Enquête sur les pratiques des kinésithérapeutes libéraux en Pays de la Loire

Votre participation permettra de mettre en lumière la diversité et la richesse de vos pratiques. Nous pourrons ainsi mieux vous connaître et vous représenter auprès des institutions et des partenaires.

Le temps de réponse à ce questionnaire est d'environ 15 minutes.

La campagne d'enquête aura lieu du 14 avril au 31 juillet 2023.

Les résultats vous seront communiqués dans la lettre d'information de l'URPS.

Il y a 91 questions dans ce questionnaire.

Emploi du temps et charge de travail

La description de votre emploi du temps et de votre charge de travail permettront à l'URPS de ***mieux communiquer aux institutions et partenaires sur vos modalités d'organisation.***

Combien de **jours** travaillez-vous **en moyenne** par semaine de travail ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Moins de 4 jours
- ◯ 4 jours
- ◯ 4 jours et une demi-journée
- ◯ 5 jours
- ◯ 5 jours et une demi-journée
- ◯ 6 jours

Merci d'indiquer l'ensemble des activités que vous exercez (activité conventionnée, non conventionnée, déplacements, réunions indemnisées autour du patient, réunions de coordination non indemnisées, activités administratives, entretien du cabinet, réunion autour des structures d'exercice coordonné...)

Combien d'**heures** travaillez-vous **en moyenne** par semaine de travail ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Moins de 15 heures par semaine
- ◯ 15 à 19 heures par semaine
- ◯ 20 à 24 heures par semaine
- ◯ 25 à 29 heures par semaine
- ◯ 30 à 34 heures par semaine
- ◯ 35 à 39 heures par semaine
- ◯ 40 à 44 heures par semaine
- ◯ 45 à 49 heures par semaine
- ◯ 50 à 54 heures par semaine
- ◯ plus de 55 heures par semaine

Merci d'indiquer l'ensemble des activités que vous exercez (activité conventionnée, non conventionnée, déplacements, réunions indemnisées autour du patient, réunions de coordination non indemnisées, activités administratives, entretien du cabinet, réunion autour des structures d'exercice coordonné...)

Combien de **séances** assurez-vous **en moyenne** par semaine ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Moins de 50 séances par semaine
- ◯ Entre 50 et 69 séances par semaine
- ◯ Entre 70 et 89 séances par semaine
- ◯ Entre 90 et 109 séances par semaine
- ◯ Entre 110 et 129 séances par semaine
- ◯ Entre 130 et 149 séances par semaine
- ◯ Plus de 150 séances par semaine

Êtes-vous satisfait(e) de l'organisation de votre temps de travail ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Très satisfait
- ◯ Satisfait
- ◯ Pas satisfait

Depuis la pandémie de COVID-19, votre temps de travail a-t-il diminué ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Souhaitez-vous diminuer votre temps de travail ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Quelle est la raison **principale** qui vous empêche de le faire ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Je ne trouve personne pour me remplacer
- ◯ Je m'inquiète de laisser mes patients sans soins
- ◯ J'ai besoin de travailler pour assumer mes charges
- ◯ J'ai une contrainte vis-à-vis de mes collègues (contrainte morale, contrat...)
- ◯ Autre [ ]

Est-ce volontaire ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Quelle est la raison **principale** qui vous a poussé(e) à diminuer votre temps de travail ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Équilibrer mon temps de travail avec d'autres engagements (vie de famille, engagements personnels...)
- ◯ Me protéger d'un épuisement professionnel
- ◯ Autre [ ]

Quelle est la raison **principale** qui fait que votre temps de travail à diminué ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ J'ai moins de prescriptions des médecins généralistes
- ◯ J'ai moins de médecins généralistes dans mon secteur de travail
- ◯ Autre [ ]

En moyenne dans une semaine, combien d'heures passez-vous : *

Chaque entrée doit être de maximum 120
La somme doit être de maximum 120
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

en activité conventionnée ?

en activité non conventionnée ?

en temps de trajet pour les soins à domicile ?

en réunions indemnisées autour de patients (ESP CLAP, MSP) ?

en réunions de coordination non indemnisées (associatif, médico-social...) ?

en réunions pour une structure d'exercice coordonné (ESP CLAP, MSP, CPTS) pour la gestion ou des commissions de travail ?

en activités administratives liées à votre activité ?

à l'entretien du cabinet ?

à vos déplacements (domicile - cabinet) ?

activités administratives = comptabilité, facturation, secrétariat...

Dans une **année**, combien d'heures passez-vous **en moyenne** en formation ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Je ne fais jamais de formation
- ◯ Moins de 7 heures
- ◯ Entre 8 et 14 heures
- ◯ Entre 15 et 21 heures
- ◯ Entre 22 et 28 heures
- ◯ Entre 29 et 35 heures
- ◯ Plus de 35 heures

Vos activités ne relevant pas directement des soins ont-elles augmenté par rapport à 2019 ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Lesquelles de ces activités ont augmenté depuis 2019 ?

Cochez la ou les réponses
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Les activités non conventionnées
- ☐ Le temps de trajet pour les soins à domicile
- ☐ Les réunions autour de patients indemnisées (ESP CLAP, MSP)
- ☐ Les réunions de coordination non indemnisées
- ☐ Les activités administratives
- ☐ L'entretien du cabinet
- ☐ Les réunions pour les structures d'exercice coordonné
- ☐ Les formations
- ☐ Vos déplacements (domicile - cabinet)

Quel est votre délai d'attente moyen pour prendre en charge un nouveau patient ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Entre 0 et 6 jours
- ◯ Entre 7 et 14 jours
- ◯ Entre 15 et 30 jours
- ◯ Plus de 30 jours
- ◯ Je ne prends plus de nouveaux patients

Focus - Soins à domicile

Ce focus permettra à l'URPS de décrire vos activités à domicile et les freins que vous rencontrez sur ce sujet.

Des propositions pour améliorer les conditions d'exercice à domicile pourront être formulées par l'URPS auprès des institutions et partenaires.

A quelle fréquence intervenez-vous à domicile ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ J'interviens exclusivement à domicile
- ◯ J'interviens tous les jours à domicile
- ◯ J'interviens une à plusieurs fois par semaine à domicile
- ◯ J'interviens occasionnellement à domicile
- ◯ Je n'interviens jamais à domicile

Pourquoi intervenez-vous peu ou pas à domicile ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Les frais de déplacement sont trop importants (essence, temps passé)
- ☐ Je n'ai pas le matériel nécessaire pour réaliser les soins à domicile
- ☐ Je ne prends pas en charge les pathologies liées au vieillissement
- ☐ Je ne souhaite pas accompagner les patients au long cours
- ☐ J'ai trop de demandes de soins au cabinet
- ☐ Les conditions ergonomiques de mon espace de travail ne sont pas garanties à domicile
- ☐ Autre: _____

Estimez-vous qu'il existe une image négative de la gériatrie à domicile ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Selon vous, quelles pourraient être les raisons d'une image négative de la prise en charge gériatrique à domicile ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ La crainte de garder le patient sur du moyen ou long terme
- ☐ La gériatrie n'est pas un terrain de compétence dans lequel tous les professionnels sont à l'aise
- ☐ L'image négative de la personne prise en charge (âgée, peu dynamique)
- ☐ La rémunération est peu valorisée
- ☐ Les interventions en EHPAD sont trop contraignantes
- ☐ Autre: _____

Accueil de stagiaire

Dans le cadre du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales (SRFSS) des Pays de la Loire 2023 - 2028, l'URPS a travaillé sur une contribution avec des propositions pour répondre aux besoins des territoires.

Nous souhaitons vous soumettre ces propositions afin de vérifier si elles répondent à vos besoins.

Avez-vous accueilli en stage des élèves kinésithérapeutes en 2022 ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Pour quelle(s) raison(s) ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Mon organisation ne me laisse pas suffisamment de temps pour former un stagiaire
- ☐ Je ne suis pas formé(e) au tutorat
- ☐ Je manque d'information sur la démarche pour devenir maitre de stage
- ☐ Je crains de devoir m'engager sur plusieurs mois
- ☐ Je doute de ma capacité à former un étudiant
- ☐ Je crains d'avoir moins d'échanges directs avec les patients
- ☐ Il n'existe pas de rémunération spécifique pour les maitres de stage
- ☐ Je n'ai pas eu de demandes de stages
- ☐ Je ne suis pas intéressé(e) à transmettre mes connaissances
- ☐ Autre: _____

Pour quelle(s) raison(s) ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je souhaite faire connaître l'exercice libéral
- ☐ Je souhaite faire connaître mon territoire
- ☐ Je suis intéressé(e) par la formation
- ☐ L'apport de connaissances récentes par l'étudiant m'intéresse
- ☐ Autre: _____

Est-ce qu'une valorisation financière à hauteur de 100€ par semaine de stage vous permettrait d'accorder du temps pour accueillir en stage des élèves ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Pour quelle raison ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

_____

Déploiement de l'exercice coordonné

L'URPS est très engagée autour du déploiement de l'exercice coordonné. Elle s'investie au sein des structures qui déploient ces types d'exercice (CPTS, MSP et ESP CLAP).

Nous souhaitons connaître vos investissements sur le terrain et les axes de travail qui vous intéressent afin de les partager au sein des structures.

Faites-vous partie d'une Équipe de Soins Primaires Coordonnée Localement Autour du Patient (ESP CLAP) ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non, mais c'est en projet
- ◯ Non

Avez-vous mis en place des protocoles pluriprofessionnels ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Sur quelle(s) thématique(s) ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quels bénéfices identifiez-vous à faire partie d'une ESP CLAP ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quels sont vos obstacles à rejoindre une ESP CLAP ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je n'ai pas le temps
- ☐ Je ne souhaite pas avoir une surcharge mentale
- ☐ Je ne connais pas ces structures
- ☐ Je n'entretiens pas de bonnes relations avec les autres professionnels de santé de mon territoire
- ☐ Je ne souhaite pas travailler en équipe avec d'autres professionnels de santé
- ☐ Je suis actuellement constitué(e) en MSP
- ☐ Je n'aime pas les thèmes proposés dans ce type de structure
- ☐ Je trouve que ces structures sont imposées de manière descendante
- ☐ Il n'y a pas d'ESP CLAP sur mon territoire
- ☐ Autre:

Faites-vous partie d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui, en tant que leader
- ◯ Oui, en tant que gérant(e)
- ◯ Oui, en tant que coordinateur(trice)
- ◯ Oui, en tant que membre
- ◯ Non, mais c'est un projet
- ◯ Non

Quels sont vos freins à rejoindre une MSP ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- [ ] Je ne connais pas ces structures
- [ ] Je n'ai pas le temps
- [ ] Je suis actuellement constitué en ESP CLAP
- [ ] Je ne souhaite pas travailler en équipe avec d'autres professionnels de santé
- [ ] Je ne souhaite pas avoir une surcharge mentale
- [ ] La structure apporte une lourdeur administrative supplémentaire
- [ ] Je n'entretiens pas de bonnes relations avec les autres professionnels de santé de mon territoire
- [ ] Je n'aime pas les thèmes proposés dans ce type de structure
- [ ] Je trouve que ces structures sont imposées de manière descendante
- [ ] Il n'y a pas de MSP sur mon territoire
- [ ] Autre: _____

Êtes-vous membre d'un groupe de travail spécifique au sein de votre MSP ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne fais pas partie d'une MSP

Sur quelle(s) thématique(s) ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Qu'est-ce que la MSP vous apporte dans votre pratique ? Si vous ne faites pas partie d'une MSP, vous pouvez passer à la question suivante.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Faites-vous partie d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui, en tant que président
- ◯ Oui, en tant que membre du bureau
- ◯ Oui, en tant que membre du conseil d'admnistration
- ◯ Oui, en tant qu'adhérent
- ◯ Non, mais c'est un projet
- ◯ Non

Quels bénéfices identifiez-vous à faire partie d'une CPTS ? Si vous ne faites pas partie d'une CPTS, vous pouvez passer à la question suivante.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quels sont vos freins à rejoindre une CPTS ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- [ ] Les projets portés au sein de cette structure ne concernent pas ma profession
- [ ] J'ai peur de me faire imposer des projets en participant à ces structures
- [ ] Le territoire de la CPTS est trop grand
- [ ] Il n'y a pas de CPTS sur mon territoire
- [ ] Autre:

Sur quelle(s) thématique(s) souhaiteriez-vous vous investir ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Êtes-vous membre d'un groupe de travail spécifique au sein de votre CPTS ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne fais pas partie d'une CPTS

Sur quelles thématiques ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Souhaitez-vous recevoir une information sur les différentes structures d'exercice coordonné ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Merci de nous transmettre vos coordonnées afin que nous vous transmettions des informations sur le sujet (nom, prénom, adresse mail)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Seriez-vous intéressé(e) par une présentation des protocoles pluriprofessionnels ou des actions de prévention mis en place par des confrères/consoeurs kinésithérapeutes au sein des différentes structures d'exercice coordonné ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui, en présentiel sur mon territoire
- ◯ Oui, en webinaire
- ◯ Non

Soins Non Programmés (SNP) en kinésithérapie

Les Soins Non Programmés (SNP) sont des soins non prévus à l'avance, sur les horaires de cabinet ou en dehors (gardes respiratoires). Ils ne concernent pas l'accès direct.

Votre charge actuelle de travail ne vous permettant plus de prendre en charge de nouveaux patients sur certains territoires, l'URPS a initié une réflexion pour répondre à cette problématique.

Nous souhaitons connaître les organisations locales mises en place afin de les valoriser.

Prenez-vous en charge des Soins Non Programmés ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Les Soins Non Programmés (SNP) sont des soins non prévus à l'avance, sur les horaires de cabinet ou en dehors (gardes respiratoires).

Pour quelle raison **principale** ne prenez-vous pas en charge des Soins Non Programmés ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je ne fais pas de soins dans l'urgence
- ☐ Je ne connais pas de structure qui gère les Soins Non Programmés ou les modalités pour prendre en charge ce type de soins
- ☐ Mon organisation ne me permet pas de prendre des patients non prévus (planning et locaux)
- ☐ Autre:

Quelle patientèle prenez-vous en charge en Soins Non Programmés ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Tous les patients (que vous avez déjà suivi ou non)
- ◯ Uniquement les patients que vous suivez déjà

Quelles difficultés rencontrent les personnes que vous prenez en charge, hors patientèle, lorsqu'elles ont besoin de soins qui ne sont pas programmés ?

*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- [ ] Elles ne savent pas comment faire pour contacter un professionnel de santé, parmi les moyens proposés : Agenda en ligne type Doctolib, appel au secrétariat médical, appel au 15…
- [ ] Elles ne trouvent pas de créneaux disponibles chez leurs professionnels de santé habituels
- [ ] Elles n'habitent pas le département ou sont seulement de passage (tourisme)
- [ ] Autre: _____

Pour quelles pathologies recevez-vous des patients en soins non programmés ?

*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- [ ] Gardes respiratoires
- [ ] Lombalgie aigüe
- [ ] Entorse de la cheville
- [ ] Autre: _____

Avez-vous actuellement des difficultés à assurer la prise en charge de ces soins ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Actuellement, à quelle échelle êtes-vous organisé(e) pour répondre aux demandes de prise en charge des Soins Non Programmés ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ J'ai mis en place une organisation individuelle
- ◯ J'ai mis en place une organisation avec vos collègues au sein de mon cabinet
- ◯ J'assure des vacation au sein de ma Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- ◯ J'assure des vacation au sein de ma Communauté Professionnelle Territorial de Santé
- ◯ Je suis adhérent de l'association de garde respiratoire de mon territoire

Quelle organisation avez-vous mis en place pour répondre aux demandes de prise en charge en Soins Non Programmés avec vos collègues au sein de votre cabinet ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Je mets à disposition de créneaux spécifiques pour recevoir ces soins
- ◯ Je vois selon ma disponibilité au moment de la demande

Actuellement, à quel niveau les créneaux que vous mettez à disposition sont honorés par des patients ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Les créneaux ne sont pas du tout honorés
- ◯ Environ 25 % des créneaux sont honorés
- ◯ Environ 50% des créneaux sont honorés
- ◯ Environ 75% des créneaux sont honorés
- ◯ La totalité des créneaux sont honorés

Comment régulez-vous ces demandes de Soins Non Programmés ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Ces demandes sont régulées par mon secrétariat présentiel
- ◯ Ces demandes sont régulées par mon secrétariat téléphonique déporté
- ◯ Ces demandes sont régulées par le secrétariat de ma Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- ◯ Ces demandes sont régulées par le secrétariat de ma Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- ◯ Ces demandes sont régulées par moi-même directement
- ◯ Ces demandes ne sont pas régulées

régulation = analyse de la situation et évaluation de la gravité

Quel outil de prise de rendez-vous utilisez-vous pour programmer ces soins ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ J'utilise mon agenda personnel
- ◯ J'utilise l'agenda partagé avec mes collègues au sein de mon cabinet
- ◯ J'utilise l'agenda partagé au sein de ma Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- ◯ J'utilise l'agenda partagé au sein de ma Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- ◯ J'utilise l'agenda de l'association de garde respiratoire de mon territoire

Quelle amplitude horaire consacrez-vous **en moyenne par jour,** à la prise en charge des patients venant pour des Soins Non Programmés ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ J'y consacre en moyenne moins de 2 heures par jour
- ◯ J'y consacre en moyenne entre 2 heures et 4 heures par jour
- ◯ J'y consacre en moyenne entre 4 heures et 6 heures par jour
- ◯ J'y consacre en moyenne plus de 6 heures par jour

Existe-t-il une valorisation financière pour la prise en charge des Soins Non Programmés sur votre secteur ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Il existe une astreinte rémunérée
- ◯ Il n'y a pas de valorisation financière

Souhaitez-vous commencer, ou continuer, à prendre en charge des Soins Non Programmés ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Quels sont les obstacles pour ne pas commencer ou continuer la prise en charge des Soins Non Programmés (hors accès direct) ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je manque de temps
- ☐ Cette activité n'est pas valorisée
- ☐ Je ne souhaite pas avoir une surcharge mentale
- ☐ L'activité administrative me parait plus lourde
- ☐ Autre: _____

Sur quelle structure souhaiteriez-vous vous appuyer pour assurer cette mission ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Je souhaite m'appuyer son mon organisation individuelle
- ◯ Je souhaite m'appuyer sur une organisation avec vos collègues au sein du cabinet
- ◯ Je souhaite m'appuyer sur une organisation au sein de ma Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- ◯ Je souhaite m'appuyer sur une organisation au sein de ma Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- ◯ Je souhaite m'appuyer sur une organisation au sein d'une association dédiée à la gestion des Soins Non Programmés
- ◯ Autre _____

Comment souhaitez-vous réguler les demandes de Soins Non Programmés ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Je souhaite que la demande soit régulée par le centre 15
- ◯ Je souhaite que la demande soit régulée par le secrétariat de ma Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- ◯ Je souhaite que la demande soit régulée par le secrétariat de ma Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- ◯ Je souhaite que la demande soit régulée par le secrétariat du médecin traitant
- ◯ Je souhaite que la demande soit régulée par mon secrétariat présentiel
- ◯ Je souhaite que la demande soit régulée par mon secrétariat téléphonique déporté
- ◯ Je souhaite que la demande soit régulée directement par moi-même
- ◯ Je ne souhaite pas que la demande soit régulée

Régulation = analyse de la situation et évaluation de la gravité

Quel outil de prise de rendez-vous souhaitez-vous utiliser pour programmer ces soins ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Je souhaite utiliser mon agenda personnel
- ◯ Je souhaite utiliser l'agenda partagé avec mes collègues au sein du cabinet
- ◯ Je souhaite utiliser l'agenda partagé au sein de ma Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- ◯ Je souhaite utiliser l'agenda partagé au sein de ma Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- ◯ Je souhaite utiliser un agenda en ligne accessible directement par les patients
- ◯ Je souhaite utiliser un agenda spécifique : la plateforme numérique du Service d'Accès aux Soins
- ◯ Autre _____

Quelle amplitude horaire pourriez-vous proposer **en moyenne par semaine** pour la prise en charge de patients venant pour des Soins Non Programmé ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Je pourrais consacrer en moyenne moins de 2 heures par semaine
- ◯ Je pourrais consacrer en moyenne entre 2 heures et 4 heures par semaine
- ◯ Je pourrais consacrer en moyenne entre 4 heures et 6 heures par semaine
- ◯ Je pourrais consacrer en moyenne plus de 6 heures par semaine

Pour quel public envisagez-vous de proposer une prise en charge des Soins Non Programmés ?

*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Les patients de ma patientèle
- ☐ Les patients de certains collègues (cabinet, MSP)
- ☐ Les patients hors patientèle avec médecin traitant
- ☐ Les patients hors patientèle sans médecin traitant

Comment souhaitez-vous être rémunéré si vous proposez des créneaux spécifiques pour la prise en charge des Soins Non Programmés?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Je souhaite être rémunéré par un forfait selon le nombre de créneaux que je mets à disposition
- ◯ Je souhaite être rémunéré par un forfait d'astreinte par vacation

Pour prendre en charge des patients venant pour des Soins Non Programmés, auriez-vous besoin d'élargir vos compétences actuelles ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Je n'ai pas besoin d'élargir mes compétences
- ◯ J'aurais besoin de pouvoir prescrire des radiologies
- ◯ Autre [ ]

Votre santé et votre satisfaction sur votre travail

De nombreuses enquêtes démontrent un épuisement professionnel des soignants. Nous souhaitons évaluer votre sentiment de fatigue et d'épuisement afin d'orienter notre communication et créer des partenariats autour de la prévention du stress et des risques psychosociaux au travail.

Ces réponses ne sont pas obligatoires.

Vous sentez-vous fatigué(e) ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Êtes-vous épuisé(e) physiquement ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Êtes-vous épuisé(e) émotionnellement ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Pensez-vous "Je n'en peux plus" ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Vous sentez-vous vidé(e) ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Vous sentez-vous faible ou susceptible d'être malade ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Trouvez-vous difficile de travailler avec des patients ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Trouvez-vous frustrant de travailler avec des patients ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Travailler avec des patients vous vide-t-il de votre énergie ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Avez-vous l'impression de donner d'avantage que vous ne recevez lorsque vous travaillez avec des patients ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Êtes-vous fatigué(e) de travailler avec des patients ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Vous demandez-vous parfois combien de temps vous allez être capable de continuer à travailler avec des patients ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Je peux parler ouvertement à mes collègues des difficultés que j'ai au travail et je sais qu'ils écouteront.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Si je partageais mes problèmes avec mes collègues, je sais qu'ils répondraient de manière constructive et compréhensive.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Votre sommeil est-il suffisant en période de travail ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Non
- ◯ Pas vraiment
- ◯ Environ
- ◯ Oui

Prenez-vous des somnifères ou tranquillisants en période de travail ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ 1 à 16 fois par mois
- ◯ 5 fois par semaine
- ◯ Plus

Prenez-vous une pause repas les jours de travail (au moins 45 min) ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Quelque fois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

A quelle fréquence pratiquez-vous une activité sportive ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Plusieurs fois par mois
- ◯ Plusieurs fois par semaine
- ◯ Tous les jours

Êtes-vous satisfait de vos revenus :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Par rapport à vos besoins financiers	◯	◯	◯	◯	◯
Au regard de la qualité des soins que vous pratiquez	◯	◯	◯	◯	◯
Par rapport aux revenus de profession de niveau d'étude comparable	◯	◯	◯	◯	◯
Par rapport aux revenus d'autres soignants	◯	◯	◯	◯	◯

Pensez-vous à changer de profession ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Jamais
- ◯ Rarement
- ◯ Parfois
- ◯ Souvent
- ◯ En permanence

Avez-vous l'intention de changer de profession dans les 12 mois ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Description de votre profil

L'URPS souhaite interroger un échantillon représentatif de la population des kinésithérapeutes libéraux de la région.

La description de votre profil nous permettera de voir à quel point l'échantillon reproduit la population

Vous êtes : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Un homme
- ◯ Une femme

Quel âge avez-vous ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Entre 20 et 29 ans
- ◯ Entre 30 à 39 ans
- ◯ Entre 40 et 49 ans
- ◯ Entre 50 et 59 ans
- ◯ Entre 60 et 69 ans
- ◯ 70 ans et plus
- ◯ Autre [ ]

Dans quel département exercez-vous ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ 44 - Loire Atlantique
- ◯ 49 - Maine et Loire
- ◯ 53 - Mayenne
- ◯ 85 - Vendée
- ◯ 72 - Sarthe
- ◯ Autre [ ]

Dans quelle zone démographique exercez-vous ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Dans une zone très sous dotée
- ◯ Dans une zone sous dotée
- ◯ Dans une zone intermédiaire
- ◯ Dans une zone très dotée

Dans quel type de commune exercez-vous ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Grand centre urbain
- ◯ Centre urbain intermédiaire
- ◯ Petite ville
- ◯ Ceinture urbaine
- ◯ Bourg rural
- ◯ Rural à habitat dispersé
- ◯ Rural à habitat très dispersé

Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez accordé pour répondre à ce questionnaire.

Les résultats vous seront communiqués par la lettre d'information et sur le site Internet de l'URPS. N'hésitez pas à vous inscrire à notre lettre d'information mensuelle via le formulaire ci-après : https://www.urps-mk-paysdelaloire.fr/inscription-newsletter/ (https://www.urps-mk-paysdelaloire.fr/inscription-newsletter/)

Vous pouvez nous contacter à l'adresse contact@urps-mk-paysdelaloire.fr (mailto:contact@urps-mk-paysdelaloire.fr?subject=Enqu%C3%AAte%20URPS%20MK%20Sondage%20pratiques) pour toute question.

12/10/2023 – 14:33
Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.