
Dans le cadre de l'ouverture d'un centre de santé dédié aux personnes en situation de handicap, nous vous remercions de bien vouloir participer à notre enquête afin d'affiner les besoins du territoire et les prestations à mettre en oeuvre.

1. Informations générales sur votre type d'exercice :

- Médecin généraliste Médecin spécialiste Paramédical Hôpital
- Etablissement médico-social non médicalisé Etablissement médico-social médicalisé Cabinet
- Soins à domicile Etablissement social Centre de santé Autres
- Sans réponse

2. Quel type de public accueillez-vous (une seule réponse) ? ¹

- Enfant (- de 18ans) Adulte Enfant et adulte
- Sans réponse

3. Au cours des 3 dernières années, avez-vous rencontré des difficultés pour recevoir / soigner des patients présentant un handicap ? ¹

- Oui souvent Oui parfois Non jamais
- Je n'ai pas de personne en situation de handicap dans ma patientèle
- Sans réponse

4. Combien de fois, au cours de l'année écoulée, avez-vous rencontré des difficultés pour délivrer des soins pour :

| | Jamais | moins de 5 fois | entre 6 et 10 fois | plus de 10 fois | Sans réponse |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tous types de déficiences ¹ | <input type="radio"/> |
| Déficients intellectuels avec ou sans troubles associés ¹ | <input type="radio"/> |
| Déficients psychiques (y compris troubles de la conduite et du comportement) avec ou sans troubles associés ¹ | <input type="radio"/> |
| Déficients intellectuels et déficients psychiques avec ou sans troubles associés ¹ | <input type="radio"/> |
| Autisme et troubles envahissants du développement avec ou sans troubles associés ¹ | <input type="radio"/> |
| Déficients moteurs avec ou sans troubles associés ¹ | <input type="radio"/> |
| Traumatisés crâniens avec ou sans troubles associés ¹ | <input type="radio"/> |
| Déficients visuels avec ou sans troubles associés ¹ | <input type="radio"/> |
| Déficients auditifs avec ou sans troubles associés ¹ | <input type="radio"/> |
| Troubles sévères du langage (dysphasie, ...) ¹ | <input type="radio"/> |
| Polyhandicapés ¹ | <input type="radio"/> |
| Personnes handicapées vieillissantes ¹ | <input type="radio"/> |
| Autres ¹ | <input type="radio"/> |

5. Pour quels types de soins auriez-vous besoin d'une aide ? (classer par ordre d'importance 1 étant le moins important et 5 le plus important)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sans réponse |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Soins de premier recours (prévention, dépistage, traitements, suivi) ¹ | <input type="radio"/> |
| Soins de second recours (médecine spécialisée) ¹ | <input type="radio"/> |
| Soins non programmés (RDV < à 2 jours) ¹ | <input type="radio"/> |
| Soins d'urgence ¹ | <input type="radio"/> |
| Bilans sanguins, radiologie... ¹ | <input type="radio"/> |
| Autre(s) : ¹ | <input type="radio"/> |

6. Selon vous, quelles spécialités médicales et paramédicales sont à développer au sein de notre centre de santé ? (3 réponses possibles)

- | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|--|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Endocrinologie | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> Gériatrie | <input type="checkbox"/> Gynécologie | | |
| <input type="checkbox"/> Hépatologie | <input type="checkbox"/> Médecine générale | <input type="checkbox"/> Médecine palliative | <input type="checkbox"/> Médecine physique et de réadaptation | | | | |
| <input type="checkbox"/> Néphrologie | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Pédiatrie | <input type="checkbox"/> Podologie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Addictologie | <input type="checkbox"/> Neuro-psychologue | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Infirmière | <input type="checkbox"/> Orthophoniste (bilan) | <input type="checkbox"/> Autres | | |
| <input type="checkbox"/> Sans réponse | | | | | | | |

7. Seriez-vous intéressé(e) pour rejoindre notre équipe ? ¹

- Oui Non
- Sans réponse

8. Souhaiteriez-vous qu'un retour de cette enquête vous soit fait ? ¹

- Oui Non
- Sans réponse

9. Si vous souhaitez recevoir un retour des résultats de cette enquête et être informé(e) de l'avancée de notre projet, merci de nous indiquer vos coordonnées (Nom, prénom, adresse mail, commune d'exercice et téléphone).

L'Institut Le Val Mandé vous remercie d'avoir participé à cette enquête. Vos réponses nous permettront de proposer une offre de soins adaptée à vos besoins et aux besoins des personnes en situation de handicap.

¹ Ne cocher qu'une seule option.