



# Questionnaire Vague 5

## Version finale

(04/06/2009)

Bonjour, je m'appelle..... enquêteur pour l'URML et l'ORS de votre région. Je me permets de vous appeler suite au courrier que nous vous avons adressé concernant la 5<sup>ème</sup> enquête du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Nous allons commencer l'entretien par quelques questions générales sur votre environnement professionnel et vos activités et voir si certaines choses ont évolué dans votre environnement proche.

**I-9 Depuis mars 2008, avez-vous modifié votre pratique en matière de mode d'exercice particulier (MEP) ?**

\_1 Oui **Passer à I-9.1**

\_0 Non **Passer à E-9**

**Si oui,**

**I-9.1 En avez-vous fait un mode d'exercice particulier (MEP) exclusif?**

\_1 Oui **Arrêt de l'entretien**

*Je suis désolé, mais vous ne remplissez plus les conditions d'éligibilité. Vous ne ferez donc plus partie de l'échantillon. Excusez-moi de vous avoir dérangé(e). Au nom de l'URML et de l'ORS de votre région, je vous remercie de votre participation aux deux premières vagues et de l'attention que vous m'avez accordée. Je vous souhaite une bonne journée/soirée.*

\_0 Non **Passer à I-9.2**

**I-9.2 Quelle est leur part dans votre activité médicale libérale ?**

/\_\_/\_\_/\_\_/%

---

# ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

---

## E-9 Exercez-vous ?

- <sub>1</sub> En cabinet de groupe
- <sub>2</sub> Seul
- <sub>3</sub> Autre

## E-9.bis Combien de médecins généralistes exercent dans votre cabinet, vous compris(e)?

/\_\_/\_/ Médecins

*(Consigne enquêteur: Si le médecin exerce seul, saisir « 1 » pour le nombre de médecins généralistes.)*

---

# ACTIVITES

---

## P-1 Actuellement, avez-vous des activités :

- P-1.1** A l'hôpital (CH, CHU)? 1 Oui 0 Non
- P-1.2** A l'hôpital local ? 1 Oui 0 Non
- P-1.3** Dans des établissements pour personnes âgées (maisons de retraite, logements-foyers...)? 1 Oui 0 Non
- P-1.5** Dans des dispensaires, des centres de santé ou des foyers médico-sociaux ? 1 Oui 0 Non
- P-1.6** Auprès d'associations représentatives de médecins 1 Oui 0 Non
- P-1.4** Etes-vous médecin coordonnateur en maison de retraite ? 1 Oui 0 Non
- P-1.7** Effectuez-vous des gardes ? 1 Oui 0 Non

### Si oui,

- P-1.7.1** Ces gardes ont-elles lieu dans le cadre d'une maison médicale de garde 1 Oui 0 Non
- P-1.7.2** Au cabinet 1 Oui 0 Non
- P-1.7.3** En soirée 1 Oui 0 Non
- P-1.7.4** En nuit profonde 1 Oui 0 Non
- P-1.7.5** Combien de médecins, vous compris(e), participent au tour de garde ? /\_/\_/

## P-11 Pensez-vous que le dispositif « médecin traitant » ait modifié vos pratiques ?

- 0 Non
- 1 Plutôt non
- 2 Plutôt oui
- 3 Oui
- 98 Ne sait pas (ne pas citer)

## P-13 Globalement, à propos de votre activité professionnelle, vous êtes...

- 3 Très satisfait(e)
- 2 Plutôt satisfait(e)
- 1 Peu satisfait(e)
- 0 Pas du tout satisfait(e)
- 98 Ne sait pas (ne pas citer)

---

# CONDITIONS DE TRAVAIL

---

**T-1 La semaine dernière, en comptant toutes vos activités professionnelles, pendant combien d'heures avez-vous travaillé ?**

/\_/\_/\_/\_/ heures

**T-2 Etait-ce une semaine de travail ordinaire ?**

<sub>1</sub> Oui **Passer à T-4**

<sub>0</sub> Non **Passer à T-3**

**Si non,**

**T-3 Combien de temps avez-vous l'habitude de travailler au cours d'une semaine ordinaire ?** /\_/\_/\_/\_/ heures → **Passer à T-4bis**

Si oui à T-2	Si non à T-2
<b>T-4 Au cours de cette semaine, combien d'heures avez-vous travaillées en libéral?</b> /_/_/_/_/ heures	<b>T-4bis Dans une semaine ordinaire, combien d'heures travaillez-vous en libéral ?</b> /_/_/_/_/ heures / semaine
<b>T-5 Dont combien d'heures passées en présence effective des patients, hors gardes et astreintes ?</b> /_/_/_/_/heures	<b>T-5bis Dont combien d'heures passées en présence effective des patients, hors gardes et astreintes ?</b> _/_/_/_/heures
<b>T-6 Dont combien d'heures consacrées à des gardes et astreintes?</b> /_/_/_/_/ heures	<b>T-6bis Dont combien d'heures consacrées à des gardes et astreintes?</b> /_/_/_/_/ heures
<b>T-7 Dont combien d'heures consacrées à des tâches administratives et de gestion?</b> /_/_/_/_/ heures	<b>T-7bis Dont combien d'heures consacrées à des tâches administratives et de gestion ?</b> /_/_/_/_/ heures

**T-8 Dans le cadre de votre exercice libéral, souhaiteriez-vous travailler ... ?**

<sub>1</sub> Plus <sub>2</sub> Moins <sub>3</sub> Ni plus, ni moins <sub>98</sub> NSP

**Si réponse 1 ou 2,**

**T-8.1 Combien d'heures en plus ou en moins par semaine ?**

/\_/\_/\_/\_/ heures

**T-9 Combien avez-vous pris de semaines de vacances au cours de l'année 2008 ?**

/\_/\_/\_/\_/ semaines

**T-10 Pour ces vacances, pendant combien de semaines vous êtes-vous fait remplacer?** (*Consigne enquêteur : si le médecin précise qu'il est en cabinet de groupe et que ces collaborateurs prennent en charge ses patients en son absence mettre 0*)

/\_/\_/\_/\_/ semaines

---

# PRATIQUES DE PREVENTION

---

*Je vais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de prévention, en particulier sur les actions d'éducation pour la santé.*

**ES-1 Vous personnellement, vous trouvez-vous efficace pour aider les patients concernés à changer leurs comportements dans les domaines suivants ?** (*Consigne enquêteur : Préciser « Ordre aléatoire des propositions »*)

**ES-1.1 Alcoolisme**

<sub>3</sub> Très efficace <sub>2</sub> Assez efficace <sub>1</sub> Peu efficace <sub>0</sub> Pas du tout efficace <sub>98</sub> Ne sait pas

**ES-1.2 Tabagisme**

<sub>3</sub> Très efficace <sub>2</sub> Assez efficace <sub>1</sub> Peu efficace <sub>0</sub> Pas du tout efficace <sub>98</sub> Ne sait pas

**ES-1.3 Alimentation**

<sub>3</sub> Très efficace <sub>2</sub> Assez efficace <sub>1</sub> Peu efficace <sub>0</sub> Pas du tout efficace <sub>98</sub> Ne sait pas

**ES-1.4 Exercice physique**

<sub>3</sub> Très efficace <sub>2</sub> Assez efficace <sub>1</sub> Peu efficace <sub>0</sub> Pas du tout efficace <sub>98</sub> Ne sait pas

**ES-1.5 Utilisation de drogues**

<sub>3</sub> Très efficace <sub>2</sub> Assez efficace <sub>1</sub> Peu efficace <sub>0</sub> Pas du tout efficace <sub>98</sub> Ne sait pas

**ES-1.6 Usage du préservatif**

<sub>3</sub> Très efficace <sub>2</sub> Assez efficace <sub>1</sub> Peu efficace <sub>0</sub> Pas du tout efficace <sub>98</sub> Ne sait pas

**ES-1.7 Abus de médicaments psychotropes**

<sub>3</sub> Très efficace <sub>2</sub> Assez efficace <sub>1</sub> Peu efficace <sub>0</sub> Pas du tout efficace <sub>98</sub> Ne sait pas

**ES-1.8 Accidents de la vie courante**

<sub>3</sub> Très efficace <sub>2</sub> Assez efficace <sub>1</sub> Peu efficace <sub>0</sub> Pas du tout efficace <sub>98</sub> Ne sait pas

**ES-1.9 Dépistage des cancers**

<sub>3</sub> Très efficace <sub>2</sub> Assez efficace <sub>1</sub> Peu efficace <sub>0</sub> Pas du tout efficace <sub>98</sub> Ne sait pas

**ES-2 : Concernant le dépistage organisé des cancers :**

**ES-2.1 Pensez-vous disposer de toutes les informations nécessaires pour proposer le dépistage organisé du cancer du sein à vos patientes?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ES-2.2 Pensez-vous disposer de toutes les informations nécessaires pour proposer le dépistage organisé du cancer colorectal à vos patients?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ES-3 Si vous avez des difficultés à éduquer vos patients atteints de pathologies chroniques, c'est parce que...** (*Consigne enquêteur* : « *Ordre aléatoire des propositions* ».) (*Consigne enquêteur* : *Si après la lecture de deux ou trois propositions, le médecin a bien compris que les items concernent un frein important, ne plus lire « est un frein important pour éduquer vos patients ».*)

**ES-3.1 Le manque de temps est un frein important pour éduquer vos patients**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non <sub>98</sub> Ne sait pas (ne pas citer)

**ES-3.2 La résistance des patients est un frein important pour éduquer vos patients**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non <sub>98</sub> Ne sait pas (ne pas citer)

**ES-3.3 Votre manque de formation en la matière est un frein important pour éduquer vos patients**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non <sub>98</sub> Ne sait pas (ne pas citer)

**ES-3.4 Le fait que ça ne soit pas une activité rémunérée est un frein important pour éduquer vos patients**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non <sub>98</sub> Ne sait pas (ne pas citer)

**ES-3.5 Une démarche individuelle d'éducation n'est, selon vous, pas efficace**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non <sub>98</sub> Ne sait pas (ne pas citer)

**ES-3.6 Ce n'est pas votre rôle de médecin d'éduquer vos patients**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non <sub>98</sub> Ne sait pas (ne pas citer)

**Question à modalités aléatoires, 1/3 de chaque échantillon régional ventilé aléatoirement entre les trois questions**

(*Consigne enquêteur* : *Si le médecin a besoin de précisions, vous pouvez citer les exemples suivants : Il s'agit d'apprendre au patient :*

- *S'il est diabétique, le contrôle de la glycémie, l'adaptation des doses d'insuline, ...*

- *S'il a une pathologie cardiovasculaire, l'autogestion d'un traitement par anticoagulant oral, l'auto-mesure de la tension, le réflexe d'appeler le médecin ou un numéro d'urgence, ...)*

**ES-4.1. Lors d'une consultation avec un de vos patients, seriez-vous prêt(e) à consacrer un temps additionnel à la prévention ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ES-4.2. Lors d'une consultation avec un de vos patients, seriez-vous prêt(e) à consacrer un temps additionnel à la prévention, le tarif conventionnel de cette consultation serait majoré de 11€ ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ES-4.3. Lors d'une consultation avec un de vos patients, seriez-vous prêt(e) à consacrer un temps additionnel à la prévention, le tarif conventionnel de cette consultation étant triplé (soit 66€) ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

Je vais maintenant vous poser des questions ciblées sur l'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique regroupe des activités organisées d'apprentissage et d'accompagnement d'un patient atteint de maladie chronique, en groupe ou en individuel, pour aider le patient et son entourage à mieux gérer sa maladie et son traitement.

**Consigne enquêteur :** si le médecin a besoin de précisions, vous pouvez citer les exemples suivants : « Il peut s'agir par exemple d'enseigner les « gestes » à réaliser chez un patient atteints de pathologie cardiovasculaire : autogestion d'un traitement par anticoagulant oral, auto-mesure de la tension, appel du médecin etc. Ou, autre exemple, chez un sujet diabétique, il s'agirait d'apprendre au patient le contrôle de la glycémie, l'adaptation des doses d'insuline etc. »

**ETP-1 D'après vous, certains de vos patients atteints d'une maladie chronique devraient-ils bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique organisé par des professionnels formés ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**Si oui,**

**ETP-1.1 Quels seraient ces patients ?**

**ETP-1.1.1** Tous vos patients atteints de maladie chronique (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires...) <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**Si oui → ETP-2**

**Si non,**

**ETP-1.1.2** Les patients qui ont des problèmes d'observance <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**ETP-1.1.3** Les patients qui ont un traitement complexe <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**ETP-1.1.4** Les patients qui ont besoin de changer leurs comportements liés à la santé <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**ETP-1.1.5** Les patients dont la famille/entourage doit être associé à la prise en charge <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**Si non,**

**ETP-1.2 Pourquoi ?**

**ETP-1.2.1** L'éducation thérapeutique n'est pas nécessaire <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ETP-1.2.2** Les patients sont déjà suffisamment formés à la prise en charge de leur pathologie et il n'est pas nécessaire de les sensibiliser davantage <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ETP-1.2.3** Vous ne savez pas précisément en quoi consiste l'éducation thérapeutique <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ETP-1.2.4** Les démarches d'éducation sont trop compliquées à expliquer aux patients <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ETP-1.2.5** Les patients qui en auraient besoin ne seront pas réceptifs à des méthodes d'apprentissage <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ETP-1.2.6** On ne sait pas à qui adresser les patients pour la réalisation de l'éducation thérapeutique <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ETP-1.2.7** On n'a aucune connaissance des résultats des actions d'éducation thérapeutique existantes <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**ETP-2 Seriez-vous prêt(e) à réaliser vous-même dans votre cabinet des actions d'éducation thérapeutique pour vos patients, avec une formation et une rémunération adaptée ?** <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non



**ETP-3 Dans la liste de professionnels et instances suivantes, lesquels selon vous sont les plus à même de réaliser les actions d'éducation thérapeutique ?**

**ETP-3.1** Les médecins généralistes formés 1 Oui 0 Non

**ETP-3.2** Les médecins spécialistes formés (endocrino, psychiatre, ...)

1 Oui 0 Non

**ETP-3.3** Des professionnels libéraux non médicaux formés (infirmière, diététicienne)

1 Oui 0 Non

**ETP-3.4** Une équipe hospitalière formée

1 Oui 0 Non

**ETP-3.5** Un réseau de santé ou une association de professionnels de santé

1 Oui 0 Non

**ETP-3.6** Un dispositif proposé par l'Assurance Maladie

1 Oui 0 Non

**ETP-3.7** Un dispositif proposé par d'autres organismes (assureurs, mutuelles, ...)

1 Oui 0 Non

**ETP-5 Avez-vous connaissance d'une structure qui propose des actions d'éducation thérapeutique dans votre zone d'exercice ?**

1 Oui 0 Non

Si oui,

**ETP-6 Au cours des six derniers mois, avez-vous adressé au moins un patient à une telle structure ?**

1 Oui 0 Non

**Question à modalités aléatoires, 1/3 de chaque échantillon régional ventilé aléatoirement entre les trois questions (les médecins affectés à ES-4.1 étant affectés à ETP-7.1, ceux affectés à ES-4.2 étant affectés à ETP-7.2, ceux affectés à ES-4.1 étant affectés à ETP-7.3)**

**ETP-7.1 Seriez-vous prêt(e) à participer à une journée de formation non indemnisée dans le domaine de l'éducation thérapeutique des patients ?**

1 Oui 0 Non

**ETP-7.2 Seriez-vous prêt(e) à participer à une journée de formation dans le domaine de l'éducation thérapeutique des patients, cette formation étant indemnisée à hauteur de 176€ (8C) ?**

1 Oui 0 Non

**ETP-7.3 Seriez-vous prêt(e) à participer à une journée de formation dans le domaine de l'éducation thérapeutique des patients, cette formation étant indemnisée à hauteur de 500€ (≈23C) ?**

1 Oui 0 Non

**ETP-8 En tout état de cause, seriez-vous intéressé(e) par des formations sur l'éducation thérapeutique, afin de mettre en pratique vous-même des actions d'éducation thérapeutique auprès de vos patients ?**

1 Oui 0 Non

---

# HOSPITALISATION A DOMICILE

---

En ce qui concerne la prise en charge de vos patients, je vais maintenant vous poser quelques questions relatives à l'hospitalisation à domicile, ou HAD.

**HAD-0 L'un de vos patients a-t-il déjà bénéficié de l'HAD ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1 Au cours des douze derniers mois, avez-vous adressé l'un de vos patients aux services d'HAD ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**Si non,**

**HAD-1.1 Pourquoi?**

**HAD-1.1.1** Absence de service d'HAD dans le secteur d'exercice <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**Si « oui » à HAD-1.1.1 → HAD-2**

**Si « non » à HAD-1.1.1 → HAD-1.1.2**

**HAD-1.1.2** L'hôpital est plus sécurisant <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.1.3** Vous estimez ne pas suffisamment connaître l'HAD <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.1.4** L'HAD entraîne une perte de temps pour le médecin (démarche administrative)

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.1.5** Vous avez peur de perdre votre responsabilité de médecin traitant pour ces patients

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.1.6** Le service d'HAD n'a pas pris en charge le(s) patient(s) que vous avez souhaité lui adresser

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**Si oui,**

**HAD-1.2 Pour votre dernier patient hospitalisé, pourquoi n'avez-vous pas eu recours aux services d'HAD ? (plusieurs réponses possibles)**

**HAD-1.2.1** L'hôpital est plus sécurisant <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.2.2** Vous estimez ne pas suffisamment connaître l'HAD <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.2.3** L'HAD entraîne une perte de temps pour le médecin (démarche administrative)

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.2.4** Vous avez peur de perdre votre responsabilité de médecin traitant pour ces patients

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.2.5** Le service d'HAD n'a pas pris en charge le(s) patient(s) que vous avez souhaité lui adresser

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.2.6** L'HAD manque d'attractivité financière <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.2.7** L'isolement socio-familial du patient <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-1.2.8** L'isolement géographique du patient <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-2 Parmi les missions de l'HAD, quelles sont celles qui vous intéressent le plus dans votre pratique ?**

**HAD-2.1** La prise en charge des patients 24 heures sur 24 <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-2.2** La délivrance ou le portage de médicaments au patient <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-2.3** La prise en charge des patients de plus de 60 ans <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-2.4** La coordination de soins continus et complexes <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-3 Pensez-vous que vous pourriez réaliser vous-même certaines missions de l'HAD ?**

<sub>3</sub> Oui, toutes

<sub>2</sub> Oui, la plupart

<sub>1</sub> Oui, quelques unes

<sub>0</sub> Non, aucune

<sub>98</sub> Ne connaît pas les missions de l'HAD (ne pas citer)

**HAD-4 Selon vous, l'HAD est-elle susceptible de prendre en charge une partie des hospitalisations conventionnelles ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-5 Selon vous, l'HAD est-elle susceptible de prendre en charge une partie de votre travail ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-6 Selon vous, en HAD, quelle est la place des médecins hospitaliers dans la décision médicale ?**

- <sub>3</sub> Très importante
- <sub>2</sub> Importante
- <sub>1</sub> Peu importante
- <sub>0</sub> Pas importante

*Si le médecin a déjà adressé un patient en HAD (HAD-1=1), passer à HAD-7. Sinon, passer à HAD-9*

*Les questions suivantes sont relatives au dernier patient que vous avez adressé en HAD*

**HAD-7 Pour le dernier patient pour lequel vous avez eu recours à l'HAD, quelles sont les raisons qui ont motivé cette orientation ? (plusieurs réponses possibles)**

**HAD-7.1** La qualité de la prise en charge des patients en HAD <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-7.2** Le confort du patient <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-7.3** Une économie de coûts pour l'Assurance Maladie <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-7.4** La possibilité de continuer à suivre le patient <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-7.5** La sécurité du patient (absence de risques d'infection liés aux soins) <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-8 L'HAD a-t-elle répondu à vos attentes pour ce patient ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**Si oui,**

**HAD-8.1** Estimez-vous avoir été correctement rémunéré(e) pour les démarches que vous avez effectuées en envoyant le dernier patient concerné à l'HAD ? <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**Si non,**

**HAD-8.2 Pour quelles raisons ?**

**HAD-8.2.1** Problème relationnel avec le personnel soignant <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-8.2.2** Problème relationnel avec les confrères <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-8.2.3** Manque d'attractivité financière <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-8.2.4** Contraintes administratives (tenue de dossier, ...) <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-8.2.5** Circulation d'information insuffisante entre l'HAD et le médecin traitant <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

*Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur la rémunération en HAD*

**HAD-9 Pour les tâches suivantes, nous vous proposons plusieurs modes de rémunération. Selon vous, quel est, pour chaque tâche, celui qui correspond le mieux (une seule réponse possible)?**

**HAD-9.1 Les réunions de coordination (avec déplacement) :**

- <sub>1</sub> Pas de rémunération
- <sub>2</sub> Rémunération de la nomenclature existante
- <sub>3</sub> Acte spécifique
- <sub>4</sub> Forfait coordination

**HAD-9.2 Les visites à domicile:**

- <sub>1</sub> Rémunération des visites supérieure au tarif habituel
- <sub>2</sub> Rémunération des visites identique au tarif habituel
- <sub>3</sub> Forfait global pour les visites

**HAD-9.3 Autres tâches qui ne relèvent pas des visites au domicile ou des réunions de coordination (permanence téléphonique, tâches administratives, tenue du dossier patient)**

- <sub>1</sub> Pas de rémunération
- <sub>2</sub> Rémunération de la nomenclature existante
- <sub>3</sub> Acte spécifique
- <sub>4</sub> Forfait coordination

**HAD-10 Dans le cadre de l'HAD, pensez-vous que la prise en charge d'actes médicaux, en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet : (une seule réponse possible)**

- <sub>1</sub> Relève plutôt de la permanence des soins habituelle ?
- <sub>2</sub> Relève plutôt d'une permanence de soins négociée en fonction des spécificités locales
- <sub>3</sub> Ne relève pas des missions du médecin généraliste

Si HAD-10 = 2 → HAD-11

Sinon → HAD12

**HAD-11 Si un forfait d'astreinte pour les jours fériés et les nuits devait être mis en place en HAD, devrait-il être :**

**HAD-11.1 - Complémentaire d'un paiement à l'acte pour les visites**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-11.2 - Un forfait global, sans acte pour les visites**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**Si oui à HAD-11.1 :**

**HAD-11.1.1 : Dans ce cas, les visites la nuit et les jours fériés devraient être rémunérées:**

**HAD-11.1.1.1** Comme des actes spécifiques à l'HAD

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-11.1.1.2** Selon les tarifs existant

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**HAD-12 Préféreriez-vous que le médecin traitant, s'il accepte de prendre en charge un de ses patients en HAD, exerce dans le cadre :**

- <sub>1</sub> D'une convention individuelle avec l'HAD
- <sub>2</sub> D'une convention nationale

---

# COUVERTURE ASSURANTIELLE

---

Revenons quelques instants sur vos conditions d'exercice et vos projets.

**S-37. Avez-vous souscrit une assurance professionnelle vous garantissant un revenu de remplacement :**

**S-37.1 en cas d'invalidité?** <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-37.2 en cas de maladie pour la période de carence (IJ)?** <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-38 Avez-vous souscrit une assurance vous garantissant un revenu de remplacement en cas de perte d'exploitation ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-39 Vos contrats d'assurance ont-ils été modifiés pour tenir compte des évolutions de votre situation depuis votre installation ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-40. Avez-vous souscrit une complémentaire santé?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-41 Avez-vous souscrit un contrat de retraite complémentaire?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-42 Aujourd'hui, savez-vous à quel âge vous pouvez prétendre à une retraite complète?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-43 Envisagez-vous une cessation anticipée d'activité libérale (avant l'obtention d'une retraite complète) ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-44 Envisagez-vous de poursuivre une activité médicale après l'âge de la retraite ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**Si oui,**

**S-44.1** Quel type d'activité ?

**S-44.1.1** Activité de soins <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-44.1.2** Activité d'expertise <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-44.1.3** Activité de prévention <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-44.1.4** Activité humanitaire <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-44.2** Pour quelle(s) raison(s) ?

**S-44.2.1** Pour faciliter l'installation d'un jeune confrère <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-44.2.2** Par nécessité financière <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-44.2.3** Par crainte de l'inactivité <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non

**S-44.2.4** Pour une autre raison

---

## CADRE DE VIE ET FAMILIAL

---

*Nous souhaiterions maintenant réactualiser des informations que vous nous avez préalablement fournies concernant votre cadre de vie et familial.*

**F-3 Quelle est la part des revenus de votre activité médicale dans le revenu total de votre ménage ?** (*consigne enquêteur : le revenu total comprend toutes sources de revenus : salaires, revenus, allocations, pensions, immobiliers, autres revenus du patrimoine...*) /\_\_/\_/\_/\_/ %

**F-4 A propos de votre budget familial, pouvez-vous me dire parmi ces propositions celle qui convient le mieux à votre cas ?**

- \_1 Vous êtes à l'aise
- \_2 Ca va
- \_3 C'est juste, mais il faut faire attention
- \_4 Vous y arrivez difficilement
- \_98 Ne sait pas
- \_8 Refus

**F-5 Finalement, comment pourriez-vous qualifier votre niveau de vie ?**

- \_5 Très élevé
- \_4 Elevé
- \_3 Plutôt élevé
- \_2 Plutôt faible
- \_1 Faible
- \_0 Très faible
- \_98 Ne sait pas
- \_8 Refus

**F-6 Quel est le revenu net annuel de votre ménage avant impôts ?**

/\_\_/\_/\_/\_/ /\_\_/\_/\_/\_/ /\_\_/\_/\_/\_/ €/an

Si pas de réponse, proposer les tranches suivantes

- \_1 Moins de 25 000€
- \_2 De 25 000€ à 50 000€
- \_3 De 50 000€ à 75 000€
- \_4 De 75 000€ à 100 000€
- \_5 De 100 000€ à 200 000€
- \_6 200 000€ et plus

---

---

*Nous avons terminé le questionnaire. Au nom de l'URML et l'ORS de votre région, je vous remercie pour l'attention et le temps que vous m'avez accordés. Je vous souhaite une bonne fin de journée/soirée.*