

Nom d'usage :

Prénom :

Sexe : 1 Homme 2 Femme

Année de naissance : /_/_/_/_/_/

Année de diplôme : /_/_/_/_/_/


Diplômé(e) de la faculté de :

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> AMIENS | 2 <input type="checkbox"/> BORDEAUX |
| 3 <input type="checkbox"/> CLERMONT FERRAND | 4 <input type="checkbox"/> LILLE |
| 5 <input type="checkbox"/> LYON | 6 <input type="checkbox"/> MARSEILLE |
| 7 <input type="checkbox"/> MONTPELLIER | 8 <input type="checkbox"/> NANTES |
| 9 <input type="checkbox"/> PARIS V | 10 <input type="checkbox"/> PARIS VI |
| 11 <input type="checkbox"/> RENNES | 12 <input type="checkbox"/> STRASBOURG |
| 13 <input type="checkbox"/> TOULOUSE | 14 <input type="checkbox"/> TOURS |
| 15 <input type="checkbox"/> AUTRE | |

Etes-vous en exercice en Ile-de-France ? 1 OUI 2 NON

Année d'installation en libéral en IDF : /_/_/_/_/_/

Département d'exercice principal : /_/_/_/


 Si vous n'exercez pas en libéral en Ile-de-France, cette enquête ne vous concerne pas et le questionnaire s'arrête ici pour vous. **MERCI**

VOTRE ACTIVITE

1. Comment se répartissent vos heures de travail hebdomadaires selon vos différents types d'activités (salarial/libéral) (Hors tâches administratives)

	Moins de 5h	5 à 10 h	10 à 20 h	20 à 30 h	30 à 40 h	Plus de 40 h
Cabinet principal libéral	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cabinet secondaire libéral	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Salariat d'ophtalmogiste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Centre de santé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Institutions (CAMSP, IME, SAAAIS...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Hôpital	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Prestataire de service libéral d'un ophtalmogiste (refacturation)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Autre, précisez :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

2. Combien d'heures de tâches « administratives » (télétransmission, courrier, comptabilité...) effectuez-vous en moyenne par semaine ? / _____ / heures.

ACTIVITE EN CABINET PRINCIPAL

Adresse du cabinet principal :

Code postal : /_/_/_/_/_/_/

Ville :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

3. Modalités d'exercice du CABINET PRINCIPAL : (NE COCHER QU'UNE CASE sauf si MSP* (Maison de Santé Pluri professionnelle))

	Titulaire	Collaborateur	Remplaçant	MSP *
Cabinet mono-praticien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
Cabinet pluri-praticien (plusieurs orthoptistes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
Cabinet pluri-professionnel avec ophtalmologiste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cabinet pluri-professionnel sans ophtalmologiste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

4. Réalisez-vous les actes suivants au sein de votre CABINET PRINCIPAL et à quelle fréquence :

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Très fréquemment
Bilan orthoptique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rééducation orthoptique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Basse vision	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Posturologie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Troubles neurovisuels	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Réfraction	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Périmétrie automatique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Champ Visuel Goldmann	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dépistage de la rétinopathie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vision des couleurs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Examens complémentaires ophtalmologiques	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rééducation orthoptique dans les troubles vestibulaires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

5. Equipements, pratiques et tâches administratives au sein de votre CABINET PRINCIPAL :

	OUI	NON	EN REFLEXION
Utilisez-vous la télétransmission ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
« SCOREZ »-vous les prescriptions ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Utilisez-vous la messagerie sécurisée (MS Santé, Apicrypt...) pour envoyer les documents et comptes rendus au médecin ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous un secrétariat physique (partagé ou non) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous un secrétariat téléphonique ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

	OUI	NON	EN REFLEXION
Avez-vous une possibilité de prise de rendez-vous en ligne ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous un comptable ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous une association de gestion agréée ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

ACTIVITE EN CABINET SECONDAIRE

Adresse du cabinet secondaire :

Code postal : /_/_/_/_/_/_/

Ville :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

6. Modalités d'exercice du Cabinet SECONDAIRE : (NE COCHER QU'UNE CASE sauf si MSP* (Maison de Santé Pluri professionnelle))

	Titulaire	Collaborateur	Remplaçant	MSP *
Cabinet mono-praticien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
Cabinet pluri-praticien (plusieurs orthoptistes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
Cabinet pluri-professionnel avec ophtalmologiste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cabinet pluri-professionnel sans ophtalmologiste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

7. Réalisez-vous les mêmes actes en CABINET SECONDAIRE qu'en cabinet principal (bilans, rééducations orthoptiques...)?

1 OUI, et à la même fréquence

2 OUI, mais pas à la même fréquence

3 NON



Passez à la question 8.



Merci de remplir le tableau ci-dessous.



	Jamais	Rarement	Fréquemment	Très fréquemment
Bilan orthoptique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rééducation orthoptique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Basse vision	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Posturologie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Troubles neurovisuels	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Réfraction	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Périmétrie automatique	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Champ Visuel Goldmann	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dépistage de la rétinopathie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vision des couleurs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Examens complémentaires ophtalmologiques	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rééducation orthoptique dans les troubles vestibulaires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>


8. Equipements, pratiques et tâches administratives au sein de votre **CABINET SECONDAIRE** :

	OUI	NON	EN REFLEXION
Utilisez-vous la télétransmission ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
« SCOREZ »-vous les prescriptions ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Utilisez-vous la messagerie sécurisée (MS Santé, Apicrypt...) pour envoyer les documents et comptes rendus au médecin ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous un secrétariat physique (partagé ou non) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous un secrétariat téléphonique ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous une possibilité de prise de rendez-vous en ligne ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous un comptable ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous une association de gestion agréée ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>


ACCESSIBILITE AUX PERSONNES A MOBILITE REDUITE OU HANDICAPEES ET DEPLACEMENT A DOMICILE

9. Vos cabinets sont-ils accessibles aux personnes à mobilité réduite ou handicapées ou avez-vous obtenu une dérogation de la mairie ?

	OUI	NON	EN COURS
Cabinet principal			
Cabinet accessible ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous obtenu une dérogation ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Si vous avez un cabinet secondaire			
Cabinet accessible ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avez-vous obtenu une dérogation ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

 Si vous avez **OBTENU UNE DEROGATION DE LA MAIRIE** et que vous êtes **TITULAIRE**, qui a réalisé le dossier de dérogation ?

1 VOUS-MÊME 2 LE PROPRIETAIRE

 La création du dossier de dérogation a-t-elle été :

Chronophage ? 1 OUI 2 NON

Coûteuse ? 1 OUI 2 NON



Combien la création du dossier de dérogation vous a-t-elle coûté ?

1 Moins de 500 € 2 500 à 1000 €

3 1000 € à 2000 € 4 Supérieur à 2000 €

10. Dans le cadre de votre pratique, allez-vous à domicile ?

1 OUI 2 NON



Nombre de patients concernés sur 2016 : / _____ /

Ces déplacements sont-ils ? 1 FREQUENTS 2 OCCASIONNELS 3 RARES

11. Le nouveau forfait d'évaluation de l'environnement du domicile et de la stratégie de prise en charge du patient en situation de handicap sévère (à 33€ en plus de l'acte de rééducation) de l'avenant 12 de la convention des orthoptistes (Titre II article 8), vous incitera-t-il à vous déplacer au domicile des patients ?

1 OUI

2 NON

PRESCRIPTEURS

12. Quels sont vos 4 principaux prescripteurs ? (cochez 4 cases maximum)

1 Ophtalmologiste

6 Neuro-pédiatre

2 Généraliste

7 Rhumatologue

3 Gériatre

8 Endocrinologue

4 ORL

9 Diabétologue

5 Pédiatre

10 Autre

VOTRE INSTALLATION EN LIBERAL

13. Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées pour votre installation ? *Prioriser en classant les difficultés de la plus importante (1) à la moins importante (5).*

/___/ Choix du lieu d'installation du cabinet

/___/ Démarches administratives (ARS, CPAM, URSSAF, CARPIMKO, autres...)

/___/ Coût du matériel / Equipement

/___/ Développement de la patientèle

/___/ Accessibilité du cabinet aux personnes à mobilité réduite ou handicapées

Des permanences locales d'aide à l'installation sont à la disposition des professionnels depuis 2012. Elles permettent aux orthoptistes souhaitant s'installer ou remplacer, d'obtenir des renseignements professionnels et administratifs. L'ARS, l'URPS et la CPAM sont présents à ces permanences.

14. Lors de votre installation, auriez-vous souhaité bénéficier de cette aide ?

1 OUI

2 NON

EVOLUTIONS PROFESSIONNELLES

15. Dans le cadre du nouveau décret de compétence de décembre 2016, souhaitez-vous faire évoluer votre activité vers :

	OUI	NON	En réflexion
Le dépistage de la rétinopathie diabétique ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
La pratique de l'oculométrie (par EYE TRACKER) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
La réalisation de séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles de contact ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

16. Dans le cadre des expérimentations prévues à l’Avenant 12 de la convention (Titre I article 3), souhaitez-vous faire évoluer votre activité vers :

	OUI	NON	EN REFLEXION
La réalisation du bilan visuel (réfraction + TO + Rétinophoto) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
La participation à la mise en place des protocoles organisationnels au sein des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
La participation au dépistage des troubles visuels de l’enfant de moins de 3 ans ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
La participation au dépistage des troubles visuels de l’enfant d’âge scolaire (3-8 ans) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
L’intervention en milieu scolaire pour le suivi d’enfants handicapés ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
La participation au dépistage et/ou suivi du Glaucome, de la DMLA... ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

17. Envisagez-vous de réaliser, prochainement, l’acte de mesure d’acuité visuelle et réfraction ?

1 OUI

2 NON

3 EN REFLEXION

Afin de pouvoir vous **communiquer les résultats de l’enquête lorsqu’ils seront disponibles**, si vous le souhaitez, merci de bien vouloir laisser votre adresse e-mail :



Merci de votre participation



Comme précisé en début de questionnaire, les réponses seront analysées de manière globale et anonyme. L’ensemble des résultats seront disponibles sur le site Internet de l’URPS Orthoptistes Île-de-France en fin d’année.