**Questionnaire Adhérent CPTS**

Nom : Prénom :

1. Accepteriez-vous de prendre part à la poursuite du travail engagé pour faciliter :
* L’accès à un médecin traitant ? OUI/NON
* L’accès aux soins non programmés en ville ? OUI/NON
* L’organisation des parcours pluri-professionnels autour du patient ? OUI/NON

( apnée du sommeil, autonomie, parcours patient, BPCO,.......)

* Le développement des actions de prévention en santé ? OUI/NON
* ( 1000 premiers jours , addictions, octobre rose, Mars bleu,.....)
* Le développement et la pertinence des soins ? OUI/NON

( cercles de pairs , formations , expérimentations….. )

* L’accompagnement des professionnels sur notre territoire ? OUI/NON

( promotion , enseignement………)

 - Mission liée à la gestion de la crise sanitaire ? OUI/ NON

1. Utilisez-vous une messagerie sécurisée ?

 Si OUI , laquelle ?........................................................

 3. Seriez-vous intéressé pour l’utilisation d’ un équipement connecté pour votre exercice ?

 OUI/NON

 SI OUI, accepteriez-vous de faire partie d’un groupe pilote ( présentations, essais, retour aux collègues…) ?

 OUI/NON

 Merci d’avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !