'est ainsi qu'il est intéressant de se demander quelles compétences essentielles doit avoir le médecin généraliste en SSR.

La moitié des répondeurs ont estimé que l'approche globale et prise en compte de la complexité du patient (36) est la principale compétence que doit requérir le médecin généraliste. Il s'agit là de mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels, etc.) quel que soit le type de recours aux soins. C'est-à-dire qu'il faut adopter diverses postures en fonction des situations : accompagnement, éducation, prévention, réparation, soins, soutien etc. De plus, il doit savoir identifier et évaluer les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions en prenant en considération dans ses décisions les champs bio-psycho-social et culturels. De surcroît, il se doit d'élaborer un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient. C'est à dire intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation. Le médecin généraliste en SSR doit également négocier une décision partagée avec le patient, adaptée à la situation en évaluant ces conséquences à court, moyen et long terme.

2.5 Formation en SSR

Le diplôme interuniversitaire (DIU) et DESIU de médecine de rééducation ont pour objectif de permettre aux médecins de se spécialiser secondairement en médecine physique et de réadaptation. Après leur formation initiale, ils permettent d'acquérir une formation théorique et pratique complémentaire à leurs connaissances et expériences dans la discipline. Ils constituent une passerelle professionnelle permettant d'acquérir les savoirs requis pour obtenir la qualification délivrée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ils assurent ainsi un standard de qualité en rééducation et réadaptation à des médecins non spécialistes en médecine physique et de réadaptation, permettent la réorientation des médecins généralistes ou spécialistes, et de répondre à des besoins de santé publique.

En fonction de l'université, le candidat concerné doit justifier entre un et deux ans d'exercice professionnel dans le domaine du handicap ou pas selon la structure et il doit surtout avoir un projet professionnel exclusivement centré sur la MPR.

La formation comprend deux années d'enseignement avec plusieurs heures d'enseignement théoriques et pratiques annuelles.

Il existe d'autre part des formations type DIU sur la réadaptation cardiovasculaire à Paris notamment qui peuvent permettre au médecin généraliste d'avoir une approche plus centrée sur les patients ayant des pathologies cardiaques en SSR.

Dans notre étude, 71% estime qu'il faudrait une formation complémentaire pour les médecins généralistes exerçant en SSR. Les seuls DIU de MPR ouverts aux médecins généralistes, risquent d'être fastidieux et chronophages. Ainsi, il y a une inadéquation entre les médecins interrogés demandeurs de formation et l'offre actuelle pour les médecins généralistes travaillant ou voulant travailler en SSR.

Il serait intéressant de proposer aux médecins généralistes des DIU ou des formations moins longues pour cibler des connaissances pratiques de médecine physique et de réadaptation tout en conservant leur spécificité de médecine générale.

2.6 Atouts du médecin en SSR

Les principales missions du médecin en SSR sont inévitablement la prise en charge médicale des patients. Toutefois, il doit également participer à l'organisation des soins, la commission d'admissions et veiller à la qualité dans les unités. Pour cela, il est chargé de plusieurs missions (37).

La continuité des soins.

Il évalue les besoins médicaux du patient avant son admission. Il formalise et présente au patient son projet thérapeutique, assure son suivi médical en veillant à la continuité thérapeutique en amont et en aval de l'admission. Il participe aux réunions de synthèse pluridisciplinaires hebdomadaires et retranscrit ses observations dans le dossier médical du patient. Il rend compte de l'évolution du patient au service adresseur ou au médecin traitant,

participe à la permanence des soins pour les patients du centre hospitalier et enfin, assure les visites médicales quotidiennes dans les unités de soins.

La continuité des prises en charge des patients dans le territoire de santé

Le médecin en SSR doit théoriquement identifier les besoins dans le territoire et mettre en place des réponses adaptées en participant au projet médical du territoire. Il doit participer aux réunions départementales, régionales ou nationales de coordination ou d'information concernant les SSR non spécialisés.

La valorisation de sa spécialité

Il participe à la rédaction et à la mise en œuvre du projet médical de l'établissement. Il doit s'assurer de la bonne codification des actes médicaux relevant de sa spécialité pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

L'amélioration continue de la qualité des activités de l'unité SSR

Le médecin du SSR participe à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement et développe ses connaissances médicales et transversales par le dispositif du développement professionnel continu (DPC) (37).

Toutes ces missions semblent pouvoir être menées par un MPR mais également par un médecin généraliste. L'intervention de ce dernier est selon près de 40% de nos répondeurs un avantage pour les structures dans la stratégie de prise en charge du patient. Cela peut être discuté puisqu'il s'agit là de la conduite à tenir et des objectifs que l'on fixe avec le patient dès son admission en centre. Ces objectifs étant en lien direct avec les objectifs rééducatifs, il s'agit là d'avoir des connaissances en médecine de rééducation et réadaptation en plus de la formation médicale de base.

Donc seul un MPR ou un médecin généraliste ayant une connaissance accrue dans ce domaine peut fixer toute la stratégie de prise en charge.

Selon 32.5%, avoir un médecin généraliste dans sa structure est un avantage dans le suivi clinico-biologique des patients. Néanmoins, lorsque celui-ci n'est pas à temps plein dans

la structure, est-ce possible ? La prise en charge se rapproche-t-elle donc plus d'un suivi en cabinet de ville ?

Concernant le projet de vie, une personne sur cinq estime qu'il peut être mené par le médecin généraliste est dans la structure. Sans doute est-il plus proche de la ville, plus imprégné des structures et aides à domicile présentes en aval des centres, d'autant que son contact avec les familles est quotidien. Il est possible que les MPR se sentent moins sensibilisés puisqu'ils sont spécialisés dans la rééducation alors que le médecin généraliste a une approche plus globale.

A savoir que le HAS a mis en place un indicateur de qualité et de sécurité des soins afin d'évaluer le projet de soins et projet de vie en SSR. Cet indicateur évalue la traçabilité dans le dossier du patient d'un projet de soins, projet de vie comportant les éléments nécessaires à une rééducation coordonnée, élaboré en équipe pluri-professionnelle, avec la participation du patient. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 8 critères au maximum (19) (Annexe 8).

Pour poursuivre les avantages d'avoir un médecin généraliste de ville en SSR, il faut relever que son activité mixte constitue un réseau relationnel médical bénéfique à la fluidité de la prise en charge des patients. Ce tissu de correspondants permet ainsi une stratégie de prise en charge complète avec une orientation vers des spécialistes de ville et hospitaliers plus aisément. Par extension, c'est également vrai pour contacter les paramédicaux du secteur d'habitation du patient puisque le médecin généraliste a un réseau de soins. En effet, 70% des séjours en SSR se terminent par un retour au domicile du patient, 16% par un transfert vers une autre unité médicale dont 12% en MCO (38) ce qui confirme l'idée qu'avoir des réseaux étendus est une aide au parcours de soins du patient.

2.7 Remplacer un MPR par un médecin généraliste

Malgré un nombre conséquent d'offres d'emploi de MPR concernant des remplacements dans des structures type SSR, il n'en est pas moins que la plupart recherche également des médecins généralistes. Et cela parfois pour plusieurs mois voire années. En effet, afin de palier à ce manque de spécialiste en médecine physique et de réadaptation, les structures sont prêtes à accueillir des généralistes. Pourtant, ces médecins n'ont pas la même formation, expérience et il est question de deux spécialités médicales bien distinctes. Pourtant, pour beaucoup il s'agit de remplacer ces spécialistes par des généralistes qui sont plus nombreux, moins coûteux et plus accessibles alors que ces deux spécialités sont faites pour travailler en équipe pluridisciplinaire. Chacun devrait peut-être même avoir une fiche de poste bien définie dans le même établissement. C'est dans cette démarche que près de 40% des médecins ont répondu qu'un MPR ne peut pas être ponctuellement remplacé par un médecin généraliste. Si cela est le cas, un tiers estime qu'il ne peut être remplacé que de 1 à 2 semaines et moins de 10% pour une période supérieure à un mois.

Partant de là, il est intéressant de s'interroger sur la proportion d'intervention des MPR par rapport aux médecins généralistes dans une même structure type SSR. C'est ainsi que 44.6% estiment que ces deux spécialités médicales interviennent autant auprès des patients même s'ils ne travaillent pas sous la même forme.

En effet, les MPR sont par exemple habitués à effectuer des visites pluridisciplinaires sur le plateau technique alors que les patients sont en soins. A contrario, les médecins généralistes interviennent plus en chambre afin de gérer des problèmes intercurrents. Il s'agit là d'exercer la médecine en équipe.

L'un dans l'établissement quotidiennement va avoir un suivi continu alors que l'autre s'il intervient ponctuellement dans la semaine aura un suivi plus discontinu.

Dans un établissement type SSR, le MPR est tout aussi indispensable que le médecin généraliste, leurs fonctions n'est pas la même et doit être au préalable défini avec la structure.

2.8 Exercer en SSR

Le paradigme du médecin généraliste qui travaille seul en cabinet a changé.

Pour plus de la moitié des répondeurs, ce qui motive préférentiellement les médecins généralistes à exercer en SSR plutôt qu'en cabinet de ville est le travail en équipe pluridisciplinaire. C'est pour cela que plusieurs maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou maisons médicales de garde (MMG) ont vu le jour en Corse ces dernières années, au bénéfice des patients mais également des professionnels de santé.

Par exemple, le 28 janvier 2014 la première maison de santé pluri-professionnelle de Corse ouvrait ses portes à Calenzana. Reconnu et soutenu par l'ARS, le Ministère de la Santé et la Collectivité Territoriale de Corse, ce projet a fait l'unanimité auprès des instances régionales et nationales. Ainsi les locaux assurent un accueil physique et téléphonique avec un secrétariat médical, une accessibilité de plein pied, répondant aux obligations de la loi sur l'accessibilité des personnes handicapées (39), un logement pour remplaçants, étudiants, stagiaires ainsi que les équipements nécessaires (salle de coordination et d'éducation thérapeutique, cabinets médicaux, infirmiers, d'orthophonie, intervention de sage-femme et diététicienne). Ce type de structure a permis de développer des projets en équipe qui ne pourraient pas être menés par des professionnels de santé exerçant seul dans leur cabinet. La MSP facilite également la mise en place de nombreux partenariats avec les associations ou réseaux présents sur le territoire (Ex : partenariat avec la Maison du Handicap, ou encore avec les associations d'aide à la personne). Mais surtout, la MSP répond à une demande de la part des patients, particulièrement en milieu rural (Annexe 9).

Toutes les études sur la démographie médicale démontrent que les jeunes professionnels souhaitent privilégier la qualité de vie à la recherche prioritaire de revenus. Il s'agit donc là d'une opportunité d'assurer les remplacements nécessaires aux départs en retraite. C'est une plateforme idéale de travail (3) (40).

Le parcours universitaire, avec l'ouverture de la PACES à Corte en 2005, la réalisation de stages d'internat en Corse, la formation théorique de médecine générale délivrée sur l'île de Beauté et les origines corses des médecins sont des éléments ayant participé à leur installation en secteur libéral en Corse (11).

Et pourtant, alors que la majorité des médecins généralistes exercent dans le libéral depuis des années, le statut de salarié avec la sécurité qu'il implique revient au goût du jour. En effet, 35.2% des répondeurs estiment que le statut de salarié séduit en SSR les médecins généralistes. Les changements de pratiques d'exercices associés aux aspirations personnelles des médecins montrent un intérêt moindre pour le libéral d'autant plus pour les nouvelles générations (41).

En effet, dans certains départements la part de médecins salariés est plus importante d'année en année (annexe 10).

Selon le CNOM, le nombre de généralistes en secteur libéral exclusif a baissé de 11.3 % ces dix dernières années. Celui des généralistes en salariat exclusif était en augmentation sur la même période. En un an, il est constaté que l'activité salariée augmente de 0,8 % alors que l'activité libérale et mixte baissent respectivement de 0,5 et 1,1 %. (5)

Travailler en tant que salarié médecin à certains avantages. Un contrat lie l'employeur et le médecin, permet de définir le nombre d'heures d'exercice, le nombre de jours de congé ainsi que le montant du salaire. Le statut social est entièrement règlementé. Dans le SSR, il existe un travail en équipe, ce qui a des avantages et des inconvénients, de surcroît il n'est pas seul. Les fonctions et les tâches sont bien définies et il est même possible que l'entreprise prenne en charge certains coûts de formations.

A contrario, en tant que libéral, le médecin se fixe ses propres horaires, ne doit pas rendre de compte à son employeur, même si la sécurité sociale et le CNOM garde un œil avisé sur son activité mais il est chargé de quelques tâches supplémentaires telle que la comptabilité, l'administration, il est responsable du paiement de ses cotisations sociales, du paiement anticipé des impôts et de la déclaration de ses frais professionnels. Beaucoup de temps est nécessaire en parallèle du temps de consultation en cabinet pour gérer ces tâches.

Travailler dans un SSR implique également une meilleure accessibilité aux soins puisque l'établissement a des liens privilégiés avec l'hôpital de proximité, le centre d'imagerie et de biologie. Il a des équipes médicaux, paramédicaux ainsi que des équipements qui permettent des soins de très bonnes qualités instantanément. Seuls 10% des répondeurs estiment que cela motive les médecins généralistes à exercer en SSR, et pourtant l'accessibilité aux soins est un réel privilège par rapport à une pratique de ville classique.

A l'opposé, pour 56.4% des répondeurs ce qui freine les médecins généralistes à exercer en SSR sont les connaissances limitées en médecine rééducative. Ce qui renvoie à l'idée que des formations complémentaires seraient souhaitables.

En effet, la MPR est une spécialité à part entière que l'on retrouve principalement dans les SSR. Cette spécialité médicale a beaucoup évolué durant ces dernières années. Les techniques d'examen et de diagnostic se perfectionnent d'année en année et semblent parfois s'éloigner des pratiques habituelles ce qui peut effrayer certains médecins généralistes. Ainsi par exemple, issus de la recherche dans les domaines militaire et industriel, les exosquelettes et les dispositifs d'assistance robotisée d'aide à la marche sont entrés dans les services de médecine physique et de réadaptation au début des années 2000. Aujourd'hui, les exosquelettes de marche sont incontournables. Nouveaux outils de rééducation fonctionnelle, ils s'ajoutent et viennent parfois se substituer aux techniques conventionnelles de réadaptation, permettant de raccourcir significativement les délais de remise à la marche (42).

La rééducation fait aussi appel à des machines novatrices telle que l'AlterG conçu initialement par la NASA qui a breveté la technologie dans les années 1970. Il s'agit d'un tapis de course anti-gravité. Sa technologie unique a pour principe de soulager le poids du corps lors du travail de la marche et de la course à pied (43). Ce procédé révolutionne la prise en charge en rééducation et offre de nombreuses indications en réentraînement sportif notamment (Annexe 11). L'AlterG permet de soulager le poids du corps jusqu'à 80% et de protéger l'organisme de nombreuses contraintes en permettant de reprendre l'activité physique en douceur. Grâce à cette technologie il est possible de doser de manière très précise l'intensité de l'effort fourni qui sera adapté aux capacités du patient. Dans cette dynamique, son utilisation est devenue indispensable dans des centres spécialisés dont le centre de rééducation fonctionnelle du Finosello à Ajaccio, le centre européen de rééducation du sportif à Saint-Raphaël et à Capbreton ainsi que dans certains clubs sportifs professionnels de très haut niveau.

La médecine physique et de réadaptation utilise également la pratique de toxine botulique (44), un acte strictement médical permettant d'améliorer les actes de la vie quotidiennes des patients ayant des rétractions musculaires importantes. En effet, il s'agit

d'une toxine secrétée par une bactérie, le Clostridium botulinum qui injectée à dose infime dans un muscle hyperactif provoque le relâchement de celui-ci pendant une durée transitoire de quelques semaines à quelques mois. Elle est utilisée dans le traitement de plusieurs affections comme la spasticité post-AVC notamment, le spasme hémifacial, le blépharospasme et les dystonies cervicales. L'objectif étant d'améliorer la motricité active des membres et de la marche, du confort, des soins de nursing et la diminution de la douleur résultant d'une spasticité musculaire exagérée.

Au-delà de l'hyperspécialisation de ces actes et matériaux médicaux, le médecin physique et de réadaptation peut avoir accès à des formations spécialisées tel que le DU appareillage qui est inaccessible aux médecins généralistes. Exercer en SSR implique d'avoir des bases en MPR sans oublier que le médecin généraliste a une formation différente, c'est pour cela que le travail en équipe pluridisciplinaire permet d'orienter vers son confrère lorsque la prise en charge devient plus spécifique.

Toutefois, dans le cadre du DPC obligatoire depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 (45), le médecin peut choisir des formations orientées vers la médecine rééducative sans prétendre à une équivalence de MPR.

3. MIEUX COMMUNIQUER POUR MIEUX COORDONNER LES SOINS

Dans notre étude, près de 60% des médecins interrogés ont mentionné une bonne communication entre les praticiens de la ville et du SSR et ceux entre l'hôpital et le SSR. Néanmoins, il est curieux de remarquer que plus d'un tiers estiment que l'échange d'information est mauvaise voire médiocre. Ce contraste peut se discuter dans la mesure où même s'ils sont de très bons conciliants puisqu'ils doivent maintenir de bons rapports avec leurs confrères, les médecins remettent en question en permanence les informations qui leurs sont transmises. L'échange d'information peut presque être aussi bon que mauvais. Ce manque de communication a été également retrouvé dans l'échange d'information entre la ville et l'hôpital exprimé par exemple par des généralistes dans une autre thèse datant de 2018 (46).

L'échange entre le SSR et la ville est orienté par des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) depuis 2009 (47). Ces indicateurs sont aux nombres de trois : Evaluation et prise en charge de la douleur, projet de soins et projet de vie, qualité de la lettre de liaison. La HAS organise un recueil consistant à une enquête rétrospective sur un échantillon de séjour tiré au sort (48) (Annexe 12).

Depuis 2012, l'HAS a mis en place l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Ce dispositif rémunère par indicateur le niveau de qualité atteint d'une part et d'évolution d'autre part (49).

Le programme IQSS potentialisée par le programme IFAQ permet une amélioration qualitative et quantitative des échanges entre la ville et le SSR.

L'échange d'information entre l'hôpital et le SSR est influencé par « la qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO. Cette lettre est un élément majeur de la continuité des soins. Les deux critères indispensables à la notation du score de qualité imposent une lettre de liaison à la sortie retrouvée et datée du jour de la sortie (19) (Annexe 13).

Dans le sens SSR-hôpital pour notamment l'orientation des patients de la structure aux urgences, les éléments de qualités sont retrouvés de par les courriers rédigés sur un mode équivalent.

Lorsqu'une sortie d'hospitalisation est envisagée, des demandes de préadmission dans des établissements type SSR permet d'améliorer les orientations des patients. Le développement de la plateforme Trajectoire en 2008 puis ViaTrajectoire (50) a été nécessaire afin de centraliser et répartir la prise en charge des patients hospitalisés. Il est utilisé dans 17 régions partenaires, 140 326 professionnels, 40 356 médecins libéraux et 494 078 personnes âgées et aidants familiaux. Ainsi, il existe sur le site internet un espace particulier pour les personnes âgées afin de permettre d'effectuer des démarches d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées en unité de soins de longue durée et les personnes en situation de handicap peuvent rechercher des établissements adaptés à leurs pathologies. L'espace des professionnels permet notamment aux médecins libéraux de gérer le volet médical des dossiers d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou en unité de soins de longue durée. Et enfin, l'espace professionnel en établissement permet de gérer en ligne tous types d'orientation dans le domaine sanitaire et social.

A noter que beaucoup de SSR sont en lien direct avec les hôpitaux puisque des médecins interviennent dans les deux structures permettant ainsi de faciliter les prises en charge.

Pour réussir à relever ce défi, il est primordial que les médecins libéraux le veuillent, le disent, se forment pour assurer des responsabilités nouvelles et qu'ils acceptent les contraintes du fonctionnement hospitalier.

Bien que les médecins répondeurs soient globalement satisfaits des relations entre la ville et le SSR et l'hôpital et le SSR, plusieurs pistes d'améliorations sont encore à proposer. Par exemple l'instauration d'une ligne directe pour joindre un spécialiste, la mise en œuvre d'un dispositif d'astreinte, la standardisation des comptes rendus d'hospitalisation et de la lettre de liaison, la mise en place d'une messagerie sécurisée et de campagnes de communication, la désignation d'un référent dans les services et une meilleure organisation des sorties.

4. LES FORCES ET LES FAIBLESSES DE L'ETUDE

Ce travail comporte certaines limites et biais qui doivent être pris en compte.

Le choix du recrutement des médecins s'était d'emblée étendu à tous les médecins de la Corse du Sud. Se limiter à une ou deux villes aurait majoré le biais de sélection et n'aurait donc pas permis de répertorier autant de point de vue que ceux retrouvés dans l'étude.

Concernant les médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, l'âge moyen est de 57.2ans, alors que la moitié des médecins répondeurs de notre étude ont moins de 40 ans. Ceci influençant la représentativité de l'échantillon par rapport à la population médicale générale et diminuant la validité externe. Le biais du volontariat ainsi que la répartition géographique peuvent expliquer cette différence.

Dans ce travail la participation des médecins a été assez aléatoire malgré l'envoi d'email et la distribution de questionnaires, seuls 66.4% ont répondu. Malgré un rappel par mails et par téléphone plusieurs médecins qui initialement souhaitaient participer ont finalement déclaré « ne pas avoir eu le temps », « ne pas se sentir concerné par le sujet ». Il est regrettable que l'implication des médecins n'ait pas été plus importante d'autant que la plupart des praticiens que j'ai contactés étaient aux dépôts intéressés par le sujet et demandeurs des

résultats de l'étude. Il est possible qu'un biais de participation existe dans cette étude car l'implication des médecins dans mon projet a pu être modifiée par l'intérêt des praticiens concernant le sujet de l'étude.

Le biais de sélection de l'étude est intrinsèque au fait que les répondeurs hospitaliers ont plus été sollicités étant donné que notre formation en médecine générale est majoritairement hospitalière ce qui permet d'approcher le personnel hospitalier pour remettre le questionnaire plus facilement.

Il y a eu malgré tout peu de refus catégoriques lors de mon premier contact direct avec les médecins ou les structures contactées. Parmi les 42 refus, l'argument qui m'a le plus interpellée a été qu'ils ne sentaient pas concernés par le SSR. Cette remarque bien qu'isolée et non développée met en évidence qu'un travail d'information des praticiens sur le SSR reste indispensable. Bien au-delà de la formation des médecins généralistes en MPR, il est nécessaire que les praticiens extérieurs à l'établissement comprennent ce qui est fait dans ces structures.

Malgré la diffusion des questionnaires papiers et en ligne via Googleform, le recueil de données est directement corrélé à l'implication des médecins dans ce travail. Les échanges d'information sont estimés comme bonnes entre la ville et le SSR et l'hôpital et le SSR car des médecins (généralistes, neurologues, orthopédistes, MPR etc) interviennent dans les deux structures ce qui peut s'apparenter à un biais de classement et de confusion.

Contrairement à d'autres travaux qui interrogent les patients, les problèmes de compréhension sont ici limités puisque le niveau d'étude est quasiment identique pour les médecins réponders. A savoir que les médecins ne parlant pas français n'ont pas été interrogés.

Par ailleurs le biais de déclaration existe car les questions bien que claires restent pour certains interprétatives. A savoir que les médecins réponders se sentent probablement plus concernés du fait de leurs activités et interventions en SSR.

La formulation des questions fut élaboré de manière la moins suggestive ou interprétative pour diminuer le biais de subjectivité de l'enquêteur.

Le questionnaire demande peu de mémorisation, seule la question portant sur le nombre de patients pris en charge dans l'unité de SSR demande un retour sur soi-même mais aucun n'est rétrospectif et nécessite de faire appel à sa mémoire. Pour autant, il n'empêche pas que 3 questionnaires papiers ont été remplis de manière incomplète puisque des réponses étaient manquantes. Ce biais d'exhaustivité a été limité puisqu'à la réception des questionnaires, un retour vers le répondeur a pu être fait en direct et le questionnaire en ligne a permis de mettre les réponses comme étant indispensables.

L'ajout à posteriori des données informatiques de l'intervention des médecins généralistes sur les dossiers médicaux afin de les comparer à l'intervention des médecins physiques et de rééducation a été abandonné car cela représentait un biais de classement trop important et les données évaluées en fonction des centres apparaissaient trop disparates.

Cette étude est centrée sur le point de vue des médecins en excluant le point de vue des patients qui serait sans doute intéressant d'étudier.

Quatre-vingt pourcents de l'échantillon des médecins répondants ne travaillent pas au sein d'une structure de SSR ce qui diminue le biais de recrutement.

L'avantage majeur de cette étude est l'intérêt porté au médecin généraliste dans un secteur où sa place n'a jamais été étudiée dans la littérature scientifique. De plus, l'utilisation d'un questionnaire permet l'étude de plusieurs facteurs et plusieurs aspects de la pratique de la médecine générale.

5. RETENTISSEMENT DU COVID

L'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique établi et régulièrement réévalué. Le SSR ne doit plus être seulement reconnu comme l'aval du MCO, mais comme une structure sanitaire apportant une plus-value réelle au patient et ceci d'autant plus depuis l'infection COVID19.

5.1 Epidémie COVID19 et SSR

Un nouveau Coronavirus, le SARS-CoV-2 a été découvert le 31 décembre 2019 dans la province de Wuhan en Chine. La propagation rapide de ce virus a rapidement menée à une situation de pandémie mondiale imposant aux gouvernements de renforcer les mesures sanitaires (51). Les établissements de santé sont en priorité touchés et ont dû rapidement s'adapter et réagir. Dans le cadre de l'évolution de l'épidémie de COVID19 sur le territoire français, le gouvernement a mis en place une ligne de conduite dans les SSR, notamment en cas d'accueil de patients COVID positifs. Les patients accueillis par les établissements SSR ont une vulnérabilité particulière au virus SarsCov2 compte tenu de leur fragilité et des facteurs de sensibilité propres.

En conséquence, tous les établissements SSR ont dû adapter leurs organisations et mettre en œuvre un dispositif de mesures barrières conséquentes en lien avec les autorités locales.

Par ailleurs, les établissements SSR constituent une étape essentielle dans la gestion à court et moyen terme de l'épidémie. Ils doivent maintenir et adapter leur capacité de réponse aux demandes des établissements de court séjour, tout en évitant la propagation de l'épidémie au sein de leurs structures.

Dans un contexte de crise sanitaire caractérisée par un afflux massif de patients, ils constituent un maillon essentiel permettant de fluidifier les parcours de prise en charge. L'objectif principal pour ces établissements consiste donc à maintenir leur capacité de réponse aux demandes venant du secteur MCO, pour des patients COVID positifs comme pour les patients relevant d'autres filières, tout en optimisant leurs organisations à la prise en charge de patients fragiles et vulnérables. Ils doivent permettre de libérer des lits dans les services de réanimation, de soins continus, de pneumologie, de maladies infectieuses et de médecine le plus vite possible pour les hôpitaux.

Par ailleurs, ils doivent organiser rapidement le retour des patients à leur domicile, en incluant si nécessaire la poursuite du plan de réadaptation en autonomie à domicile (52).

Afin de faciliter le lien MCO-SSR, l'outil ViaTrajectoire (cité précédemment) permet la libération des lits d'hospitalisation de court séjour dans le cadre du plan blanc, en prévision de l'accueil massif de patients COVID positifs. Cette évolution permet à un établissement sanitaire d'indiquer qu'il adresse un patient en SSR afin de libérer ses lits dans le cadre du plan blanc et que cette demande d'orientation est prioritaire par rapport aux demandes provenant d'autres établissements.

Tous les SSR ayant des secteurs COVID isolés sont une filière prioritaire dans l'accueillir les malades COVID positifs en aval de la prise en charge d'une détresse respiratoire aiguë dans les services de court séjour ou pour les patients ayant des antécédents de maladie respiratoire chronique. De ce fait, il existe deux situations.

Soit le patient est toujours en situation d'insuffisance respiratoire chronique grave, sans dépendance vitale ventilatoire, mais dépend encore d'un appareillage respiratoire ou de compétences pneumologiques. Une fois le patient stabilisé médicalement, il doit être orienté prioritairement vers un établissement SSR ayant l'agrément pour les « affections de l'appareil respiratoire ».

Soit le patient présente des complications non respiratoires liées à la réanimation, son hospitalisation prolongée ou ne peut tout simplement pas rentrer à son domicile. Cela constitue une entrée en SSR qui nécessitera prioritairement soit un SSR autorisé à la mention « affections de l'appareil locomoteur », « affections du système nerveux », « affections de la personne âgée poly-pathologiques, dépendante ou à risque de dépendance » ou un SSR non spécialisé en fonction de l'orientation du patient (52).

5.2 Les post-COVID

Une prise en charge prolongée est souvent nécessaire pour les patients ayant eu une infection COVID chez qui la limitation d'activité est particulièrement fréquente et importante secondairement aux déficiences d'ordres respiratoire, cardio-vasculaire, rénal, neurocognitif, psychiatrique, musculo-squelettique, métabolique et nutritionnel (53).

Les objectifs de l'hospitalisation en SSR en post-COVID sont principalement le bilan diagnostique et l'évaluation des déficiences spécifiques, des limitations d'activités, la structuration des programmes de rééducation et réadaptation, ainsi que le suivi des complications médicales. Un soutien psychologique doit être systématiquement proposé (53).

La majorité des patients requièrent un programme de rééducation et réadaptation pluri-professionnel coordonné par un MPR et un médecin généraliste. Même si le patient est stabilisé, les exercices doivent prendre en compte la fatigabilité de ces patients souvent dénutris, asthéniques et porteurs de comorbidités. Le risque de décompensation cardio-respiratoire et de complications thromboemboliques n'est pas anodin et doit être pris en compte en fonction des antécédents.

Par la suite, la rééducation et réadaptation à domicile peut être mise en œuvre pour la reprise progressive et contrôlée d'une activité physique de faible intensité, la rééducation respiratoire, la reprise de la déambulation et des activités fonctionnelles habituelles. Un lien entre le médecin généraliste du SSR et le médecin traitant de ville est plus que jamais nécessaire. Un programme de réentraînement ciblé sur l'endurance peut s'avérer essentiel à distance afin d'envisager un retour à l'emploi et aux activités physiques et sociales (54).

5.3 Les professionnels de santé

Si la maladie COVID a été une épreuve pour les SSR, elle a aussi été un vecteur favorisant la réflexion et les échanges entre MPR et médecins généralistes. Face à cette épidémie, les centres ont dû accroître leurs recrutements en termes de personnels médicaux. Ainsi, de par leur capacité d'adaptation des médecins généralistes ont été recrutés dans les SSR pour prendre en charge exclusivement les patients COVID positifs afin que les MPR et autres spécialistes puissent au mieux poursuivre leur activité. Non formés, ils ont dû comme tous les autres s'adapter sur le terrain avec des recommandations locales et nationales se modifiant

régulièrement. Faire un lien entre la ville et le SSR et l'hôpital et le SSR pendant cette période a été permis grâce aux protocoles de prise en charge réactualisés fréquemment et à la polyvalence intrinsèque des généralistes.

Dans ce contexte de débordement et de pression sur notre système de soins et de santé, les professionnels de santé peuvent eux aussi présenter des critères de fragilité devant l'augmentation du risque d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique qu'il conviendrait d'accompagner. Différentes actions sont à mener pour améliorer ce soutien et limiter le risque de souffrance des professionnels dans un contexte de crise sanitaire. Les psychologues attachées aux SSR ont parfois pu s'entretenir avec les médecins généralistes exerçant dans ces structures.

6. PERSPECTIVES POUR L'AVENIR

Alors que les offres d'emplois dans les SSR se multiplient de jour en jour à la recherche de médecins généralistes et ceci d'autant plus depuis l'épidémie COVID19, la plupart pensent qu'un médecin généraliste ne peut pas remplacer un MPR. Cette dichotomie amène à réfléchir sur l'organisation des SSR et les formations à proposer pour l'avenir. Pour assurer la persistance de l'offre de soins mais également une prise en charge de qualité des patients en SSR, les informations à délivrer sur ces établissements, le travail du MPR par rapport à celui du médecin généraliste et les formations en médecine rééducative ont encore du chemin à parcourir.

Créer un questionnaire destiné au médecin généraliste afin d'obtenir son point de vue et appréhender ses connaissances en médecine rééducative avant d'exercer en SSR pour évaluer le besoin de formation ou d'information et améliorer la prise en charge globale des patients dans ces structures semble être un projet intéressant à mener.

Depuis le début des années 1990, avec la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 et l'ordonnance n° 96-343 du 24 avril 1996, la contractualisation est devenue l'un des principes fondamentaux régissant le fonctionnement des établissements de santé avec: un projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins et le projet de vie, le règlement intérieur propre à la structure et le règlement intérieur médical. Les parties devront également s'engager à respecter les

conventions conclues par la direction avec d'autres établissements. Ainsi, l'engagement des médecins libéraux dans la réorganisation et l'aménagement de l'offre de soins est inévitable.

Depuis le décret de janvier 2022 (55) relatif au fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, les autorisations du secteur Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) entérine l'appellation de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). Ils prévoient de nouvelles obligations sur l'organisation des soins et renforcent la place de l'activité physique adaptée et de la psychologie.

Outre la prévention et la réduction des conséquences fonctionnelles, des déficiences et des limitations d'activités pour les patients atteints de maladie chronique ou après un épisode de soins aigus, les SMR sont aussi positionnés en amont d'une hospitalisation en soins aigus. Les actions de prévention, de diagnostic et de thérapeutique de ces établissements contribueront à diminuer les risques de récurrences et de complications.

Cette nouvelle appellation permet une juste reconnaissance de la qualité et du niveau des soins médicaux dispensés chaque jour par ces établissements et permet la reconnaissance désormais d'activités, dites d'expertises, visant des patients amputés, en post réanimation ou atteints d'obésité complexe. Ainsi, le nouveau cadre réglementaire prévoit un accès à des prises en charge polyvalentes et de proximité plus étendues.

Le développement des hospitalisations de jour, d'équipes mobiles permettant la réadaptation « hors les murs » ou encore le recours à la télésanté ou « e-HDJ » (hospitalisation de jour à distance et digitalisée) pratiquée durant la crise sanitaire du COVID19 permet de plus en plus d'être en phase avec les attentes des patients et de leurs familles. Cette transformation des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) vers les Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) va bénéficier à l'ensemble des acteurs du système de santé et permet d'améliorer l'organisation des prises en charge globale des patients (parcours de santé, de soins et de vie) (56).

A un moment où les établissements de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) sont pleinement mobilisés pour faire face à la crise sanitaire, elle les conforte dans leur action aujourd'hui mais aussi demain pour affronter les défis du système de santé, liés notamment au vieillissement de la population ou aux maladies chroniques. En effet, l'activité de Soins

Médicaux et de Réadaptation représente un secteur stratégique de l'offre de soins, avec une forte activité médicale, à la fois préventive, curative et palliative.

Dans notre étude, beaucoup de questions ont été sujet à débats car les médecins répondeurs ont été hésitants à plusieurs propositions, peut-être faudrait-il ouvrir certaines questions pour étudier de manière plus approfondie le sujet. C'est le cas des questions 13 et 14 concernant les échanges d'informations et donc la coordination des soins. A l'initiative des URPS Médecins libéraux, Infirmiers et Pharmaciens une carte de coordination des soins est mise en place dans certaines régions et s'étend aujourd'hui à tout type de professionnel de santé impliqué dans le parcours du patient.

Cette carte destinée principalement aux personnes susceptibles d'être hospitalisées, permet au patient d'y inscrire les noms des professionnels libéraux et hospitaliers qui le prennent habituellement en charge ainsi que des notes en cas d'hospitalisation, lui indiquant les éventuelles démarches à effectuer pour une coordination des soins optimales entre ville et établissements de santé.

Afin d'améliorer et renforcer la communication entre la ville et le SSR et l'hôpital et le SSR, plusieurs propositions sont à envisager et en cours de discussion partout en France. La création et l'amélioration des plateformes d'échanges numériques et dématérialisés pour les professionnels de santé sont quotidiennement en amélioration. Nous retrouvons par exemple la plateforme ZEPRA (Zéro Echanges Papier en Rhône-Alpes) mise en service et utilisée par plus de 70 établissements (publics et privés) et 9000 médecins libéraux. Il permet l'échange de messages et de documents de manière sécurisée (57).

Quant à l'Agence Régionale de Santé de PACA, elle souhaite depuis 2019 créer un portail offrant un point d'accès unique à l'ensemble des outils régionaux en adéquation avec les outils nationaux. Ce projet constitue le premier volet de la refonte de l'Espace Numérique Régional de Santé (l'ENRS actuel étant le Portail e-Santé PACA) à destination des professionnels de santé et des patients-usagers en articulation avec le site national « Sante.fr ». Le développement des outils nationaux (Espace Numérique en Santé - ENS) ou locaux (Portail patient...) est en perpétuel mouvement (58).

Plus récemment en Corse, après proposition de l'Assurance Maladie et le Ministère de la Santé, l'ARS a présenté le 18 février 2022 le lancement de « Mon Espace santé ». Sur ce site internet chaque porteur d'une carte vitale trouvera tous ses documents médicaux réunis et sécurisés. Les ordonnances, résultats d'analyses, historique de vaccination et les comptes rendus d'hospitalisation seront consultables par tous les professionnels de santé, les généralistes, médecins hospitaliers et laboratoires. Il comporte également un profil médical où l'utilisateur peut remplir ses informations personnelles (allergies et antécédents familiaux...) et mettre à jour ses constantes (tension, glycémie, ...). Les informations enregistrées dans le service sont préservées par le secret médical puisque seuls les professionnels de santé autorisés par l'utilisateur peuvent les consulter.

Le Ségur du numérique (59) en santé a l'objectif de rattraper le retard national sur le partage des données de santé, afin d'améliorer la santé des citoyens, le quotidien des professionnels et l'efficacité du système de santé. Ainsi, tous les médecins de ville, en cabinet libéral, en maison ou en centre de santé, peuvent bénéficier d'un logiciel embarquant l'ensemble des exigences réglementaires et facilitant la pratique quotidienne (Annexe 14).

Néanmoins, devant la croissance des données médicales informatisées, le milieu de la santé doit aussi prévenir et lutter contre une cybercriminalité grandissante. Ce fut le cas au printemps 2022 du centre hospitalier Castelluccio à Ajaccio comprenant le SSR oncologique qui a été victime d'une cyberattaque, paralysant ainsi le système de soins pendant plusieurs jours.

Selon l'Agence du Numérique en Santé (ANS), les cyberattaques dans les établissements de santé ont doublé en 2021 (730 attaques informatiques ont été recensées sur le territoire français en 2021).

Ainsi, même si la cyber-sécurité est un sujet actuel important pour l'ensemble des acteurs de la santé, adopter une politique de sécurité apparaît encore difficile. Une faille dans laquelle s'engouffrent les cybercriminels et conduit à de nombreux risques pour les activités médicales (60).

Ces évolutions, réformes et perspectives d'avenir représentent un enjeu sur la place du médecin généraliste ainsi que sur les modes d'utilisation des données médicales dans la pratique en SSR et en ville.

CONCLUSION

Le rôle du médecin généraliste est appelé à évoluer vers de nouvelles orientations, qui peuvent se traduire par des partenariats construits différemment. Aujourd'hui, près de 90% des médecins toutes spécialités confondues estiment qu'ils sont impliqués dans la prise en charge des patients en Soins de Suite et de Réadaptation. Ce chiffre témoigne de l'importance de ces structures dans le système de soins. Les Soins de Suite et de Réadaptation ont une mission rééducative, de réadaptation et de réinsertion. De ce fait, l'établissement de Soins de Suite et de Réadaptation est le cadre original d'une collaboration synergique entre la médecine générale et la médecine rééducative.

Les éléments qui influencent les médecins généralistes à prendre un poste dans ces structures sont notamment le travail en équipe pluridisciplinaire et le statut de salarié que certaines communes commencent à proposer en cabinet de ville.

L'adaptation à l'environnement et aux besoins des patients ainsi que l'engagement du médecin généraliste dans ce type d'établissement permet de mener des projets et de les construire. Cela a été d'autant plus réel lors de l'épidémie COVID19 où les SSR ont pu étroitement coopérer avec les médecins généralistes. Toutefois, les connaissances en médecine rééducative sont considérées pour beaucoup comme limitées. Il s'agirait du principal facteur limitant pour les médecins généralistes désirant exercer en SSR. De ce fait, 71% des personnes interrogés estiment qu'il faudrait une formation complémentaire pour les médecins généralistes exerçant dans ces structures ce qui est en inadéquation avec les offres de formations actuelles.

Les établissements de Soins de Suite et Réadaptation avec le médecin généraliste, pourront devenir le premier maillon d'une prise en charge graduée pour assurer pleinement les nouvelles missions des Soins Médicaux et de Réadaptation. Pour réussir à relever ce défi, il est nécessaire que les médecins généralistes soient disposés à se former pour assurer des responsabilités nouvelles et s'adaptent aux contraintes du fonctionnement d'établissement.

Les modalités d'exercice de la pratique de la médecine générale évoluent avec le vieillissement de la population, les modes de vie et le développement des plateformes d'échanges numériques dématérialisés. Les jeunes professionnels aspirent à diversifier leur exercice et envisagent, pour une partie plus élevée que leurs aînés, d'avoir un exercice mixte ou partagé.

Vecteur d'épanouissement pour certains professionnels et d'attractivité des territoires, il est un gage de fort lien entre les secteurs SSR - ville et SSR - hôpital et peut initier des démarches d'amélioration des pratiques.

Pour aller plus loin, d'autres études destinées aux médecins généralistes exerçant au sein des différents Soins de Suite et de Réadaptation semblent nécessaire dans le but d'affiner leur place et de comparer leur intervention en fonction du type d'établissement.

ACRONYMES

ANS	Agence du Numérique en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CCAM	Codage des actes médicaux
CMA	Comorbidité médicale aigue
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSARR	Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation
CIM-10	10 ^e version de la classification médicale des maladies
DESIU	Diplôme d'études supérieures interuniversitaires
DIU	Diplôme interuniversitaire
DU	Diplôme universitaire
DPC	Développement professionnel continu
ECN	Epreuves classantes nationales
ENRS	Espace Numérique Régional de Santé
ETP	Education thérapeutique du patient
GN	Groupe nosologique
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
IMC	Indice de masse corporel
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MMG	Maison médicale de garde
MMP	Manifestation morbide principale
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
MPR	Médecin(e) physique et de réadaptation
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSP	Projet de soins personnalisé
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SROSS	Schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude distribué aux médecins de Corse du Sud.

La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en Soins de Suite et de Réadaptation en Corse du Sud.

Merci pour le temps pris pour répondre à ce questionnaire, il me sera d'une grande aide pour pouvoir composer ma thèse.

Entourer la ou les réponse(s) ci-dessous vous concernant :

1. Quelle est votre tranche d'âge ?

(une seule réponse possible)

- A. < 40 ans
- B. 40-50 ans
- C. 50-60 ans
- D. > 60 ans

2. Quelle spécialité médicale pratiquez-vous ?

(une seule réponse possible)

- A. La médecine générale
- B. Une autre spécialité

3. Quel mode d'exercice pratiquez-vous ?

(une seule réponse possible)

- A. Libéral
- B. Salariat
- C. Mixte

4. A quel stade vous sentez-vous impliqué dans la prise en charge des patients en SSR ?

(une seule réponse possible)

- A. En amont du SSR
- B. Dans le suivi complet en SSR
- C. Dans le suivi ponctuel en SSR
- D. En aval du SSR
- E. Aucun stade

5. Si vous êtes un médecin exerçant en SSR, combien de patients prenez-vous en charge dans votre unité ?

(une seule réponse possible)

- A. < 5 patients
- B. 6-15 patients
- C. 16-30 patients
- D. > 30 patients

- 6. Pensez-vous qu'un médecin généraliste est indispensable dans le suivi de patients en SSR ?**
(une seule réponse possible)
- A. OUI
 - B. NON
 - C. JE NE SAIS PAS
- 7. Selon vous, quelle compétence doit principalement avoir un médecin généraliste en SSR ?**
(une seule réponse possible)
- A. Education en santé, prévention individuelle et communautaire
 - B. Continuité, suivi, coordination des soins
 - C. Relation, communication, approche centrée patient
 - D. Approche globale, prise en compte de la complexité
- 8. Pensez-vous que les médecins généralistes intervenant en SSR devraient avoir une formation complémentaire ?**
(une seule réponse possible)
- A. OUI
 - B. NON
 - C. JE NE SAIS PAS
- 9. Sur quel plan l'intervention d'un médecin généraliste de ville dans un SSR peut être un avantage dans la prise en charge du patient ?**
(une seule réponse possible)
- A. Recueil de données
 - B. Stratégie de prise en charge
 - C. Suivi clinico-biologique
 - D. Projet de vie
 - E. Aucun
- 10. Le manque de médecin physique et de rééducation dans un SSR peut être pallié par un médecin généraliste durant :**
(une seule réponse possible)
- A. Une période de 1 à 2 semaines
 - B. Une période de 2 semaines à 1 mois
 - C. Une période de plus de 1 mois
 - D. Le médecin physique et de rééducation ne peut pas être ponctuellement remplacé par un médecin généraliste
- 11. Qu'est-ce qui motive les médecins généralistes à exercer en SSR plutôt qu'en cabinet de ville ?**
(PLUSIEURS réponses possibles)
- A. Les horaires
 - B. Le travail en équipe pluridisciplinaire
 - C. Le statut de salarié
 - D. Une accessibilité aux soins différente du cabinet
 - E. Le salaire

12. Qu'est-ce qui freine les médecins généralistes à exercer en SSR plutôt qu'en cabinet de ville ?

(PLUSIEURS réponses possibles)

- A. Les rapports hiérarchiques
- B. Suivre les patients sur des périodes plus courtes qu'au cabinet
- C. Faire un suivi individuel et non familial
- D. Des connaissances en médecine rééducative limitées
- E. Le salaire

13. Comment jugez-vous l'échange d'information entre la ville et le SSR ?

(une seule réponse possible)

- A. Excellente
- B. Bonne
- C. Mauvaise
- D. Médiocre
- E. Inexistante

14. Comment jugez-vous l'échange d'information entre l'hôpital et le SSR ?

(une seule réponse possible)

- A. Excellente
- B. Bonne
- C. Mauvaise
- D. Médiocre
- E. Inexistante

15. Pensez-vous que dans un établissement type SSR, les médecins physiques et de rééducation interviennent auprès des patients :

(une seule réponse possible)

- A. Plus que les médecins généralistes
- B. Autant que les médecins généralistes
- C. Moins que les médecins généralistes

Annexe 2 : Données selon l'Agence Régionale de Santé de Corse sur l'offre et le recours aux soins hospitaliers.

L'offre hospitalière en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation



- Psychiatrie (PSY)
- Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)
- ◆ Soins de suite et réadaptation (SSR)
- Établissements Privés
- Établissements Publics

Annexe 3 : Elaboration un programme d'Education Thérapeutique selon la Haute Autorité de Santé.



Annexe 4 : Le projet thérapeutique individualisé ou projet de soins personnalisés représenté par la Haute Autorité de Santé.



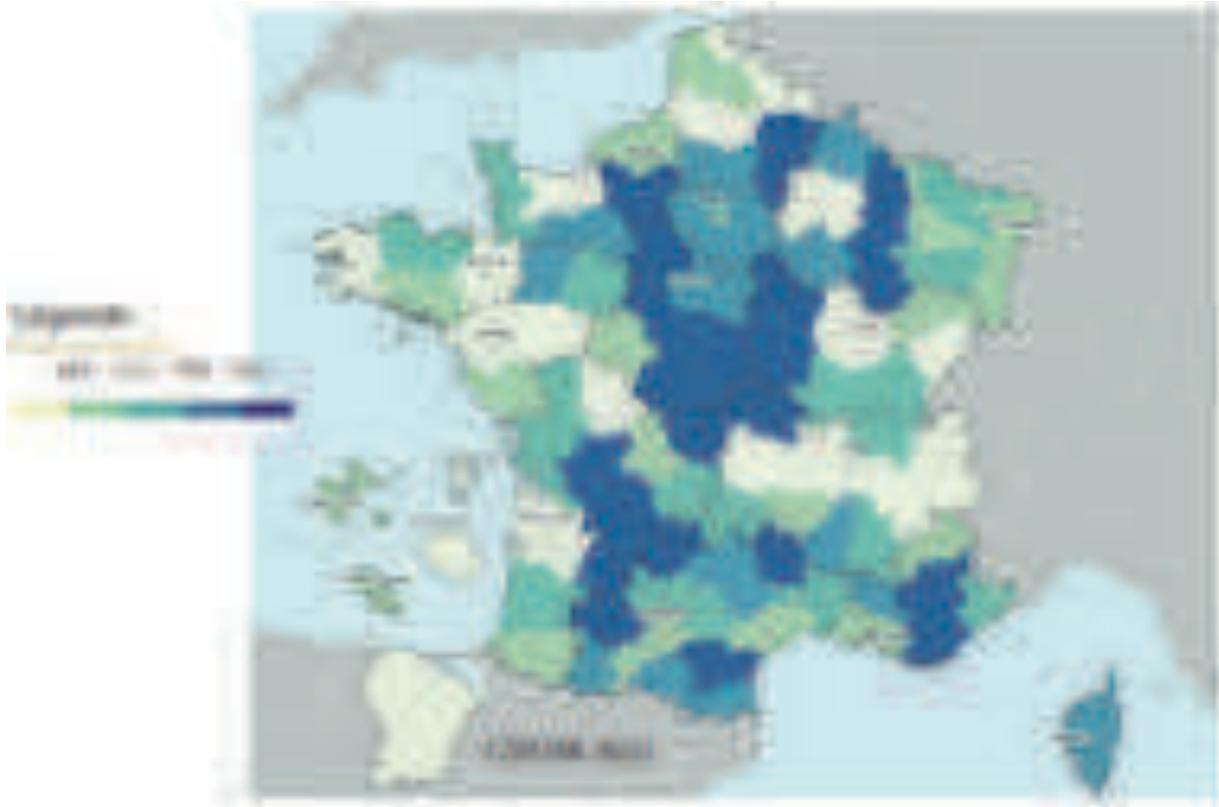
Annexe 5 : Figure représentant les compétences que doit requérir le médecin généraliste.

La marguerite des compétences du médecin généraliste



Annexe 6 : Données du Conseil de l'Ordre des Médecins de 2021 en France concernant la moyenne d'âge des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre.

Moyenne d'âge (année) de l'ensemble des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre en 2021



Annexe 7 : Exemple de Fiche de Poste pour un médecin exerçant en Soins de Suite et de Réadaptation.

	Fiche de Poste	Médecin SSR	08/06/2018 Page : 1/2
---	----------------	-------------	--------------------------

HOPITAL MAURICE FENAILLE

Intitulé de l'emploi : **Médecin Généraliste Diplômé d'Etat (DE) ou Médecin Gériatre (DE)**

Service : Unité de Soins de Suite et de Réadaptation (USSR)

Mise en place à compter du : 01/06/2018

Relation hiérarchique :

Direction

Relation fonctionnelle :

Médecins de l'établissement
Pharmacien
Cadre Supérieur de Santé et Cadre de Santé
Personnel soignant
Responsable Qualité et Responsable de l'Hygiène

Missions principales :

Prise en charge médicale des patients en SSR

Participation à :

- l'organisation des soins en SSR
- la Commission des Admissions
- la qualité dans les unités de soins

Missions opérationnelles :

- ✓ Garant de la continuité des soins
 - Evalue les besoins médicaux du patient avant son admission
 - Formalise et présente au patient son projet thérapeutique
 - Assure le suivi médical des patients (veille à la continuité thérapeutique en amont et en aval de l'admission)
 - Participe aux réunions de synthèse pluridisciplinaires hebdomadaires
 - Retranscrit ses observations dans le dossier médical du patient
 - Rend compte de l'évolution du patient au service adresseur ou au médecin traitant
 - Participe à la permanence des soins pour les patients du Centre Hospitalier
 - Assure les visites médicales dans les unités de soins tous les jours

- ✓ Garant de la continuité des prises en charge des patients dans le territoire de santé
 - Identifie les besoins dans le territoire de santé et met en place des réponses adaptées
 - Participe au projet médical de territoire
 - Participe aux réunions départementales, régionales ou nationales de coordination ou d'information concernant les SSR non spécialisés
 - Contribue à resserrer les liens hôpital-ville à travers les échanges pratiqués avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs l'ASP12, le Service Oncologie du CH de Rodez, le Réseau « Plaies et Cicatrisations », ainsi qu'avec les établissements médico-sociaux du territoire et les médecins traitants.

	Fiche de Poste	Médecin SSR	08/06/2018 Page : 2/2
---	-----------------------	--------------------	--------------------------

✓ Garant de la valorisation de sa spécialité

- Participe à la rédaction et à la mise en œuvre du projet médical de l'établissement
- S'assure de la bonne codification des actes médicaux relevant de sa spécialité pour le PMSI

✓ Garant de l'amélioration continue de la qualité des activités de l'Unité SSR

- Promeut la politique d'évaluation des pratiques professionnelles dans son domaine d'activité
- Participe à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement
- Actualise et développe ses connaissances médicales ainsi que ses connaissances transversales par le dispositif du Développement Professionnel Continu.

Temps de travail : Temps Plein

Annexe 8 : Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins, projet de soins, projet de vie en SSR.

<p>Tableau descriptif des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins</p> <p>Projet de soins, projet de vie en SSR</p>	
	<p>1. Définition de l'indicateur</p> <p>2. Objectifs de l'indicateur</p> <p>3. Description de l'indicateur</p> <p>4. Méthode de mesure</p> <p>5. Sources de données</p> <p>6. Validité de l'indicateur</p> <p>7. Fiabilité de l'indicateur</p> <p>8. Sensibilité de l'indicateur</p> <p>9. Impact de l'indicateur</p> <p>10. Références</p>
	<p>11. Description de l'indicateur</p> <p>12. Méthode de mesure</p> <p>13. Sources de données</p> <p>14. Validité de l'indicateur</p> <p>15. Fiabilité de l'indicateur</p> <p>16. Sensibilité de l'indicateur</p> <p>17. Impact de l'indicateur</p> <p>18. Références</p>
	<p>19. Description de l'indicateur</p> <p>20. Méthode de mesure</p> <p>21. Sources de données</p> <p>22. Validité de l'indicateur</p> <p>23. Fiabilité de l'indicateur</p> <p>24. Sensibilité de l'indicateur</p> <p>25. Impact de l'indicateur</p> <p>26. Références</p>

Annexe 14 : Dans le cadre du Ségur numérique, l'Etat investit pour permettre à tous les médecins de s'équiper de logiciels compatibles avec Mon Espace Santé et de se mettre en conformité afin de garantir une meilleure portabilité des documents de santé et des dossiers patients (décret 8 octobre 2019).

SÉCURITÉ NUMÉRIQUE POUR LES MÉDECINS DE GÉNÉRALISTE	
<p>Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel. Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel. Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel.
<p>Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel. Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel. Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel.
<p>Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel. Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel. Le médecin généraliste est autorisé à accéder à son espace patient via son ordinateur personnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Masson E. Soins de suite et réadaptation (SSR) de Médecine Interne pour sujets jeunes poly-pathologiques : étude observationnelle d'une structure pilote [Internet]. EM-Consulte. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1408277/alertePM>
2. Soins de suite et de réadaptation – SSR. [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
3. ARS. Projet régional de Santé – Cadre d'orientation stratégique 2018-2028. [Internet]. Disponible sur : <https://www.corse.ars.sante.fr/media/35058/download>.
4. L'établissement – CRF du Finosello [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: https://finosello.com/?page_id=36
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2021. [En ligne] Consultable sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Les flux migratoires et trajectoires des médecins, situation 2014 réalisé par Gwénaëlle Le bretron-Lerouillois, sous les directions de Dr Patrick Romestaing, Dr Jean-François Rault. [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1akb8r6/flux_migratoires_trajectoires_des_medecins_2014.pdf
7. Médecine de rééducation - Unité Mixte de Formation Continue en Santé [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/medecine-de-reeducation-0>
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2021. [En ligne] Consultable sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1hv7pva/atlas_cnom_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales_-2021.pdf
9. Thèse. Orsini L.. Place du médecin généraliste dans la prise en charge en cancérologie. Médecine humaine et pathologie. Sous la direction du Dr P. Bory. Nice Sophia-Antopolis. sept 2017 :122.
10. Thèse. Carron A. La place du médecin généraliste dans le suivi des enfants prématurés. Sous la direction du Dr JC SEMET. Toulouse. nov 2012 : 124.
11. Thèse. Pongerard V. Facteurs incitant les médecins généralistes à l'installation en secteur libéral en Corse: étude qualitative menée en Haute-Corse (2B) et Corse-du-Sud (2A) en 2017. Sous la direction du Dr Dahan T . Nice Sophia-Antipolis. avr 2018 :63.

12. Ville - hôpital : des pistes pour renforcer les liens - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>
13. Fournier P. La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. Gerontol Soc. 2002;25100(1):131-47.
14. Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. 2008-376 avr 17, 2008.
15. HAS. Manuel certification. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Avril 2011. Disponible sur : <http://has-sante.fr/>.
16. Ministère des Solidarités et de la Santé - [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/>
17. Chevalier L. Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS. Version 2 Direction générale de l'offre de soins :110.
18. Circulaire N°DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation. Consultable sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-10/ste_20080010_0100_0116.pdf.
19. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins Projet de soins, projet de vie en SSR. [Internet]. Consultable sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/dpa_ssr_fiche_descriptive-pspv_2018.pdf
20. ARS. Agence régionale de Santé Corse - Schéma Régional de Santé 2018-2023. [Internet]. Consultable sur : <https://www.corse.ars.sante.fr/media/35059/download>
21. HAS. Projet thérapeutique individualisé – Outil pour amélioration des pratiques. [Internet]. Consultable sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_01_projet_therapeutique_individualise.pdf
22. Thèse. Anne-Laure N. Amélioration de l'information du médecin généraliste sur le projet thérapeutique individualisé du patient hospitalisé en SSR. Audit évaluant l'intérêt d'une nouvelle maquette du dossier personnalisé pour améliorer la pertinence du courrier de sortie. Sous la direction Dr Laurent J. Nancy. Déc 2013 : 105
23. Andre JM. Le projet de vie et son accompagnement. Cofemer. 29 Février 2008.
24. World family doctors. Caring for people – WONCA Europe 2022. Allen DJ, Heyrman PJ. description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille :52.

25. Ministère des Solidarités et de la Santé. Médecin généraliste. [Internet] Consultable sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/medecin-generaliste>
26. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport : la place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé » consultable sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
27. Article. Jp D. Evolution des SSR et perspectives pour les activités de MPR. :10.
28. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. 2008-377 avr 17, 2008.
29. Rôle du médecin rééducateur. Hôpital privé de l'est lyonnais <https://www.crioac-lyon.fr/wp-content/uploads/documents/diu/2018/ROLE-DU-MEDEecin-REEDUCATEUR.pdf>.
30. Syndicat français de médecine physique et de réadaptation. [Internet]. SYFMER. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.syfmer.org/>
31. ARS. Agence régionale de Santé Corse - Schéma Régional de Santé 2018-2023 Disponible sur : <https://www.corse.ars.sante.fr/media/35059/download>.
32. La nouvelle classification des séjours SSR en 2021 - Le blog de tous les PMSI. [Internet]. 2019 [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.lespmsi.com/la-nouvelle-classification-des-sejours-ssr-en-2021/>
33. Étude réalisée du 1^{er} mai 2016 au 26 avril 2017. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes | Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
34. Compagnon L. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013. 108 ; 148-155.
35. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract 2002; 52(479):526.
36. Les compétences du MG - medecine.univ-lorraine.fr [Internet]. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lorraine.fr/fr/dmg/les-competences-du-mg#:~:text=Comp%C3%A9tence%20approche%20globale%2C%20prise%20en,l'exercice%20de%20M%C3%A9decine%20G%C3%A9n%C3%A9rale>
37. Fiche de poste pour un médecin en SSR. [Internet]. Consultable sur : https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2020-09/Fiche%20de%20poste%20sign%C3%A9e%20M%C3%A9decin%20SSR.doc_0.pdf.

38. HAS. Fiche pédagogique SSR certification. HAS. 2020 [cité le 13 avr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_ssr_certification.pdf.
39. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
40. URPS. Maison de Santé pluridisciplinaire [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.urps-corse-ml.org/index.php/actions/dossiers/80-maison-de-sante-pluridisciplinaire>
41. Thèse. Boukhors G. Exercice libéral ou salarié: qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes? Étude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde. Sous la direction du Pr Ducos et Dr Kinouani. Bordeaux. déc 2014 :186.
42. Un exosquelette pour permettre la reprise de la marche grâce à une assistance robotisée - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France [Internet]. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.hopital.fr/Actualites/Un-exosquelette-pour-permettre-la-reprise-de-la-marche-grace-a-une-assistance-robotisee>
43. Debecker N, Luyten M, Vandenabeele F, Bellemans J. The effect of anti-gravity training after meniscal or chondral injury in the knee. A systematic review. Acta Orthop Belg. sept 2020;86(3):422-33.
44. Mon traitement par toxine botulinique [Internet]. AVC Paris Sud. 2017 [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/avcparissud/traitement-toxine-botulinique/>
45. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Se former tout au long de sa carrière [Internet]. 2019 [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/former-long-carriere>
46. Marie L. Relation Hôpital-Ville: satisfaction et attentes des médecins généralistes envers le Pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de Pau. :113.
47. HAS. IQSS 2022 - SSR - Coordination des prises en charge et pratiques cliniques : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_701657/fr/iqss-2022-ssr-coordination-des-prises-en-charge-et-pratiques-cliniques-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins
48. HAS. Courrier information. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EvOQSS mars 2022 Consultable sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/courrier_information_es-campagne_iqss_2022.pdf.
49. Ministère des Solidarités et de la Santé. Incitation financière à l'amélioration de la qualité – IFAQ. [Internet]. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-dans->

les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq

50. Site officiel - ViaTrajectoire - Orientation sanitaire et médico-sociale [Internet]. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>
51. ARS. Professionnels du Médico-Social [Internet]. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.corse.ars.sante.fr/professionnels-du-medico-social>
52. Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche établissement SSR recommandations pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie COVID-19 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche-recommandation-ssr.pdf.
53. HAS. Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge
54. HAS. Prise en charge des patients post-COVID-19 en médecine physique et de réadaptation (MPR), en soins de suite et de réadaptation (SSR), et retour à domicile [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179826/fr/prise-en-charge-des-patients-post-covid-19-en-medecine-physique-et-de-readaptation-mpr-en-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr-et-retour-a-domicile
55. Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. 2022-25 janv 11, 2022.
56. Communiqué de presse. Syndicat des soins de suite et de réadaptation. Fédération de l'hospitalisation privée : 2. [Internet] Consultable sur : http://www.fhp-ssr.fr/sites/default/files/cp_20220113_ssr_devient_smr.pdf
57. Les éditions de la fédération hospitalière de France. Renforcer le lien ville-hôpital rapport 2018 :19 [Internet]. Consultable sur : <https://www.fhf.fr/content/download/131571/1064687/version/1/file/44531>.
58. ARS. Schéma directeur régional des systèmes d'information de santé 2019-2022 en PACA :80 [Internet]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-09/ARS%20PACA_SDRSI_20192022.pdf.
59. Ministère des Solidarité et de la Santé. Agence du numérique en santé. Fiche pratique Segur numérique :4. [Internet]. Consultable sur : https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/fiche-pratique-SEGUR-numerique-medecins-de-ville.pdf.
60. Cordon S. Le besoin grandissant de sécurisation des données médicales des établissements de santé et le cadre de développement des réponses apportées. J Droit Sante LAssurance - Mal JDSAM. 20 sept 2021;29(2):63-6.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

OBJECTIFS : Définir l'intervention des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en Soins de Suite et de Réadaptation. Identifier en Corse du Sud les éléments qui influencent ces médecins à prendre un poste aux côtés des médecins physiques et de réadaptation. L'objectif secondaire de l'étude est de comprendre et de favoriser le lien entre le Soins de Suite et de Réadaptation et les autres structures médicales telles que l'hôpital et les cabinets de ville pour une meilleure prise en charge interdisciplinaire.

MATERIELS ET METHODES : Etude transversale descriptive multicentrique avec un recrutement d'octobre 2021 à mars 2022. Le taux de participation est de 83 médecins répondus sur les 125 sollicités. Les critères d'inclusion étaient : les docteurs en médecine en cours d'activité en Corse du Sud et le fait d'être capable de lire, d'écrire et de comprendre la langue française. Une analyse du questionnaire par tri à plat a été effectuée.

RESULTATS : Aujourd'hui, près de 90% des médecins toutes spécialités confondues estiment qu'ils sont impliqués dans la prise en charge des patients en Soins de Suite et de Réadaptation. Les éléments qui influencent les médecins généralistes à prendre un poste dans ces structures sont notamment le travail en équipe pluridisciplinaire et le statut de salarié. Toutefois, les connaissances en médecine rééducative sont considérées comme limitées. De ce fait, 71% des personnes interrogés estiment qu'il faudrait une formation complémentaire pour les médecins généralistes exerçant dans ces structures ce qui est en inadéquation avec les offres de formations actuelles.

CONCLUSION : Le rôle du médecin généraliste est appelé à évoluer vers de nouvelles orientations. Les établissements de Soins de Suite et Réadaptation avec le médecin généraliste, pourront lors d'une prise en charge graduée assurer pleinement les nouvelles missions des Soins Médicaux et de Réadaptation. Vecteur d'épanouissement pour certains professionnels et d'attractivité des territoires, il est un gage de fort lien entre les secteurs SSR - ville et SSR - hôpital et peut initier des démarches d'amélioration des pratiques.

MOTS-CLEFS : MEDECIN GENERALISTE, SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION, MODE D'EXERCICE, FORMATION, PLURIDISCIPLINARITE, CORSE DU SUD