



## QUESTIONNAIRE ACTIVITE

Ce questionnaire est strictement anonyme : aucune analyse individuelle ne pourra être effectuée. Nous vous demandons de répondre de manière aussi complète que possible.

**ATTENTION : Les questions suivies d'un astérisque (en rouge) font l'objet de précisions dans le guide de remplissage.**

Pour toute information complémentaire, vous pouvez joindre les opérateurs de l'ifop au numéro vert suivant : **0 800 348 360** (appel gratuit depuis un numéro fixe) ou par email à l'adresse suivante : [etudeconsultation@ifop.com](mailto:etudeconsultation@ifop.com)

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

**Q1. Année de naissance :** (Noter en clair votre année de naissance, par exemple 1950)

--	--	--	--

**Q2. Sexe :**

Masculin

Féminin

**Q3. Numéro de spécialité : \***

--	--

**Q4. Statut :**

Libéral exclusif

Libéral ayant une autre activité rémunérée

**Q5. Lors de votre dernière semaine de travail précédant l'enquête, sur combien de demi-journées avez-vous travaillé :**

(Noter en clair au format XX, par exemple : 08)

--	--

**Q6. Dont combien de demi-journées hebdomadaires consacrées à votre activité libérale :**

(Noter en clair au format XX, par exemple : 08)

--	--

**Q7. Mode d'exercice :** (Une seule réponse possible)

Individuel

Cabinet de groupe uni disciplinaire

Cabinet de groupe multidisciplinaire

+

La mise en œuvre de cette enquête par la CNAMTS implique la collecte de données vous concernant. Le refus de participer à l'enquête n'a aucune conséquence sur vos relations avec l'Assurance Maladie. Vous êtes informés que ce traitement a fait l'objet d'une inscription au registre du Correspondant Informatique et libertés de la CNAMTS et que vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse de rattachement.

+

+

+

**Q8. Si vous avez un mode d'exercice particulier prépondérant, précisez lequel :**

*(Une seule réponse possible)*

- |                                       |  |                                      |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acupuncture  | <input type="checkbox"/> Gériatrie             | <input type="checkbox"/> Ostéopathie |
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Homéopathie           | <input type="checkbox"/> Sexologie   |
| <input type="checkbox"/> Angiologie   | <input type="checkbox"/> Médecine physique     | <input type="checkbox"/> Autre       |
| <input type="checkbox"/> Echographie  | <input type="checkbox"/> Nutrition, diététique | <input type="checkbox"/> Aucun       |

**Q9. Secteur conventionnel : *(Une seule réponse possible)***

- 1  
 2  
 2 avec option de coordination

**Q10. Disposez-vous d'un secrétariat en journée ? \***

*(Une seule réponse possible)*

- Oui, une personne physiquement présente au cabinet  
 Oui, un service de secrétariat téléphonique à distance  
 Non

+

**Q11. Le dossier médical de vos patients est-il informatisé ?**

- Oui  Non

**Q12. Si vous exercez en cabinet de groupe, le dossier médical de vos patients est-il partagé avec vos confrères ?**

- Oui  Non

**Q13. Dans le cadre de vos consultations, utilisez-vous : *(plusieurs réponses possibles)***

- Une table de classification des maladies pour relever le diagnostic (CIM 10, DSM IV...)  
 Une messagerie électronique  
 Des informations médicales disponibles sur Internet

**Q14. Au cours de la précédente demi-journée de consultation, combien de temps avez-vous consacré à vos patients en dehors de leur présence pour différentes tâches médicales ou administratives (courriers, téléphone...) ? \***

*En minutes*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Q15. Au cours de la précédente demi-journée de consultation, avez-vous dû quitter votre consultation pour vous occuper d'un autre patient ?**

- Oui  Non

+

La mise en œuvre de cette enquête par la CNAMTS implique la collecte de données vous concernant. Le refus de participer à l'enquête n'a aucune conséquence sur vos relations avec l'Assurance Maladie. Vous êtes informés que ce traitement a fait l'objet d'une inscription au registre du Correspondant Informatique et libertés de la CNAMTS et que vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse de rattachement.

+