

ETUDE SUR L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE PAYS VICHY AUVERGNE

Mieux connaître les professionnels de santé du Pays !

Questionnaire

De quoi s'agit-il ?

Ce questionnaire s'inscrit dans la démarche de santé du pays Vichy Auvergne, qui souhaite définir sa stratégie territoriale en matière de santé, pour élaborer des préconisations d'amélioration qui permettront :

- un égal accès à des soins de qualité
- une offre globale en matière de santé (prévention et soins)
- une prise en charge coordonnée autour des besoins du patient
- une amélioration de l'attractivité du territoire

Pour cela, il est indispensable d'avoir une vision de la situation actuelle en matière de soins de 1^{er} recours : ce questionnaire est un des moyens pour y parvenir.

Il s'agit donc de mieux connaître votre activité, et de recueillir vos perceptions et attentes en matière d'organisation des soins et de prise en charge de vos patients.



A qui s'adresse ce questionnaire ?

Ce questionnaire s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, infirmiers, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes) du Pays Vichy Auvergne, soit onze communautés de communes à cheval sur deux départements.

Qui sera informé des résultats ?

Chaque personne répondant et précisant ses coordonnées recevra un document de synthèse restituant les résultats anonymisés de l'exploitation du questionnaire. Ces résultats seront également présentés à vos élus, et à l'ensemble des acteurs du domaine de la santé sur votre territoire.

Pourquoi est-ce important de répondre ?

Parce que vous êtes au cœur de la prise en charge des patients du territoire, et que votre avis est donc essentiel !

Parce que seules des actions prenant en compte la vision et la volonté des professionnels de santé pourront voir le jour.

Parce qu'en remplissant ce questionnaire, vous apportez votre contribution au projet collectif de santé sur votre territoire, et vous participez à l'amélioration de la prise en charge globale de vos patients.

Nous vous remercions de votre participation !

L'équipe de consultants



NOS 3 ENGAGEMENTS

- **G**arantir un strict respect de la confidentialité des informations:
 - Les résultats du questionnaire sont envoyés directement au prestataire chargé de l'étude, puis traités et conservés exclusivement par lui.
 - Les résultats sont mis en forme pour présenter une restitution collective.
- **R**estituer le résultat de l'enquête : une restitution sera personnellement envoyée à chaque répondant.
- **P**rendre en compte les résultats du questionnaire dans notre étude et nos conclusions.

MODE D'EMPLOI

- **R**épondez aux questions posées, en cochant la case qui correspond le mieux à votre point de vue. Vous êtes libre de ne pas répondre à une question.
- **S**i vous avez besoin de précision concernant une question, n'hésitez pas à nous joindre.
- **R**envoyez le questionnaire avant le **25/10/2010**
Par voie postale à l'adresse suivante **au moyen de l'enveloppe T** :
Jypée Organisation et Management, Le Village, 07 340 Saint Jacques d'Atticieux
Ou par mail :
benedicte.vandeweghe@wanadoo.fr

NOS COORDONNÉES

Véronique RAVON
veronique.ravon@wanadoo.fr
06 74 35 33 08

Bénédicte VANDEWEGHE
benedicte.vandeweghe@wanadoo.fr
06 20 53 23 08

DONNÉES GÉNÉRALES



Votre prénom et nom

Votre profession

Votre année de
naissance

.....

.....

.....

Votre numéro de téléphone

Votre adresse mail

.....

.....

1. Précisez la commune où vous exercez :

Département :

2. Votre rayon d'exercice est approximativement de : km
(provenance géographique de vos patients)

3. Votre mode d'exercice libéral

En cabinet individuel

En cabinet de groupe

Autre

Précisez :

4. Votre lieu d'exercice

Propriétaire

Dans les locaux d'habitation

Locataire

Hors les locaux d'habitation



VOS CONDITIONS D'EXERCICE



5. Votre temps de travail en libéral : % de mon temps de travail dans le mois

6. Exercez vous une activité en dehors de votre activité libérale ?

Oui

Non

7. Si vous avez répondu « Oui » à la question 6, précisez la nature de cette activité

Cochez les cases correspondant à votre situation (Plusieurs réponses sont possibles)

Activité en établissement

Autre activité

Type d'activité

Précisez l'établissement:

Précisez quoi :

.....

.....

Estimation du temps consacré à cette activité chaque mois

..... %

de mon temps de travail par mois

..... %

de mon temps de travail par mois

Par moi

Par un secrétariat interne à mon cabinet

Par un secrétariat externe à mon cabinet

Autre

8. Comment sont gérées vos prises de RDV ?

Précisez quoi :

.....

Dossier papier uniquement

Dossier informatique uniquement

Dossier papier et dossier informatique

9. Comment sont gérés vos dossiers patients ?

Précisez le logiciel utilisé:



VOS ACTIVITÉS DE COLLABORATION AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS



10. A quelle fréquence avez-vous l'occasion de collaborer avec d'autres professionnels ?

	Au moins 1 fois par semaine	Au moins 1 fois par mois	Presque jamais	Préciser la nature de votre collaboration
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin Spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseur Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier libéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SSIAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hôpital ,cliniques ,HAD...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre <i>Préciser :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires éventuels sur vos collaborations (objet, fréquence, besoin ...) :





11. Etes vous membre d'un réseau ?

Exemple : réseau pathologique (Oncaverne, réseau Vichy Diabete...)

Oui

Non

Précisez :

.....
.....

VOS ACTIVITÉS EN MATIÈRE D'ACCUEIL DE STAGIAIRES

Oui

Non

12. Accueillez vous des stagiaires ?

13. Si vous avez répondu « Oui » à la question 12, merci de précisez :

Nombre de stagiaires par an :

Niveau d'études des stagiaires :

14. Si vous avez répondu « Non » à la question 12, merci de précisez le motif principal

Le manque de temps

Le manque candidats

L'organisation logistique
(logement, local...)

Autre motif

Préciser :

.....



LES PRINCIPALES PRIORITÉS SANITAIRES QUE VOUS IDENTIFIEZ A LA LUMIÈRE DE VOTRE EXERCICE

15. Merci de nous faire part des priorités que vous identifiez pour chaque rubrique

Quelles sont les pathologies pour lesquelles il est, selon vous, nécessaire de se mobiliser ?

Ex. : diabète, maladie cardiovasculaire...

.....

Quelles sont selon vous les prises en charge de patients à améliorer en priorité ?

Ex. : maintien à domicile, grossesse...

.....

Au vu de votre patientèle, quelles sont les actions importantes à mener au titre de la prévention ?

Ex. : addictions, maladies cardiovasculaires, obésité...

.....

Au vu des pathologies chroniques que vous rencontrez, quelles sont les actions d'éducation thérapeutique que vous jugez prioritaires ?

Ex. : asthme, maladies cardiovasculaires...

.....

Vos commentaires éventuels ou précisions:

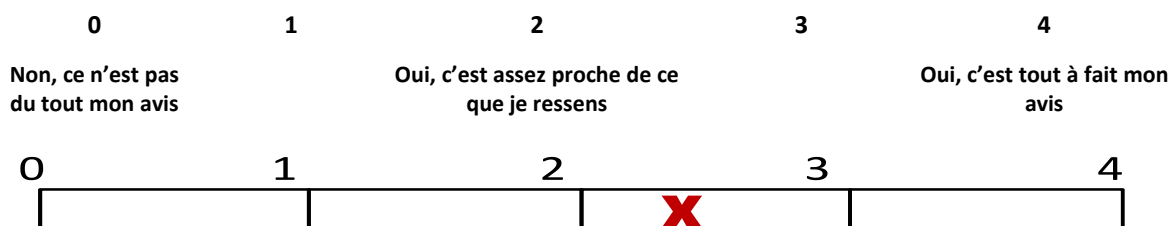


VOTRE SENTIMENT PAR RAPPORT À L'EXERCICE DE VOTRE PROFESSION

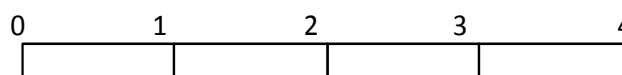


16. Pour chacune des affirmations ci après, merci de positionner une croix sur la position qui correspond le mieux à ce que vous ressentez :

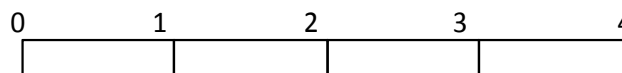
Exemple :



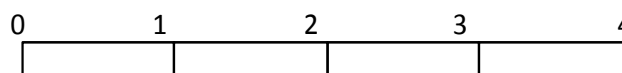
Ma charge de travail est trop importante



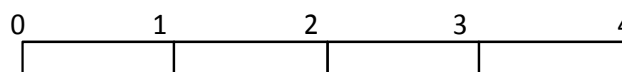
Mon métier est un métier où l'on se sent assez seul



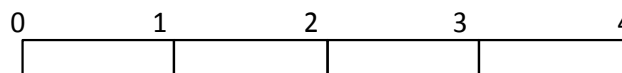
Dans mon métier, il est difficile de travailler en coordination avec d'autres professionnels



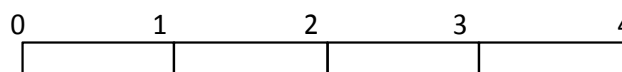
Un des intérêts majeurs de mon mode d'exercice est l'autonomie



J'envisage parfois d'exercer mon métier autrement



L'organisation matérielle est essentielle dans mon métier



Vos commentaires éventuels ou précisions:



VOTRE SENTIMENT PAR RAPPORT À L'EXERCICE DE VOTRE PROFESSION



17. Quelles est votre perception générale à l'égard de la prise en charge des patients sur votre secteur ?

Dans chaque case, donnez des exemples

	Ce qui fonctionne bien	Ce qui pourrait mieux fonctionner
En matière de soins		
En matière de prévention		
En matière de prise en charge à domicile		
En matière de coordination entre les soignants		
En matière de relations avec les établissements		
En matière de prise en charge des urgences		
En matière d'information des soignants		
En matière d'information des patients		
Autre <i>Précisez:</i>		



VOTRE SENTIMENT PAR RAPPORT À LA SITUATION EN MATIÈRE DE SOINS SUR VOTRE SECTEUR



18. Concernant la situation des professionnels de santé, pour améliorer la prise en charge des patients sur votre secteur, que faudrait-il faire évoluer parmi les points suivants ?

Cocher la case qui se rapproche le plus de votre point de vue, et préciser votre réponse

	A faire évoluer en priorité	A faire évoluer dès que possible	A surveiller, rester vigilant	Satisfaisant	Précisions Commentaires
L'organisation du temps médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le type d'équipement médical utilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les moyens de communication entre professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formation des professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le regroupement physique des soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mise en commun de moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination inter-disciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre thème : <i>Préciser :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



VOTRE ENGAGEMENT DANS L'ACTION....



19. Vous concernant, qu'envisageriez vous de faire pour améliorer vos conditions d'exercice et améliorer la prise en charge de vos patients ?

Cocher la case qui se rapproche le plus de votre point de vue, et préciser votre réponse

	C'est envisageable	C'est une idée qui me plaît, sans plus	Il en est hors de question	Je ne sais pas	Précisions Commentaires
Travailler davantage en collaboration avec d'autres professionnels (staffs, Réunion de Coordination Professionnelles...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me regrouper avec d'autres professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changer de lieu d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me former	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changer mon matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre thème : <i>Préciser :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires éventuels ou précisions:



VOTRE ENGAGEMENT DANS L'ACTION....



20. Dans le cadre de l'étude que conduit notre cabinet, quelle est la position qui se rapproche le mieux de la vôtre?

Merci de cocher la position qui correspond le mieux à votre point de vue

Oui, c'est tout à fait ma position

Je ne sais pas, j'ai besoin d'y réfléchir

Non, ce n'est absolument pas ma position

Je n'ai pas d'attente particulière par rapport à cette étude

Je souhaite être simplement tenu informé(e) de l'état d'avancement de l'étude

Je veux bien participer à la réflexion

Accepteriez vous de participer à d'éventuelles réunions d'échanges ?

Des réunions pourront en effet se tenir en fin d'année.

Oui

Non

Dans l'affirmative, merci de vérifier que vous nous avez bien précisé vos coordonnées

Vos commentaires éventuels ou précisions:



VOUS AVEZ LA PAROLE....

Merci de nous indiquer ici toute observation, commentaire, suggestion ou précision qui nous permettrait de mieux connaître vos besoins et attentes .

Nous vous remercions de votre participation
Vous pouvez nous renvoyer le questionnaire **avant le 25/10/2010**