

ANNEXE 9

QUESTIONNAIRE DE LA PREMIÈRE ENQUÊTE SUR L'EXERCICE DES STOMATOLOGISTES ET CHIRURGIENS MAXILLO-FACIAUX

Enquête STOMATOLOGISTES

Merci de remplir ou cocher les cases correspondant à vos réponses.

① Identification :

1. Age
2. Sexe : masculin 1 féminin 2
3. Quel est le numéro du département dans lequel vous exercez :
4. Quelle est la taille de l'agglomération dans laquelle vous exercez :
- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Moins de 50 000 habitants | <input type="checkbox"/> 1 | De 50 000 à 100 000 hab. | <input type="checkbox"/> 2 |
| De 100 000 à 400 000 hab. | <input type="checkbox"/> 3 | Plus de 400 000 hab. | <input type="checkbox"/> 4 |

② Formation :

1. En quelle année et dans quelle ville avez-vous obtenu votre thèse ? Année

Ville universitaire : _____

2. Etes-vous titulaire d'un :

- | | | | |
|---|----------------------------|--|----------------------------|
| CES de stomatologie | <input type="checkbox"/> 1 | DES de stomatologie | <input type="checkbox"/> 2 |
| Qualification ordinaire de stomatologie | <input type="checkbox"/> 3 | DES de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 4 |
| Qualification ou compétence en chirurgie maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 5 | DESC de chirurgie maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 6 |
| Qualification ou compétence en orthopédie dento-maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 7 | DESC de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie | <input type="checkbox"/> 8 |
| | | DESC d'orthopédie dento maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 9 |

3. Avez-vous une formation (DU minimum ou équivalent) en :

- | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| Expertise | <input type="checkbox"/> 1 | Implantologie | <input type="checkbox"/> 2 | Parodontologie | <input type="checkbox"/> 3 |
| Pathologies de la muqueuse buccale | <input type="checkbox"/> 4 | Orthopédie dento-maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 5 | Micro-chirurgie | <input type="checkbox"/> 6 |
| Autre | <input type="checkbox"/> 7 | préciser | | | |

3. Avez-vous été :

- | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|
| Interne de région sanitaire | <input type="checkbox"/> 1 | Interne de CHU | <input type="checkbox"/> 2 | | |
| Chef de clinique assistant | <input type="checkbox"/> 3 | Assistant hors CHU | <input type="checkbox"/> 4 | Assistant CHU | <input type="checkbox"/> 5 |

4. Exercez-vous dans la région où vous avez acquis votre qualification ? Oui 1 Non 2

③ Mode d'exercice :

Quel est votre mode d'exercice principal ? (ne cochez qu'une seule case) :

Médecin en exercice libéral 1 si oui merci de répondre à la section 4
puis poursuivre à la section 6

Médecin salarié 2 si oui merci de répondre à la section 5
puis poursuivre à la section 6

4 Médecin en exercice libéral :

1. Quelle est votre situation conventionnelle ?

Secteur 1 1Secteur 2 2DP 3Non conventionné 4

2. Mode d'exercice : Exercez-vous ?

Seul 1En groupe 2

2.1. Si en groupe } type d'association : SCM 1 SCP 2 SEL 3 Autre 4

vous inclus, nombre total d'associés dont stomatologiste(s)

2.2. Etes-vous attaché hospitalier ? Oui 1 Non 2 Nombre de ½ journées par semaine

2.3. Etes-vous temps partiel hospitalier ? Oui 1 Non 2 Nombre de ½ journées par semaine

3. Votre cabinet est-il situé dans les locaux d'une clinique ? Oui 1 Non 2

4. Personnel du cabinet :

4.1. Le cabinet emploie-t-il du personnel ?

Oui 1Non 2

Si oui, combien de personnes au total et en équivalent temps plein (ETP) :

1. Secrétaire Nombre : ETP2. Infirmière DE Nombre : ETP3. Assistant odonto-stomatologiste Nombre : ETP4. Manipulateur radio DE Nombre : ETP5. Technicien de laboratoire Nombre : ETP6. Personnel d'entretien Nombre : ETP7. Autre Nombre : ETP

4.2. Le cabinet a-t-il recours à une ou des sociétés de prestation de service (hors comptabilité)?

(exemple : pour le ménage, téléphone, secrétariat ...)

Oui 1Non 2

5. Equipement du cabinet :

5.1. De quel(s) matériel(s) disposez-vous dans votre cabinet ?

Radio. Conventionnelle 1 Radio. Numérisée 2 Radio panoramique 3 Télé - Radio. 4Salle de stérilisation 5 Salle de chirurgie 6 Matériel bloc dentaire 7 Laser 8Autoclave 9 Nombre : 5.2. Surface professionnelle m²

5.3. Votre cabinet est-il équipé en matériel informatique ? Oui 1 Non 2

Si oui : Pour la comptabilité 1Pour le secrétariat 2Pour la gestion des dossiers médicaux 3

5.4. Avez-vous accès à Internet ? Oui 1 Non 2

5.5. Télésentez-vous ? Oui 1 Non 2

5 Médecin salarié :

1. Etes-vous salarié :

- Dans un établissement public 1 CHU 1.1 CH 1.2
 Dans un établissement hospitalier privé 2 Non lucratif 2.1 Lucratif 2.2
 Dans une structure non hospitalière 3 Préciser : _____

2. Si vous êtes salarié en établissement public, quel est votre statut ?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|--|---|----------------------------|
| PUPH | <input type="checkbox"/> 1 | } <i>si oui à l'un de ces statuts, êtes-vous ?</i> | A temps plein | <input type="checkbox"/> 1 |
| MCUPH | <input type="checkbox"/> 2 | | A temps partiel | <input type="checkbox"/> 2 |
| PH universitaire | <input type="checkbox"/> 3 | | Indiquer le nombre de demi-journées pour le temps partiel <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| PH temps plein | <input type="checkbox"/> 4 | | | |
| PH temps partiel | <input type="checkbox"/> 5 | | | |
| Chef de clinique assistant | <input type="checkbox"/> 6 | | | |
| Assistant Spécialiste | <input type="checkbox"/> 7 | | | |
- Disposez-vous d'un secteur privé ? 8 Secteur 1 8.1 Secteur 2 8.2 DP 8.3 Non conventionné 8.4
 Attaché 9 Nombre de vacances par semaine

6 Quel que soit le mode d'exercice

1. Participez-vous à un tour de gardes ou d'astreintes ?

- Oui 1 Non 2

Si oui, s'agit-il de :

- | | | | |
|------------------|------------------|----------------------------|---|
| Gardes sur place | Polyvalente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Gardes sur place | Stomatologie CMF | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Astreintes | Polyvalente | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Astreintes | Stomatologie CMF | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> |

Combien par an ?

2. Quelles activités pratiquez-vous personnellement (quel que soit le lieu) ?

- | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Radio. | <input type="checkbox"/> 1 | Avulsions dentaires (dents incluses) | <input type="checkbox"/> 2 | Chirurgie des glandes salivaires | <input type="checkbox"/> 3 |
| Rééducation | <input type="checkbox"/> 4 | Parodontologie | <input type="checkbox"/> 5 | Carcinologie | <input type="checkbox"/> 6 |
| Soins dentaires | <input type="checkbox"/> 7 | Implantologie | <input type="checkbox"/> 8 | Traumatologie | <input type="checkbox"/> 9 |
| Prothèses | <input type="checkbox"/> 10 | Pathologie de la muqueuse buccale | <input type="checkbox"/> 11 | Orthognatie | <input type="checkbox"/> 12 |
| ODMF adultes | <input type="checkbox"/> 13 | Expertise | <input type="checkbox"/> 14 | Chirurgie dermatologique | <input type="checkbox"/> 15 |
| ODMF enfants de 8 ans et plus | <input type="checkbox"/> 16 | Dysfonctionnements ATM | <input type="checkbox"/> 17 | Chirurgie esthétique de la face | <input type="checkbox"/> 18 |
| ODMF enfants de moins de 8 ans | <input type="checkbox"/> 19 | | | Chirurgie pré-implantaire | <input type="checkbox"/> 20 |
| | | | | Chirurgie des malformations de la face | <input type="checkbox"/> 21 |

Formation continue

1. Etes-vous acteur de formation continue ? Oui 1 Non 2

- Si oui, Organisateur 1 Animateur 2 Expert 3

2. Nombre d'actions de formation continue en 2004 en tant qu'acteur ?

3. Adhérez-vous à une association et/ou institution organisant de la formation continue ? Oui 1 Non 2

4. Dans les 12 derniers mois, avez-vous participé à un (ou plusieurs) congrès ?

- Oui 1 Non 2 Si oui, combien : International National Régional

Correspondant à combien de demi-journées de présence en tout :

5. Dans les 12 derniers mois, avez-vous assisté à un autre type de formation professionnelle ?

Oui 1Non 2Si oui, à combien de demi-journées de présence en tout :

6. La formation continue à laquelle vous avez assisté au cours des douze derniers mois a t'elle concerné l'acquisition ou le perfectionnement des compétences suivantes ?

	Acquisition	Perfectionnement
6.1 Compétences cliniques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.2 Compétences techniques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.3 Compétences en gestion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.4 Autres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

7. Combien de revues en rapport avec votre activité professionnelle lisez-vous régulièrement ?
(au moins une fois par mois)

Si oui, la (les) quelle(s) ? (en lettres capitales)

1 : _____
 2 : _____
 3 : _____

8. Lisez-vous régulièrement (au moins une fois par mois) une (ou plusieurs) revue(s) de médecine ?

Oui 1Non 2

Si oui, combien de revues :

Si oui, la (les) quelle(s) ? (en lettres capitales)

1 : _____
 2 : _____
 3 : _____

9. Combien de fois par semaine consultez-vous un site Internet médical?

Le (les) quel(s) ? (en lettres capitales)

1 : _____
 2 : _____
 3 : _____

8 Répartition de votre temps professionnel

1. En moyenne, combien d'heures par semaine consacrez-vous aux activités suivantes ?

1.1. Consultation au cabinet :	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.2. Consultation externe hospitalière :	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.3. Visite hospitalière au lit du patient :	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.4. Soins et prothèses	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.5. Chirurgie bucco-dentaire	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.6. Chirurgie maxillo-faciale	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.7. ODMF	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.8. Enseignement	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.9. Recherche	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.10. Formation	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.11. Tâches administratives	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.12. Tâches d'intérêt collectif (syndicat, commission, Ordre,...)	<input type="text"/> <input type="text"/> heures
1.13. Autres activités professionnelles	<input type="text"/> <input type="text"/> heures

2. A combien d'heures par semaine estimez-vous le temps consacré aux conseils téléphoniques (aux patients ou aux médecins) ? heures

3. Combien de semaines de vacances prenez-vous par année ? semaines

Merci d'insérer votre questionnaire dans l'enveloppe T ci-jointe,
libellée à l'adresse de l'ORS Bretagne et de nous le retourner avant le 5 décembre.....