

Conférence des Présidents et Directeurs d'Association de dialyse

ENQUETE 2001

Afin d'évaluer le poids que représentera la **Conférence** au plan national, le Bureau de l'association a décidé de procéder à une enquête à laquelle nous vous remercions de bien vouloir répondre. Vous serez bien entendu destinataires de la synthèse de cette enquête qui restera confidentielle et les résultats de celle-ci seront anonymisés.

D'avance, nous vous remercions pour le temps que vous allez consacrer à remplir ce questionnaire que nous avons essayé de simplifier dans la mesure du possible. La synthèse de celui-ci permettra d'établir notre carte d'identité vis à vis des autorités.

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Nom de votre établissement	.....
Nom & prénom du Président	.....
Nom & prénom du Médecin/Directeur ou Directeur	.....
Nom, Prénom et qualité de la personne ayant rempli ce questionnaire	.....
N° de téléphone direct	.....
N° de télécopie standard	.....
N° de télécopie confidentiel	.....
Adresse Email	.....
Adresse de votre site Internet (si vous en avez un)	.....
Adresse de l'établissement	.....

ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT	
<u>NOMBRE DE PATIENTS AU 31-12-2000</u>	
HEMODIALYSE A DOMICILE	.....
AUTODIALYSE	.....
CENTRE ALLEGE (ou équivalent)	.....
CENTRE AMBULATOIRE	.....
D.P.C.A	.....
D.P. Automatisée	.....
ENTRAINEMENT/REPLI D.P	.....
ENTRAINEMENT /REPLI H.D & A.D	.....
<u>NOMBRE DE SEANCES OU DE SEMAINES DE DIALYSE 2000</u>	
Séances d'Hémodialyse à domicile	.....
Séances d'Autodialyse	.....
Séances en Centre Ambulatoire	.....
Semaines D.P.C.A	.....
Semaines D.P.A	.....
Séances Entraînement A.D et H.D	.....
Semaines d' Entraînement D.P.C.A	.....
En autodialyse combien avez-vous de patients par générateurs ?	.....
S'il y a plusieurs patients par générateur, qui assure la stérilisation et le nettoyage de celui-ci ?	.....
Evolution de votre activité en % depuis 3 ans	.....
Recevez-vous des vacanciers ?	.....
Si oui combien ?	.....
Combien de séances cela représente t-il ?	.....
Nombre d'unités d'autodialyse	.....
Nombre de centres Allégés ou équivalents	.....
Nombre de centres lourds coopérant avec l'association	.....
Faites vous des consultations avancées en Néphrologie/ dialyse ?	.....

REGION / ORGANISATION	
<p style="text-align: right;">Votre région d'activité</p> <p>Quels sont les départements dans lesquels vous exercez votre activité ?</p> <p>AFIN DE DRESSER UNE CARTE DE NOS IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES :</p> <p style="text-align: center;">Localisation des unités d'autodialyse ? (joindre l'extrait de votre livret d'accueil précisant vos lieux d'implantation)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Localisation des centres ambulatoires ou allégés ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">Autres... ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Y-a t'il eu un S.R.O.S.S dialyse dans votre région ou y-en a t'il un en cours ?</p> <p style="text-align: right;">Si « oui » date de ce S.R.O.S.S</p>	
<p style="text-align: center;"><u>COMMISSIONS & COMITES</u></p> <p style="text-align: right;">Avez-vous une C.M.E ?</p> <p style="text-align: right;">Avez-vous un C.H.S.C.T ?</p> <p style="text-align: right;">Avez-vous un comité de l'eau pour hémodialyse ?</p> <p style="text-align: right;">Avez-vous une commission de conciliation ?</p> <p style="text-align: right;">Avez-vous un C.L.I.N ?</p> <p style="text-align: right;">Si « OUI », qui en est le responsable du C.L.I.N ?</p>	

<u>PERSONNEL</u>	
Nombre de salariés de votre établissement	.....
Nombre de salariés de votre établissement en E.T.P	.....
<u>Nb de médecins participant à l'activité</u>	
Salariés	.....
Praticiens hospitaliers	.....
Privés	.....
Nb de médecins en équivalent temps plein	.....
Nb de Pharmaciens	.....
Nb de Pharmaciens en équivalent temps plein	.....
Nombre de personnels infirmiers	.....
% du personnel infirmier salarié	.....
% du personnel infirmier libéral	.....
% du personnel infirmier mis à disposition par les centres hospitaliers	.....
Avez-vous des délégués du personnel ?	

Avez-vous un comité d'entreprise ?	

Avez-vous mis en place les 35 heures dans votre établissement ?	

<u>DEMARCHE QUALITE</u>	
Avez-vous mis en place une démarche « qualité » ?	.....
Quelle est la personne nommée « RESPONSABLE QUALITE » dans votre établissement ?	.....
Avez-vous embauché un qualicien ?	.....
Si « non », envisagez-vous d'embaucher un qualicien ?	.....
Faites-vous appel à un cabinet de consultants spécialisé ?	.....

CONCURRENCE / RESEAU

Existe t-il une concurrence dans votre région ?	.....
Si « oui », nombre de centre lucratifs	.....
Nombre d'associations	.....
Quel est votre part d'activité sur votre secteur d'intervention (hors centre hospitalier) ?	.....
Travaillez-vous en réseau avec d'autres établissements ?	.....
Si « oui » quel type d'établissement (public, privé associatif, privé lucratif, etc....)	.....
Participez-vous à un réseau de soins agréé ?	.....

RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION

De quelle A.R.H dépendez-vous ?	.....
Avez-vous un correspondant attitré dans cette A.R.H ?	.....
Avez-vous un correspondant attitré à votre C.R.A.M ?	.....
Ces correspondants maîtrisent-ils les questions relatives à la dialyse ?	.....
Avez-vous sollicité votre accréditation auprès de l'A.N.A.E.S ?	.....
Si « non », envisagez-vous de le faire avant le terme légal du délai (23 avril 2001) ?	.....
Avez-vous sollicité des créations de postes en centre ambulatoire ou « allégé » durant l'année 2000 ?	.....
Si « oui », vos demandes ont-elles été acceptées ?	.....

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à renseigner ce questionnaire et nous vous en adresserons la synthèse des réponses dès que nous l'aurons exploité.

Ce questionnaire est à retourner pour le 28 février 2001 à l'attention de
Thierry WALRAVE - A.U.R.A POITOU – CHARENTES – BP 82 – 13, Allée de la Providence – 86003
POITIERS cedex

 05.49.46.63.12  05.49.46.66.75  AURAPC@wanadoo.fr