

☞ Comment participer à l'enquête ?

Cette enquête se déroule entre le **17 septembre et le 13 octobre 2001 inclus**.

Les renseignements que vous voudrez bien communiquer seront **confidentiels** et utilisés de manière anonyme à des fins uniquement statistiques. Les références nominatives vous concernant apparaissent exclusivement sur le coupon détachable. Elles permettront l'indemnisation de votre participation et, en aucun cas, elles ne seront saisies ou conservées.

Votre participation est rémunérée 6 Euros par volet **correctement rempli**, soit 18 Euros pour les trois volets. Aucune feuille ne doit être ajoutée à l'envoi.

☞ Modalités de remplissage

Le questionnaire est **rapide à remplir**, il vous suffit de cocher simplement toutes les cases correspondant à vos réponses, ce qui ne devrait vous demander que 10 à 20 minutes. Il se compose de trois volets indépendants.

Le **volet infirmier** vous permettra de décrire votre environnement professionnel et vos contacts habituels dans le secteur de l'aide à domicile.

Le **volet patient n° 1** et le **volet patient n° 2** sont identiques. Ils concernent chacun un cas concret de patient pour lequel vous devez évaluer les besoins d'aide au maintien à domicile, indiquer vos prises de contact destinées à les satisfaire et décrire les difficultés que vous rencontrez à cette occasion.

☞ Critères d'inclusion des patients

Un volet patient est rempli pour chaque patient répondant aux critères suivants :

- patient rencontré **entre le 17 septembre et le 13 octobre 2001** ;
- non pris en charge par un SSIAD ou pris en charge en HAD ;
- pour lequel **vous détectez un besoin d'aide, non encore satisfait**, pour son maintien en milieu de vie ordinaire ; ce besoin concerne l'aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne¹, **en dehors ou en plus des actes que vous jugez relever de votre compétence** ;
- il peut s'agir d'un nouveau patient ou d'un patient déjà suivi mais dont l'état a évolué et nécessite une aide ;
- et pour lequel **vous initiez concrètement une première démarche** auprès des personnes ou services concernés pour répondre à ce besoin.

☞ Renvoi du questionnaire

Merci de nous renvoyer ce questionnaire, **au plus tard le 19 octobre 2001**, même si vous n'avez pas inclus de patient dans la période concernée.

L'équipe du CREDES est à votre disposition pour répondre à vos questions :

Docteur Laure COM-RUELLE, Paul DOURGNON, Fabienne MIDY

Secrétariat : Khadidja Ben Larbi ☎ 01 53 93 43 05

¹ **L'aide au maintien à domicile ou aide à l'accomplissement des actes (ou gestes) essentiels de la vie quotidienne**, comprennent les aides à la personne (1), répondant à la perte d'autonomie physique ou psychique, distinguées des aides relatives à son environnement (2), répondant à la perte d'autonomie domestique et sociale :

1. les aides à la personne telles que : les transferts (lever, coucher...), les déplacements à l'extérieur et à l'intérieur du domicile, l'aide à la toilette simple, à l'élimination urinaire et fécale, à l'habillage et à l'alimentation ;
la surveillance : garde à domicile (jour, nuit), système d'alerte (téléalarme) ;
2. les aides relatives à l'environnement : l'aide aux repas (élaboration, portage), aux tâches ménagères (ménage, courses, ...).

Volet infirmier (cocher les cases utiles)

N° | | | | |

Vous et votre exercice libéral

1. Sexe : 1 homme 2 femme

2. Age : 1 moins de 35 ans
 2 35 à 49 ans
 3 50 ans et plus

3. Département d'exercice : I _ I _ I

4. Zone d'exercice : 1 rurale 2 urbaine 3 mixte

5. Année d'installation dans la commune
 1 avant 1990
 2 1990 à 1994
 3 1995 ou plus tard

6. En 2000, quelle part de votre activité représentent les actes cotés en A.I.S. ?
 1 moins de 30 %
 2 30 à 59 %
 3 60 à 79 %
 4 80 % ou plus
 5 ne sait pas

7. Type d'exercice libéral :

7.1. 1 exclusif 2 non exclusif
 7.2. 1 temps plein 2 temps partiel
 7.3. 1 exerce seul
 2 groupe monodisciplinaire
 3 groupe pluridisciplinaire

8. Dans le cadre de votre activité libérale, travaillez vous également en collaboration avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ?
 1 jamais 2 rarement 3 régulièrement

9. Avez-vous suivi une formation professionnelle au cours des douze derniers mois ? (plusieurs réponses possibles)
 1 oui,
 2 non, par manque de disponibilité
 3 non, pas de formation proposée m'intéressant
 4 non, en raison du coût induit
 5 non, autre cas

Vous et vos correspondants

10. Avez-vous le sentiment de connaître les différents intervenants du secteur de l'aide à domicile et leurs domaines de compétence (attributions, rôles...) dans votre zone géographique ?
 1 oui, très bien 2 oui, partiellement 3 non

11. Pensez-vous pouvoir associer un correspondant nommément identifié aux principaux types d'aides à domicile ?
 1 oui, toujours 2 oui, parfois 3 non

12. Au cours des douze derniers mois, pour combien de patients avez-vous estimé que le maintien à domicile nécessitait la mise en place d'une aide ?
 1 aucun
 2 1 à 3 patients
 3 4 à 6 patients
 4 7 patients ou plus

13. Actuellement, lorsque vous identifiez un patient qui nécessite, en dehors ou en sus des soins infirmiers, une aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne pour être maintenu à domicile, qui contactez-vous ?

plusieurs réponses possibles	le plus souvent	parfois	jamais
la famille	1	2	3
les amis, voisinage...	1	2	3
le médecin traitant	1	2	3
une assistante sociale ou un organisme assurant une coordination des interventions	1	2	3
directement le(s) service(s) d'aide concerné(s)	1	2	3
je prends moi-même en charge le problème	1	2	3

14- Indiquez les difficultés les plus fréquentes (3 maximum) que vous percevez lors de la mise en place d'une aide au maintien à domicile en les numérotant de 1 à 3 (1 pour la plus fréquente, 2 ensuite...) :

problème de financement de l'aide | | 1
 personnel d'aide non disponible | | 2
 le service n'existe pas à proximité | | 3
 frein de la part du patient | | 4
 frein de la part de la famille | | 5
 autre | | 6

15- Si vous n'avez pas rempli de volet patient entre le 17 septembre et le 13 octobre 2001, quel en est le motif ?

1 pas de patient remplissant le critère d'inclusion
 2 impossibilité de prendre en charge un patient supplémentaire
 3 autre

10. Indiquez le besoin d'aide qui vous semble le plus urgent en reportant son numéro figurant dans le tableau précédent (Q. 9)..... I _ I

11. L'évaluation du besoin d'aide pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en sus des soins infirmiers, vous a-t-elle semblé facile ?

1 oui 2 non

12. L'identification de la (des) personne(s) la (les) plus susceptible(s) d'y répondre vous a-t-elle semblé facile ?

1 oui 2 non

13. Le patient a-t-il donné un avis ?

1 oui 2 non

14. Dans quel délai l'aide la plus urgente vous semble-t-elle devoir être mise en place ?

1 dans les deux jours
2 dans la semaine
3 dans le mois
4 sans objet (pas d'urgence)

Vos prises de contact pour ce patient

15. A qui vous êtes vous adressé ?	16. Avez-vous pu joindre ce(s) service(s) ?				17. Si oui, quelle réponse avez-vous obtenue ? (cochez la réponse la plus complète)		
	oui, dans les deux jours	oui, dans la semaine	oui, plus tard	non	prise en charge (coordination ou aide)	information (coordonnées, démarches à faire...)	pas de solution
Famille <i>Cocher dans cette colonne toutes les réponses utiles</i> 1	1	2	3	4	1	2	3
Service local d'aide à domicile 2	1	2	3	4	1	2	3
Travailleur social en particulier 4	1	2	3	4	1	2	3
Service social (CCAS, CLIC) 5	1	2	3	4	1	2	3
SSIAD 6	1	2	3	4	1	2	3
Médecin traitant 7	1	2	3	4	1	2	3
Autre (hôpital...) 8	1	2	3	4	1	2	3

18. Combien d'appels téléphoniques avez-vous passés au total ? | _ | _ | appels

19. Si vous avez transféré la demande d'aide à un organisme coordinateur ou à un service d'aide, dans quel délai l'aide la plus urgente sera-t-elle mise en place concrètement ?

1 dans les deux jours
2 dans la semaine
3 dans le mois
4 plus tard
5 ne sait pas

20. Si un organisme ou une personne intervient pour assurer un service d'aide à domicile :

20.a- une fiche ou un cahier de liaison ont-ils été prévus en collaboration avec la personne assurant l'aide sollicitée (y compris la famille, les voisins...)?

1 oui 2 non

20.b- des dispositions sont-elles prises ou prévues pour assurer la continuité de l'aide au maintien à domicile du patient (week-end, vacances, etc) ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

21. Si aucune solution de coordination ou d'aide n'a pu être trouvée, quelles en sont, selon vous, les raisons principales ?

(plusieurs réponses possibles)

1 problème de financement de l'aide
2 personnel d'aide non disponible
3 le service n'existe pas à proximité
4 frein de la part du patient
5 frein de la part de la famille
6 autre

22. Au cours de ces démarches, quelqu'un a-t-il tenu le médecin traitant informé ?

(plusieurs réponses possibles)

1 oui, moi-même
2 oui, le patient
3 oui quelqu'un d'autre
4 non
5 ne sait pas

10. Indiquez le besoin d'aide qui vous semble le plus urgent en reportant son numéro figurant dans le tableau précédent (Q. 9)..... I_I

11. L'évaluation du besoin d'aide pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en sus des soins infirmiers, vous a-t-elle semblé facile ?
 1 oui 2 non

12. L'identification de la (des) personne(s) la (les) plus susceptible(s) d'y répondre vous a-t-elle semblé facile ?
 1 oui 2 non

13. Le patient a-t-il donné un avis ?
 1 oui 2 non

14. Dans quel délai l'aide la plus urgente vous semble-t-elle devoir être mise en place ?
 1 dans les deux jours
 2 dans la semaine
 3 dans le mois
 4 sans objet (pas d'urgence)

Vos prises de contact pour ce patient

15. A qui vous êtes vous adressé ?	16. Avez-vous pu joindre ce(s) service(s) ?				17. Si oui, quelle réponse avez-vous obtenue ? (cochez la réponse la plus complète)		
	oui, dans les deux jours	oui, dans la semaine	oui, plus tard	non	prise en charge (coordination ou aide)	information (coordonnées, démarches à faire...)	pas de solution
Famille <i>1</i>	1	2	3	4	1	2	3
Service local d'aide à domicile <i>2</i>	1	2	3	4	1	2	3
Travailleur social en particulier <i>4</i>	1	2	3	4	1	2	3
Service social (CCAS, CLIC) <i>5</i>	1	2	3	4	1	2	3
SSIAD <i>6</i>	1	2	3	4	1	2	3
Médecin traitant <i>7</i>	1	2	3	4	1	2	3
Autre (hôpital...) <i>8</i>	1	2	3	4	1	2	3

18. Combien d'appels téléphoniques avez-vous passés au total ? | | | appels

19. Si vous avez transféré la demande d'aide à un organisme coordinateur ou à un service d'aide, dans quel délai l'aide la plus urgente sera-t-elle mise en place concrètement ?
 1 dans les deux jours
 2 dans la semaine
 3 dans le mois
 4 plus tard
 5 ne sait pas

20. Si un organisme ou une personne intervient pour assurer un service d'aide à domicile :

20.a- une fiche ou un cahier de liaison ont-ils été prévus en collaboration avec la personne assurant l'aide sollicitée (y compris la famille, les voisins...)?
 1 oui 2 non

20.b- des dispositions sont-elles prises ou prévues pour assurer la continuité de l'aide au maintien à domicile du patient (week-end, vacances, etc) ?
 1 oui 2 non 3 ne sait pas

21. Si aucune solution de coordination ou d'aide n'a pu être trouvée, quelles en sont, selon vous, les raisons principales ?

- (plusieurs réponses possibles)
- 1 problème de financement de l'aide
 - 2 personnel d'aide non disponible
 - 3 le service n'existe pas à proximité
 - 4 frein de la part du patient
 - 5 frein de la part de la famille
 - 6 autre

22. Au cours de ces démarches, quelqu'un a-t-il tenu le médecin traitant informé ?

- (plusieurs réponses possibles)
- 1 oui, moi-même
 - 2 oui, le patient
 - 3 oui quelqu'un d'autre
 - 4 non
 - 5 ne sait pas