



**13. Echangez-vous en face à face ou au téléphone autour de cas concrets de patients avec ...**

	<i>Très souvent</i>	<i>Souvent</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Rarement</i>
A - un / des médecins généralistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - un / des médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - un / des infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - un / des pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E - autre, qui ? : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Quel(s) professionnel(s) avez-vous le plus de difficultés à solliciter pour vos patients du fait de**
*(plusieurs réponses possibles)*

	<i>Un spécialiste en ville</i>	<i>Un spécialiste à l'hôpital</i>	<i>Un infirmier / paramédical</i>	<i>Un pharmacien</i>
a - ... de l'éloignement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - ... du délai de RDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - ... du dépassement d'honoraires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - ... de sa méconnaissance <i>(identité, compétence, coordonnées)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B - Contenu de votre activité et caractéristique de votre patientèle**
**☛ Votre activité**
**1 - Avez-vous un Mode d'Exercice Particulier ?**
 Oui  Non

**2 - Si oui lequel ?** .....

**3 - Avez-vous une activité spécialisée ?** *(gynéco, pédiatrie, sport, gériatrie, etc.)*
 Oui  Non

**4 - Si oui laquelle ?** .....

**5 - Quelle part de votre temps de travail consacrez-vous à cette ou ces activités ?** .....%

**6 - Exercez-vous des activités d'enseignement ?** *(université ou autre)*
 Oui  Non

**7 - Êtes-vous maître de stage ?**
 Oui  Non

**15. Quelles sont les indemnités ou rémunérations annuelles de vos différentes activités en 2008 ?**
*(Relevé SNIR 2008)*

- A- Permanence des soins / gardes NBR [MAJF, MAJN, MAJU] .....
- Indemnités permanence téléphonique MNT [FRG] ..... €
- B- Forfaits de coordination MNT [FC 0-9] ..... €
- C- Aide pérenne à la transmission MNT [FFS] ..... €
- D- Indemnités de déplacement NBR [ID + IF + IK] .....
- Dont frais de déplacement non remboursables MNT [FNR] ..... €
- E- Formations diverses MNT [FF 0-9] + autres sources ..... €
- F- Indemnités Maître de stage ..... €
- G- Aides à l'installation *(régionale, Cnamts)* ..... €
- H- Indemnités *(élu professionnel, autre activité professionnelle)* ..... €
- G- Autres ? ..... €

8 - Réalisez-vous ? ( <i>plusieurs réponses possibles</i> )	Très souvent	Souvent	De temps en temps	Rarement
a – Un suivi gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - De la petite chirurgie (plâtre, points de suture, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - De la petite traumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - Un test à l'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e - Un électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e - De la prévention du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f - De la prévention de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g - De la prévention contre l'obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h - Un suivi de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i – une prise en charge de toxicomane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j – Un suivi pédiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 - Participez-vous à un réseau médical de prise en charge?  Oui  Non

10 - Si oui, le ou lesquels ? : .....

11 - Combien de demi-journées travaillez-vous *en moyenne* par semaine ? .. .. demi-journées

12 - Combien d'heures travaillez-vous *en moyenne* par semaine ? .. .. heures

13 - Combien de semaines de vacances prenez-vous *en moyenne* par an ? .. .. semaines

14 - Combien de consultations avez-vous réalisé en 2008 ?  
(RIAP 2008) .. .. .

15 - Combien de visites avez-vous réalisé en 2008 ?  
(RIAP 2008) .. .. .

16 - Quel est le montant remboursable des actes que vous avez réalisés en 2008 ?  
(RIAP 2008) .. .. . €

### Votre patientèle

(RIAP 2008)

17 - Nombre de patients dont vous êtes le « médecin traitant » .. .. .

18 - % de patients exonérés du TM .. .. %

19 - % de bénéficiaires de la CMU .. .. %

20 - % des actifs ayant eu des IJ .. .. %

21 - % de patients de moins de 16 ans .. .. %

22 - % de patients de 16 à 59 ans .. .. %

23 - % de patients de 60 à 69 ans .. .. %

24 - % de patients de 70 ans et plus .. .. %

### C – Votre satisfaction et vos contraintes professionnelles

	<i>Souvent</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
<b>1 - Êtes-vous satisfait de votre activité professionnelle ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 - Vous sentez-vous libre de modifier votre agenda ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3 - Vous sentez-vous contraint par les exigences de vos patients sur...</b>				
A- les horaires d'ouverture du cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B- la durée de vos consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - vos prescriptions médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - vos prescriptions d'analyses et tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E - vos prescriptions d'arrêts de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F - les orientations vers les spécialistes dans le cadre du parcours de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4 - Considérez-vous que votre profession est gratifiante sur le plan humain</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5 - Avez-vous un sentiment de <i>burn out</i> ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6 - Êtes-vous confronté à des patients de plus en plus informés ?</b>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>7 - Si oui, considérez-vous que c'est une contrainte ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8 - Avez-vous envie de changer ...</b>				
A - de spécialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - de lieu d'installation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - de statut ( <i>libéral / salarié</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - de mode d'installation ( <i>individuel ⇌ groupe</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9 - Êtes-vous satisfait de la rémunération de votre activité médicale libérale ?</b>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>10 - Que représentent vos salaires éventuels (bruts) par rapport à vos revenus totaux ?</b>				... %
<b>11 - Vous sentez-vous contraints par le contrôle de l'assurance maladie ?</b>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>12 - Si oui, est-ce que cela modifie votre pratique ?</b>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>13 - Rencontrez-vous des difficultés particulières dues au profil de votre patientèle ?</b>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>14 - Si oui, la ou lesquelles ?</b> .....				
.....				
.....				
<b>15 - Avez-vous déjà ressenti un sentiment d'insécurité dans votre exercice</b>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## D – Quelques questions supplémentaires

1. Sexe :  Homme  Femme
- 
2. Age : ... ans
- 
3. Année d'installation : .....
- 
4. Avez-vous changé de mode d'installation dans les 5 dernières années (*individuel*  $\neq$  *groupe*)  Oui  Non
- 
5. Département ...
- 
6. Dans une commune de ... habitants  Moins de 10 000  De 10 à 20 000  De 20 à 100 000  Plus de 100 000
- 
7. Exercez-vous en Zone Franche Urbaine (ZFU)  Oui  Non
- 
8. Exercez-vous en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR)  Oui  Non
- 
9. Avez-vous un ou des enfants à charge de moins de 15 ans  Oui  Non
10. Si oui quel âge a le plus jeune ... ans
- 
11. Comment percevez-vous votre santé ?  Excellente  Très bonne  Bonne  Médiocre
- 
12. Êtes-vous abonné à une revue professionnelle ?  Oui  Non
- 
13. Suivez-vous des cycles de formation médicale continue  Oui  Non
- 
14. Avez-vous déjà participé à une action d'Evaluation des Pratiques Professionnelles  Oui  Non
- 

**MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION**