



**HAL**  
open science

# La pratique de la spécialité de médecine générale en soins de suite et de réadaptation : perception des médecins exerçant en Basse-Normandie

Benoît Le Coutour

## ► To cite this version:

Benoît Le Coutour. La pratique de la spécialité de médecine générale en soins de suite et de réadaptation : perception des médecins exerçant en Basse-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03562917

**HAL Id: dumas-03562917**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03562917>**

Submitted on 9 Feb 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE**

-----  
**UFR de SANTÉ**

Année 2021

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 06 Octobre 2021

par

**Monsieur Benoit LE COUTOUR**

Né (e) le 15 Février 1982 à Cherbourg (*Manche*)

**TITRE DE LA THÈSE :**

**LA PRATIQUE DE LA SPECIALITE DE MEDECINE GENERALE DANS LES SOINS  
DE SUITE ET DE READAPTATION :  
Perception des médecins exerçant en Basse-Normandie**

**Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier**

**Membres : Docteur DE BOYSSON Hubert, directeur de thèse**

**Docteur NOEL DE JAEGER Sophie**

**Docteur BENARD Vincent**

**Année Universitaire 2020/2021****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

<b>M.</b>	<b>DU CHEYRON Damien</b>	Réanimation médicale
<b>Mme</b>	<b>ÉMERY Evelyne</b>	Neurochirurgie
<b>M.</b>	<b>ESMAIL-BEYGUI Farzin</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>FAUVET Raffaèle</b>	Gynécologie – Obstétrique
<b>M.</b>	<b>FISCHER Marc-Olivier</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M.</b>	<b>GÉRARD Jean-Louis</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M.</b>	<b>GUÉNOLÉ Fabian</b>	Pédopsychiatrie
<b>Mme</b>	<b>GUITTET-BAUD Lydia</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>HAMON Martial</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>HAMON Michèle</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>M.</b>	<b>HANOUS Jean-Luc</b>	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
<b>M.</b>	<b>HITIER Martin</b>	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
<b>M.</b>	<b>HULET Christophe</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>M.</b>	<b>ICARD Philippe</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>M.</b>	<b>JOIN-LAMBERT Olivier</b>	Bactériologie - Virologie
<b>Mme</b>	<b>JOLY-LOBBEDEZ Florence</b>	Cancérologie
<b>M.</b>	<b>JOUBERT Michael</b>	Endocrinologie
<b>M.</b>	<b>LAUNOY Guy</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>LE HELLO Simon</b>	Bactériologie-Virologie
<b>Mme</b>	<b>LE MAUFF Brigitte</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>LOBBEDEZ Thierry</b>	Néphrologie
<b>M.</b>	<b>LUBRANO Jean</b>	Chirurgie viscérale et digestive
<b>M.</b>	<b>MAHE Marc-André</b>	Cancérologie
<b>M.</b>	<b>MANRIQUE Alain</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>M.</b>	<b>MARCÉLLI Christian</b>	Rhumatologie
<b>M.</b>	<b>MARTINAUD Olivier</b>	Neurologie
<b>M.</b>	<b>MAUREL Jean</b>	Chirurgie générale
<b>M.</b>	<b>MILLIEZ Paul</b>	Cardiologie
<b>M.</b>	<b>MOREAU Sylvain</b>	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
<b>M.</b>	<b>MOUTEL Grégoire</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>M.</b>	<b>NORMAND Hervé</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>PARIENTI Jean-Jacques</b>	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
<b>M.</b>	<b>PELAGE Jean-Pierre</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>Mme</b>	<b>PIQUET Marie-Astrid</b>	Nutrition
<b>M.</b>	<b>QUINTYN Jean-Claude</b>	Ophthalmologie
<b>Mme</b>	<b>RAT Anne-Christine</b>	Rhumatologie
<b>M.</b>	<b>REPESSE Yohann</b>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>REZNIK Yves</b>	Endocrinologie
<b>M.</b>	<b>ROD Julien</b>	Chirurgie infantile
<b>M.</b>	<b>ROUPIE Eric</b>	Médecine d'urgence
<b>Mme</b>	<b>THARIAT Juliette</b>	Radiothérapie

M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

### **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

**Année Universitaire 2020/2021****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. De communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## **MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

M. HUBERT Xavier

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES**

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

## **REMERCIEMENTS**

**A Monsieur le Professeur LE COUTOUR,**

Merci d'avoir gentiment accepté de présider ce jury.

**Au Docteur DE BOYSSON,**

Merci Hubert de ta sympathie et de ton aide pour m'orienter (voire me réorienter !) dans ce travail de thèse.

**Au Docteur NOEL DE JAEGHER,**

Merci Sophie de nos échanges au cours de mon internat, et de ton regard juste et bienveillant sur les jeunes médecins que tu accompagnes.

**Au Docteur BENARD,**

Merci Vincent de ta confiance et de m'avoir donné la possibilité de découvrir la pratique médicale en SSR. Je m'y suis enrichi professionnellement et humainement. Ta connaissance du monde médical est éclairante.

**A Hélène, ma compagne, Juliette et Tanguy, nos enfants, mes fidèles supporters.**

## **ABREVIATIONS**

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

CRH : Compte-Rendu d'Hospitalisation

CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle

DAF : Dotation Annuelle de Financement

DMA : Dotation Modulée à l'Activité

DMS : Durée moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU/DIU : Diplôme Universitaire/Diplôme Interuniversitaire

ETP : Equivalent temps plein

HAD : Hospitalisation à Domicile

HC : Hospitalisation complète

HDJ : Hôpital de jour

HP : Hospitalisation Partielle

MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif national de Dépense de l'Assurance Maladie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

QVT : Qualité de Vie au Travail

RAD : Retour à Domicile

SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

# SOMMAIRE

<b><u>I - INTRODUCTION</u></b>	<b>p 1</b>
1- Contexte : augmentation de l'activité et de la médicalisation des SSR	p 1
2- Historique et réglementation	p 2
3- Le SSR comme enjeu de Santé Publique : quelques chiffres nationaux et évolution en Basse-Normandie	p 5
a. <i>Données générales nationales</i>	p 5
b. <i>Hausse des capacités d'accueil</i>	p 5
c. <i>Coût global et financement</i>	p 5
d. <i>Evolution sur le territoire bas-normand</i>	p 6
4- Principe théorique de fonctionnement des SSR et place du médecin spécialiste en médecine générale.	p 8
<b><u>II – OBJECTIF</u></b>	<b>p 12</b>
1- Problématique	p 12
2- Objectif Principal	p 13
<b><u>III - MATERIEL ET METHODE</u></b>	<b>p 14</b>
1- Population étudiée	p 14
2- Elaboration du questionnaire	p 14
3- Diffusion du questionnaire	p 15
4- Outil informatique et aide statistique	p 15
<b><u>IV - RESULTATS</u></b>	<b>p 16</b>
<b>1- Description de la population</b>	<b>p 19</b>
a. <i>Sexe et âge</i>	p 19
b. <i>Formation initiale et formation complémentaire</i>	p 19
c. <i>Ancienneté dans la profession et expériences antérieures</i>	p 21
d. <i>Contrat de travail et temps de travail contractuel</i>	p 22
e. <i>Type d'activité</i>	p 23
<b>2- Missions et enjeux de Santé Publique</b>	<b>p 25</b>
a. <i>Missions générales des SSR</i>	p 25
b. <i>Place des SSR dans le système de soins, et enjeux de Santé Publique</i>	p 26
c. <i>Financement des SSR</i>	p 27
<b>3- Relations avec les partenaires de soins, admissions et sorties des patients</b>	<b>p 28</b>
a. <i>Généralités sur les admissions</i>	p 28
b. <i>Préadmissions</i>	p 29
c. <i>Conditions d'admission et communication avec les structures « d'amont »</i>	p 30
d. <i>Conditions de sortie et communication avec les partenaires « d'aval »</i>	p 32
e. <i>Mesures statistiques</i>	p 33

<b>4- Moyens logistiques et humains, conditions de travail et contraintes psycho-organisationnelles</b>	p 35
a. Rythme de travail, astreintes et gardes	p 35
b. Charge de travail et exigences cognitives	p 37
c. Qualité des soins et interdisciplinarité	p 38
d. Clarté des rôles, collégialité et transfert de patients	p 40
e. Durée de séjour	p 41
f. Hospitalisation partielle	p 41

<b>5- Satisfaction globale et Qualité de Vie au Travail (QVT)</b>	p 42
a. Vécu professionnel, santé et bien-être	p 42
b. Interface vie privée-vie professionnelle	p 43
c. Reconnaissance et salaire	p 44
d. Recrutement et attractivité	p 45

## **V - DISCUSSION ET PERSPECTIVES** **p 47**

<b>1- Synthèse des résultats et commentaires</b>	p 47
a. Partie 1 : aspect sociodémographiques et formation continue	p 47
b. Partie 2 : diffusion des missions des SSR et implémentation des réformes	p 47
c. Partie 3 : délégation de tâches, amélioration des relations avec les partenaires extérieurs, optimisation des parcours de soins	p 48
d. Partie 4 : conditions de travail et contraintes psycho-organisationnelles	p 49
e. Partie 5 : satisfaction globale et QVT	p 49

<b>2- Éléments critiques</b>	p 50
a. Forces	p 50
b. Faiblesses	p 50

## **VI – CONCLUSION** **p 51**

## **VII – BIBLIOGRAPHIE** **p 52**

## **VIII – ANNEXES** **p 54**

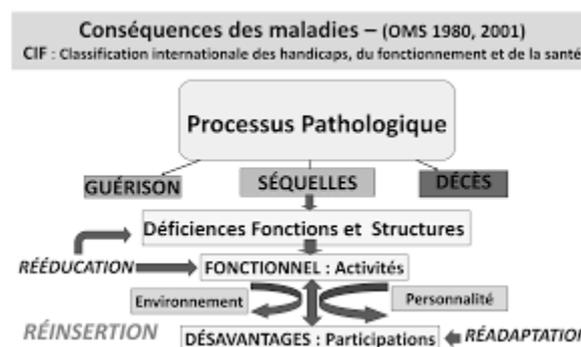
1- <u>Annexe 1</u> : Questionnaire distribué	p 54
2- <u>Annexe 2</u> : Résumé	p 69
3- <u>Annexe 3</u> : Serment d'Hippocrate	p 70

## INTRODUCTION

### 1- Contexte : augmentation de l'activité et de la médicalisation des SSR

Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) désignent un ensemble de structures de soins qui relèvent du secteur sanitaire, et qui sont essentiels dans l'organisation de l'offre de soins et dans la fluidité du parcours de soins des malades, notamment dans l'après-hôpital. Ils ciblent la réinsertion des patients afin de leur permettre de regagner dès que possible leur domicile ou un établissement médico-social.

Le concept de SSR est théorisé depuis plusieurs dizaines d'années dans le cadre du paradigme des conséquences des maladies proposé par l'OMS dès 1980 <sup>(1)</sup> (CIF - Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé).



*Classification tridimensionnelle des conséquences des maladies*

Plus récemment, l'expression SSR s'est substituée au terme « *moyen séjour* », dans un cadre juridique qui a été redéfini en 2008 <sup>(2)(3)(4)</sup>, en regroupant les structures autrefois appelées « soins de suite » d'une part et « rééducation fonctionnelle » d'autre part.

Les séjours en SSR se justifient, sur le plan médical, par **la nécessité de poursuivre, dans le cadre d'un projet personnalisé, soins médicaux, rééducation-réadaptation et surveillance pendant une période de durée limitée** ; l'existence d'éléments de dépendance est un déterminant important dans l'orientation des patients.

Le vieillissement de la population accroît la demande de soins (en soins aigus comme en moyen séjour) et impacte directement l'activité des SSR : c'est la conclusion d'un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique (DREES) publié

en 2017 <sup>(5)</sup>. Cette étude qui décrit l'évolution de l'offre de soins des SSR entre 2008 et 2016 note **un accroissement de l'activité des SSR (+16%)** par différents leviers : augmentation des capacités d'accueil, utilisation plus intensive des lits existants, diversification de l'offre par le développement des prises en charge ambulatoires.

Par ailleurs, parallèlement à la restructuration des statuts juridiques, il y a une volonté, dès les années 2000, **d'un effort de médicalisation de ce secteur** ; en témoigne, par exemple, la révision des conditions d'obtention des autorisations de soins.

**Aussi, l'exercice médical au sein des SSR se développe et évolue fortement depuis deux décennies.** Si la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) se situe au cœur du dispositif de prise en charge en SSR, de nombreuses spécialités médicales sont concernées, notamment la médecine générale. L'Académie Nationale de Médecine rappelle dans son bulletin de Novembre 2018 consacré aux SSR, « le rôle crucial des médecins généralistes : ils ont un rôle plus grand à jouer dans les unités de SSR indifférenciées mais aussi spécialisées pour y prendre en charge des problèmes pathologiques généraux présentés par les patients. »<sup>(6)</sup>

## 2- Historique et réglementation

- 1956-1970 : Naissance des futures structures de soins de suite et de réadaptation

Un décret datant du 9 Mars 1956 est considéré comme fondateur d'une nomenclature des futurs SSR puisqu'il définit les conditions d'autorisations **des établissements privés de cure et de prévention**. Entre 1950 et 1970, les fortes évolutions des pratiques et des techniques médicales bouleversent le système hospitalier français mais également le secteur des cures et les établissements de prévention.

- 1970-1991 : Naissance des centres de moyen séjour

**Les années 1970 sont marquées par des évolutions législatives qui ont permis de structurer l'offre hospitalière** : les lois du 31 Décembre 1970 et du 30 Juin 1975 distinguent le secteur médico-social des établissements sanitaires, et mettent en place **une typologie des activités hospitalières, dont les unités d'hospitalisation de moyen séjour.**

En Avril 1980, un décret définit les centres de moyen séjour comme « des établissements composés d'unités pour convalescence, cure, réadaptation, ou traitement des maladies mentales (...) Ils sont destinés à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue d'un retour à une existence autonome ».

- 1991 : Création des structures SSR

Si la loi de 1970 a marqué la naissance des centres de moyen séjour, **c'est la loi hospitalière de 1991 qui clarifie les missions de l'ensemble des établissements de santé**. Les soins sont à présent définis selon leur durée avec, d'une part *les soins de longue durée*, et d'autre part, *les autres soins*, eux-mêmes subdivisés en *soins de courte durée ou concernant les affections graves*, et en *soins de suite ou de réadaptation* dispensés dans le but de réinsertion du patient.

**De là, deux types majeurs de prises en charge émergent progressivement : la réadaptation fonctionnelle et les soins de suite plus ou moins médicalisés**. La réforme de 2008 va les réunir afin d'homogénéiser les prises en charge.

- 2008 : Réforme des SSR

**Plusieurs textes publiés en 2008 réforment les SSR, en effaçant la distinction entre la réadaptation fonctionnelle et les soins de suites (ou maison de convalescence) qui existait auparavant.**

La mission des SSR est redéfinie comme celle d'une **prise en charge médicale pluri-professionnelle**, en insistant sur quelques points comme **la mise en place de coordinations territoriales, l'organisation de filières** avec des réseaux de partenariat ou encore **l'évaluation des besoins médicaux préalablement à l'admission**.

L'objectif de la réforme **consiste également à corriger les disparités territoriales**, historiquement fortes et qui subsistent encore dans les années 2000.

Les critères pour obtenir une autorisation de SSR Polyvalente ont été revus. S'ils remplissent certaines conditions techniques, les établissements peuvent également prétendre à une autorisation spécialisée pour la prise en charge d'affections particulières :

- ✓ affections de l'appareil locomoteur
- ✓ affections du système nerveux
- ✓ affections cardio-vasculaires

- ✓ affections respiratoires
- ✓ affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens
- ✓ affections onco-hématologiques
- ✓ affections des brûlés
- ✓ affections liées aux conduites addictives
- ✓ affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance

- 2016-2017 : Dotation modulée à l'activité

La tarification à l'activité (T2A) a été mise en place en 2005 pour les activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et d'Hospitalisation à Domicile (HAD).

Pour l'activité de SSR, **de 2008 à 2016, deux modèles coexistent** : la dotation annuelle de financement (DAF) concerne 2/3 des établissements (les établissements publics et une partie des établissements privés à but non lucratif), et le financement à la journée dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN) pour les autres établissements (privés à but commercial, et une partie des privés à but non lucratif).

**La loi de finance de la sécurité sociale (LFSS) de 2017 prévoit la réforme du financement des établissements de SSR sous la forme d'une dotation modulée à l'activité (DMA), c'est-à-dire un financement à l'activité par séjour (similaire à la T2A) complété par un compartiment plateaux techniques spécialisés (PTS) et un compartiment molécules onéreuses (MO).**

La transition vers le nouveau modèle se fait progressivement : actuellement 10% des tarifs sont pris en compte à des fins de valorisation ; le reste du financement se fait sur la base des « anciennes » modalités (DAF ou prix de journée).

- 2022 : Poursuite de la réforme du financement des SSR : classification SSRv-2022

La part de financement lié à l'activité devrait passer à 50% (contre 10% actuellement), par le biais d'une **nouvelle classification** basée autour de 4 grands axes (la pathologie principale, le type de réadaptation, la lourdeur et la sévérité).

S'ajouteraient la création et la valorisation **d'activités d'expertises et de plateaux techniques spécialisés** afin de moderniser les prises en charge et d'augmenter l'accessibilité aux soins.

### **3- Le SSR comme enjeu de Santé Publique : quelques chiffres nationaux <sup>(7)</sup>, et évolution en Basse-Normandie**

- Données générales nationales

En 2019, la France compte **1625 établissements de SSR** (40% secteur public, 30% secteur privé commercial et 30% secteur privé à intérêt collectif) ; **1 million de patients pris en charge** dont plus de 800 000 à temps complet ; 32.8 millions de journées d'hospitalisation complète (durée moyenne des séjours : 35 jours). La moitié des patients a 71 ans ou plus.

A titre de comparaison, on dénombre 1894 établissements de MCO pour 7.1 millions de patients pris en charge en hospitalisation complète (10.6 millions de séjours, DMS : 5.5 jours) et 6.5 millions de patients pris en charge en hospitalisation ambulatoire (8.3 millions de séjours). Concernant les autres secteurs de soins : 419 000 patients sont pris en charge dans le secteur psychiatrique et 130 000 dans les HAD.

- Hausse des capacités d'accueil

L'activité est en hausse avec un taux de recours au SSR qui progresse sous l'effet du vieillissement de la population.

**En 2016, les SSR représentent 27% de l'activité hospitalière totale (en journée) et concentrent 24% des capacités hospitalières totales.** En 2008, ces chiffres étaient respectivement de 21% et 20%.

- Coût global et financement :

En 2018, **8.5 milliards d'euros sont versés pour le financement des SSR sur un total de 80 milliards d'euros destinés au financement des établissements de santé** (ONDAM : objectif national de dépense de l'assurance maladie), soit 11%.

Rapporté à l'activité, l'ordre moyen de dépense s'établit à 8430 euros par séjour, et à 240 euros par journée de soins, selon les modalités de financement décrite plus haut. (cf *Historique et réglementation*)

Tous ces chiffres ne reflètent nullement la complexité et la diversité des activités et des coûts observés en SSR. Néanmoins, ils montrent que les établissements de SSR constituent une pièce importante dans l'organisation des soins, et qu'ils doivent, à ce titre, faire l'objet d'évaluations.

- Evolution sur le territoire bas-normand

En comparant les données issues d'une thèse de 1994 consacrée au SSR en Basse-Normandie <sup>(8)</sup> et les statistiques récentes livrées par la base de données SCORE-Santé <sup>(9)</sup>, on constate également **une augmentation de l'activité des SSR sur notre territoire.**

Prenons, **par exemple**, l'évolution du nombre de lits disponibles et de l'indice de lits/1000 habitants : les capacités d'accueil ont augmenté dans tous les départements, y compris dans l'Orne dont la population a pourtant légèrement diminué.

Tableau 1 : Nombre de lits de Rééducation fonctionnelle et de Soins de Suite (= convalescence) en Basse-Normandie en 1992

Année 1992	Population	Lits Rééducation	Lits Soins de suite	Total lits	Indice/1000 h.
Calvados	624 148	218	347	565	0.9
Manche	482 237	539	225	764	1.58
Orne	292 177	193	432	625	2.14
Basse- Normandie	1 398 562	950	1 004	1 954	1.4

Source : *Les établissements de Soins de suite et de Réadaptation en Basse-Normandie*, Mme F. Derycke

Tableau 2 : Nombre de lits de SSR en Basse-Normandie en 2018

Année 2018	Population	Lit SSR HC	Lit SSR HP	Total lits	Indice/1000 h
Calvados	693 679	809	38	847	1.22
Manche	498 362	1 013	200	1 213	2.4
Orne	285 308	609	49	658	2.3
Basse- Normandie	1 477 349	2 431	287	2 718	1.84

Source : STATISS – SCORE-Santé

Pour faciliter la comparaison, excluons les lits d'Hospitalisation de Jour (HDJ ou HP pour Hospitalisation Partielle), car l'activité ambulatoire était peu développée en 1992 : là encore, les chiffres sont à la hausse, avec un rééquilibrage progressif au profit du Calvados qui reste le département le moins doté en lits de SSR au regard de sa population (qui est également le département à la population « la plus jeune »).

*Tableau 3 : Comparaison des capacités en lits d'hospitalisation complète de moyen séjour entre 1992 et 2018*

	POPULATION		LITS HC		Indice/1 000 h.	
	1992	2018	1992	2018	1992	2018
Calvados	624 148	693 679 <b>(+11%)</b>	565	809 <b>(+43.2%)</b>	0.9	1.2 <b>(+33%)</b>
Manche	482 237	498 362 <b>(+3.3%)</b>	764	1013 <b>(+32.6%)</b>	1.6	2 <b>(+27%)</b>
Orne	292 177	285 308 <b>(-2.35%)</b>	625	658 <b>(+5.3)</b>	2.14	2.3 <b>(+16%)</b>
Basse-Normandie	1 398 562	1 477 349 <b>(+ 5.6%)</b>	1 954	2 431 <b>(+25%)</b>	1.4	1.65 <b>(+17%)</b>

De plus, au-delà des capacités en lits, l'activité des SSR en Basse-Normandie augmente par d'autres leviers comme l'optimisation de l'utilisation des lits existants. **Il y a également davantage de présence médicale.**

En effet, concernant les moyens humains, **en 1992, on recense 76 Equivalent Temps Plein (ETP) sur l'ensemble des structures de moyen séjour.** En Centre de Rééducation, les rééducateurs fonctionnels représentent 66% des ETP, les cardiologues 18% des ETP ; les autres spécialités (le plus souvent sous forme de vacation) sont minoritaires. A l'inverse, en Centre de Convalescence, les médecins généralistes occupent 76% des effectifs. Au total, en 1992, on compte 31 ETP occupés par des médecins généralistes soit 40% des postes de *moyen séjour*.

**Aujourd'hui, selon mon estimation réalisée pour préparer ce travail, on dénombre environ 130 ETP au niveau de la Basse-Normandie.** Cette augmentation des postes médicaux concerne toutes les spécialités, surtout la médecine générale notamment par le biais de la reconnaissance de la gériatrie comme spécialité à part entière. Des médecins

généralistes se sont formés à cette nouvelle discipline, dont l'activité n'a cessé de croître sur cette période. Les médecins généralistes et/ou gériatres représentent désormais la majorité des effectifs médicaux de SSR (environ les 2/3 des effectifs médicaux).

#### 4- **Principe théorique de fonctionnement des SSR et place du médecin spécialiste en médecine générale**

##### **Principe de fonctionnement**

A l'entrée, sur la base des éléments transmis et des évaluations réalisées sur place, on construit **un projet thérapeutique personnalisé, réalisé en équipe pluri-professionnelle, avec l'accord du patient ou de ses proches**. L'évaluation porte sur les déficiences, les activités, les participations avec leurs diverses dimensions : physiques, psychologiques, sociales... Elle permet l'élaboration du projet et le suivi de l'évolution.

Le programme thérapeutique est mis en œuvre par les différents acteurs médicaux, paramédicaux, travailleurs sociaux.

Durant le séjour, la prise en charge de la douleur, les aspects nutritionnels (dépistage et prise en charge) et l'évaluation du risque d'escarre doivent faire l'objet d'une attention particulière ; la traçabilité de tous ces éléments et du projet thérapeutique personnalisé constitue un critère de qualité majeur.

**Le retour dans le cadre de vie antérieur peut s'envisager si le patient acquiert un niveau d'autonomie suffisant. Dans cette optique, l'évaluation de la dépendance est particulièrement importante.** Le PMSI SSR (programme de médicalisation des systèmes d'information) basé sur des « résumés hebdomadaires standardisés » (RHS) recueille ainsi des éléments concernant la morbidité et le niveau de dépendance. C'est une source essentielle de la connaissance de l'activité des SSR.

Le temps du SSR doit s'inscrire dans le parcours de soins du patient. **Les établissements de SSR doivent donc s'intégrer dans les filières et/ou réseaux existants**, et avoir des liens forts avec les structures médico-sociales qui œuvrent pour le retour à domicile et/ou la poursuite de la prise en charge ambulatoire. Le médecin traitant doit, à cet égard, être associé au retour à domicile.

### Place du médecin spécialiste en médecine générale

Dans cette organisation des soins, **le médecin spécialiste en médecine générale, à l'instar du gériatre, a un rôle important à jouer au sein même des établissements de SSR**. Leur approche holistique et globale est essentielle dans ces structures qui accueillent des patients souvent fragiles avec des problèmes divers : somatiques, psychiques, fonctionnels ou sociaux.

Les circulaires de 2008 décrivent les moyens nécessaires pour préempter la qualification d'unité spécialisée, notamment en imposant certaines compétences médicales: la présence de médecins rééducateurs, cardiologues, pneumologues,... est donc indispensable à cette organisation « en filières » (cf Tableau 4). **Dans ces unités spécialisées, le médecin généraliste est à même d'assurer la prise en charge des problèmes médicaux annexes à la pathologie principale qui a motivé l'admission**. Selon les territoires, cela peut participer également à répondre aux tensions liées à la démographie médicale de certaines spécialités.

Tableau 4 : Particularités légales selon les filières <sup>(4)</sup>

Type de SSR selon le type de l'affection	Durée minimale soins rééducatifs/jour	Compétence médicales obligatoires	Compétences paramédicales particulières obligatoires	Équipement technique matériel spécifique
Appareil locomoteur	2h	MPR	OUI	OUI
Système nerveux	2h	MPR et/ou Neurologue	OUI	OUI
Cardio-vasculaires	3h	Cardiologue et/ou MPR	NON	OUI
Respiratoires	2h	Pneumologue, (MPR)	NON	OUI
Digestif et endocrino-métabolique	3h	Médecin spécialiste	OUI	NON
Onco-hématologique	Non précisé	Non	NON	NON
Brûlés	2h	MPR	OUI	OUI
Conduites addictives	5h	Addictologue	NON	NON
Personnes âgées poly pathologiques dépendantes	Moins de 2h	Gériatre	OUI	OUI

En outre, les demandes de soins évoluent sans cesse : la population vieillit, la prévalence des pathologies chroniques augmente, les prises en charge médicales évoluent.

Dans le domaine de la rééducation locomotrice par exemple, les techniques chirurgicales des prothèses totales de hanche (PTH) ont progressé, réduisant fortement le risque de

complication post-opératoire comme la luxation de prothèse, et simplifiant les modalités de la rééducation, qui se fait désormais, dans bien des cas, en ambulatoire. Les affections de l'appareil locomoteur restent pourtant parmi les pathologies les plus représentées en SSR, mais le profil des patients s'est modifié : en orthopédie, les patients présentent des comorbidités ou une situation sociale ne permettant pas la rééducation ambulatoire ; en traumatologie, il s'agit volontiers de patients âgés, dont le problème locomoteur s'accompagne souvent de décompensation de pathologies chroniques.

Aussi, **la majorité des séjours ont lieu dans les SSR polyvalents et gériatriques** (40% en SSR Polyvalent et 23% en SSR Gériatrique, selon les données PMSI 2017 fournies par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation – ATIH ; cf Tableau 5). Or, **dans ces unités indifférenciées, les compétences médicales sont assurées essentiellement par des médecins généralistes et/ou gériatres**. Rappelons que la gériatrie est une spécialité récente : à ce jour, ces postes sont occupés par des médecins généralistes formés ultérieurement à la gériatrie (Diplôme Universitaire ou Capacité).

**Tableau 5 : Nombre de séjours et de journées d'hospitalisation selon les catégories de SSR**

Mentions spécialisées	Nombre de séjours en hospitalisation complète (milliers)	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète (millions)	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel (millions)
<i>SSR polyvalent</i>	436,1	13,2	0,5
<i>Affections de l'appareil locomoteur</i>	150,9	4,4	1,6
<i>Affections du système nerveux</i>	89,1	3,6	0,9
<i>Affections cardio-vasculaire</i>	51,8	1,0	0,7
<i>Affections respiratoires</i>	31,4	0,9	0,1
<i>Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien</i>	40,5	1,0	0,1
<i>Affections onco-hématologiques</i>	4,9	0,1	0
<i>Affections des brûlés</i>	2,5	0,1	0
<i>Affections liées aux conduites addictives</i>	30,7	1,0	0,1
<i>Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance</i>	242,9	8,2	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>1075,2</b>	<b>33,4</b>	<b>4,1</b>

Source : Données PMSI 2017 - Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

**Tableau 6 : Principales pathologies prises en charge en SSR**

<b>Affections de l'appareil locomoteur : 401 000</b>
dont
Prothèses genoux : 60 000
Prothèses de hanches pour coxarthrose : 34 000
Prothèses de hanche pour fractures : 55 000
Autres fractures : 25 000
<b>Affections neurologiques : 195 000</b>
dont
AVC : 53 000
M. d'Alzheimer : 41 000
<b>Affections viscérales et divers : 467 000</b>
Cardiologiques 135 000
Dont Insuffisance cardiaque 34 000
Pulmonaires 68 000
Endocrino-métaboliques 61 000
Digestives 42 000
Troubles mentaux et du comportement 58 000
Tumeurs malignes 68 000
Soins palliatifs 35 000

Source : Données PMSI 2017 - Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

---

## **OBJECTIF**

### **1- Problématique**

On a abordé précédemment l'importance croissante des SSR dans le système de soins, et la place primordiale qu'occupent les médecins spécialistes en médecine générale et les gériatres au sein de ses structures.

Ces évolutions liées à la sociologie de la santé et aux modifications législatives du système de soins doivent s'accompagner d'évaluations. Ces évaluations doivent être multiples (médicale, sociale, économique, de santé publique....) et se faire à différentes échelles.

Le PMSI SSR, l'ATIH et la DRESS sont des sources essentielles, faites au niveau national, pour connaître l'offre et l'activité de soins de ces établissements. Mais leurs données statistiques reflètent mal les enjeux médicaux et sociaux spécifiques d'un territoire.

Peu de travaux universitaires sont aujourd'hui consacrés aux établissements de SSR. Et, à l'échelle régionale, ce constat est encore plus évident.

En Normandie, particulièrement au niveau du bassin caennais, les établissements de MCO ont des difficultés à obtenir des places en SSR pour des patients qui en tireraient bénéfice ; les durées de séjour à l'hôpital se prolongent par manque de lits d'aval. Ce constat a motivé l'ouverture en juin 2020 d'une unité de SSR au sein du CHU de Caen, avec un double objectif : augmenter les capacités d'accueil en SSR dans la région caennaise et rééquilibrer l'offre « Publique/Privée ». L'activité de ce service doit augmenter progressivement pour accueillir, à terme, 45 patients. Mais il n'est pas certain que cette mesure suffise à répondre à une demande extrêmement forte et qui ne devrait pas baisser dans les années à venir.

Comment les médecins de SSR perçoivent-ils ces enjeux ? Quel regard ont-ils sur leur activité? Peut-on identifier des leviers pour optimiser les parcours de soins ?

## **2- Objectif principal**

L'objectif principal de ce travail est de mieux connaître la population des médecins exerçant une activité de médecine polyvalente dans les SSR Bas-Normands, en s'intéressant à leur perception des différents aspects de leur vie professionnelle (missions, relations avec les partenaires de soins, conditions d'exercice, satisfaction au travail).

## **MATERIEL ET METHODE**

### **1- Population étudiée et déroulement de l'enquête**

La population étudiée concerne tous les médecins à activité polyvalente exerçant dans les SSR de la région Basse-Normandie.

### **2- Elaboration d'un questionnaire**

Un questionnaire de 125 items (repris en Annexe I), divisé en 5 parties de taille homogène, a été créé pour aborder différentes thématiques en rapport avec l'objectif de l'étude :

- Données sociodémographiques et parcours professionnel
- Perception des missions des SSR et des enjeux de Santé Publique
- Relation avec les partenaires de soins et accueil des patients
- Conditions de travail et contraintes psycho-organisationnelles
- Satisfaction globale et Qualité de Vie au travail (QVT)

Chaque partie est divisée en sous-parties pour plus de lisibilité. Les items ont quasiment tous la même présentation, basée sur une échelle de Likert à 4 degrés.

La première partie renseigne les caractéristiques personnelles et professionnelles de la population d'étude.

Pour explorer les enjeux généraux et les conditions d'exercice spécifiques au SSR, le questionnaire comporte des items propres à mon étude, basés sur mon expérience professionnelle en SSR et mes lectures sur le sujet.

Pour explorer les contraintes psycho-organisationnelles, la relation vie privée-vie professionnelle, et la qualité de vie au travail, le questionnaire comporte des items issus d'outils validés scientifiquement tels que l'échelle de satisfaction au travail COPSOQ <sup>(10)</sup>, l'échelle d'évaluation des contraintes psychologiques et organisationnelles de l'étude ORSOSA <sup>(11)</sup>, ou le modèle effort/récompense de Siegrist. <sup>(12)(13)</sup>

### 3- Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé individuellement par voie postale à chaque médecin identifié comme faisant partie de la population cible. Rempli de façon anonyme sur la base du volontariat, il devait être renvoyé par voie postale par l'intermédiaire d'une enveloppe libellée à mon adresse.

### 4- Outil informatique et aide statistique

Pour l'étude des données, le logiciel Excel a été utilisé. Quelques analyses statistiques sont proposées, faites à l'aide du logiciel BiostaTGV. Selon les variables examinées, *le test t de student*, *le test exact de Fischer* ou *le test de Chi2* ont été utilisés.

## RESULTATS

### Services répertoriés

J'ai répertorié **47 services de SSR** sur la Basse-Normandie avec, au sein de leur équipe médicale, **au moins 1 médecin à activité polyvalente** (médecin généraliste et/ou gériatre).

*Tableau 7 : Répartition des 47 structures bas-normande ayant au moins 1 médecin généraliste ou gériatre, selon la taille de la structure et le département d'origine*

Nombre de services ciblés	< 30 lits	Entre 30 et 80 lits	>80 lits	Total
Calvados	3	10	1	14
Manche	8	8	2	18
Orne	8	6	1	15
<b>Région</b>	<b>19 (40%)</b>	<b>24 (52%)</b>	<b>4 (8%)</b>	<b>47</b>

*Tableau 8 : Répartition des 47 structures bas-normande ayant au moins 1 médecin généraliste ou gériatre, selon le secteur d'activité et le département d'origine*

Nombre de services ciblés	Public	Privé	Privé d'intérêt collectif	Total
Calvados	8	5	1	14
Manche	12	5	1	18
Orne	11	2	2	15
<b>Région</b>	<b>31 (66%)</b>	<b>12 (25%)</b>	<b>4 (9%)</b>	<b>47</b>

### Les praticiens répertoriés

Sur ces 47 structures, on dénombre **82 généralistes et/ou gériatres** ayant une activité partielle ou complète.

*Tableau 9 : Répartition des 82 praticiens exerçant au sein d'un SSR en Basse-Normandie selon la taille de la structure et le département d'origine*

Nombre de praticiens ciblés	Exerçant SSR < 30 lits	Exerçant SSR entre 30 et 80 lits	Exerçant SSR >80 lits	Total
Calvados	3	25	6	34
Manche	5 (+ médecins libéraux)	17	6	28
Orne	6	13	1 + intérimaires	20
<b>Région</b>	<b>14 (17%)</b>	<b>55 (67%)</b>	<b>13 (16%)</b>	<b>82</b>

**Tableau 10 :** Répartition des 82 praticiens exerçant au sein d'un SSR en Basse-Normandie selon le secteur d'activité et le département d'origine

Nombre de praticiens ciblés	Public	Privé	Privé d'intérêt collectif	Total
Calvados	17	14	3	34
Manche	15	12	1	28
Orne	14	3	3	20
<b>Région</b>	<b>46 (56%)</b>	<b>29 (35%)</b>	<b>7 (9%)</b>	<b>82</b>

### Les répondants

**35 questionnaires ont été dûment remplis et ont pu être analysés (soit 43% de répondants)**

La répartition des répondants diffère **selon le département** : les praticiens du Calvados ont mieux répondu que ceux de la Manche et il n'y a que 25% des praticiens Ornais qui ont participé.

**Le secteur d'activité** a aussi une influence sur le taux de participation: les praticiens des secteurs Public et Privé d'Intérêt Collectif ont nettement plus répondu que les salariés du secteur Privé.

**La taille des structure** a moins d'influence pour le taux de participation mais on note une meilleure proportion de réponses parmi les praticiens exerçant dans des petites structures.

**Tableau 11 :** Répartition des 35 répondants selon la taille de la structure et leur département d'origine

Nombre de répondants	< 30 lits	Entre 30 et 80 lits	>80 lits	Total
Calvados	3	14	1	<b>18 (53 % des praticiens calvadosiens)</b>
Manche	3	6	3	<b>12 (48% des praticiens manchois)</b>
Orne	2	2	1	<b>5 (25% des praticiens ornais)</b>
<b>Région</b>	<b>8 (57% de ceux exerçant dans les « petits » SSR)</b>	<b>22 (40 % de ceux exerçant dans les SSR de taille moyenne)</b>	<b>5 (38% de ceux exerçant dans les « grands » SSR)</b>	<b>35</b>

**Tableau 12 :** Répartition des 35 répondants selon le secteur de soins et leur département d'origine

Nombre de répondants	Public	Privé	Privé d'intérêt collectif	Total
Calvados	10	5	3	18
Manche	10	2	0	12
Orne	3	0	2	5
<b>Région</b>	<b>23 (soit 50% de ceux exerçant dans le public)</b>	<b>7 (soit 24 % de ceux exerçant dans le privé)</b>	<b>5 (71% de ceux exerçant dans le PIC)</b>	<b>35</b>

*Répartition des 35 répondants*

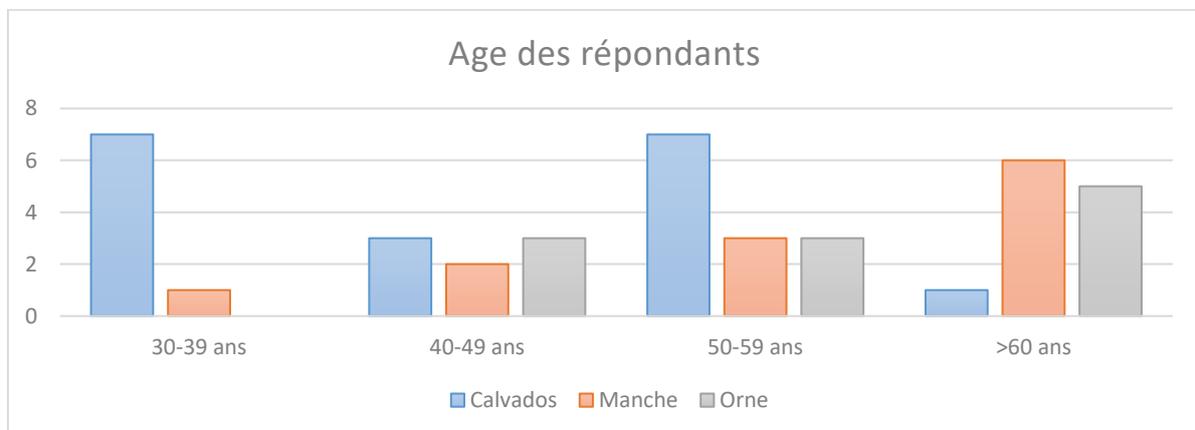
## 1. Description générale de la population étudiée

### a. Sexe et âge

L'enquête a concerné 23 femmes et 12 hommes. La moyenne d'âge générale est de 51 ans. Le Calvados est le département où la moyenne d'âge est la plus faible (45 ans), et l'Orne le département où elle est la plus élevée (60 ans).



**Figure 1 - Sexe de la population étudiée**  
2/3 de femmes



**Figure 2 – Age de la population**

Moyenne d'âge : 51 ans.

Moyenne d'âge selon le département : Calvados = 45 ans / Manche = 56 ans / Orne = 60 ans

Moyenne d'âge selon le sexe : Femmes = 51.8 ans / Homme 49.5 ans

### b. Formation initiale et formation complémentaire

Concernant la formation initiale, 32 praticiens ont une formation en médecine générale. 3 praticiens ont un diplôme de spécialité mais ont réorienté leur carrière vers une pratique généraliste.

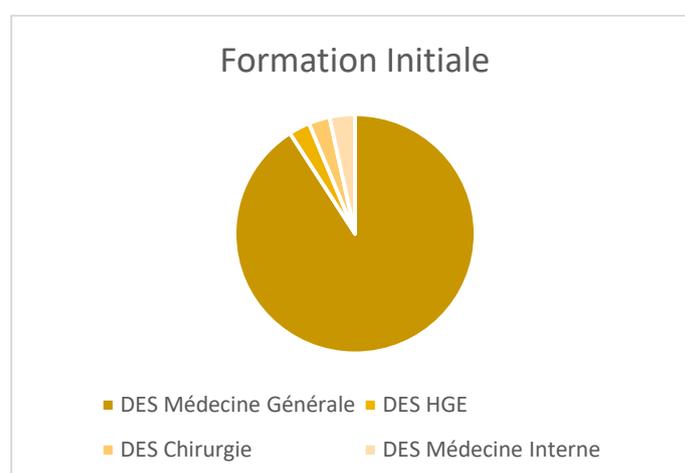
On peut souligner un nombre important de praticiens ayant une formation complémentaire (91% déclare avoir au moins une formation complémentaire).

Les formations complémentaires en gériatrie prédominent (63% des praticiens formés), ce qui correspond aux besoins rencontrés dans ces structures. Rappelons que la gériatrie en tant que spécialité est une discipline jeune ; pour cette génération de médecins, la qualification de « médecin gériatre » est assujettie à des formations complémentaires de type DU ou Capacité.

Les situations palliatives ou de gestion de la douleur sont également fréquentes en SSR et il y a un nombre important de praticiens formés à ces questions (37 %).

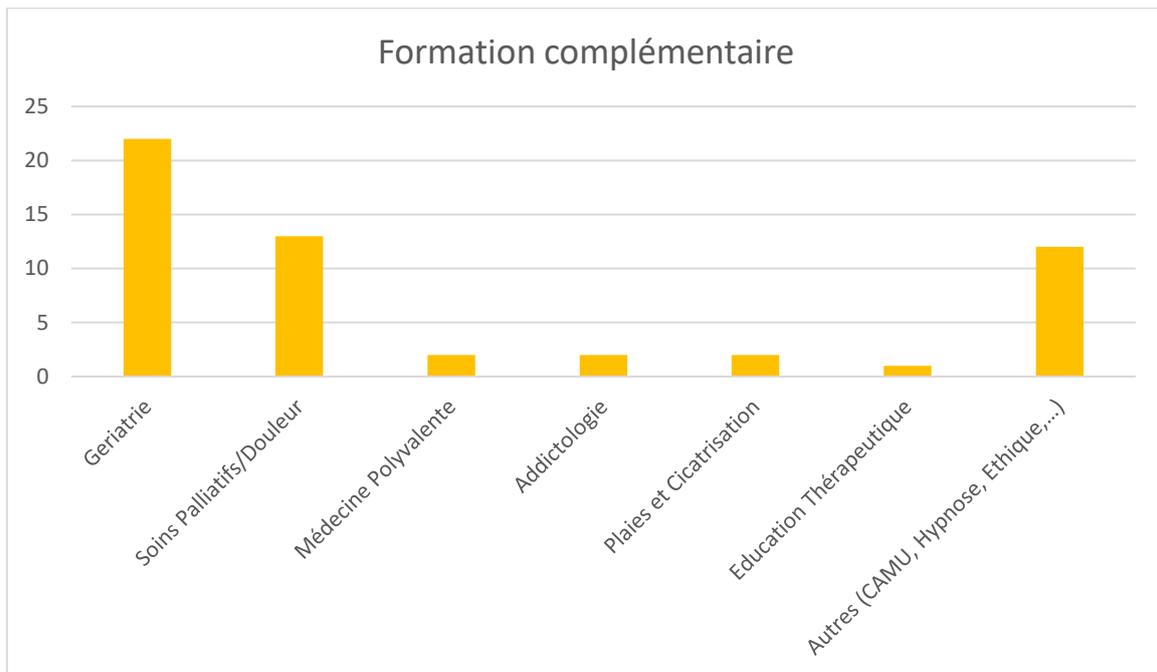
On peut noter le nombre assez faible de praticiens formés spécifiquement à l'addictologie, aux plaies ou à l'éducation thérapeutique.

Les « autres formations » sont liées aux expériences professionnelles antérieures, souvent variées.



**Figure 3 – Formation initiale**

**91 % ont une formation initiale en médecine générale**



**Figure 4 – Formations complémentaires**

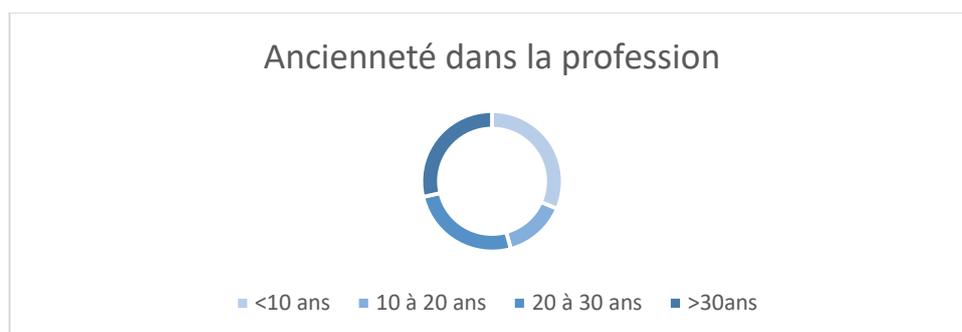
**91% ont, au moins, une formation complémentaire (DU/DIU ou Capacité)**

**c. Ancienneté dans la profession et expériences antérieures**

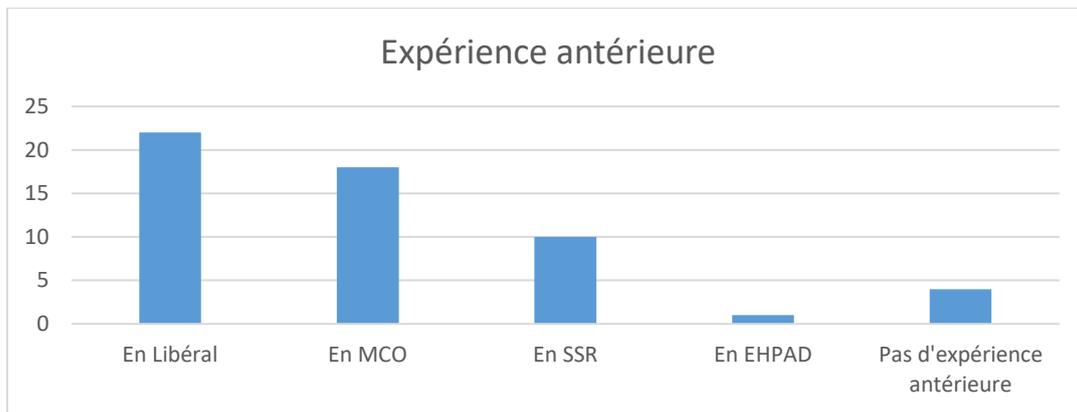
Avec une moyenne d'âge autour de 51 ans, on n'est pas surpris de retrouver un personnel médical plutôt expérimenté : seuls 31% de répondants ont moins de 10 ans de pratique, et seuls 11% n'ont pas eu d'autre expérience professionnelle auparavant.

62% ont eu une expérience en médecine libérale, plus de 50 % ont travaillé en MCO.

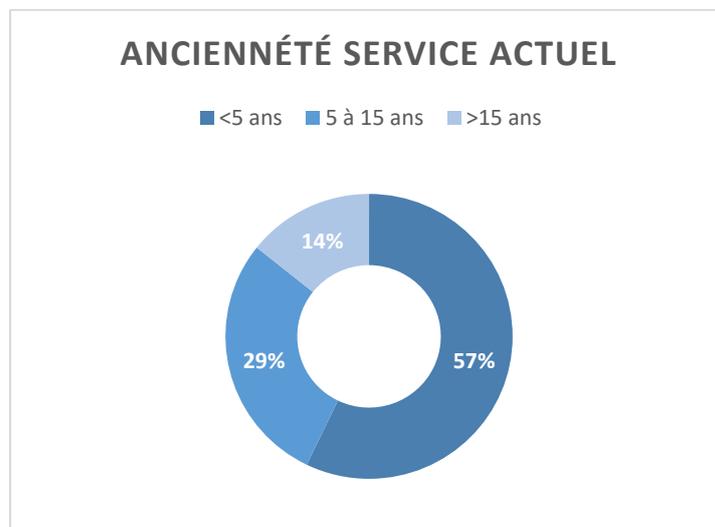
Cependant, malgré des profils expérimentés, on note que la majorité (57%) des praticiens exerce dans son service depuis moins de 5 ans.



**Figure 5 - Ancienneté dans la profession**



**Figure 6 - Expériences antérieures**



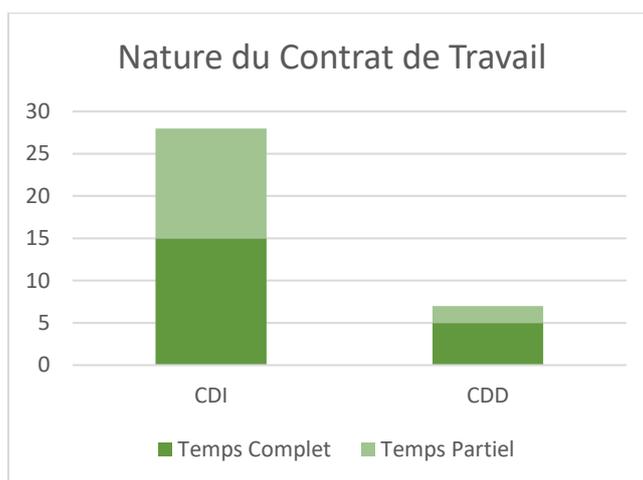
**Figure 7 – Ancienneté dans le service actuel**

Des professionnels expérimentés : 2/3 des répondants ont au moins 10 ans de pratique médicale. Les expériences antérieures paraissent variées : 63% ont déjà travaillé en libéral, 51% ont déjà travaillé en MCO. Pour la plupart, ils sont relativement « nouveaux » dans leur service.

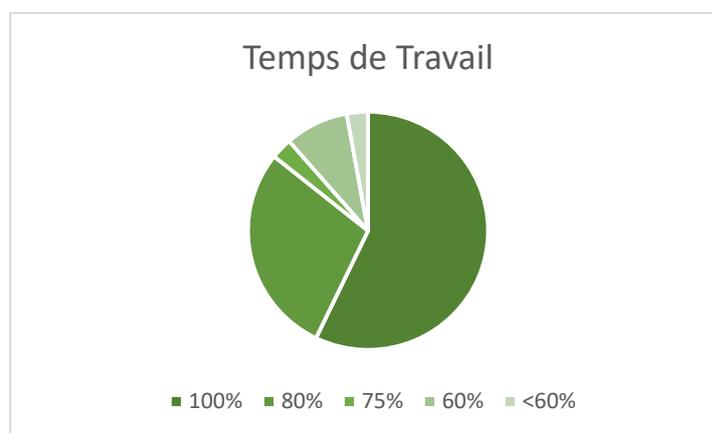
**d. Contrat de travail et temps de travail**

80% des répondants travaillent en CDI. Parmi eux, 54% sont à temps plein et 46% à temps partiel.

Au total, 57% des répondants travaillent à temps plein, et 43% à temps partiel. Parmi les temps partiels, il existe une majorité de personnes travaillant à 0.8 ETP.



**Figure 8 – Nature du contrat de travail**



**Figure 9 – Temps de travail contractuel**

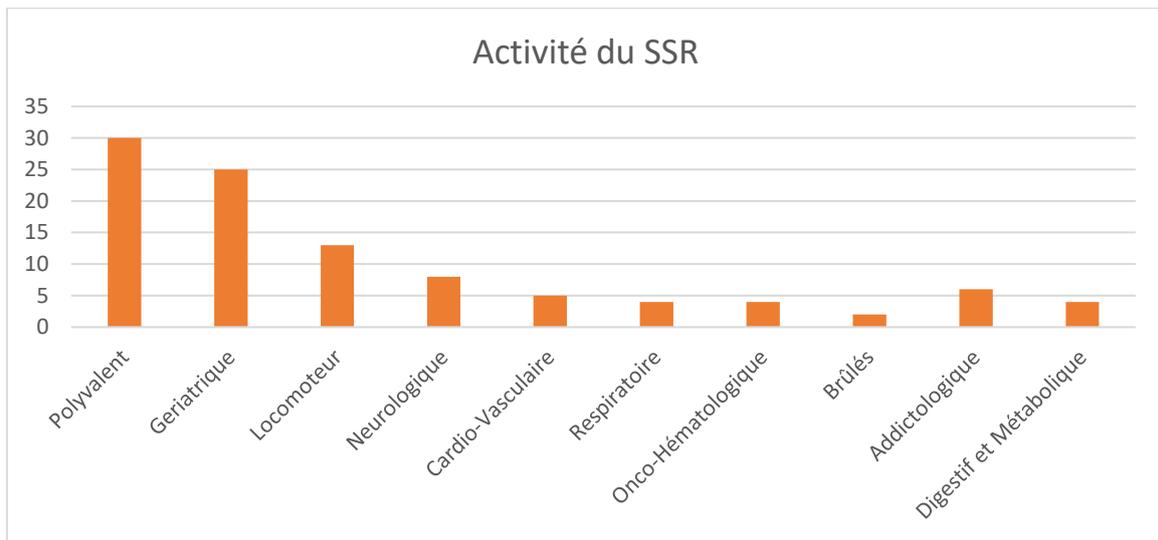
Surtout des CDI. Une majorité de temps plein, mais une proportion importante de temps partiel (43%). Parmi les temps partiel, une majorité de 0.8 ETP. Soit : 88% des répondants travaillent à 100% ou à 80%

### **e. Type d'activité**

Parmi les répondants, 1 médecin exerce dans un SSR spécialisé en nutrition. Tous les autres (97%) exercent dans des services à orientation polyvalente et/ou gériatrique.

Certains travaillent dans des SSR spécialisés autour de la rééducation fonctionnelle (locomotrice ou neurologique) mais ces structures, de taille souvent conséquente, ont en leur sein des secteurs polyvalents ou gériatriques, placés sous la responsabilité de médecin généraliste.

Les SSR identifiés comme très spécialisés sont gérés par les médecins des spécialités concernés (MPR et cardiologues notamment).



**Figure 10 - Type d'activité du service**

**La grande majorité des praticiens confirment pratiquer leur activité au sein de SSR polyvalent et/ou gériatrique**

## 2. Missions et enjeux de Santé Publique

### a. Missions générales des SSR

La rééducation et la ré-autonomisation sont fortement retenues comme des missions réalisables en SSR (100% d'avis positifs concernant l'utilité des séjours en SSR pour ces motifs). Une majorité (plus de 80%) perçoit les séjours en SSR comme utiles pour effectuer un travail d'éducation thérapeutique et/ou de réinsertion sociale, mais avec un degré d'adhésion plus faible.

L'éducation thérapeutique serait probablement plus fortement retenue encore dans les SSR très spécialisés comme les réadaptations cardiologiques. De même, la réinsertion sociale est une préoccupation importante des rééducateurs au sein des CRF... Parmi les SSR à activité polyvalente ou gériatrique, ces missions sont retenues mais de façon moins unanime.

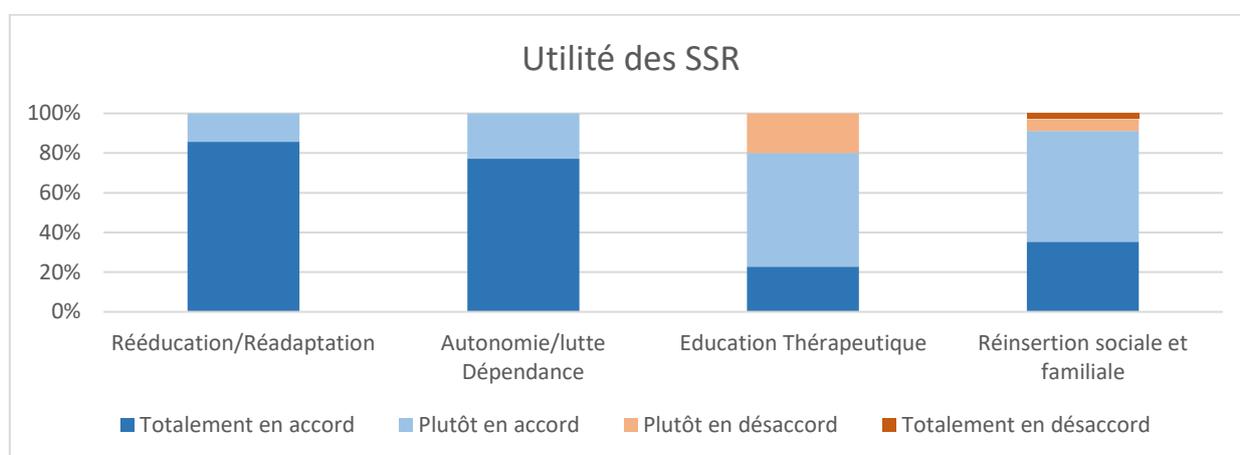


Figure 11 – Missions des SSR

Parmi les missions des SSR, la rééducation et la ré-autonomisation sont davantage retenues que l'éducation thérapeutique ou la réinsertion sociale

Une majorité de praticiens (63%) pensent que les médecins de MCO ne connaissent pas bien les missions des SSR, contrairement aux médecins libéraux. Pourtant, la grande majorité des patients sont admis secondairement à une hospitalisation en secteur MCO, comme on le verra plus tard.

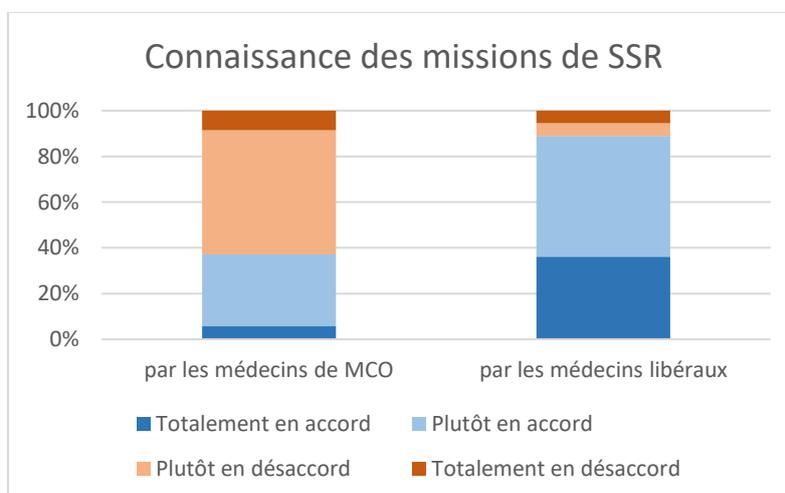


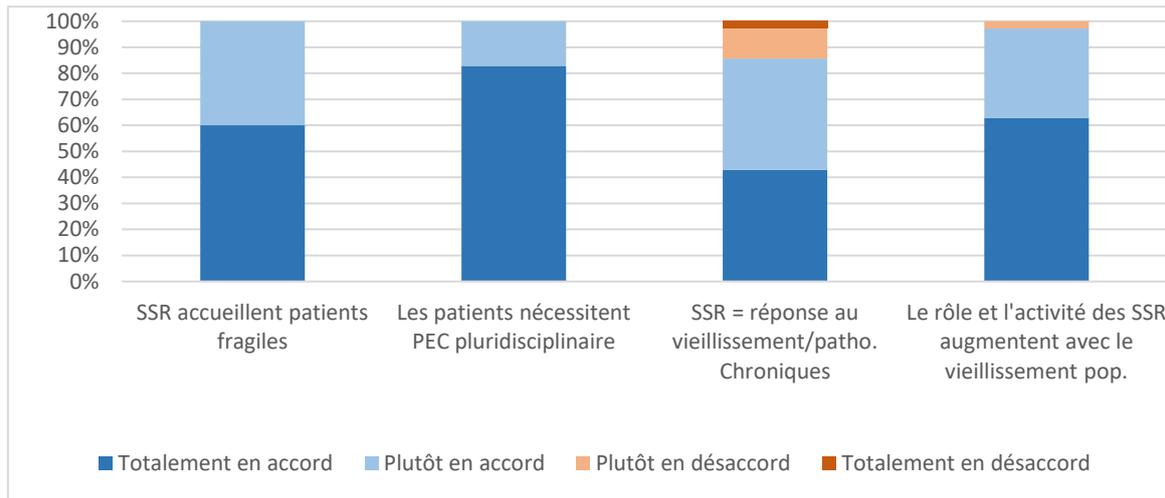
Figure 12 - Connaissance des missions de SSR par les partenaires extérieurs

Les missions des SSR paraissent bien connues des médecins libéraux, mais mal connues des médecins de MCO

**b. Place des SSR dans le système de soins et les enjeux de Santé Publique**

La population accueillie au sein des SSR est unanimement perçue comme fragile, et l'importance de la pluridisciplinarité des prises en charge ressort nettement (100% adhèrent à ces affirmations).

Le rôle et l'activité des SSR augmentent avec le vieillissement de la population. Ils peuvent participer à adapter le système de soins pour répondre aux enjeux de santé publique induit par ce vieillissement et par l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques... même si, à l'évidence, ils ne peuvent constituer la seule réponse à ces défis.

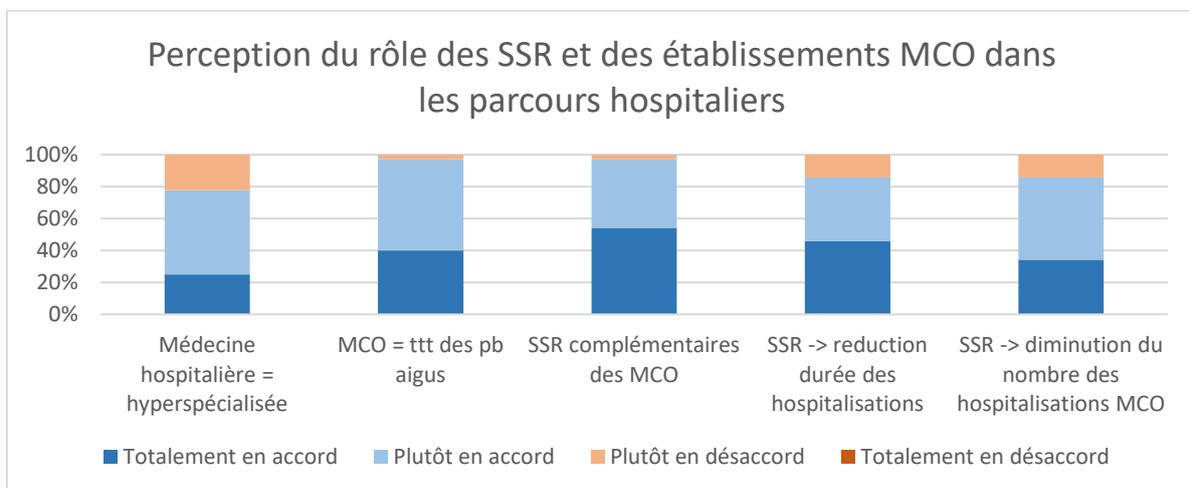


**Figure 13 - Perception d'un lien entre SSR et patients âgés et/ou fragiles**

**Les patients accueillis sont considérés comme fragiles, nécessitant une PEC pluridisciplinaire... le rôle et l'activité des SSR augmentent avec le vieillissement de la population**

Les structures hospitalières MCO permettent de traiter les problèmes aigus ; pour 99% des répondants, les SSR sont complémentaires de cette médecine hospitalière, qui assure le traitement des problèmes aigus et qui est globalement perçue comme hyperspécialisée.

Les séjours en SSR peuvent permettre la réduction des durées et des fréquences d'hospitalisation pour les patients poly pathologiques (77% partagent cet avis).



**Figure 14 - Perception du rôle des SSR dans les parcours de soins**

En outre, l'accessibilité aux SSR mériterait d'être améliorée : pour 82% des répondants, de nombreux patients n'ont pas accès aux SSR alors qu'ils en tireraient bénéfice. Pour autant, cela ne passe pas obligatoirement par l'augmentation du nombre de lits : augmenter les places de SSR ne fait pas l'unanimité (62% de réponses positives), alors que l'idée de diversifier l'activité (HDJ, suivi ambulatoire de patients...) emporte une large adhésion (97%).

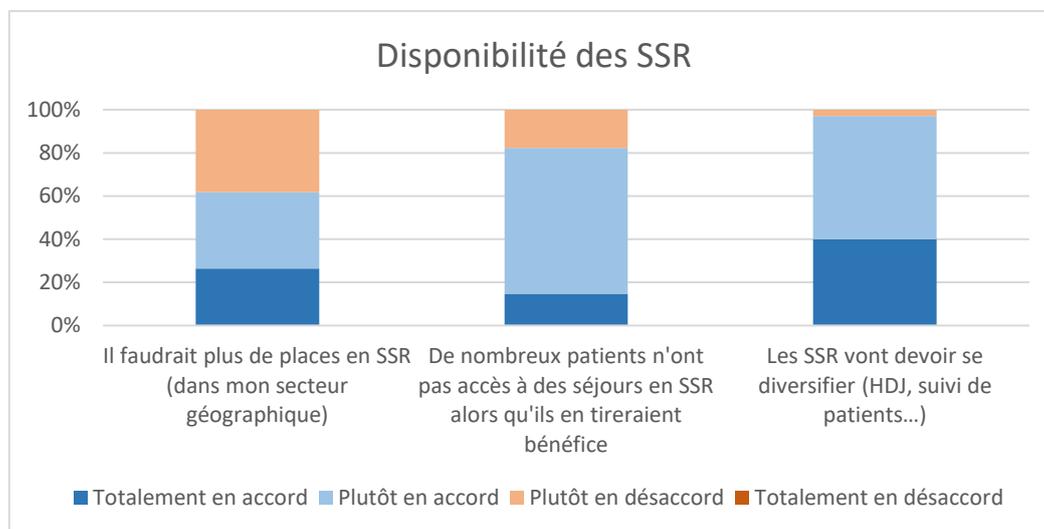


Figure 15 – Disponibilité des SSR

**Des patients n'ont pas accès aux SSR alors qu'ils en tireraient bénéfice. La diversification des activités de SSR (hospitalisation partielle notamment) est un enjeu d'avenir pour l'accessibilité aux services SSR.**

### c. Financement des SSR

Une majorité de praticiens (55%) ne connaît pas bien le mode de financement actuel des SSR. Près de la moitié des médecins (48%) déclarent ne pas participer à l'élaboration du PMSI-SSR pour les patients dont ils ont la charge.

Je rappelle ici que des nouvelles mesures doivent entrer en vigueur début 2022 ; quid de l'implémentation de cette réforme du financement des SSR ?

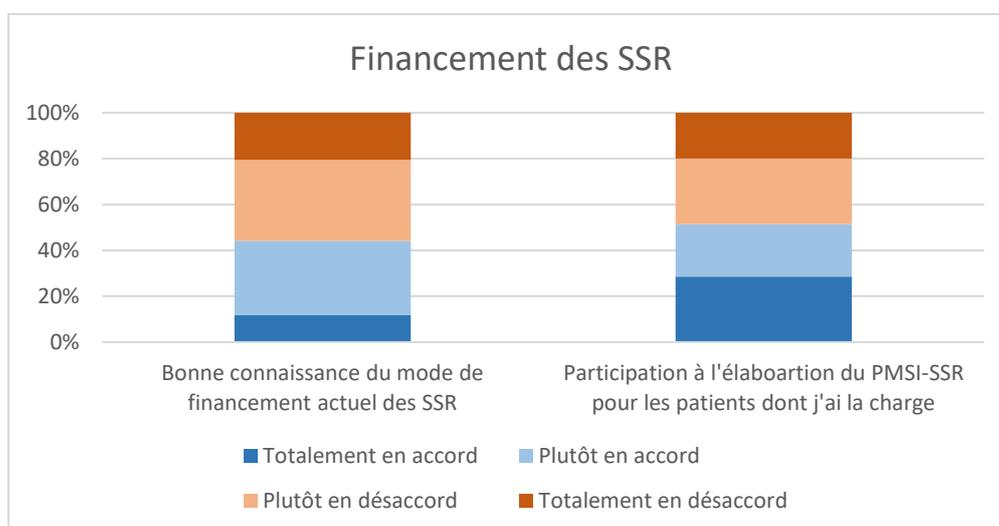


Figure 16 – Financement des SSR

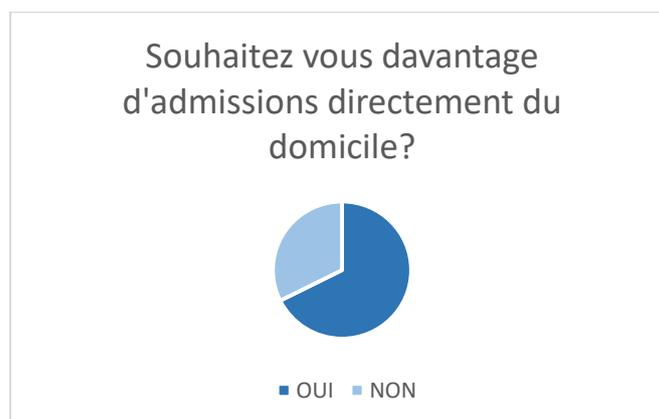
**Le mode de financement actuel n'est pas bien connu, et la participation à l'élaboration du PMSI-SSR est partagée**

### 3. Relation avec les partenaires de soins, admissions et sorties des patients

#### a. Généralités sur les admissions

Les patients admis en SSR arrivent principalement de structures MCO via l'utilisation de la plateforme ViaTrajectoire : 100% des répondants confirment ces données.

68% des interrogés pensent qu'il faudrait davantage d'admissions directement du domicile.



**Figure 17** – Souhait par rapport aux admissions venant du domicile

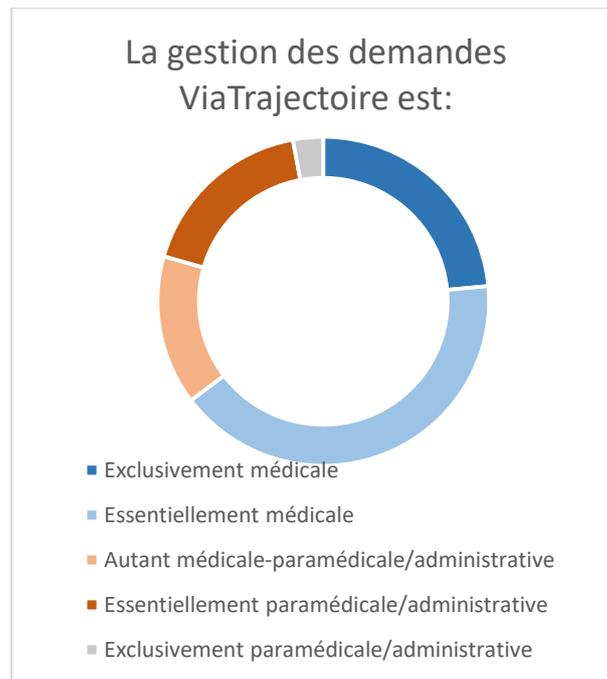
2/3 pensent qu'il faudrait davantage d'entrées directement du domicile

#### b. Préadmissions

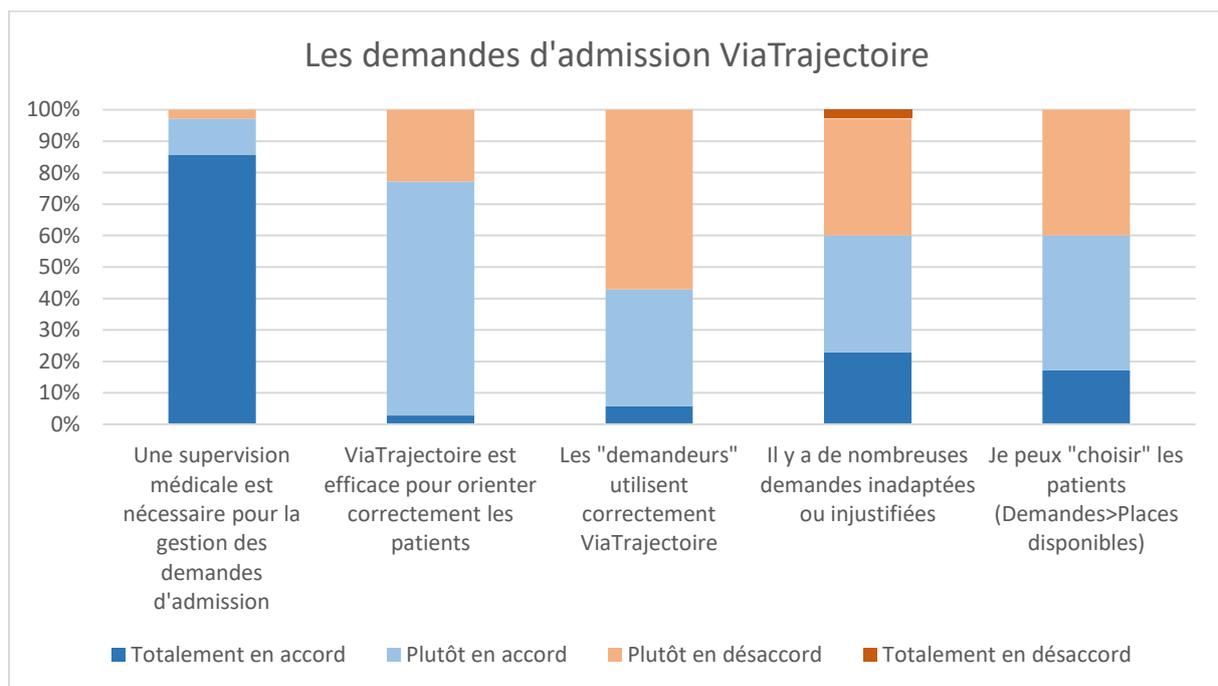
La plateforme ViaTrajectoire est globalement efficace pour l'orientation des patients (77% de réponses positives, mais sans adhésion forte), mais 57% des répondants pensent que les « demandeurs » ne l'utilisent pas correctement, et qu'il y a de nombreuses demandes inadaptées ou injustifiées.

Pour 60% des interrogés, il y a un « choix » à faire dans les demandes d'admissions, d'autant que le nombre de demandes dépassent le nombre de places disponibles.

Il y a une forte adhésion pour dire que cette gestion des demandes d'admission nécessite une supervision médicale. Les 2/3 déclarent d'ailleurs que l'outil d'orientation ViaTrajectoire est géré essentiellement ou exclusivement par les médecins, au sein de leur service. Le reste des réponses montre une gestion conjointe avec le personnel paramédical et/ou administratif.



**Figure 18 – Gestion de l’outil d’orientation ViaTrajectoire**

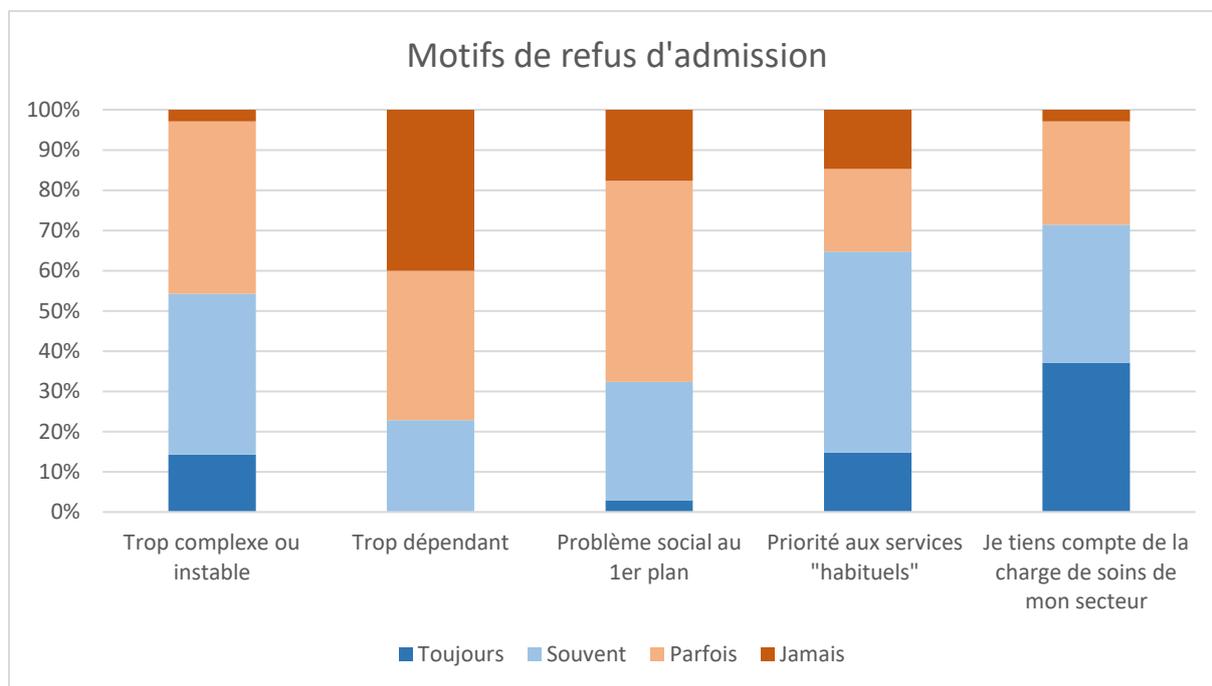


**Figure 19 – Perception des préadmissions**

**ViaTrajectoire est géré en grande partie par les médecins. Cette plateforme d’orientation est globalement efficace, mais les « demandeurs » ne l’utilisent pas correctement. Une supervision médicale leur paraît indispensable.**

Dans la gestion des demandes d’admission, il est notable que près des  $\frac{3}{4}$  des médecins prennent en compte la charge de soins de leur service pour statuer sur les demandes ViaTrajectoire. Près des  $\frac{2}{3}$  donnent régulièrement la priorité aux services avec lesquels ils ont l’habitude de travailler.

Pour plus de la moitié des médecins, il y a souvent des refus d'admission parce que le patient leur paraît instable ou trop complexe. Mais, le degré de dépendance et l'existence d'un problème social ne sont pas des motifs fréquents de refus d'admission (22% déclarent refuser souvent un malade parce qu'il est trop dépendant, et 31% parce que le problème social est au premier plan).



**Figure 20 – Refus des demandes d'admission**

Le degré de dépendance et les problèmes sociaux ne constituent pas un frein à l'admission. Les refus sont plutôt liés à la charge de soins existante au SSR. L'instabilité du patient et la priorité aux services « habituels » joue un rôle dans la décision.

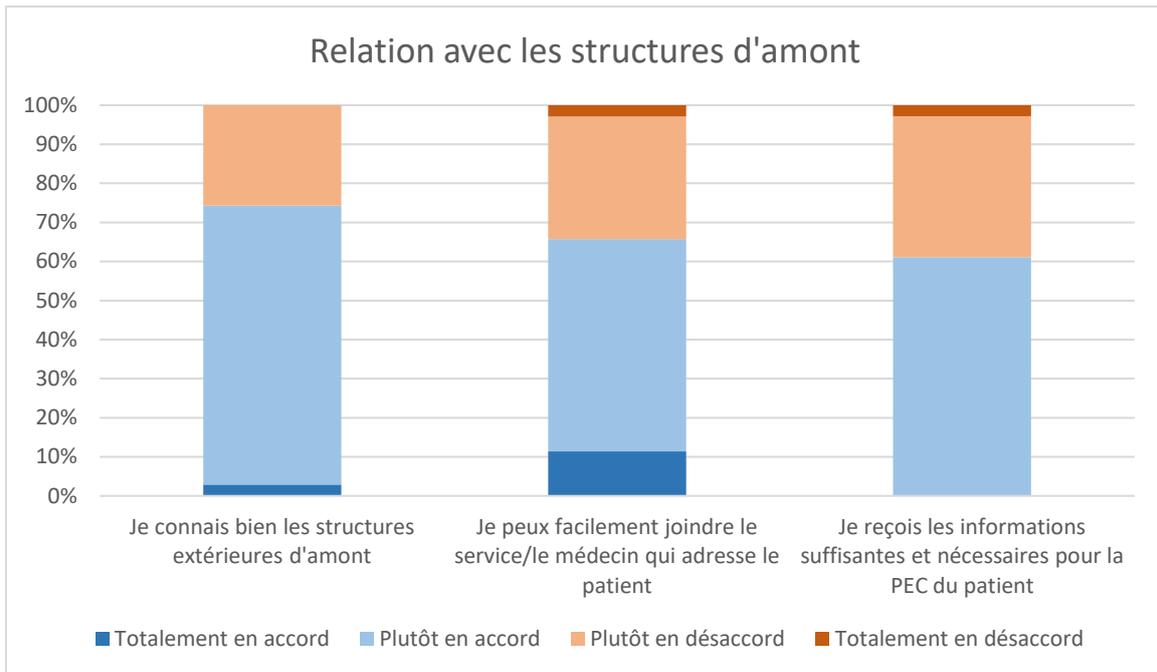
### **c. Conditions d'admissions et communication avec les partenaires « d'amont »**

Concernant les relations avec les structures d'amont,  $\frac{3}{4}$  des médecins connaissent plutôt bien les structures hospitalières d'amont de leur secteur géographique, mais 1 seul médecin interrogé déclare les connaître très bien.

Concernant le transfert des patients de MCO vers le SSR, notons que la présence d'une lettre de liaison est cotée « Souvent » à 80%, et qu'elle ne semble pas encore systématique, selon eux. Peu de médecins déclarent que les patients arrivent trop précocement au SSR.

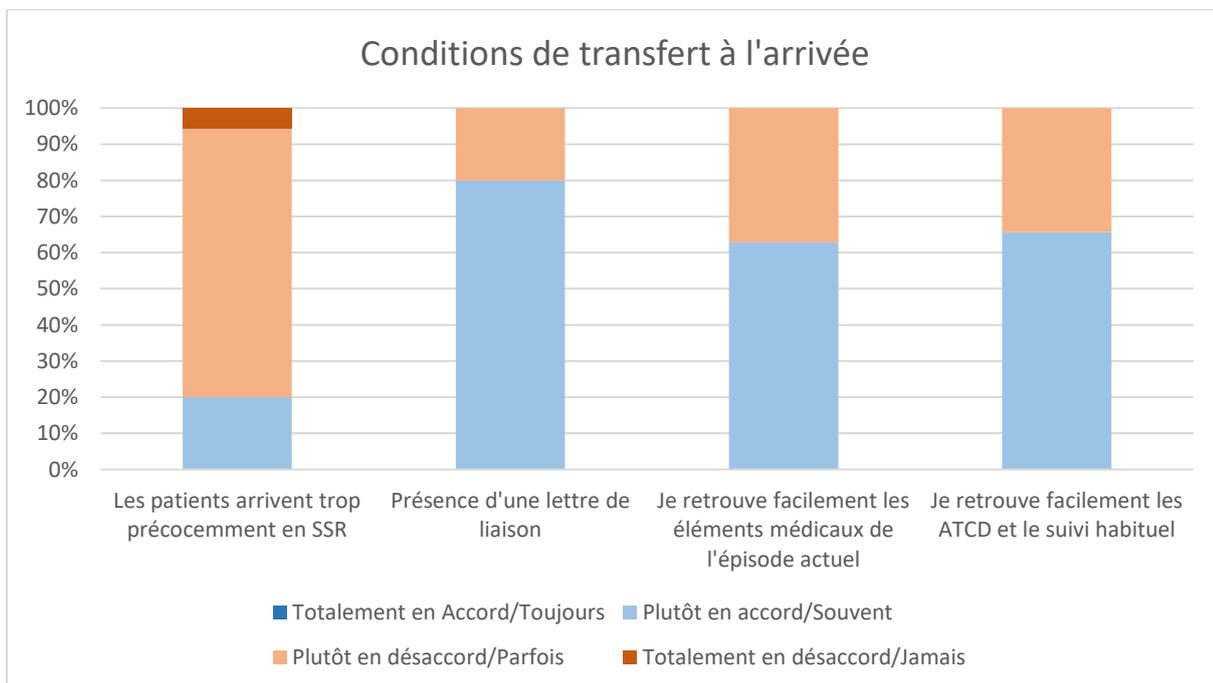
Sur les items détaillant les conditions de transfert, environ  $\frac{2}{3}$  des interrogés pensent qu'il est plutôt facile de joindre le médecin ou le service qui adresse le patient, qu'ils reçoivent les éléments nécessaires à la prise en charge, qu'ils retrouvent plutôt facilement les éléments médicaux de l'épisode actuel ou les antécédents et le suivi habituel des patients. A contrario,  $\frac{1}{3}$  des médecins sont insatisfaits de ces éléments qui participent au lien entre les structures MCO et les SSR.

Lorsqu'on les interroge globalement sur la qualité de la communication entre les structures MCO et les SSR, celle-ci est perçue comme insuffisante pour 65% des répondants.



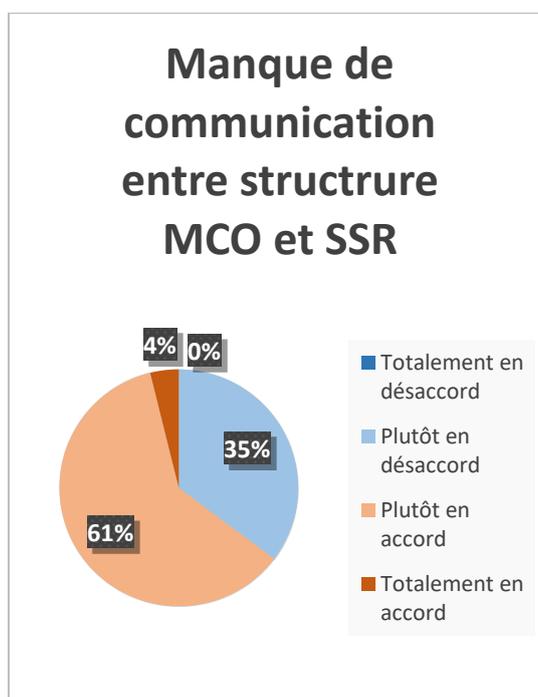
**Figure 21 – Relation avec les structures d'amont**

**2/3 des praticiens connaissent plutôt bien les structures extérieures d'amont, et peuvent facilement joindre le médecin ou le service qui adresse un patient**



**Figure 22 – Conditions de transfert à l'arrivée du patient**

**Concernant les conditions de transfert, la lettre de liaison est souvent présente. Concernant les informations nécessaires à la suite de la prise en charge, 2/3 des praticiens sont plutôt satisfaits des éléments médicaux fournis par les services « adresseurs » contre 1/3 qui semble plutôt insatisfait.**



**Figure 23** - Perception de la communication entre les établissements MCO et les SSR

Globalement, la communication entre les structures MCO qui adressent des patients et les SSR qui les reçoivent est perçue comme insuffisante.

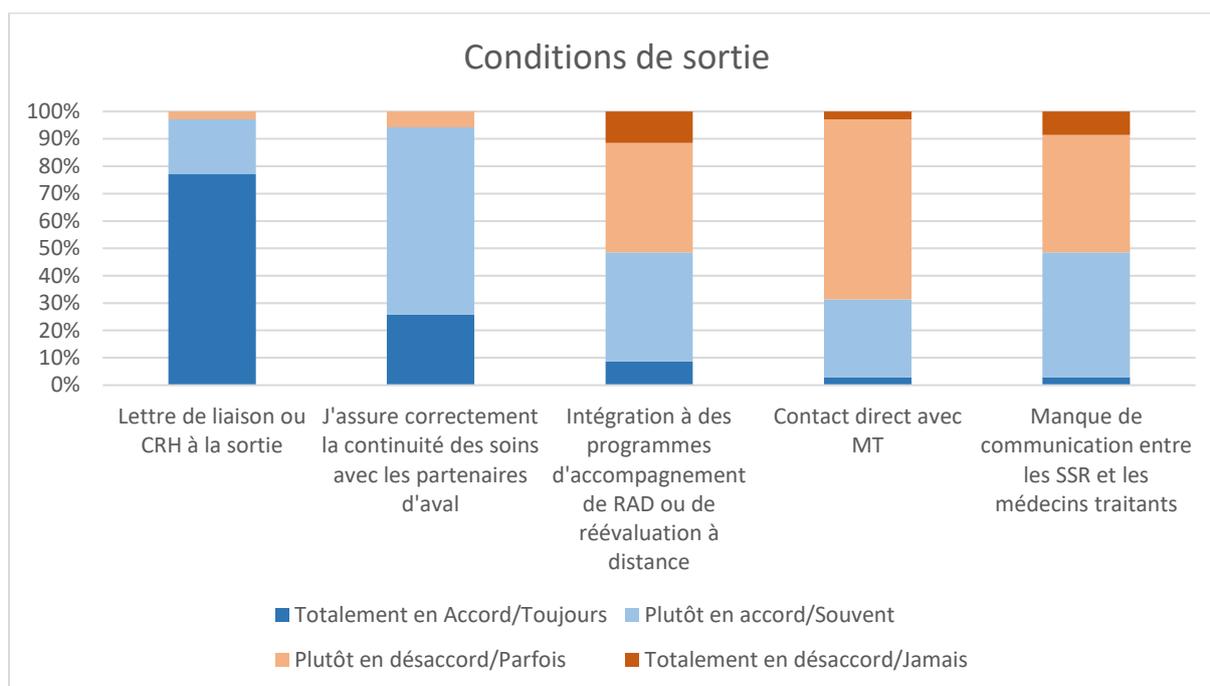
#### **d. Conditions de sortie et communication avec les partenaires « d'aval »**

Le regard porté sur les conditions de sortie et les relations avec les « médecins d'aval » (le plus souvent les médecins traitants) est meilleur que sur les conditions d'admissions et les relations avec « les médecins d'amont ».

La lettre de liaison de sortie ou le CRH est toujours présent pour 80% des sondés (97% si on ajoute la côte « souvent présent »), et près de 95% d'entre eux considèrent qu'ils assurent correctement ou très correctement la continuité des soins avec les partenaires d'aval.

Cependant, l'intégration à des programmes d'accompagnement au RAD ou de réévaluation à distance est mitigée. Les contacts directs avec le médecin traitant sont peu fréquents.

Globalement, près de la moitié des médecins de SSR pensent qu'il y a un manque de communication entre les médecins de SSR et les médecins traitants



**Figure 24 – Conditions de sortie et relation avec les médecins « d’aval »**

La communication avec les médecins traitants est moyenne, mais le sentiment d’assurer correctement la continuité des soins est largement présent. La réalisation d’une lettre de sortie ressort fortement.

**e. Mesures statistiques**

Voici quelques mesures statistiques issues des données de cette partie sur la relation avec les partenaires de soins. Aucune de ces mesures n’est statistiquement significative et n’a permis de mettre en évidence des différences sur les variables étudiées.

Lien entre qualité de la communication MCO/SSR et département d’origine (Calvados vs Hors Calvados)				
	Calvados	Hors Calvados		
Satisfait de la communication	22%	41%	Test exact de Fischer	$p = 0.28$
Pas ou peu satisfait de la communication	78%	59%		
n	18	17		
Lien entre qualité de la communication MCO/SSR et la taille du SSR (« petit » <30 lits/ Moyens ou Grands > 30 lits)				
	« petits » SSR	« moyens ou grands » SSR		
Satisfait de la communication	37.5%	22%	Test Exact de Fischer	$p = 0.40$
Pas ou peu satisfait de la communication	62.5%	78%		
n	8	27		

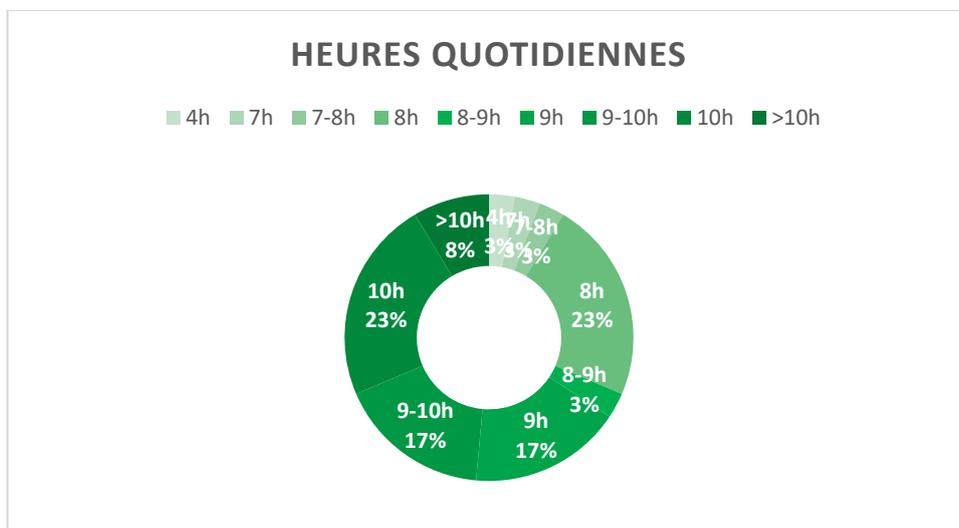
<b>Lien entre qualité de la communication MCO-SSR et l'âge des médecins</b>			
	Moyenne d'âge		
Satisfait de la communication	54.9		Test t de Student, $\alpha = 0.05$
Pas ou peu satisfait de la communication	49.3		
<b>Lien l'âge et la connaissance des structures d'amont</b>			
	Moyenne d'âge		
Bonne connaissance	50.0		Test t de Student, $\alpha = 0.05$
Connaissance médiocre	54.3		
<b>Lien entre la qualité de la communication MCO-SSR et la connaissance des structures d'amont</b>			
	Bonne connaissance	Connaissance médiocre	
Satisfait de la communication	61.5%	11%	T exact de Fischer $p = 0.22$
Pas ou peu satisfait de la communication	38.5%	89%	
n	26	9	
<b>Lien entre la satisfaction de l'utilisation de ViaTrajectoire par les services demandeurs et le département d'origine (Calvados/Hors Calvados)</b>			
	Calvados	Hors Calvados	
Satisfait de l'utilisation de ViaTrajectoires par les demandeurs	56%	29%	Test de Khi2 avec correction de Yates $p = 0.22$
Insatisfait de l'utilisation de ViaTrajectoire/demandeurs	44%	71%	
n	18	17	
<b>Lien entre la taille du SSR et le fait de donner la priorité aux services avec lesquels on a l'habitude de travailler</b>			
	« petits » SSR	« moyens ou grands » SSR	
Donne la priorité aux services demandeurs « habituels »	75%	61.5%	T exact de Fischer $p = 0.68$
Ne donne pas la priorité aux services demandeurs « habituels »	25%	38.5%	
n	8	26	

**4. Moyens logistiques et humains, conditions de travail et contraintes psycho-organisationnelle**

**a. Rythme de travail, astreintes et gardes**

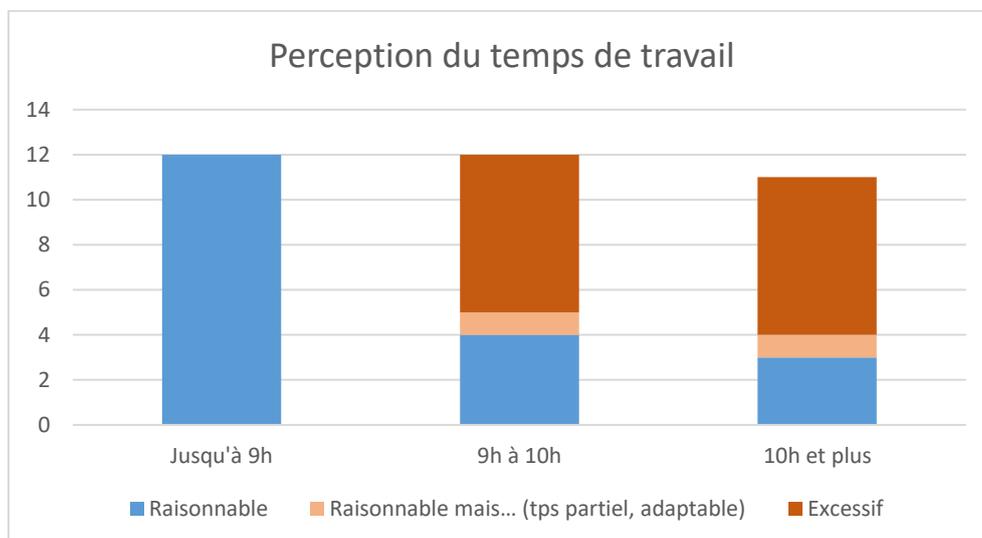
66% des médecins interrogés déclarent travailler au moins 9h par jour et, parmi eux, près des 2/3 jugent ce temps de travail excessif. Sur l'ensemble de la population, ils sont 41% à souligner un temps de travail trop important. Le personnel à temps plein partage davantage cette opinion par rapport au personnel à temps partiel.

La majorité ont des astreintes (samedi matin : 63% ; week-end : 79% ; nuit 71%), ce qui représente une contrainte dont ils se passeraient bien : seuls 20% souhaitent que les astreintes perdurent. 57% préféreraient qu'il n'y ait pas d'astreintes et 23 % ne se prononcent pas.

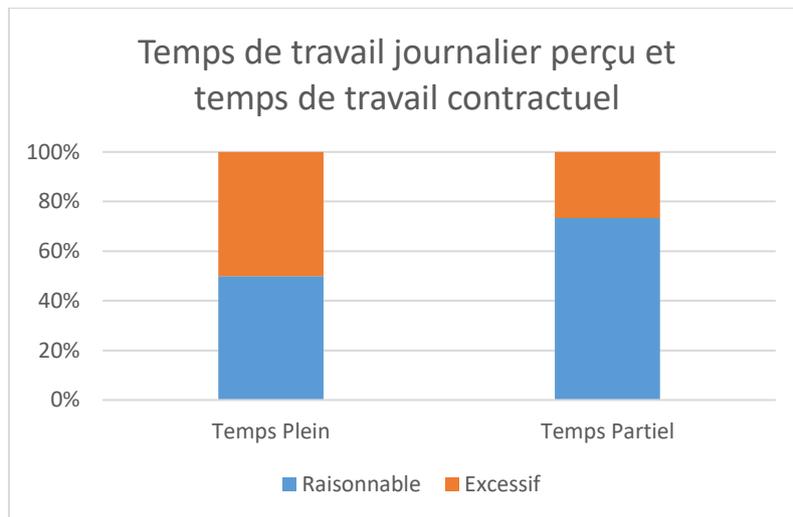


**Figure 25 – Temps de travail journalier**

**2/3 des praticiens déclarent travailler au moins 9h par jour**

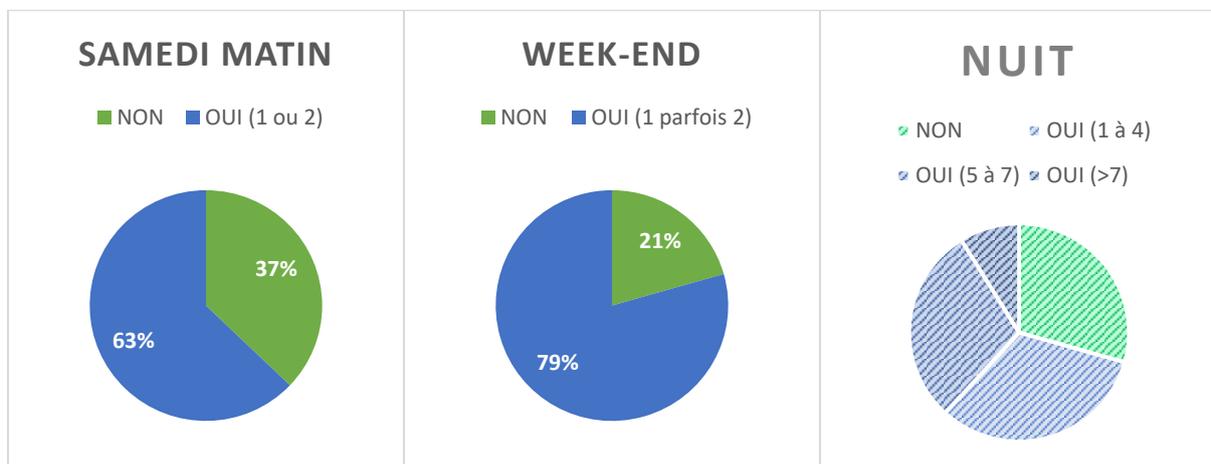


**Figure 26 - Perception du temps de travail**

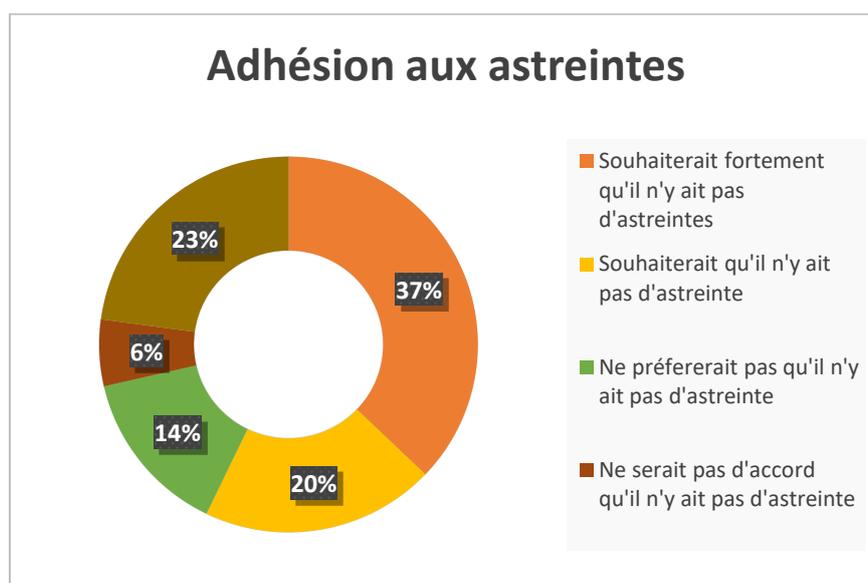


**Figure 27 – Lien temps de travail journalier perçu et temps de travail contractuel**

**Au total, 41 % considèrent leur temps de travail comme excessif. Notamment vrai pour les médecins à temps plein : 50% jugent leur temps de travail excessif**



**Figure 28 – Astreintes de Samedi Matin, de Week-End et de Nuit**

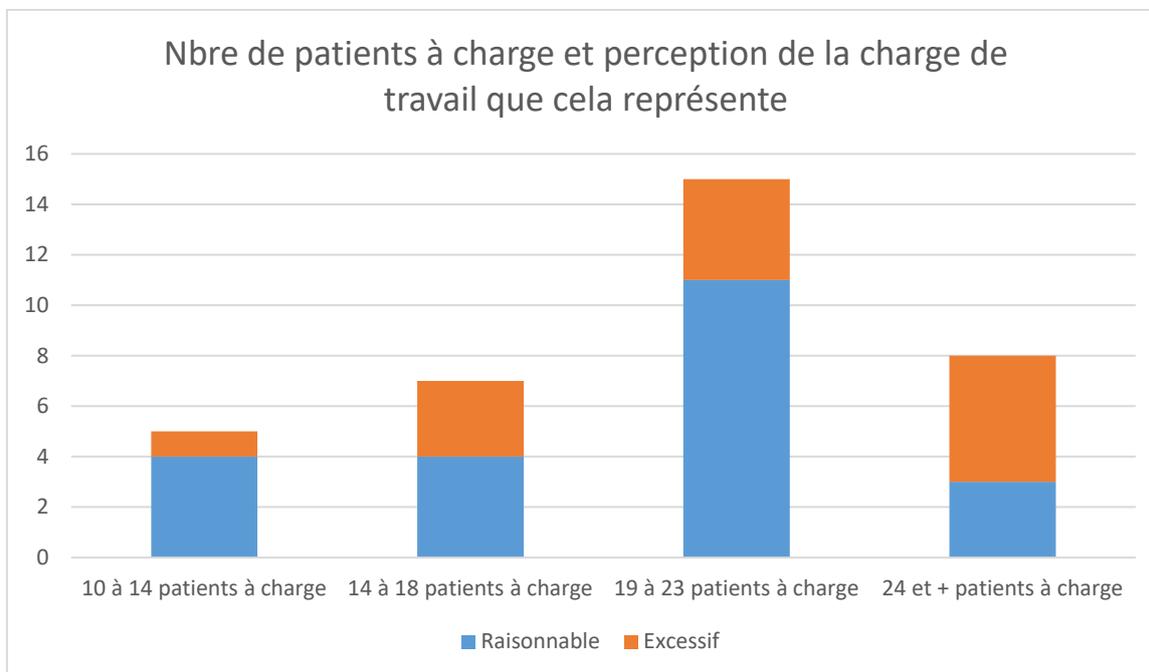


**Figure 29 – Adhésion aux astreintes**

**L'adhésion aux astreintes est partagée, mais 57% préféreraient qu'il n'y ait pas d'astreintes**

### **b. Charge de travail et exigences cognitives**

La majorité des sondés (43%) ont entre 19 et 23 patients à charge. Jusqu'à 23 patients à charge, on a plus des 2/3 des médecins qui considèrent que ce nombre est raisonnable, et 1/3 qui le considère excessif. Au-delà de 24 patients, la proportion s'inverse, avec 62% qui considèrent avoir trop de patients à charge.



**Figure 30 – Nombre de patients à charge et perception de la charge de travail**

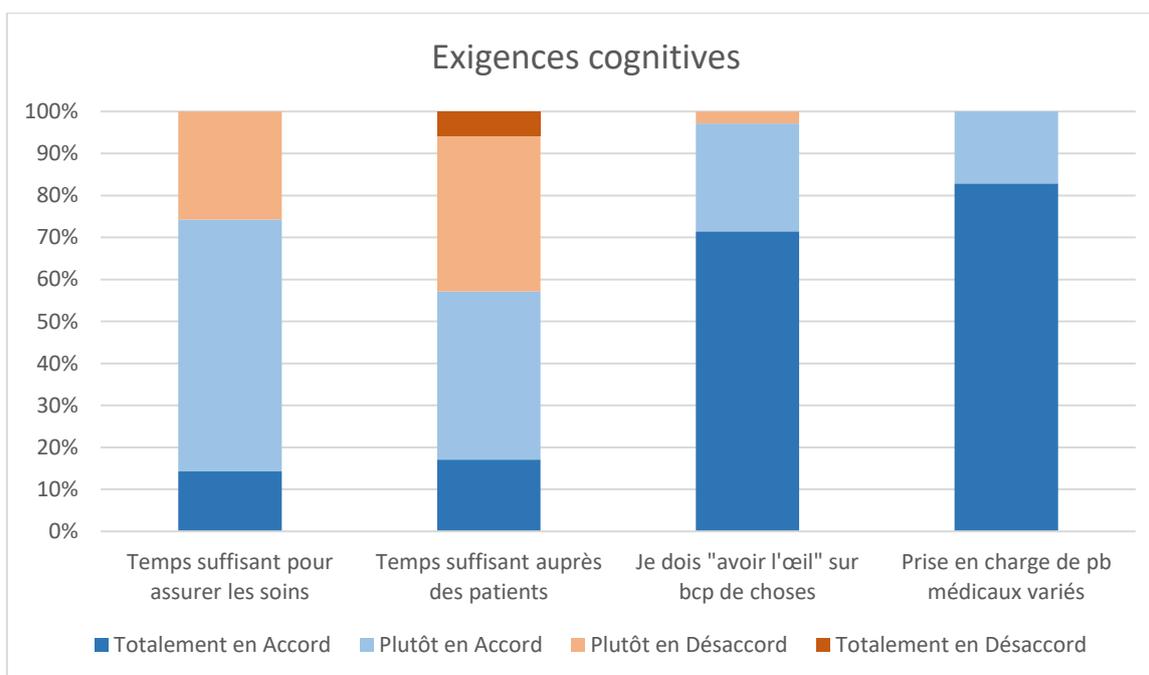
**Nombre de patients à charge : 2/3 le considèrent « raisonnable », 1/3 le considèrent « excessif »**

Les médecins sont soumis à des exigences cognitives importantes, avec de nombreuses tâches à accomplir et la nécessité d'« avoir l'œil » sur beaucoup de choses (forte adhésion à plus de 70%).

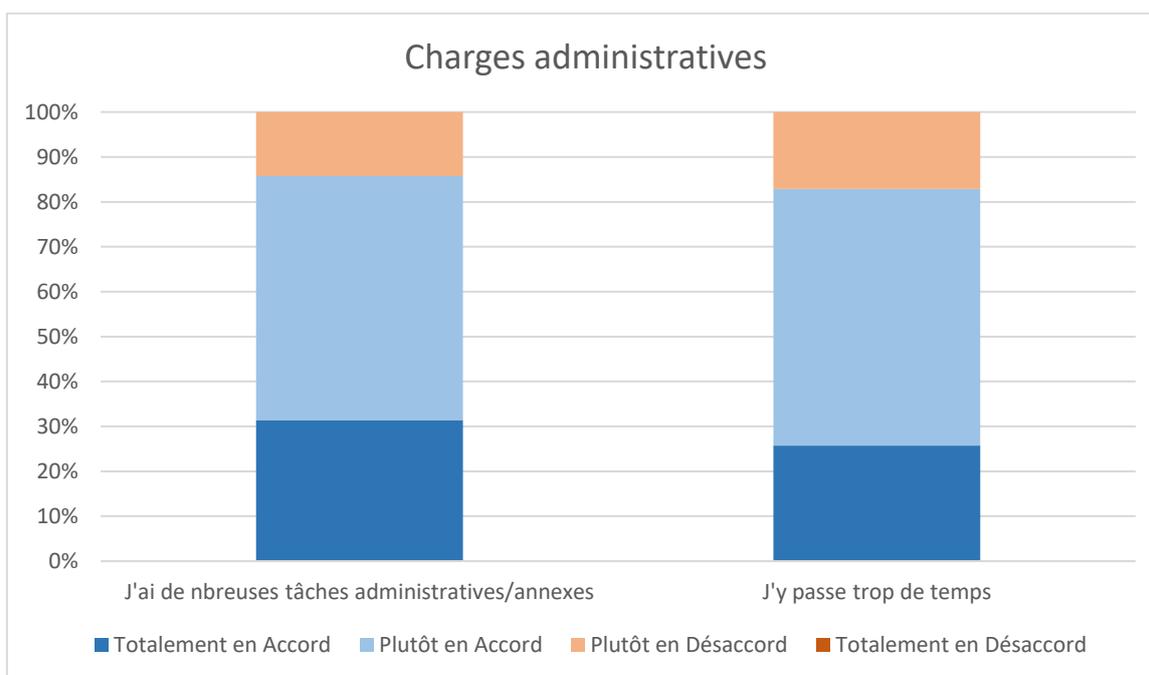
Il y a une très forte adhésion sur le fait que le travail en SSR les amène à rencontrer des problèmes médicaux variés.

Le temps pour assurer les soins leur paraît suffisant pour  $\frac{3}{4}$  des sondés, bien que le temps auprès des patients soit considéré comme insuffisant pour 43% d'entre eux.

Les charges administratives et les tâches annexes aux soins sont nombreuses et perçues comme chronophages (83% disent y passer trop de temps).



**Figure 31 - Exigences cognitives**



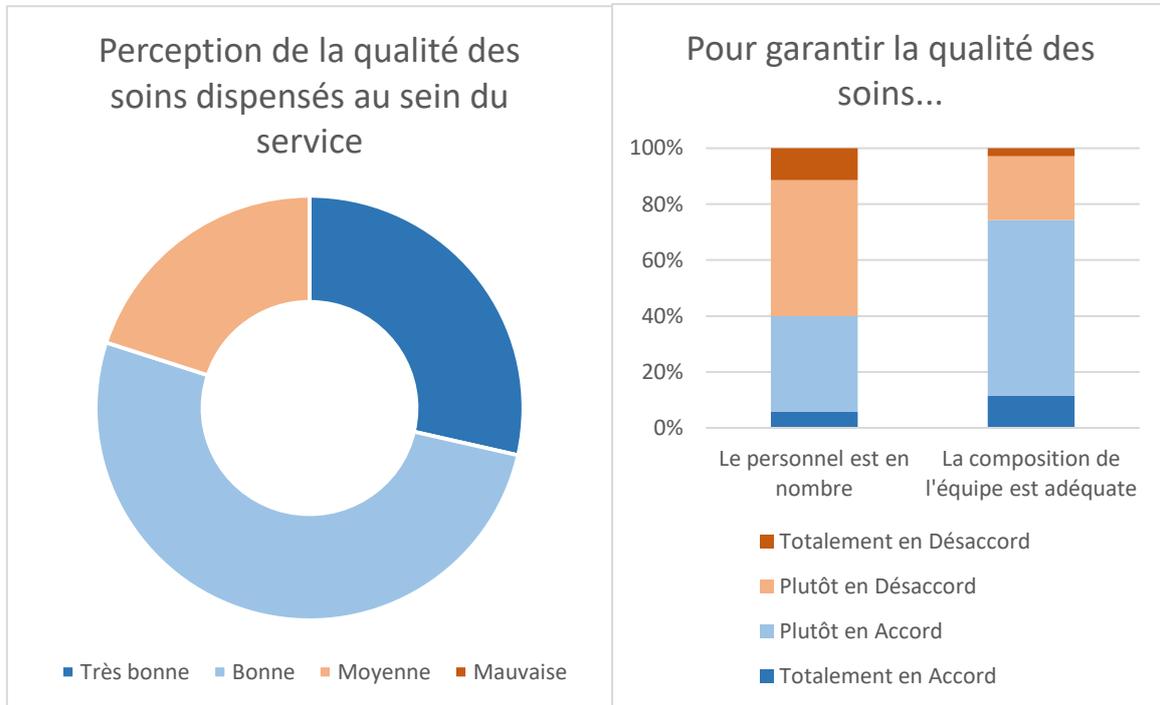
**Figure 32 – Charges administratives**

**Des problèmes médicaux variés, de nombreuses tâches à accomplir..... y compris administratives, perçues comme chronophages !**

**c. Qualité des soins et travail en interdisciplinarité**

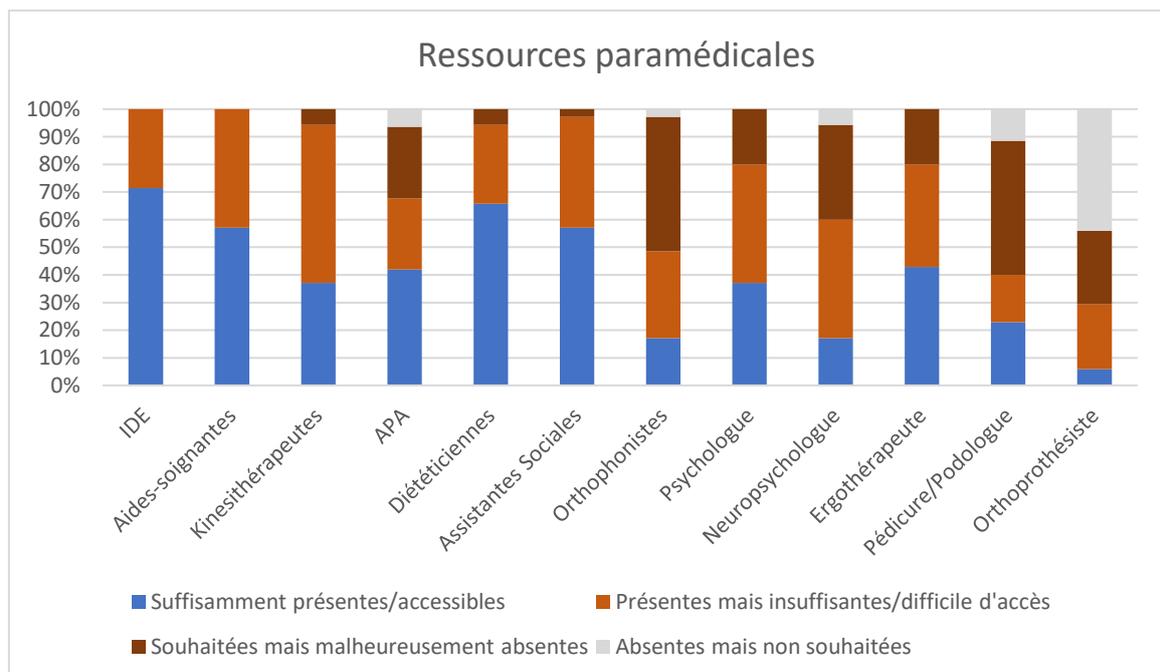
80 % considèrent que la qualité des soins dispensés dans leur service est bonne ou très bonne, malgré un personnel souvent considéré en « sous-nombre » : la composition des équipes est adéquate pour 75% des sondés, mais le personnel n'est pas suffisamment en nombre dans 60% des cas. Parmi les professions paramédicales dont la présence est insuffisante ou difficile d'accès, on retrouve, entre autres, les orthophonistes, les neuropsychologues, les kinésithérapeutes et les éducateurs APA.

Néanmoins, de manière générale, le travail d'équipe fonctionne bien à la quasi-unanimité. Les médecins assurent un leadership au sein d'une équipe dont le fonctionnement en staff permet de discuter les prises en charges effectuées (près de 90% d'adhésion sur chacun de ces items).

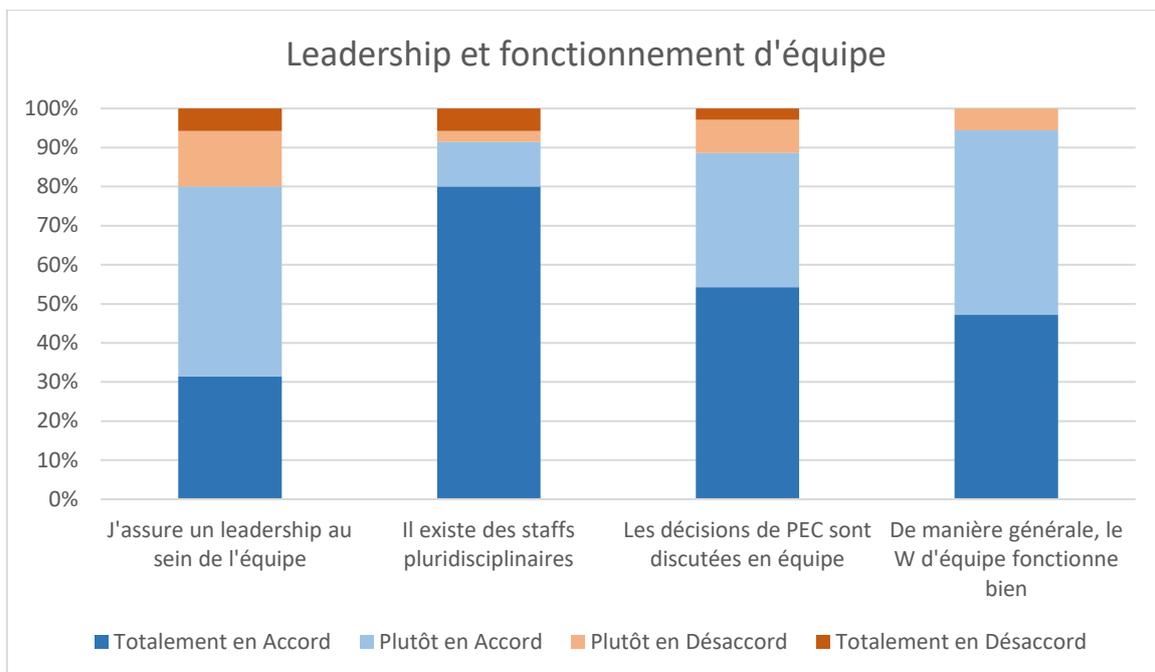


**Figure 33 et 34 - Qualité des soins et moyens humains**

**80 % considèrent que la qualité des soins dispensés est bonne ou très bonne, malgré un personnel souvent considéré en « sous-nombre »**



**Figure 35 – Disponibilité des ressources paramédicales.**

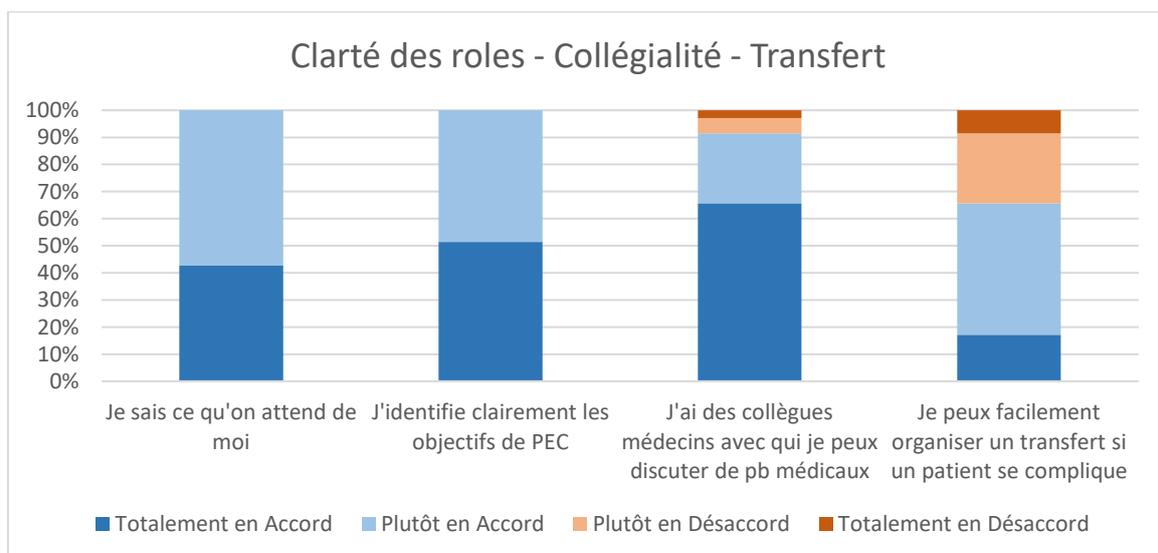


**Figure 36 - Leadership et fonctionnement d'équipe**

**De manière générale, le travail d'équipe fonctionne bien, notamment par l'intermédiaire des staffs pluridisciplinaire**

**d. Clarté des rôles, collégialité, transfert de patients**

On ne retrouve pas d'éléments négatifs concernant les profils de poste : les sondés déclarent savoir ce qu'on attend d'eux et identifier clairement les objectifs de prises en charge. La collégialité fonctionne bien, et seuls 9% sont en difficulté pour échanger avec d'autres médecins sur d'éventuels problèmes de prise en charge. Par contre, si un malade se complique, 34% déclarent avoir du mal à organiser un transfert vers une structure adaptée.



**Figure 37 - Clarté des rôles, collégialité et transfert de patient**

**Un rôle clairement identifié. Des possibilités d'échange avec d'autres confrères. Mais, si un patient se complique, des difficultés à organiser son transfert pour 1/3 des personnes interrogées.**

e. **Durée de séjour**

Concernant la durée de séjour, ils sont 30% à recevoir des objectifs de DMS de la part de leur hiérarchie. Près de 50% peut ressentir une pression pour assurer un turn-over suffisant.

Seuls 46% des sondés disent estimer la durée de séjour à l'admission du patient, alors que 75% d'entre eux estiment que la sortie est souvent retardée pour des problèmes administratifs ou sociaux.

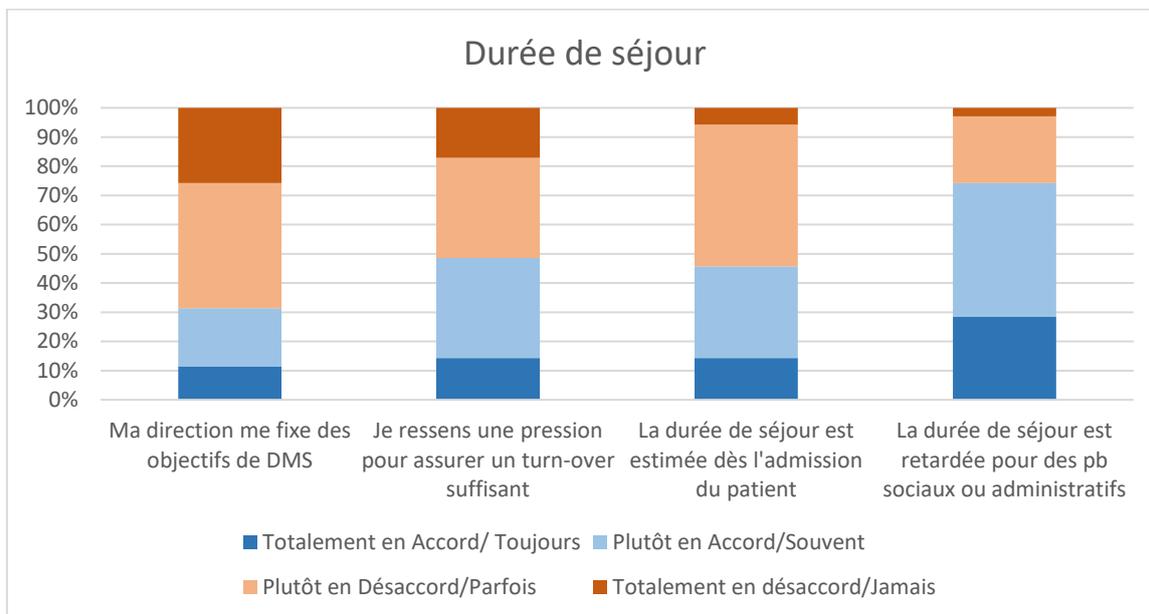


Figure 38 - Durée de séjour

Peu d'objectifs fixés concernant la DMS. Des durées allongées par des problèmes sociaux ou administratifs.

f. **Hospitalisation partielle**

L'hospitalisation partielle (HDJ SSR) est quasi-inexistante sur le territoire. Des expériences sont en cours, avec des ouvertures d'activité ambulatoire dans les mois à venir.

De même, peu de praticiens ont une activité de consultations en lien avec leur exercice en SSR.

Notons que 28% des sondés ne sont pas favorables à la mise en place de telles activités.

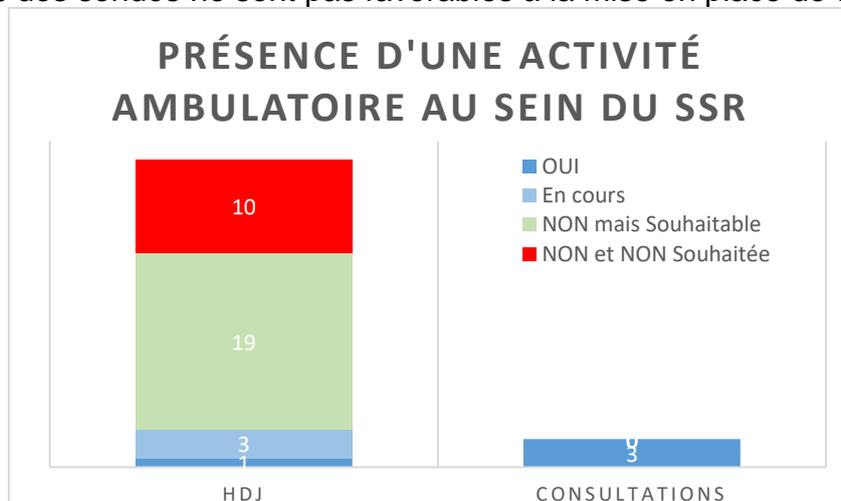


Figure 39 – Activité ambulatoire

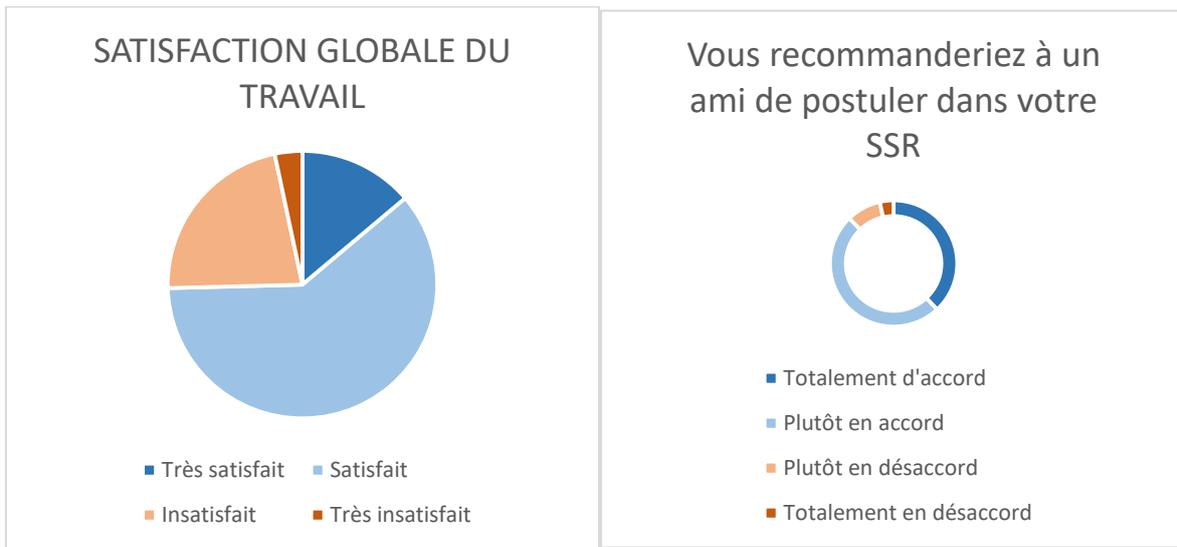
## 5. Satisfaction Globale et Qualité de Vie au Travail (QVT)

### a. Vécu professionnel, santé et bien-être

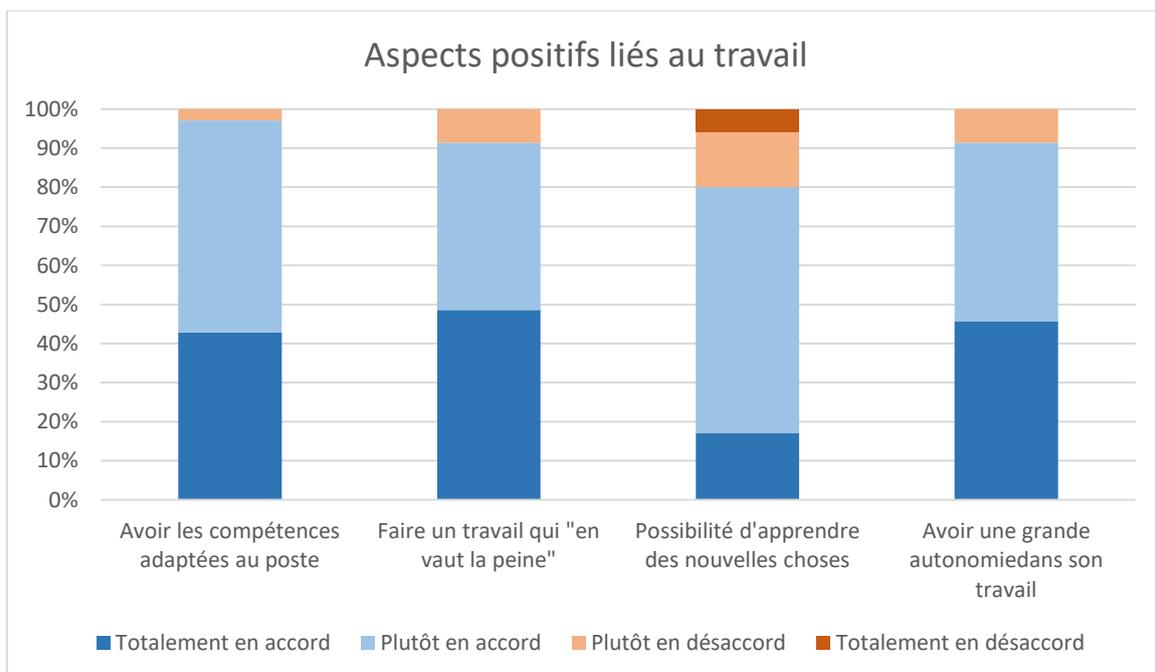
75% des participants se disent satisfaits (voire très satisfaits pour 14%) de leur travail dans son ensemble, et 88% recommanderaient à un ami de postuler.

Certains éléments positifs sont largement partagés comme le sentiment de faire un travail utile, d'avoir un poste adapté à ses compétences ou d'avoir une grande autonomie dans son exercice professionnel.

Il y a peu d'éléments négatifs intrinsèques à l'activité : 6% seulement peuvent ressentir de l'ennui ; une minorité retient la frustration, le stress, ou un engagement émotionnel éprouvant (respectivement 22%, 34% et 37%).

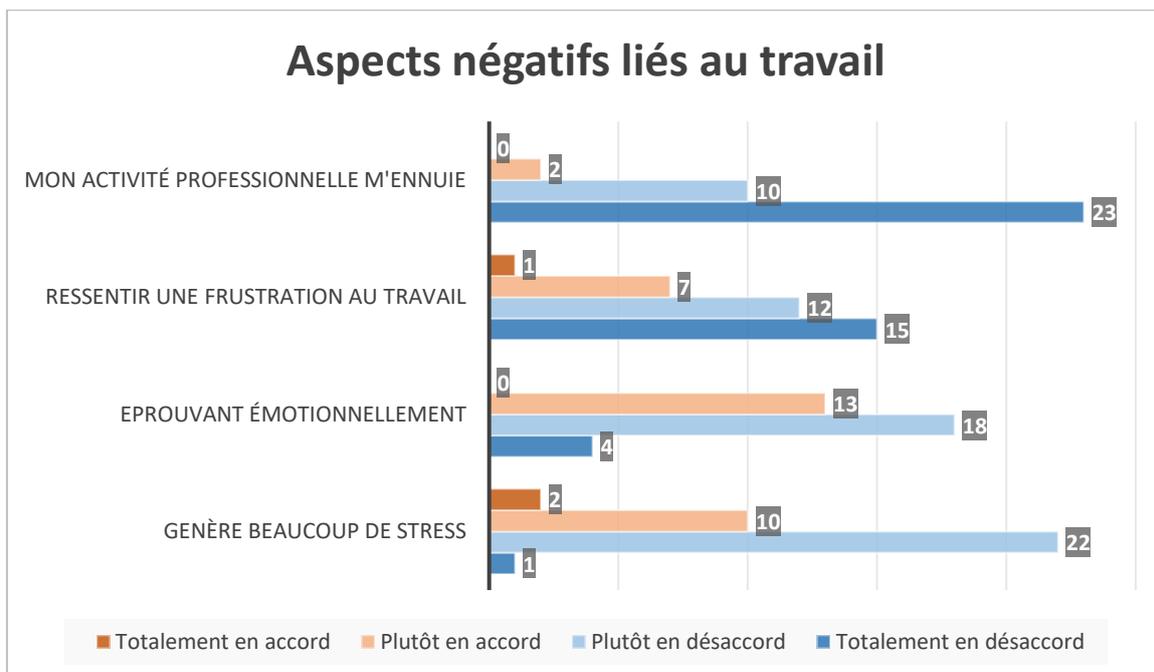


**Figure 40 et 41 - Satisfaction globale**



**Figure 42 – Aspects positifs liés au travail**

**Des aspects positifs retenus : le sentiment d'être utile et d'avoir une grande autonomie dans des postes bien adaptés à leurs compétences professionnelles**

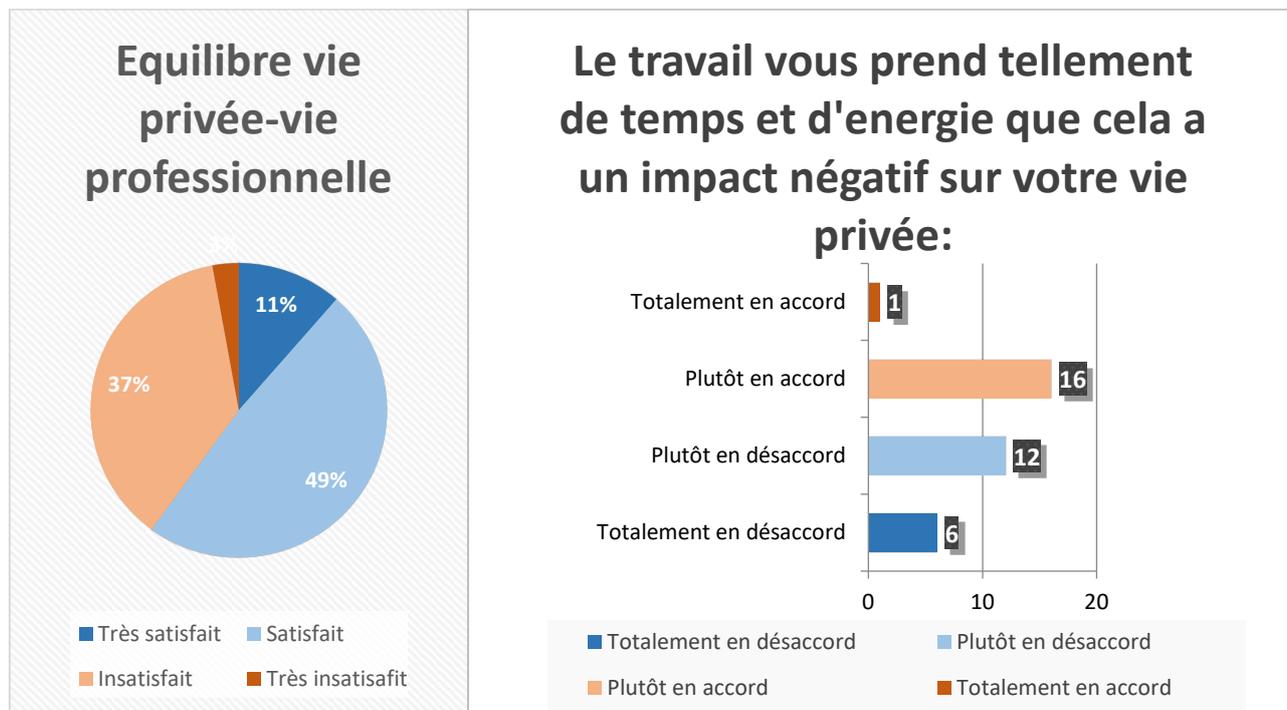


**Figure 43 – Aspects négatifs liés au travail**

Les éléments négatifs liés à l'activité sont minoritaires: pas d'ennui notamment. Peu de frustration, et peu de stress.

**b. Interface vie privée-vie professionnelle**

La majorité (49%) est satisfaite de son équilibre vie privée-vie professionnelle, mais seuls 11% s'en déclarent très satisfaits (37% d'insatisfaits et 3% de très insatisfaits). Et, le travail n'est pas sans impact sur la vie privée : près de la moitié des sondés considèrent que le temps et l'énergie à consacrer à leur vie professionnelle ont un impact négatif sur leur vie privée.



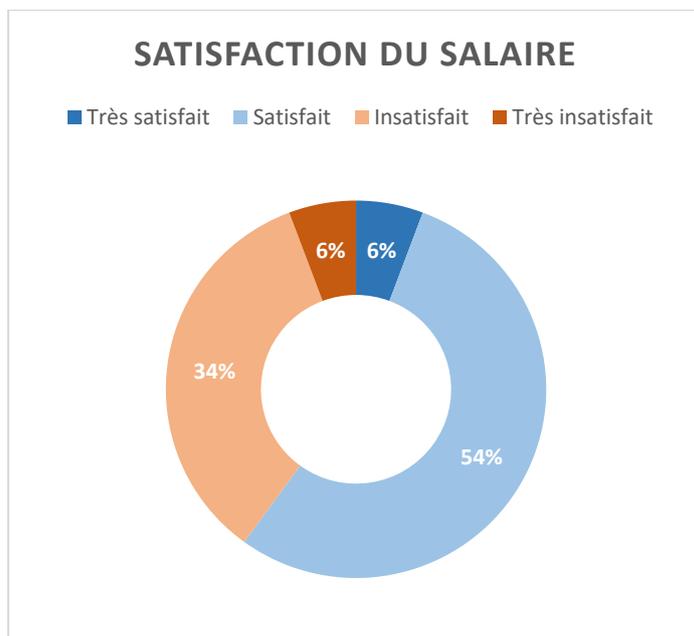
**Figure 44 et 45 – Interface Vie privée – Vie professionnelle**

L'équilibre entre vie privée et vie professionnelle est vécu de manière très satisfaisante ou satisfaisante pour 60% des participants, bien que le travail ne soit pas sans impact négatif sur la vie privée.

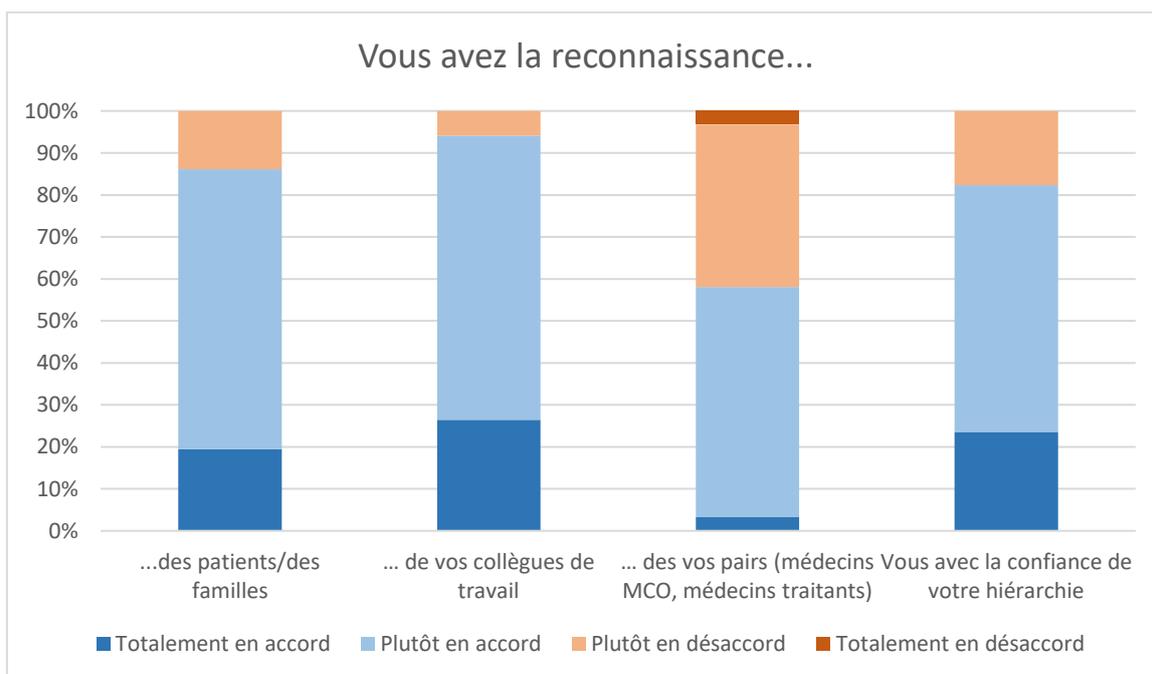
**c. Reconnaissance et salaire**

La satisfaction liée au niveau de salaire est correcte : 6% seulement sont très satisfaits, mais 54% se disent satisfaits contre 40% qui sont insatisfaits ou très insatisfaits.

Le sentiment de reconnaissance de la part de la hiérarchie, des familles et surtout des collègues de travail est bonne (respectivement 82%, 88% et 96%). Il est plus partagé concernant les pairs des structures extérieures : 51% considèrent qu'ils ont la reconnaissance de leurs pairs.



**Figure 46 – Reconnaissance salariale**



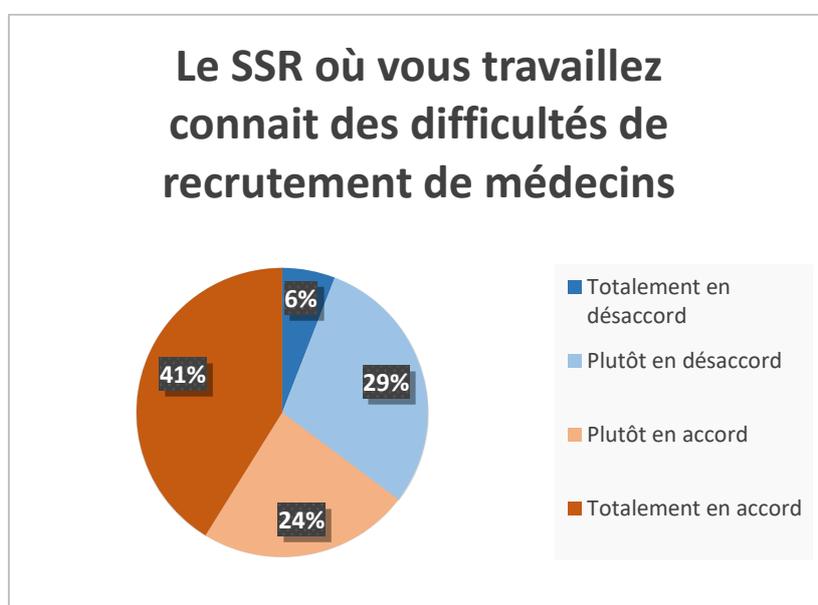
**Figure 47 - Reconnaissance des familles, des collègues, des pairs et de la hiérarchie**

#### **d. Recrutement et attractivité**

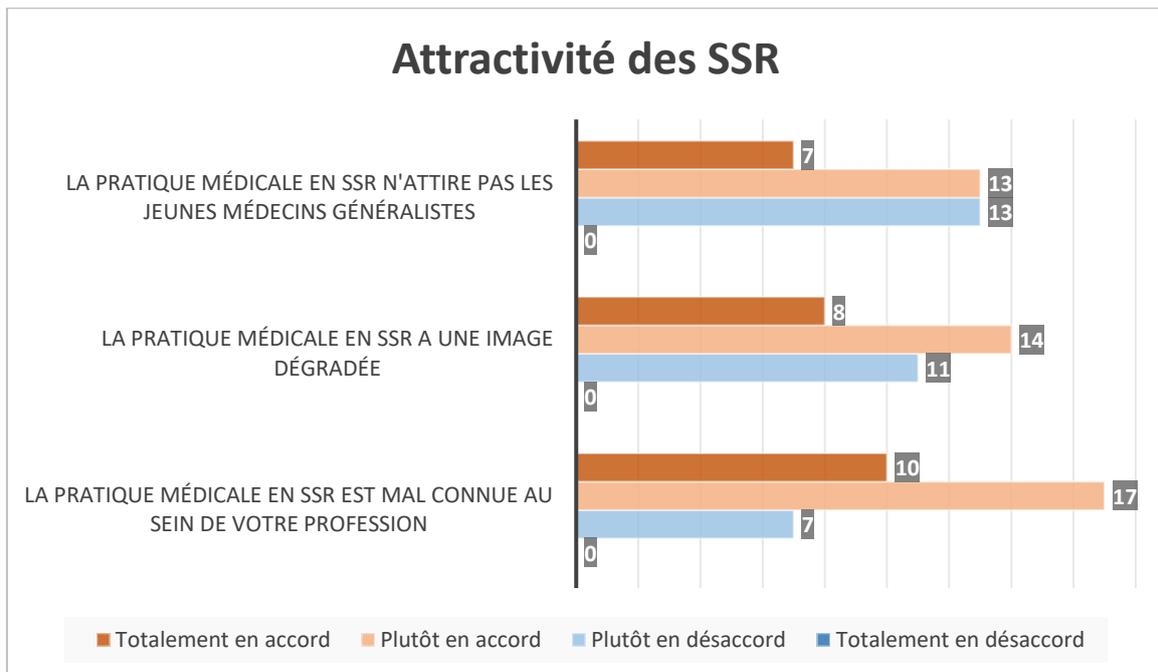
Les médecins interrogés font part de difficultés de recrutement médical au sein de leurs structures : 41% adhèrent fortement à l'item « le SSR dans lequel vous travaillez connaît des difficultés de recrutement de personnel médical », et 24% sont plutôt d'accord avec cette proposition.

De plus, ils partagent majoritairement l'idée que la pratique médicale en SSR n'est pas bien connue au sein de la profession médicale (près de 80%), qu'elle n'attire pas les jeunes médecins généralistes (79%), voire même qu'elle a une image dégradée (66%) vue de l'extérieure.

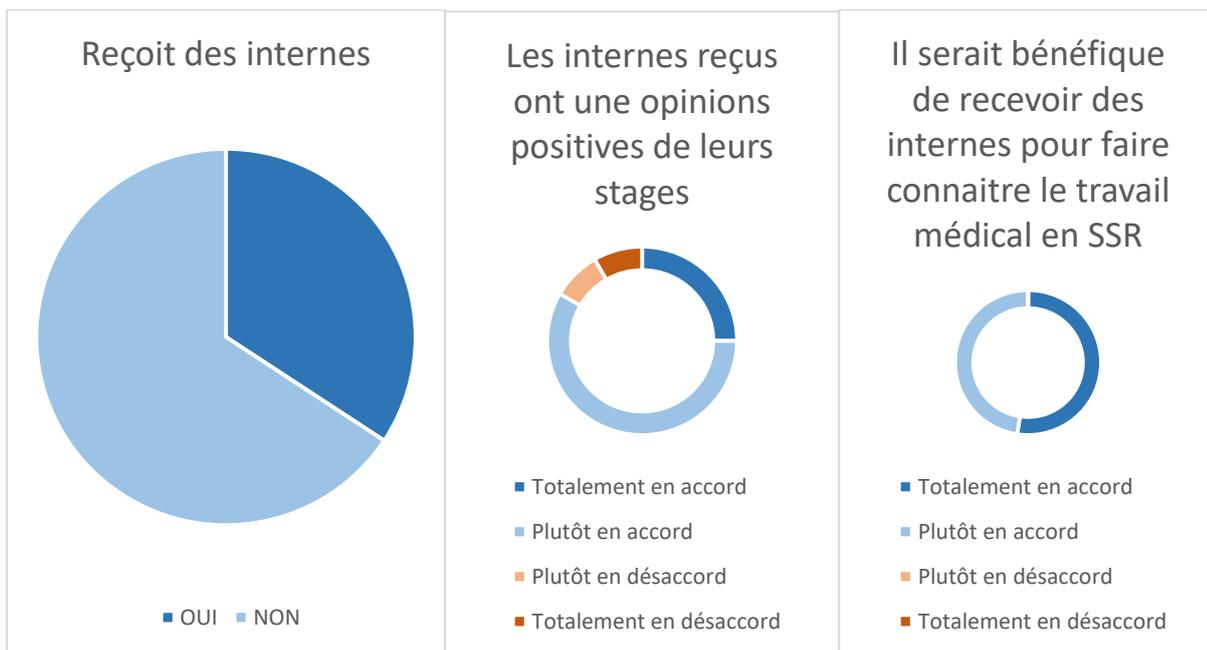
Notons que seule 1/3 des structures reçoit actuellement des internes. Lorsque c'est le cas, 84% pensent que les étudiants y trouvent un intérêt. Pour toutes les structures qui ne reçoivent pas d'interne, les médecins pensent qu'il serait bénéfique d'en accueillir pour faire connaître la pratique médicale en SSR.



**Figure 48 – Difficultés de recrutement en personnel médical**



**Figure 49 – Attractivité de la pratique médicale en SSR**



**Figure 50 – Accueil d'internes en médecine**

**Des difficultés de recrutement dans 65% des cas, pour un travail qui ne leur semble pas bien connu et reconnu, vu de l'extérieur. 2/3 ne reçoivent pas d'internes alors que cela serait perçu comme utile pour faire connaître le travail médical en SSR**

## DISCUSSION ET PERSPECTIVES

### 1- Synthèse des résultats et commentaires

#### a. Partie 1 : Aspects sociodémographiques et formation continue

L'enquête réalisée permet de mieux connaître le profil des praticiens généralistes ou gériatres qui exercent en SSR en Basse-Normandie.

Il s'agit d'une **population médicale à prédominance féminine, expérimentée dans le Calvados et dans la Manche, mais vieillissante dans l'Orne**. Ces données sont d'ailleurs cohérentes avec les difficultés de recrutement mentionnées en fin de questionnaire. On note cependant **un taux important de médecins nouvellement recrutés à leur poste actuel** : est-ce le reflet de la création de nouveaux postes en lien avec l'augmentation d'activité? Est-ce le signe d'un personnel « mouvant » qui a du mal à se stabiliser dans un type de pratique ?

Autre caractéristique qui ressort de ce travail : **les médecins se sentent correctement formés aux problèmes médicaux rencontrés en SSR**, notamment par le biais de formations complémentaires. Les profils de postes sont d'ailleurs bien adaptés à leurs compétences.

Cependant, il manque des données sur la formation professionnelle continue. Le projet national d'optimiser encore les prises en charge en les harmonisant et créant des activités d'expertise au sein des SSR va probablement nécessiter de poursuivre l'effort de formation des professionnels médicaux.

#### b. Partie 2 : Diffusion des missions des SSR, implémentation des réformes

Les médecins sondés sont assez **unanimes sur leurs missions, l'intérêt des SSR dans le système de santé et le bénéfice apporté dans les parcours de soins**, notamment pour les patients les plus fragiles.

Par contre, ils partagent majoritairement **le sentiment que ces missions ne sont pas bien connues par les partenaires de soins**, notamment par les médecins exerçant en MCO. L'impression fréquente d'un manque de communication entre ces deux secteurs de soins nuit à la fluidité des parcours de soins. Comment mieux faire connaître l'activité des SSR ? Une sensibilisation des médecins de MCO aux missions de SSR serait utile, notamment pour les professionnels qui ont souvent recours à ses structures pour leurs patients.

Par ailleurs, il ressort **une insuffisante maîtrise des modes de financement par les médecins de SSR, et une faible participation au PMSI-SSR**. Ces éléments de classification jouent un rôle essentiel dans l'évolution des activités de ses établissements. Cela interroge sur l'implémentation de la réforme à venir qui va intensifier les mesures testées depuis 2017. Des documents à visée pédagogique ont récemment été mis en ligne par l'ATIH<sup>(14)</sup>, mais leur diffusion est-elle suffisante ? Il paraît indispensable de mieux sensibiliser les médecins concernés à la nécessité de maîtriser les outils de classification.

**c. Partie 3 : Délégation de tâches, amélioration des relations avec les partenaires extérieurs, optimisation des parcours de soins**

L'outil d'orientation informatique (ViaTrajectoire) est globalement efficace pour gérer les demandes d'admission, mais sa bonne utilisation par les services «demandeurs» reste insuffisante. L'implication médicale au moment des préadmissions est importante (les médecins gèrent ViaTrajectoire), bien qu'un fonctionnement en filière préférentielle semble se dessiner en donnant la priorité aux services « habituels » : **une délégation de ces tâches** en développant la gestion conjointe de ViaTrajectoire avec du personnel paramédical serait une piste pour alléger le travail administratif qui est perçu comme chronophage. Il faut peut-être aussi renforcer les filières préférentielles pour fluidifier les parcours de soins.

Concernant les profils de patients admis, notons qu'après stabilisation de leur situation médicale, **le degré de dépendance et/ou la situation sociale des patients ne constituent pas de freins à l'admission**, sauf à prendre en compte la charge en soins du service SSR au moment de la demande d'admission.

L'enquête met en évidence **des conditions de transferts (d'établissements MCO vers le SSR) satisfaisantes mais qui pourraient probablement être améliorées**. Comment faire progresser la communication entre les différents acteurs alors que chacun a déjà beaucoup à faire dans son quotidien professionnel? La rigueur dans la tenue des courriers est un élément essentiel ; connaître les capacités techniques et les moyens humains des différentes structures d'un même territoire permet de mieux orienter les patients ; faire en sorte que les professionnels se rencontrent (même de manière informelle) facilite les échanges et la confiance entre eux.

Au-delà de l'outil ViaTrajectoire, la qualité des relations entre médecins de MCO et médecins de SSR sous-tend un enjeu important : **s'accorder sur le transfert de patient, optimiser les parcours de soins et les durées d'hospitalisation**.

Si les SSR n'ont pas vocation à gérer des problèmes médicaux en phase aiguë, ils peuvent être amenés à recevoir des patients imparfaitement stabilisés. Pour lever les réticences des médecins de SSR à recevoir de tels patients, la confiance entre les différents acteurs et la qualité des échanges en amont du transfert paraît essentielle.

La possibilité de transférer « facilement » un patient instable de SSR vers l'Hôpital participe également aux relations de confiance, or cette enquête montre que ces situations sont encore perfectibles.

Concernant le lien avec leurs partenaires d'aval, **les médecins de SSR ont la perception d'assurer correctement la continuité des soins à la sortie des patients**. Leur assiduité à rédiger un courrier de sortie y est probablement pour beaucoup, car le taux d'intégration dans des programmes de RAD ou de réévaluation à distance est encore faible, ainsi que les contacts directs avec les médecins traitants.

L'amélioration de la communication avec les médecins traitants paraît pourtant indispensable si on veut augmenter le nombre d'admissions venant directement du domicile, comme semble le souhaiter la majorité des sondés.

De façon plus générale, améliorer la communication entre les partenaires de soins participerait peut-être à corriger l'inadéquation entre la forte demande de certains services à obtenir des places en SSR, et l'offre qui existe actuellement, notamment à l'échelle d'un territoire comme le bassin caennais.

#### **d. Partie 4 : Conditions de travail et contraintes psycho-organisationnelles**

Il ressort de cette enquête que **les conditions de travail des médecins permettent une bonne qualité des soins** bien qu'ils décrivent des exigences cognitives importantes. Des modifications organisationnelles pour déléguer certaines tâches (administratives notamment) pourrait optimiser la charge de travail médicale.

**Le temps de travail est fréquemment perçu comme excessif notamment chez ceux qui exercent à temps plein.** Les astreintes s'ajoutent aux contraintes horaires journalières. Dans ces conditions de fonctionnement, il paraît difficile d'envisager actuellement une augmentation des capacités d'accueil pour les structures déjà en place. C'est la fluidité des parcours de soins pour optimiser les prises en charge qui doit être l'objectif commun.

Jusqu'à 23 patients à charge, **le sentiment d'avoir un nombre raisonnable de patient domine** ; c'est la majorité des situations rencontrées. Au-delà de 23 patients, ce nombre est souvent perçu comme excessif.

Malgré un personnel considéré en sous-nombre, **le travail d'équipe et la pluridisciplinarité des prises en charge sont des éléments perçus comme essentiels et qui fonctionnent bien.**

**La sortie des patients est fréquemment retardée par des problèmes sociaux ou administratifs** : des efforts sont à attendre pour améliorer l'estimation des durées de séjour afin de fluidifier les mouvements de patients.

L'hospitalisation partielle (HDJ SSR) est retenue comme une évolution importante dans les années à venir : le virage de l'ambulatoire a eu lieu pour certaines spécialités (la réadaptation cardiaque par exemple) mais **l'HDJ SSR va devoir se développer** dans d'autres domaines d'activité.

Dans les établissements MCO, l'activité ambulatoire est une réalité depuis plusieurs années (on peut citer la mise en place de filières gériatriques) mais les besoins sont importants et les SSR doivent prendre part à cette évolution : ils ont les compétences pour participer plus activement au suivi des patients après leur passage en hospitalisation complète.

Des projets sont en cours et des évaluations seront nécessaires.

#### **e. Partie 5 : Satisfaction Globale et QVT**

**Le personnel médical est majoritairement satisfait de son travail en SSR.** Certains aspects positifs à la pratique médicale en SSR sont largement partagés. A l'inverse, peu d'éléments négatifs intrinsèques à l'activité médicale sont retenus. Par exemple, il ressort largement l'intérêt de rencontrer des problèmes médicaux variés et très peu de sentiment de frustration ou d'ennui.

**Les médecins ne souffrent pas d'un manque de reconnaissance, mais ils ont l'impression que leur pratique est mal connue.** De fait, **l'attractivité reste à améliorer** notamment auprès des jeunes médecins ; l'accueil d'internes en médecine générale est une piste, mais des évolutions sur le temps et la charge de travail et, dans une moindre mesure, sur le salaire sont des éléments qui pourraient permettre d'améliorer encore la satisfaction, et surtout l'attractivité de ces postes.

La faible présence d'internes de médecine dans ces services a également une influence sur le nombre d'études ou de thèses consacrées à ce domaine des soins.

## 2- Éléments critiques

### a. Forces

La force de ce travail est de s'intéresser à des structures essentielles au système de soins et dont l'activité a fortement évolué depuis une quinzaine d'années, mais qui pourtant ne font pas l'objet d'études. L'originalité de cette thèse participe à mettre en lumière la pratique médicale en SSR qui mérite d'être mieux connue.

Bien connaître ces structures, leur fonctionnement et les acteurs qui les font vivre peuvent permettre, localement, de fluidifier les parcours de soins et il s'agit donc d'un enjeu de santé publique. C'est aussi la possibilité de faire découvrir un mode d'exercice à l'interface entre le monde hospitalier et la pratique médicale libérale.

L'autre élément qui donne de la valeur à ce travail, c'est qu'il cible les problèmes spécifiques à la pratique médicale en SSR bien qu'il a également l'objectif d'être exhaustif dans les thèmes abordés.

### b. Faiblesses

La diffusion du questionnaire n'a pas été aisée. Il a parfois été difficile de repérer les médecins ciblés par l'enquête (certains praticiens étaient mal identifiés – intérimaires, médecins participant à d'autres services dans les hôpitaux locaux...) notamment pour les structures associées aux hôpitaux locaux.

L'usage de l'informatique s'étant démocratisé, y compris pour des enquêtes d'opinion, la diffusion du questionnaire par voie postale n'était peut-être pas suffisante. Des relances par mails ou par téléphone auraient pu venir compléter le dispositif de diffusion.

Il en résulte une participation insuffisante. Les effectifs ne permettent pas une analyse statistique fiable pour comparer les réponses. On peut supposer que la réalité des pratiques est pourtant bien différente selon les situations (taille du SSR, situations géographiques, etc.).

Préalablement au questionnaire, des entretiens auraient permis de mieux préciser les items les plus pertinents à explorer.

## **CONCLUSION**

Dans un contexte de forte évolution de leur activité médicale, les SSR sont des établissements de soins utiles au système de santé, qui nécessitent d'être évalués, ce qui est encore insuffisamment fait à l'échelle régionale. Cette activité médicale concerne différentes spécialités dont la médecine générale qui, par son approche globale, a un rôle important dans la prise en charge de patients souvent fragiles.

Cette étude participe à la meilleure connaissance des SSR sur notre territoire bas-normand en présentant la population médicale qui exerce une activité polyvalente au sein de ces structures : elle exprime ici son regard sur sa pratique médicale, ses conditions de travail et les éléments de satisfaction ou d'insatisfaction à pratiquer la médecine générale ou gériatrique en SSR.

Ces médecins retiennent de nombreux aspects positifs de leur exercice professionnel, et on peut s'en satisfaire. Mais ce travail met également en lumière quelques points d'amélioration à travailler notamment les relations avec les partenaires médicaux. L'activité médicale en SSR mérite d'être mieux connue au sein de la profession. Ces éléments paraissent nécessaires pour améliorer l'offre de soins en SSR face à une demande très forte dans certains secteurs géographiques.

La fluidité des parcours de soins, l'optimisation des prises en charge, l'homogénéisation des pratiques, la maîtrise des coûts de santé : face à ces enjeux et aux évolutions attendues dans les suites de la mise en place du PMSI-SSR 2022, la pratique médicale en SSR va encore progresser dans les années à venir. Il paraît essentiel d'accompagner ces changements, en poursuivant notamment le travail d'évaluation de ses structures.

**BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Classification Internationale du fonctionnement, du handicap, et de la santé : CIF. 1 vol 309 pp, OMS, Genève, 2001.
- 2- Décret no 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal Officiel de la République Française du 20 Avril 2008.
- 3- Décret no 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal Officiel de la République Française du 20 Avril 2008.
- 4- Circulaire DHOS/01/2008-305 du 3 Octobre 2008 relatives aux décrets du 1 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation. 1 document 20 pp, Ministère de la Santé, Paris, 2008.
- 5- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique (DREES) Les dossiers de la DRESS : les soins de suites et de réadaptation entre 2008 et 2016, Novembre 2018//n°30
- 6- Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2018, 202, n<sup>os</sup> 8-9, 2005-2021, séance du 27 novembre 2018, Soins de suite et de réadaptation, Christian-François ROQUES-LATRILLE
- 7- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Chiffres clés de l'hospitalisation, mise à jour le 23/06/2020.
- 8- DERYCKE Françoise, Les établissements de soins de suite et de réadaptation en Basse-Normandie : analyse de la clientèle pour une planification des moyens, Thèse de doctorat : médecine, Caen, 94CAEN3068
- 9- SCORE-Santé, base de données en ligne, Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) – Les régions françaises, [www.scoresanté.org](http://www.scoresanté.org)
- 10-Dupret E, Bocéréan C, Teherani M, Feltrin M. Le COPSOQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. Santé Publique. 2012 ; 24(3) : 189–207.
- 11-Bonneterre V, Jolivet A, Lang T, Caroly S, Ehlinger V, Sobaszek A, et al. Évaluation des contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) chez les soignants : cohorte ORSOSA et applications. Arch Mal Prof Environ. 2010 ; 71(3) : 489-92.

- 12-Niedhammer I, Siegrist J, Landre M-F, Goldberg M, Leclerc A. Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Rev Epidémiologie Santé Publique*. 2000 ; 48(5) : 419–438
- 13-Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). Déséquilibre « efforts/récompenses » (Questionnaire dit de Siegrist). *Référence en Santé au Travail*. 2015 ; 142 : 109-112.
- 14-Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Webinaire Nouvelle Classification SSR 2022 – 08 Juillet 2021, [www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/49/webinaire\\_08\\_07\\_2021.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/49/webinaire_08_07_2021.pdf)

## ANNEXES

### Annexe 1 : Questionnaire distribué

#### Présentation de l'étude

Dans le cadre de ma thèse d'exercice de DES de médecine générale, je m'intéresse aux médecins exerçant en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en Basse-Normandie.

Au niveau national, l'activité des SSR a fortement augmenté depuis une quinzaine d'années notamment depuis la réforme de 2008 qui a restructuré l'activité des établissements de « moyens séjours ».

**L'objectif de l'étude** est de mieux connaître la population médicale bas-normande qui travaille dans les SSR, de recueillir son regard sur les évolutions et le fonctionnement de ces structures, et d'appréhender avec elle les atouts et les inconvénients de la pratique médicale au sein de ces établissements.

L'étude repose sur le questionnaire suivant, dont **le temps de réponse est d'environ 15 minutes**.

Le questionnaire est divisé en 5 parties :

- Données sociodémographiques et parcours professionnel
- Mission des SSR et enjeux de Santé Publique
- Relation avec les partenaires de soins et accueil des patients
- Conditions de travail et contraintes psycho-organisationnelles
- Satisfaction globale et Qualité de Vie au Travail (QVT)

Les réponses que vous donnerez resteront strictement confidentielles.

Merci de votre participation.

Benoit Le Coutour

## Données sociodémographiques et Parcours professionnel

1. Sexe :

Homme		Femme	
-------	--	-------	--

2. Date de naissance : .....

3. Situation familiale :

Vit seul (e)	
Vit en couple	

4. Nombre d'enfants à charge : .....

Statut de votre emploi :

	CDI	CDD	PH titulaire	PH contractuel	Praticien Attaché	Assistant
5. Type de contrat de travail						

	Temps complet	Temps partiel
6. Temps de travail au SSR		Précisez : 0,..... ETP

Structure dans laquelle vous exercez :

	Public	Privé	Privé à but non lucratif
7. Statut du SSR			

	< 30 lits	Entre 30 et 80 lits	> 80 lits
8. Taille du SSR			

9. Type d'activité	Oui	Non
- Polyvalent		
Type de spécialisation	Oui	Non
- Appareil Locomoteur		
- Système Nerveux		
- Cardio vasculaire		
- Respiratoire		
- Onco-hématologique		
- Brûlés		
- Conduites addictives		
- Système digestif, métabolique et endocrinien		
- Gériatrique – Personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance		

**Concernant votre Parcours Professionnel :**

*10. Ancienneté dans la profession : .....*

*11. Ancienneté dans le service : .....*

*12. Formation initiale :*

	Oui	Non	
DES Médecine Générale			
DES Médecine de Spécialité			Laquelle :

13. Formation Complémentaire (précisez si en cours) :

	DU/DIU	Capacité	DESC
Gériatrie			
Douleur/Soins Palliatifs			
Médecine Polyvalente			
Addictologie			
Plaies et cicatrisation			
Education Thérapeutique			
Autres (précisez)			

14. Expérience professionnelle antérieure :

	oui	non	durée
En SSR			
En MCO			
En libéral			

### Concernant les missions des SSR et leurs enjeux de Santé publique

#### ***Missions :***

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
15. Un séjour en SSR est utile si un patient nécessite une rééducation ou une réadaptation				
16. Un séjour en SSR est utile pour favoriser l'autonomie et lutter contre la dépendance				
17. Un séjour en SSR est utile pour effectuer l'éducation thérapeutique des patients				
18. Un séjour en SSR est utile pour accompagner la réinsertion familiale et sociale				
19. Les médecins de MCO connaissent bien les missions des SSR				
20. Les médecins libéraux connaissent bien les missions des SSR				

#### ***Evolution et enjeux de Santé publique :***

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
21. Les SSR accueillent essentiellement des patients fragiles (polypathologique, fragilité sociale, fragilité psychologique...)				
22. Les SSR permettent de répondre au vieillissement de la population et à l'accroissement des pathologies chroniques				
23. Les patients admis nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire				
24. La médecine hospitalière aigue est hyperspécialisée				
25. Les séjours en MCO permettent essentiellement de traiter des problèmes aigus				
26. Les SSR sont complémentaires de la médecine hospitalière de MCO				
27. Les séjours en SSR permettent de raccourcir la durée des hospitalisations en MCO				
28. Pour les patients polypathologiques, les séjours en SSR permettent de réduire le nombre d'hospitalisations en MCO				

**Disponibilité et évolution :**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
29. Avec le vieillissement de la population, le rôle et l'activité des SSR augmentent				
30. Il faudrait plus de places en SSR dans le secteur géographique où j'exerce				
31. De nombreux patients n'ont pas accès à des séjours en SSR alors qu'ils en tireraient un bénéfice				
32. L'activité des SSR va devoir se diversifier (développement de l'HDJ, organisation de suivi de patients...)				

**Financement :**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
33. Je connais bien le mode de financement actuel des SSR (DAF – dotation annuelle de fonctionnement, DMA – dotation modulée à l'activité, ...)				
	Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps
34. Je participe à l'élaboration du PMSI-SSR pour les patients dont j'ai la charge				

## Concernant l'accueil des patients et les relations avec les partenaires de soins

### Généralité sur l'organisation des admissions :

	De structures MCO	Du domicile (via le MT)	D'un autre SSR
35. Les entrées se font essentiellement...			

	Oui	Non
36. Selon vous, il serait souhaitable qu'il y ait davantage d'admissions venant directement du domicile		

	Oui	Non
37. Les demandes d'admission se font principalement par ViaTrajectoire		

	Exclusivement par du personnel administratif ou paramédical	Essentiellement par du personnel administratif ou paramédical	Essentiellement par le ou les médecins	Exclusivement par le ou les médecins
38. La gestion des admissions ViaTrajectoire se fait...				
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
39. Une supervision médicale est nécessaire pour la gestion des admissions				

### Préadmissions et refus d'admission :

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
40. Le système d'orientation informatique (ViaTrajectoire) est efficace pour orienter correctement les patients				
41. L'utilisation de ViaTrajectoire par les demandeurs est satisfaisante (besoins médicaux bien identifiés, informations exhaustives...)				

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
42. Il y a de nombreuses demandes inadaptées (incohérentes à l'offre de soins, incomplètes...) ou injustifiées				
43. Il y a plus de demandes que de places disponibles, et je peux « choisir » les patients à accueillir				
	Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps
44. Je refuse des patients lorsque leur problème de santé actuel me paraît instable ou trop complexe				
45. Je refuse des patients lorsque que leur degré de dépendance est trop important				
46. Je refuse des patients lorsqu'ils ont avant tout un problème social				
47. Je tiens compte de la charge de soins actuelle de mon service pour statuer sur une demande d'admission				
48. Je donne la priorité aux services demandeurs avec qui j'ai l'habitude de travailler				

***Conditions d'admission :***

	Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps
49. Une lettre de liaison (ou un CRH) est présente lors de l'admission				
50. Les patients arrivent trop précocement en SSR / ils sont instables cliniquement				
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
51. Lorsque je reçois un patient, j'ai les informations suffisantes et nécessaires pour le prendre en charge				
52. Je retrouve facilement les éléments à connaître concernant l'épisode actuel et les traitements actuels				

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
53. Je retrouve facilement les antécédents et le suivi habituel, et les examens complémentaires antérieurs				
54. Je connais bien les intervenants/ les structures extérieures d'amont				
55. Il y a un manque de communication entre les structures MCO et les SSR				
56. Je peux facilement joindre le service ou le médecin qui adresse le patient				

**Conditions de Sortie :**

	Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps
57. J'ai des contacts directs avec le médecin traitant				
58. Les patients sortent du SSR avec une lettre de liaison ou un CRH				
59. J'intègre des patients dans des programmes d'accompagnement de RAD ou de réévaluation à distance				
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
60. J'assure correctement la continuité des soins avec les partenaires d'aval (médecins traitants, spécialistes concernés, médecins coordinateurs d'Ehpad, ...)				
61. Il y a un manque de communication entre les SSR et les médecins traitants				

## Concernant les conditions de travail et les contraintes psycho-organisationnelles

### Rythme de travail et astreintes/gardes :

62. Combien d'heures par jour travaillez-vous en moyenne ?	
--	--

63. Ce nombre vous semble-t-il ?					
Raisonné		Excessif		Insupportable	Autre (précisez) : .....

	Oui	Non
64. Avez-vous des astreintes le samedi matin ?		
65. Si oui, nombre de samedi/mois en moyenne		
66. Avez-vous des astreintes de week-end ?		
67. Si oui, nombre d'astreintes de week-end/mois		
68. Avez-vous des astreintes de nuit ?		
69. Si oui, nombre d'astreintes de nuit par mois		

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord	Non Applicable
70. Je préférerais qu'il n'y ait pas d'astreintes					

### HDJ/consultations :

	oui		non	
71. Avez-vous une activité d'HDJ et/ou de consultation au sein du SSR?				
72. Si Non, la mise en place d'une HDJ est souhaitable				
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
73. Si Oui, cette activité d'HDJ me satisfait				

**Charge de travail :**

74. En moyenne, combien de patients avez-vous en charge ?	
---	--

75. Ce nombre vous semble-t-il ?				
Raisonné		Excessif		Insupportable
				Autre (précisez) : .....

**Exigences cognitives et qualité des soins :**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
76. Je dispose du temps et des ressources nécessaires pour assurer les soins médicaux				
77. Je passe suffisamment de temps auprès des patients				
78. Durant votre travail, vous devez avoir l'œil sur beaucoup de choses				
79. Je prends en charge des problèmes médicaux variés				
	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne
80. En général, comment décrivez-vous la qualité des soins dispensés aux patients dans votre service ?				

**Clarté des rôles :**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
81. Dès l'admission, j'identifie clairement les objectifs de prise en charge				
82. Je sais ce que l'on attend de moi au travail				

**Moyens techniques et Collégialité :**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
83. J'ai des collègues médecins avec qui je peux discuter de problèmes de prise en charge médicale				
84. Si un patient se complique, je peux facilement organiser son transfert vers une structure adaptée				

J'ai recours à :	Rarement	Parfois	Souvent	Très régulièrement
- 85. La biologie				
- 86. L'imagerie				
- 87. Des avis spécialisés				

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
Pour garantir des soins de qualité :				
- 88. Le personnel est en nombre				
- 89. La composition de l'équipe est adéquate				

90. Ces ressources sont-elles :	Absentes et non souhaitées	Souhaitées mais malheureusement absentes	Présentes mais insuffisantes/difficiles d'accès	Suffisamment présentes/accessibles
- IDE				
- Aides-soignantes				
- Kinésithérapeutes				
- APA				
- Diététiciennes				
- Assistantes sociales				
- Orthophonistes				
- Psychologue				
- Neuropsychologue				
- Ergothérapeute				
- Pédicure – Podologue				

- Orthoprothésiste				
- Autres (précisez)				

**Leadership et interdisciplinarité :**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
91. J'assure un leadership au sein de l'équipe de soins				
92. Il existe des staffs pluridisciplinaires				
93. Les décisions de prise en charge sont discutées en équipe pluridisciplinaire				
94. De manière générale, le travail d'équipe fonctionne bien				

**Charges administratives :**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
95. J'ai de nombreuses tâches administratives ou annexes				
96. Je passe trop de temps pour gérer des problèmes annexes, administratifs...				

**Durée de séjour :**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
97. Ma direction me fixe des objectifs de DMS (durée moyenne de séjour)				
98. Je ressens une pression pour assurer un turn-over suffisant				

	Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps
99. La durée du séjour est estimée dès l'admission du patient				
100. La durée du séjour est souvent retardée pour des problèmes sociaux ou administratifs				

**Concernant la satisfaction globale et la QVT****Vécu professionnel, santé et bien-être :**

	Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
101. A quel point êtes-vous satisfait(e) de votre travail dans son ensemble ?				

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
102. Mes responsabilités professionnelles quotidiennes sont adaptées à mes compétences				
103. J'ai accompli beaucoup de choses dans ce travail qui en valent la peine				
104. Mon travail me génère beaucoup de stress				
105. Mon travail est éprouvant émotionnellement				
106. Mon travail me donne la possibilité d'apprendre de nouvelles choses				
107. J'ai une grande autonomie dans mon travail				
108. Je me sens frustré par mon travail				
109. Mon activité professionnelle m'ennuie				

	Mauvaise	Plutôt mauvaise	Bonne	Très bonne
110. En général, diriez-vous que votre santé est :				

**Interface vie privée-vie au travail :**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
111. Vous êtes satisfait de l'équilibre entre votre activité professionnelle et votre vie personnelle				
112. Votre travail vous prend tellement de temps et d'énergie que cela a un impact négatif sur votre vie privée				

**Reconnaissance et salaire :**

	Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
113. Vous êtes satisfait(e) de votre salaire				
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
114. Vous avez la reconnaissance des patients/des familles				
115. Vous avez la reconnaissance de vos collègues de travail				
116. Vous avez la reconnaissance de vos pairs des structures extérieures (MCO, médecins traitants...)				
117. Vous avez la confiance de votre hiérarchie				

**Recrutement et attractivité :**

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
118. Le SSR dans lequel vous travaillez connaît des difficultés de recrutements de personnel médical				
119. Vous recommanderiez à un ami de postuler à un emploi dans votre SSR				
120. La pratique médicale en SSR n'attire pas les jeunes médecins généralistes				
121. La pratique médicale en SSR est mal connue au sein de votre profession				
122. La pratique médicale en SSR souffre d'une image dégradée				

	Oui		Non	
123. Il y a actuellement (ou récemment) des internes qui viennent en stage au sein de mon SSR				
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
124. Si Oui : les internes ont une opinion positive de leur stage				
125. Si Non : il serait bénéfique d'avoir des internes en stage pour faire connaître la structure et le travail médical en SSR				

## **Annexe 2 : Résumé**

### **Contexte :**

En France, l'activité des SSR a fortement augmenté depuis une vingtaine d'années, notamment depuis les réformes de 2008 qui ont restructuré l'activité des établissements de « moyens séjour ». La médicalisation des SSR s'est renforcée, modifiant la démographie médicale de ses structures. Les médecins généralistes prennent largement part à ces évolutions.

### **Objectif :**

L'objectif de cette étude est de mieux connaître la population médicale exerçant une pratique polyvalente au sein de SSR en Basse-Normandie et recueillant le regard de ces médecins sur les caractéristiques de leur vie professionnelle

### **Méthode :**

Il s'agit d'une étude descriptive par auto-questionnaire, adressé à l'ensemble des médecins généralistes et gériatres travaillant en SSR sur la région bas-normande.

### **Résultats :**

Le taux de participation est de 43%. Il s'agit d'une population à prédominance féminine, relativement expérimentée, avec une moyenne d'âge de 51 ans. Le travail à temps partiel est très représenté.

Ces médecins semblent convaincus de l'intérêt des SSR dans les parcours de soins des patients les plus fragiles. Ils regrettent que les missions des SSR ne soient pas assez bien connues des médecins exerçant en structures MCO : les relations avec ces partenaires de soins et l'utilisation des outils de communication sont correctes mais mériteraient d'être améliorée.

Selon eux, les conditions de travail permettent une bonne qualité des soins et une bonne continuité des soins à la sortie des patients. La charge et le temps de travail sont parfois jugés excessifs, mais il ressort que le travail en équipe pluri professionnelle fonctionne bien.

La satisfaction globale et la qualité de vie au travail (QVT) est majoritairement bonne, mais la pratique médicale en SSR n'est pas bien connue et souffre d'une faible attractivité.

### **Conclusion :**

Ce travail permet de mieux connaître les médecins généralistes et gériatres bas-normand qui travaillent en SSR : ils jugent positivement leur pratique et leurs conditions d'exercice, mais des améliorations dans les relations avec les partenaires de soins sont à entreprendre pour faire encore progresser la discipline.

**Mots clés :** médecine générale, Soins de suite et de réadaptation, SSR, Qualité de vie au travail, QVT, démographie médicale, Basse-Normandie

### **Annexe 3 : Serment d'Hippocrate**

Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : LE COUTOUR Benoit

**TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : La pratique de la spécialité de médecine générale en Soins de Suite et de Réadaptation: perception des médecins exerçant en Basse-Normandie**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

L'augmentation de l'activité des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), depuis que les réformes de 2008 ont restructuré l'offre de soins des *moyens séjours*, s'est accompagnée d'une progression de la médicalisation de ses structures. Ces modifications visent à répondre aux enjeux liés au vieillissement de la population et l'accroissement des pathologies chroniques. Cette médicalisation implique notamment les médecins généralistes et les gériatres qui participent au développement d'une pratique médicale polyvalente au sein des SSR.

Cette étude descriptive permet de mieux connaître la population médicale qui exerce une activité polyvalente au sein des SSR bas-normands. Elle partage ici son regard sur ses missions, ses conditions de travail, et ses relations avec les partenaires de soins.

Des éléments de satisfaction sont largement partagés par l'ensemble des médecins concernés qui jugent positivement, entre autres, le travail pluri-professionnel et la qualité des soins administrés dans ces structures. Ils confirment les bénéfices des séjours en SSR dans les parcours de soins des patients les plus fragiles. Mais on perçoit également des points d'amélioration à envisager pour faire progresser la pratique de la médecine générale et gériatrique en SSR et pour améliorer l'offre de soins afin de mieux répondre à la forte demande d'admissions dans ses services.

**MOTS-CLÉS :** médecine générale, soins de suite et de réadaptation, SSR, qualité de vie au travail, QVT, démographie médicale, Basse-Normandie

**TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

**Practice of the General Medicine speciality in follow-up care and rehabilitation services (SSR): perception of practitioners in Lower Normandy**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

Since the 2008 reforms restructured the medium-stay healthcare provision, the growing activity in follow-up care and rehabilitation has been accompanied by an increasing medicalization of its structures. These changes aim at responding to the challenges of population aging and the increase number of chronic conditions. This medicalization involves general practitioners and geriatricians who take part in the development of a comprehensive medical practice in the follow-up care and rehabilitation centres (SSR).

This descriptive study enables a better understanding of the medical working population with versatile jobs in SSR centres in Lower Normandy. It offers an inward look on their missions, their working conditions, and the relationship they build with healthcare partners. A high level of satisfaction is largely shared by most of the doctors involved in the study: they see, among other things, multi-professional work and the quality of healthcare provided in these structures in a very positive light. They confirm the benefits of stays in SSR for the weakest patients. The study also points to areas for improvement which could be taken into account to advance the practice of General Medicine and geriatrics in SSR.

**KEY WORDS :** General medicine , follow-up care and rehabilitation (SSR), quality of life at work, medical demography, Lower Normandy