

# DIAGNOSTIC de santé Besançon-Grand Besançon

## Questionnaire – Médecins généralistes

### Informations générales

---

Nom, prénom :

Commune d'exercice :

### Situation actuelle

---

**1. Volume horaire hebdomadaire travaillé :**

**2. Vous exercez votre activité :**

Seul

Regroupé au sein d'un cabinet médical

Regroupé au sein d'une maison de santé pluri professionnelle

**3. Travaillez-vous le samedi ?** Oui

Non

**4. Participez-vous à la permanence des soins ambulatoires de votre secteur ?**

Oui

Non

**5. Avez-vous suivi des formations complémentaires (DUT) ?**

Oui

Non

*Si oui*, quel(s) DUT avez-vous obtenu ?

Allergologie

Médecine du sport

Gynécologie

Mésothérapie

Pédiatrie

Gériatrie

Autre, précisez : .....

**7. Utilisez-vous des outils de partage d'informations ?**

Oui

Non

*Si oui*, précisez le type d'outils :

Messagerie sécurisée (lors de collaborations avec d'autres professionnels de santé)

Dossier Médical Partagé (DMP)

e-TICSS

Autres, précisez : .....

**8. Rencontrez-vous des difficultés dans l'utilisation de ces outils ?**

Oui

Non

*Si oui*, précisez :

.....  
.....

## Prise en charge des patients

---

### 9. Quelles sont vos modalités d'accueil des patients (plusieurs choix possibles) ?

- Prises de rdv       Plages libres       Déplacements au domicile  
 Autre, précisez : .....

### 10. Disposez-vous d'un secrétariat ?

Oui                       Non

1) *Si oui*, est-il : interne                       externe                       commun

2) *Si non*, comment vous organisez-vous ?

.....  
.....  
.....  
.....

### 11. Quel est le délai d'attente pour prendre un rdv dans votre cabinet (hors urgences) ?

- Le jour même  
 1 jour  
 2 jours  
 Plus de 2 jours

12. Êtes-vous amené à réaliser des soins de petite urgence (sutures, pansements, petites traumatolo...) ? Oui                       Non

### 13. Acceptez-vous de nouveaux patients ?

Oui                       Non

### 14. Quelles sont les problématiques que vous rencontrez le plus fréquemment parmi l'ensemble de vos patients ?

- Problématiques liées aux sorties d'hospitalisation : manque d'information-préparation du retour au domicile  
 Problématiques liées à la fragilité des personnes âgées (dépendance, iatrogénie médicamenteuse, chutes, maintien à domicile, etc.)  
 Problématiques liées aux addictions (tabac, alcool, etc.)  
 Problématiques liées à la prise en charge des jeunes (enfants/ados)  
 Problématiques liées au surpoids-obésité  
 Problématiques liées à la précarité  
 Problématiques liées à la santé mentale  
 Problématiques liées à la « santé environnement » (qualité de l'air intérieur, habitat dégradé, nuisances sonores, etc.)  
 Problématiques liées à la santé au travail  
 Autre problématique, précisez.....

**15. Constatez-vous l'augmentation de certaines thématiques, et/ou souhaitez-vous détailler vos choix ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**16. Mettez-vous en place des actions de prévention ?** Oui  Non

**Si oui, les actions de prévention sont proposées de manière :**

- Collective  individuelle

**Si oui, sur quelles thématiques ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Surpoids/obésité   | <input type="checkbox"/> Addictions                                    |
| <input type="checkbox"/> Education thérapeutique du patient                             | <input type="checkbox"/> Repérage des fragilités chez la personne âgée |
| <input type="checkbox"/> Dépistages des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus,...) | <input type="checkbox"/> Vaccinations                                  |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'arrêt du tabac  | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....                       |

## Relation avec vos pairs

---

**17. Accueillez-vous des stagiaires (maitre de stage universitaire)?**

- Oui  Non

**Si oui, des étudiants en :**

- Deuxième cycle d'étude de médecine (3<sup>ème</sup>-6<sup>ème</sup> année externat en hôpital)  
 Troisième cycle d'étude médicale (spécialité et ville, internat)  
 SASPAS

**18. En cas d'absence, comment vous organisez-vous ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recours à un remplaçant              | <input type="checkbox"/> Information des patients sans orientation particulière |
| <input type="checkbox"/> Orientation vers un confrère         | <input type="checkbox"/> Pas d'organisation particulière                        |
| <input type="checkbox"/> Orientation vers un hôpital          | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....                                |
| <input type="checkbox"/> Orientation vers le médecin de garde |   |

**19. Quel est votre ressenti sur votre activité ? (Contexte local, spécificités, etc...)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Collaborations avec l'offre de santé de proximité

---

### 20. Travaillez-vous avec d'autres professionnels de santé libéraux du premier recours ?

Médecins généralistes :    Oui        non      
Infirmiers :                    Oui        non      
Kinésithérapeutes :        Oui        non      
Pharmaciens :                Oui        non   

1) **Si non**, pour quelles raisons ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2) Rencontrez-vous des difficultés dans ces collaborations ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 21. Avez-vous établi des collaborations avec d'autres partenaires ?

- Offre sanitaire (hôpitaux, cliniques)
- Offre médico-sociale (EHPAD, établissements pour personnes handicapées, structures en addictologie)
- Offre sociale (centre d'hébergement et de réinsertion social, centre d'accueil des demandeurs d'asile)
- Offre en faveur des jeunes (centre d'information jeunesse, points jeunes, mission locale,...)
- Service d'aide à domicile
- Autre, précisez : .....

1) Rencontrez-vous des difficultés dans ces collaborations ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**22. Connaissez-vous les réseaux et acteurs de coordination et avez-vous déjà été amené les solliciter ?**

- Oui
  - MAIA
  - PSPA
  - ARESPA
  - REPPPOP
  - RAFT
- Non

**23. Quels sont vos besoins en matière de collaborations et/ou quelles relations pensez-vous qu'il serait nécessaire de construire sur votre territoire ?**

- Lien ville-hôpital
- Maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie
- Information-préparation des retours d'hospitalisation
- Connaissance des acteurs institutionnels de la santé (sanitaire, social, médico-social, prévention,...)
- Organisation des consultations non programmées
- Actions de formation thématiques
- Pas de besoin
- Autre, précisez : .....

## Perspectives

---

**24. Quels sont vos projets professionnels à moyen terme ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**25. Si vous êtes concerné par un départ à la retraite dans moins de 3 ans, avez-vous entamé des démarches pour trouver un remplaçant ?**

- Oui
- Non

**Si non**, souhaitez-vous être accompagné dans cette démarche ?

- Oui
- Non

**26. Seriez-vous intéressé pour participer à une réflexion ou à un groupe de travail sur les thématiques/problématiques de santé sur votre territoire, à l'issue du diagnostic (2 à 3 réunions max.) ?**

Oui

➤ Proposition de thématiques : .....

Non

**27. Avez-vous des remarques/observations complémentaires à apporter ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Pour toute question relative à ce questionnaire, contacter Mme MALKI Annie, Animatrice Territoriale en Santé à l'ARS BFC, Délégation Départementale du Doubs : 03.81.47.88.59 ou sur l'adresse mail indiquée ci-dessous.**

**Questionnaire à renvoyer **avant le 31 MAI 2019** à:**

**[annie.malki@ars.sante.fr](mailto:annie.malki@ars.sante.fr)**

**-Merci pour votre collaboration-**