



QUESTIONNAIRE de la 2<sup>ème</sup> vague d'enquête  
**"le réseau professionnel du médecin  
généraliste et la coordination des soins"**

*Version finale (18/07/2007)*

## P - ETENDUE DU RESEAU PROFESSIONNEL

### Contacts téléphoniques et par mel avec les autres professionnels

Au cours de la semaine passée,

**P1. Combien d'échanges directs avez-vous eu, par téléphone ou par mel, à propos de vos patients, avec :**

- a- Un médecin spécialiste libéral ou exerçant dans un établissement mutualiste ou associatif \ \ \ \
- b- un médecin spécialiste hospitalier \ \ \ \
- c- Un pharmacien \ \ \ \

Au cours du mois écoulé,

**P2. Combien d'échanges directs avez-vous eu, par téléphone ou par mel, à propos de vos patients, avec :**

- a- Un autre médecin généraliste \ \ \ \
- b- Un médecin du travail \ \ \ \
- c- Un médecin de PMI \ \ \ \
- d- Un médecin conseil de l'assurance maladie \ \ \ \

Au cours du mois écoulé,

**P3. Combien d'échanges directs avez-vous eu, par téléphone ou par mel, à propos de vos patients, avec :**

- a- Un biologiste \ \ \ \
- b- Un chirurgien-dentiste \ \ \ \
- c- Une sage-femme \ \ \ \
- d- Un infirmier \ \ \ \
- e- Un kinésithérapeute \ \ \ \
- f- Un diététicien \ \ \ \
- g- Un orthophoniste \ \ \ \
- h- Un psychologue \ \ \ \
- i- Un assistant social \ \ \ \

**P4. Quel était le motif du dernier contact par téléphone ou par mel avec un pharmacien ?**

(Consigne enquêteur : Plusieurs réponses possibles)

- a- Une demande de précision sur la prescription ou la modalité d'administration (rythme, horaires de prise de médicaments..) <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- b- Interaction médicamenteuse <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- c- Renouvellement de prescription <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- d- La lecture d'une ordonnance <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- e- Délivrance de médicament sans ordonnance <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- f- Appel urgent lié à l'état du patient <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- g- Médicament non remboursé <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- h- Médicament en rupture de stock <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- i- Autres, précisez..... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**P5. Quel était le motif du dernier contact par téléphone ou par mel avec un infirmier ?**

(Consigne enquêteur : Plusieurs réponses possibles)

- a- Posologie d'un médicament <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- b- Interaction médicamenteuse <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- c- Renouvellement de prescription <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- d- Lecture d'une ordonnance <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- e- Appel urgent lié à l'état du patient <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- f- Coordination des soins <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- g- Autres, précisez..... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**P6. Au cours de la semaine passée, pour vos échanges directs à propos de vos patients avec un autre professionnel avez-vous utilisé :**

- a- Une messagerie grand public (wanadoo, free, etc...) <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- b- Une messagerie sécurisée cryptée <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

### Orientation vers d'autres professionnels

- P7. Au cours de la semaine passée, combien de patients avez-vous adressé à :**
- a- Un médecin spécialiste libéral ou exerçant dans un établissement mutualiste ou associatif \ \ \ \
  - b- Un médecin spécialiste hospitalier \ \ \ \
- P8. Au cours du mois écoulé, combien de patients avez-vous adressé à :**
- a- Un autre médecin généraliste \ \ \ \
  - b- Un médecin du travail \ \ \ \
  - c- Un médecin de PMI \ \ \ \
- P9. Au cours du mois écoulé, combien de patients avez-vous adressé à :**
- a- Un chirurgien-dentiste \ \ \ \
  - b- Une sage-femme \ \ \ \
  - c- Un infirmier \ \ \ \
  - d- Un kinésithérapeute \ \ \ \
  - e- Un diététicien \ \ \ \
  - f- Un orthophoniste \ \ \ \
  - g- Un psychologue \ \ \ \
  - h- Un assistant social \ \ \ \

### Composition du cabinet médical

#### Pour les médecins exerçant en cabinet de groupe uniquement

- P10. Combien de professionnels exercent au sein de votre cabinet ?** (Consigne enquêteur : Ne pas proposer la liste, saisir les nombres parmi les professionnels cités par le médecin)
- a- Médecin généraliste \ \ \
  - b- Médecin spécialiste \ \ \
  - c- Chirurgien-dentiste \ \ \
  - d- Diététicien \ \ \
  - e- Infirmier \ \ \
  - f- Orthophoniste \ \ \
  - g- Orthoptiste \ \ \
  - h- Masseur-kinésithérapeute \ \ \
  - i- Pédicure-podologue \ \ \
  - j- Psychologue \ \ \
  - k- Autres professions, précisez ..... \ \ \

## S - RELATIONS AVEC LES CONFRERES SPECIALISTES

### Dernier patient adressé à un spécialiste

Consigne enquêteur : dire « Je vais maintenant vous demander de vous rappeler du dernier patient que vous avez adressé à un spécialiste, hors radiologue et biologiste »

**S1. Quel était l'âge de ce patient ?** \ \ \ \ ans

**S2. Quelle est la spécialité du médecin auquel vous avez adressé le patient ?** \ \ \

(Consigne enquêteur : mettre le code correspondant à la spécialité)

- |   |  |
|---|--|
| 1- Anatomie et cytologie pathologiques.   | 16- Médecine du travail                                  |
| 2- Anesthésie-réanimation                 | 17- Néphrologie.   |
| 3- Biologie médicale                      | 18- Neurologie.  |
| 4- Cardiologie et maladies vasculaires.   | 19- Neurochirurgie.                                      |
| 5- Chirurgie générale.                    | 20- Oncologie.   |
| 6- Dermatologie et vénérérologie.         | 21- Ophtalmologie.                                       |
| 7- Endocrinologie et métabolisme.         | 22- Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale. |
| 8- Gastro-entérologie et hépatologie.     | 23- Pathologies cardio-vasculaires.                      |
| 9- Génétique médicale.                    | 24- Pédiatrie  |
| 10- Gynécologie médicale                  | 25- Pneumologie.   |
| 11- Gynécologie obstétrique               | 26- Psychiatrie  |
| 12- Hématologie.                          | 27- Radiodiagnostic et imagerie médicale.                |
| 13- Médecine interne.                     | 28- Rhumatologie   |
| 14- Médecine nucléaire.                   | 29- Stomatologie.  |
| 15- Médecine physique et de réadaptation. | 30- Autre : précisez .....                               |

**S3. Avez-vous conseillé des noms de spécialistes au patient ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**Si oui,**

**S3.1 Combien ? \\_\\_\**

**Si S3.1=1**

**S3.2 S'agit-il d'un médecin** <sub>1</sub> libéral <sub>1</sub> hospitalier

**S3.3 Avez-vous le choix entre plusieurs spécialistes de cette spécialité ?** <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**S3.4 Quels critères avez-vous pris en compte pour orienter votre patient ?**

- a- La situation sociale du patient (complémentaire, honoraire) <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- b- Le délai d'attente pour le patient <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- c- La proximité géographique pour le patient <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- d- Le mode d'exercice libéral ou hospitalier <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- e- L'habitude de travailler avec ces confrères <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- f- La certitude que ces spécialistes me tiendront informé <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- g- La « réputation » de ces spécialistes <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**S3.5 Avez vous remis un courrier au patient à l'attention du spécialiste ?** <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**S3.6 Avez vous contacté par téléphone ou par mel le spécialiste ?** <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**Si oui,**

**S3.6.1 Pour quels motifs ?**

- a. Pour accélérer le rendez-vous ? <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- b. Pour discuter de la prise en charge avec le spécialiste <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**Si S3.1 > 1**

**S3.7 Parmi les spécialistes proposés, y avait-il :**

- a. Des médecins libéraux <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- b. Des médecins hospitaliers <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**S3.8 Quels critères avez-vous pris en compte pour orienter votre patient ?**

- a- La situation sociale du patient (complémentaire, honoraire) <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- b- Le délai d'attente pour le patient <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- c- La proximité géographique pour le patient <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- d- Le mode d'exercice libéral ou hospitalier <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- e- L'habitude de travailler avec ces confrères <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- f- La certitude que ces spécialistes me tiendront informé <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- g- La « réputation » de ces spécialistes <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**S3.9 Avez vous remis un courrier au patient à l'attention du spécialiste ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**Dernier compte rendu de consultation spécialisée reçu au cabinet**

Consigne enquêteur : dire « Je vais maintenant vous demander de vous rappeler du dernier compte rendu de consultation spécialisée que vous avez reçu à votre cabinet concernant l'un de vos patients »

**S4. Quelle est la spécialité du médecin qui vous l'a adressé ? \\_\\_\**

(Consigne enquêteur : mettre le code correspondant à la spécialité)

- |   |  |
|---|--|
| 1- Anatomie et cytologie pathologiques.   | 16- Médecine du travail                                  |
| 2- Anesthésie-réanimation                 | 17- Néphrologie.   |
| 3- Biologie médicale                      | 18- Neurologie.  |
| 4- Cardiologie et maladies vasculaires.   | 19- Neurochirurgie.                                      |
| 5- Chirurgie générale.                    | 20- Oncologie.   |
| 6- Dermatologie et vénéréologie.          | 21- Ophtalmologie.                                       |
| 7- Endocrinologie et métabolisme.         | 22- Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale. |
| 8- Gastro-entérologie et hépatologie.     | 23- Pathologies cardio-vasculaires.                      |
| 9- Génétique médicale.                    | 24- Pédiatrie  |
| 10- Gynécologie médicale                  | 25- Pneumologie.   |
| 11- Gynécologie obstétrique               | 26- Psychiatrie  |
| 12- Hématologie.                          | 27- Radiodiagnostic et imagerie médicale.                |
| 13- Médecine interne.                     | 28- Rhumatologie   |
| 14- Médecine nucléaire.                   | 29- Stomatologie.  |
| 15- Médecine physique et de réadaptation. | 30- Autre : précisez .....                               |

**S5. S'agit-il d'un médecin :** <sub>1</sub> libéral <sub>1</sub> hospitalier

**S6. Estimez-vous que ce compte-rendu est arrivé dans des délais satisfaisants pour assurer la suite de la prise en charge ?**

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**S7. Estimez-vous que le contenu du compte-rendu était satisfaisant pour assurer la suite de la prise en charge ?**

- <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant
- <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant
- <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant
- <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant

## Dernier patient pour lequel un diagnostic de cancer a été confirmé

Consigne enquêteur : dire « Je vais maintenant vous demander de vous rappeler du dernier patient pour lequel un diagnostic de cancer a été confirmé et que vous avez revu à votre cabinet ou à son domicile »

**S8. Quel est l'âge du patient ?** \ \ \ \ ans

**S9. Sa prise en charge a-t-elle eu lieu ...** (consigne enquêteur : plusieurs réponses possibles)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| a- En établissement privé                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| b- Dans un hôpital public                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| c- Dans un centre de lutte contre le cancer | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| d- Dans un centre de radiothérapie          | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |

**S10. Avez-vous eu connaissance du protocole de soins suivi par le patient ?**

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

Si oui,

**S10.1 Estimez-vous que ces informations vous ont été adressées dans des délais satisfaisants pour assurer la suite de la prise en charge ?** <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**S10.2 Estimez-vous que le contenu de ces informations était satisfaisant pour assurer la suite de la prise en charge ?**

- <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant  
<sub>2</sub> plutôt satisfaisant  
<sub>3</sub> plutôt pas satisfaisant  
<sub>4</sub> pas du tout satisfaisant

**S11. Pour quel(s) motif(s) avez-vous revu le patient** (consigne enquêteur : plusieurs réponses possibles)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| a- Pour un soutien   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| b- Pour avoir des précisions sur le diagnostic, le pronostic ou la prise en charge | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| c- Pour avoir une prescription complémentaire                                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| d- En raison de l'aggravation de son état...                                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| e- En raison d'effets secondaires liés au traitement                               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| f- Pour un autre problème de santé   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| g- Pour le renouvellement de son traitement habituel                               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| h- Pour un problème administratif  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| i- Autre, précisez (pour le pilote uniquement) .....                               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |

**S12. Ce patient a-t-il été pris en charge dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire ou un réseau cancer ?**

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> Nsp

**S13. Existe-il un réseau oncologie ou un réseau cancer dans votre zone d'exercice ?**

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> Nsp

## MT - DISPOSITIF DU MEDECIN TRAITANT

**A propos de la mise en place de la réforme du médecin traitant**

**MT1. Dans votre pratique, diriez-vous que :**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| a- Vous disposez de suffisamment d'information sur cette réforme                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| b- Qu'il vous est plus facile de connaître le parcours de soins de vos patients | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| c- Vous avez plus de consultations de prévention et d'éducation pour la santé   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| d- Votre charge administrative a augmenté                                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |

**MT2. Dans vos relations avec vos patients, diriez-vous que :**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| a- Les patients ont une perception différente de votre rôle dans le parcours de soins  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| <u>Si oui,</u>   |   |   |   |
| a2. Diriez-vous que cette perception est plutôt : <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Améliorée <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Détériorée       |   |   |   |
| b- Vos patients sont bien informés du rôle du médecin traitant   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| c- Vos patients vous posent fréquemment des questions sur la réforme   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| d- Vous revoyez des patients qui ne vous avaient pas consulté depuis longtemps   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| e- Certaines consultations ont uniquement pour objet la délivrance d'une ordonnance d'accès au spécialiste, permettant au patient d'être mieux remboursé | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| f- Vous voyez des patients qui étaient auparavant pris en charge exclusivement par un spécialiste  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| g- Vous ne voyez plus certains patients parce qu'ils sont maintenant suivis exclusivement par un spécialiste   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |

**MT3. Dans vos relations avec vos confrères spécialistes, diriez-vous que :**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| a- Le partage des rôles entre spécialistes et généralistes est mieux défini                           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| b- Les retours de comptes-rendus de spécialistes se sont améliorés (délais, contenu de l'information) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |

## PA - COORDINATION DES SOINS AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES À DOMICILE

### Coordination des soins

#### PA1. Ces différents services sont-ils présents sur votre zone d'exercice?

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| a- Infirmier libéral                                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| b- Centre de soins infirmiers                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| c- Service de soins infirmiers à domicile                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| d- Service d'aide à domicile                             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| e- Consultation mémoire                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| f- Consultation gériatrique                              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| g- Assistant social                                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| h- Réseau gérontologique,                                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| i- Hospitalisation à domicile                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
| j- Centre local d'information et de coordination ou CLIC | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Nsp |
- <sub>3</sub> Nsp ce que c'est

#### PA2. Au cours du mois écoulé, avez-vous adressé des personnes âgées dépendantes à :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| a- Un infirmier libéral                                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| b- Un centre de soins infirmiers                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| c- Un service de soins infirmiers à domicile                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| d- Un service d'aide à domicile                             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| e- Une consultation mémoire                                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| f- Une consultation gériatrique                             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| g- Un assistant social                                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| h- Un réseau gérontologique                                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| i- Un service d'hospitalisation à domicile                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| j- Un centre local d'information et de coordination ou CLIC | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |

#### PA3. Pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, estimez vous satisfaisante la collaboration avec ... ?

- |   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| a- Les infirmiers libéraux                                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant |
| b- Les centres de soins infirmiers                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant |
| c- Les services de soins infirmiers à domicile                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant |
| d- Les service d'aide à domicile,                             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant |
| e- Les consultations mémoire                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant |
| f- Les consultations gériatriques                             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant |
| g- Les assistants sociales                                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant |
| h- Les réseaux gérontologiques                                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant |
| i- Les services d'hospitalisation à domicile                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant |
| j- Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas satisfaisant | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout satisfaisant |

#### PA4. Pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile, estimez-vous que, dans votre zone d'exercice :

- |   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| a- Les professionnels de santé sont suffisamment nombreux pour répondre aux besoins | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout d'accord |
| b- Le rôle de chacun des intervenants est bien défini                               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout d'accord |
| c- Les professionnels se connaissent bien individuellement                          | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout d'accord |
| d- Les professionnels ont suffisamment de temps pour se coordonner                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout d'accord |
| e- Le retour d'information est bien organisé entre professionnels                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout d'accord |

#### PA5. Diriez-vous que la coordination des intervenants auprès des personnes âgées dépendantes relève du rôle du médecin généraliste ?

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tout à fait d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pas du tout d'accord |
|--|---|---|--|

#### PA6. Au cours des trois derniers mois écoulés, avez-vous

- |  |   |   |
|--|---|---|
| a- Participé à une réunion de coordination concernant une personne âgée dépendante     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| b- Été amené à renseigner un cahier de liaison concernant une personne âgée dépendante | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |

### Aides au domicile

#### PA7. Effectuez-vous des évaluations de la dépendance pour votre patientèle dans le cadre de l'Allocation personnalisée d'autonomie ou APA ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
|---|---|

#### PA8. Avez-vous des contacts avec l'équipe médicosociale du conseil général, à l'occasion des évaluations APA, que celle-ci soit effectuée par vous-même ou par un autre intervenant

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
|---|---|

**PA9. Avez-vous été formé à l'utilisation de la grille AGGIR ?**

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**Relations avec le médecin coordonnateur en résidence pour personnes âgées**

**PA10. Combien de patients en résidence pour personnes âgées suivez-vous actuellement ? \\_\\_\\_\\_**

Consigne enquêteur : Préciser « le terme de résidence pour personnes âgées désigne les maisons de retraite (médicalisées ou non), et les logements foyers »

**Si PA10=0 passer à M1**

**PA10.1 Y-a-t-il un médecin coordonnateur dans les établissements où vous intervenez ?**

- <sub>1</sub> Oui, dans tous <sub>2</sub> oui, dans certains <sub>2</sub> Non dans aucun

**PA10.2 Concernant la coopération avec le ou les médecin(s) coordonnateur(s) diriez-vous que...**

- a- Le partage des rôles entre les différents intervenants médicaux est clairement défini  
<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> plutôt oui <sub>3</sub> plutôt non <sub>4</sub> non
- b- Il y a un risque de « captage » de clientèle  
<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> plutôt oui <sub>3</sub> plutôt non <sub>4</sub> non
- c- Le médecin coordonnateur organise la coordination des soins avec les personnels de l'établissement  
<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> plutôt oui <sub>3</sub> plutôt non <sub>4</sub> non
- d- C'est une source de confusion pour le patient qui a deux interlocuteurs médicaux.  
<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> plutôt oui <sub>3</sub> plutôt non <sub>4</sub> non

**M - COORDINATION DES SOINS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES PSYCHIATRIQUES**

**M1. Avez-vous dans votre zone d'exercice... ?**

- a- Des urgences psychiatriques <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP
- b- Une consultation ou un service de psychiatrie hospitalier <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP
- c- Une consultation ou un service de psychiatrie privé ou libéral <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP
- d- Une consultation médico-psychologique ou CMP <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP <sub>3</sub> Nsp ce que c'est

**M2. Au cours des trois derniers mois écoulés, avez-vous adressé un patient à :**

- a- Des urgences psychiatriques <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP
- b- Une consultation ou un service de psychiatrie hospitalier <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP
- c- Une consultation ou un service de psychiatrie privé ou libéral <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP
- d- Une consultation médico-psychologique ou CMP <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP

**M3. En cas de situation de crise, vous orientez vos patients vers ?**

- a- Des urgences médicales <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP
- b- Des urgences psychiatriques <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP
- c- Une consultation ou un service de psychiatrie hospitalier <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP
- d- Une consultation ou un service de psychiatrie privé ou libéral <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP
- e- Une consultation médico-psychologique ou CMP <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP

**Relations avec le secteur psychiatrique**

**M4. Estimez-vous être suffisamment informé sur les missions et les activités du secteur psychiatrique ?**

consigne enquêteur : pour info « Un secteur de psychiatrie est la zone d'intervention des équipes soignantes et l'aire de concertation et de coordination de tous les acteurs concernés par la santé mentale ». ne pas donner la définition au médecin s'il l'a demande et cocher « ne sait pas ce que c'est »

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP <sub>3</sub> Ne sait pas ce que c'est

**si M4=3 passer directement à R1**

**M5. Avez-vous des patients suivis par le secteur psychiatrique ?**

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP

**Si oui,**

**M5.1 Combien? \\_\\_\\_\\_**

**M5.2 Etes vous régulièrement informé de la situation de vos patients suivis par le secteur psychiatrique ?**

- <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> plutôt oui <sub>3</sub> plutôt non <sub>4</sub> non

**M6. Pouvez-vous contacter facilement ces professionnels en cas de besoin ?**

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**M7. Au cours du mois écoulé, avez-vous eu des contacts avec les professionnels du secteur psychiatrique?**

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

## R - IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU SEIN DES RÉSEAUX

### Réseaux

- R1. Etes-vous adhérent d'un réseau de santé, de soins ?** <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- R2. De manière générale, estimez-vous que les réseaux de santé ...**
- a- Constituent des structures dont vous identifiez bien les missions  
<sub>1</sub> Tout à fait d'accord <sub>2</sub> Plutôt d'accord <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord <sub>4</sub> Pas du tout d'accord
- b- Peuvent s'intégrer facilement dans votre pratique  
<sub>1</sub> Tout à fait d'accord <sub>2</sub> Plutôt d'accord <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord <sub>4</sub> Pas du tout d'accord
- c- Renforcent la collaboration avec le milieu hospitalier  
<sub>1</sub> Tout à fait d'accord <sub>2</sub> Plutôt d'accord <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord <sub>4</sub> Pas du tout d'accord
- d- Renforcent la collaboration avec les spécialistes libéraux  
<sub>1</sub> Tout à fait d'accord <sub>2</sub> Plutôt d'accord <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord <sub>4</sub> Pas du tout d'accord
- e- Renforcent la collaboration avec le secteur médico-social  
<sub>1</sub> Tout à fait d'accord <sub>2</sub> Plutôt d'accord <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord <sub>4</sub> Pas du tout d'accord
- f- Participent à la formation continue  
<sub>1</sub> Tout à fait d'accord <sub>2</sub> Plutôt d'accord <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord <sub>4</sub> Pas du tout d'accord
- g- Permettent d'améliorer votre connaissance des problèmes de santé des patients  
<sub>1</sub> Tout à fait d'accord <sub>2</sub> Plutôt d'accord <sub>3</sub> Plutôt pas d'accord <sub>4</sub> Pas du tout d'accord

### Réseau « diabète »

- R3. Existe-t-il un réseau diabète dans votre zone d'exercice ?** <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non <sub>9</sub> NSP

**Si oui,**

**R3.1 Comment avez-vous été informé de son existence ?**

(Consigne enquêteur : ne pas proposer de réponse au médecin, plusieurs réponses possibles)

- <sub>1</sub> Par des confrères  
<sub>2</sub> Par des patients eux-mêmes qui souhaitaient y adhérer  
<sub>3</sub> Par le réseau  
<sub>4</sub> Par la presse professionnelle  
<sub>5</sub> Autre précisez.....

**R3.2 Etes-vous adhérent de ce réseau ?**

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**Si oui,**

**R3.2.1 Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**

- a- Il s'agit d'un problème de santé de première importance <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- b- Pour recevoir des informations sur le diabète <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- c- Parce que vous êtes indemnisé <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- d- Pour travailler de manière moins isolée <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- e- Parce que certains de vos patients voulaient y adhérer <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- f- Parce qu'il est nécessaire d'organiser la coordination entre les différents intervenants <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- g- Parce que vos patients peuvent bénéficier d'une prestation remboursée <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

**Si non,**

**R3.2.2 Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**

- a- Absence de rémunération spécifique <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- b- Charte d'adhésion trop complexe à renseigner <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- c- Dossier médical trop lourd à renseigner <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- d- Vous n'en voyez pas l'intérêt pour le patient <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- e- Parce que vous êtes sollicités par de nombreux réseaux différents <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

## U - RECOURS AUX SERVICES D'URGENCE

### A propos du dernier patient que vous avez adressé à un service d'urgences

- U1. Dans quel type d'établissement votre patient a-t-il été pris en charge ? (une seule réponse possible)**

- <sub>1</sub> CHU  
<sub>2</sub> Hôpital général (y compris psychiatrie),  
<sub>3</sub> Etablissement privé  
<sub>4</sub> Autre, précisez .....

- U2. Quel était l'âge du patient ? \ \ \ ans**

- U3. Comment avez-vous informé les urgences de l'établissement?**

- a- Par un courrier remis au patient <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- b- Par l'intermédiaire du Centre 15 <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- c- En contactant directement le praticien des urgences <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- d- En contactant un spécialiste de l'établissement <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non



**U4. A propos de cette orientation aux urgences, diriez-vous...**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| a- Que c'était la solution la mieux adaptée car il fallait hospitaliser le patient           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| b- Que c'était la seule possibilité pour faire effectuer un examen complémentaire rapidement | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| c- Que c'était la seule possibilité pour avoir un avis spécialisé rapidement                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| d- Que vous auriez souhaité avoir la possibilité de programmer l'hospitalisation             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |
| e- Parce que le patient ne pouvait être maintenu à son domicile                              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non |

**U5. Avez-vous été informé du devenir du patient ?**

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

Si oui,

**U5.1 Par quel moyen ?**

- <sub>1</sub> L'établissement vous a informé
- <sub>2</sub> Le patient ou sa famille vous ont informé
- <sub>3</sub> Vous vous êtes renseigné vous-même auprès de l'établissement ou de la famille