



# Sondage national des médecins 2010

Si vous préférez remplir le sondage en ligne, veuillez vous rendre à l'adresse suivante : [www.cma.ca/nps10-gpfp](http://www.cma.ca/nps10-gpfp)

Pour remplir le sondage en ligne, vous devrez fournir le numéro d'identification affiché dans la case ci-dessous:

Le numéro d'identification affiché sur la page d'introduction ne servira qu'aux fins administratives du Sondage national des médecins et ne sera relié à aucun numéro d'identification de l'AMC, du CMFC ou du Collège Royal. Les fichiers de données obtenus à partir des questionnaires remplis ne seront jamais appariés aux noms et aux adresses des répondants. L'analyse et la publication des résultats du sondage se feront sous forme agrégée uniquement afin de protéger la confidentialité pour chaque répondant.

Si vous avez de la difficulté à accéder au questionnaire en ligne, veuillez communiquer avec Tara S. Chauhan, au 800 663-7336, poste 2163.

*Should you prefer to complete this questionnaire in English, please call us toll free at 800 663-7336 x2258 and we will gladly send you an English-language form.*

**Obtenez 2 crédits Mainpro-C en effectuant l'exercice « Relier l'apprentissage à la pratique » qui se rapporte à ce sondage. Consultez [www.cfpc.ca](http://www.cfpc.ca).**

**Si vous appartenez à l'une des catégories suivantes, veuillez cocher celle qui convient et renvoyer le questionnaire NON REMPLI dans l'enveloppe-réponse affranchie ci-jointe. Merci.**

- Je suis étudiant(e) en médecine       Je suis résident(e)  
 Je suis complètement retraité(e)       Je travaille exclusivement dans un domaine non médical.

*Veuillez préciser :* \_\_\_\_\_

The College of  
Family Physicians  
of Canada



Le Collège des  
médecins de famille  
du Canada

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION



ROYAL COLLEGE  
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA  
COLLÈGE ROYAL  
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Tous les autres répondants sont priés de cocher TOUTES les réponses s'appliquant à leur situation actuelle et de remplir le reste du questionnaire.

- Je pratique la médecine à temps plein.
- Je pratique la médecine à temps partiel ou je suis en semi-retraite de la pratique médicale.
- Je suis médecin dépanneur ou suppléant. (Si vous n'avez pas de pratique permanente, veuillez remplir le questionnaire en fonction de votre dernière pratique ou de celle que vous avez actuellement.)
- Je suis employé(e) dans un domaine médical ou connexe à la médecine seulement ou dans un autre milieu non clinique (p.ex., administration, enseignement, recherche).
- Je suis en congé sans solde ou en congé sabbatique d'une pratique médicale active. (Veuillez remplir le questionnaire en fonction de votre pratique médicale la plus récente.)
- J'ai un poste universitaire.
- J'ai un poste dans un hôpital.
- Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

## A. RENSEIGNEMENTS À VOTRE SUJET

1. Laquelle des situations suivantes vous décrit le mieux ? Veuillez cocher UNE SEULE case.

- Médecin de famille ou omnipraticien
- Médecin de famille ou omnipraticien avec un intérêt spécial de pratique, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Spécialiste en médecine, en chirurgie ou en laboratoire, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Médecin travaillant exclusivement dans un milieu non clinique, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

2. Année de naissance : 19

3. Vous êtes :  homme  femme

## B. VOTRE(VOS) MILIEU(X) DE TRAVAIL

4a. La liste suivante énumère divers milieux de travail. Veuillez indiquer la ou les catégories qui décrivent le mieux le ou les milieux dans lesquels vous travaillez. Veuillez cocher TOUTES les cases qui s'appliquent.

- |   |  |
|---|--|
| A <input type="checkbox"/> Cabinet privé ou clinique privée (à l'exclusion des cliniques sans rendez-vous indépendantes)            | H <input type="checkbox"/> Salle d'urgence d'un hôpital communautaire ou d'un CHU ou CUS |
| B <input type="checkbox"/> Clinique communautaire, centre de soins communautaires ou centre local de services communautaires (CLSC) | I <input type="checkbox"/> Centre d'accueil pour personnes âgées ou centre d'hébergement |
| C <input type="checkbox"/> Clinique sans rendez-vous indépendante   | J <input type="checkbox"/> Université  |
| D <input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire (CHU) ou centre universitaire de santé (CUS)                            | K <input type="checkbox"/> Unité de recherche  |
| E <input type="checkbox"/> Hôpital d'enseignement autre qu'un CHU ou CUS  | L <input type="checkbox"/> Clinique de diagnostic ou laboratoire indépendant             |
| F <input type="checkbox"/> Clinique communautaire en milieu hospitalier   | M <input type="checkbox"/> Bureau administratif ou d'entreprise                          |
| G <input type="checkbox"/> Autre hôpital  | N <input type="checkbox"/> Autre: _____  |

4b. Veuillez indiquer lequel des milieux ci-dessus est votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients (c.-à-d. le milieu où vous passez le plus de temps à dispenser des soins aux patients). Veuillez cocher UNE SEULE des lettres suivantes correspondant aux catégories ci-dessus. (Si vous ne dispensez pas de soins aux patients, cochez «Sans objet».)

- A  B  C  D  E  F  G  H  I  J  K  L  M  N  Sans objet

5. Quels sont les province(s) ou territoire(s) où vous exercez en ce moment ? Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.

- CB  AB  SK  MB  ON  QC  NB  NE  IPE  TNL  TNO  YT  NU  À l'étranger

6. Veuillez inscrire les six caractères du code postal de votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients OU de votre principal milieu de travail.

## C. VOTRE(VOS) MILIEU(X) DE SOINS AUX PATIENTS

7a. Dispensez-vous des soins aux patients ?  Oui  Non (Si non, passez à la question 18)



**7b. Décrivez la population que vous desservez PRINCIPALEMENT dans votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients indiqué à la question 4b). Ne cochez qu'UNE seule réponse.**

- Centre-ville                       Rurale                       Autre : \_\_\_\_\_  
 Urbaine ou suburbaine         Géographiquement isolée ou éloignée  
 Petite ville                           Ne peut identifier une population principale

**8. Quelle(s) langue(s) parlez-vous avec vos patients ? Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.**

- Anglais         Français         Autre(s) : \_\_\_\_\_

**9. Quelle proportion de votre revenu professionnel brut est-elle affectée aux dépenses de votre pratique (p. ex., personnel à temps plein ou à temps partiel, baux, loyers et hypothèques, location de matériel à court ou à long terme, avantages sociaux, frais d'utilisation de véhicules, honoraires professionnels, cotisations d'assurance-responsabilité, autres frais généraux) ?**

- %     Sans objet

**10a. Veuillez indiquer le mode d'organisation de votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients. Ne cochez qu'une SEULE case. À noter qu'une pratique solo ou de groupe peut également inclure une infirmière qui n'a pas sa propre charge de cas.**

- Pratique solo  
 Pratique de groupe - association (partage des honoraires et des charges)  
 Pratique de groupe - société en nom collectif (partage des honoraires et des charges, des revenus, du passif financier et de la responsabilité professionnelle)  
 Pratique interprofessionnelle (médecin(s) et autre(s) professionnel(s) de la santé qui ont leurs propres charges de cas)  
 Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**10b. Êtes-vous constitué en société :**    à titre individuel ?  Oui     Non    à titre collectif ?  Oui     Non

**11. Veuillez indiquer à qui vous RÉFÉREZ RÉGULIÈREMENT des patients ou avec qui vous avez conclu UNE ENTENTE DE SOINS EN COLLABORATION (vous donnez ensemble des soins à un groupe commun de patients après vous être entendus sur les rôles et les responsabilités de chacun). Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.**

	Je réfère	J'ai conclu une entente		Je réfère	J'ai conclu une entente
Autres médecins de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre fournisseurs de soins.		
Autres spécialistes. Veuillez indiquer les trois grandes catégories d'autres spécialistes à qui vous référez régulièrement des patients ou avec qui vous avez conclu une entente de collaboration :			Veuillez indiquer les trois grandes catégories d'autres fournisseurs de soins à qui vous référez régulièrement des patients ou avec qui vous avez conclu une entente de collaboration :		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Y a-t-il actuellement des obstacles à l'emploi d'adjoints au médecin, d'assistants médicaux ou d'infirmières praticiennes dans votre cabinet ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)**

	Adjoints au médecin ou assistants médicaux	Infirmières praticiennes
Manque d'information à leur sujet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession non encore reconnue dans la province	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilité professionnelle encore mal définie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre réglementaire ne permettant pas de délégation de pouvoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modèles limités de financement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma pratique ne profiterait pas de leur emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D. ACCESSIBILITÉ DES SOINS POUR LES PATIENTS

13. Veuillez évaluer l'accès que vous avez aux services suivants pour vos patients.

	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Médiocre	Non disponible	Ne sais pas
Autres médecins spécialisés (en général)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Veuillez indiquer les trois premières spécialités avec lesquelles vous êtes fréquemment en interaction et évaluer leur accessibilité :</i>							
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres professionnels de la santé (en général)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Veuillez indiquer les trois premières professions de santé avec lesquelles vous êtes le plus souvent en interaction et évaluez leur accessibilité :</i>							
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins aux patients en oncologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins aux patients en cardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de médecine palliative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'anesthésiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps en bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services à l'urgence et aux étages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lits en soins intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lits en soins de longue durée (p.ex., foyer de soins infirmiers, soins chroniques, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins urgents aux patients hospitalisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins hospitaliers pour des interventions électives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services courants de diagnostic (p.ex., laboratoire, radiologie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services avancés de diagnostic (p.ex., IRM, TDM, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments et appareils médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, veuillez préciser :							
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14a. Typiquement, lorsqu'un patient communique avec votre cabinet ou vous est référé, combien de temps ce patient doit-il attendre avant d'obtenir son premier rendez-vous AVEC VOUS OU VOTRE PRATIQUE ?

**Demande urgente :**  La même journée  Jours   (nbre)  Pas certain  Ne s'applique pas

**Demande non urgente :**  La même semaine  Semaines    (nbre)  Pas certain  Ne s'applique pas



**14b. Dans quelle mesure votre pratique accepte-t-elle de nouveaux patients dans votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients ?** *Veillez cocher UN SEUL choix.*

- Aucune restriction, ma pratique est ouverte à tous les nouveaux patients.
- Fermée en partie. Veuillez donner une estimation du nombre de nouveaux patients que vous avez acceptés dans votre pratique au cours des 12 derniers mois :
- Complètement fermée.
- Ne s'applique pas à mon milieu de pratique.

**14c. Combien de patients environ votre pratique compte-t-elle ?**     s.o.

**14d. Veuillez estimer le nombre de patients que vous voyez au cours d'une semaine TYPE, À L'EXCLUSION de ceux que vous voyez pendant les heures de garde (« garde » définie comme étant le temps en dehors de votre horaire habituel pendant lequel vous êtes disponible pour les patients) :**

Nombre de patients vus par semaine :

## E. VOTRE PRATIQUE ET VOTRE PROFIL DE TRAVAIL

**15. Veuillez indiquer si vous offrez les soins suivants à vos patients et s'il s'agit d'un DOMAINE PARTICULIER DE CONCENTRATION de votre pratique :** *Veillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.*

	J'offre ces soins	Domaine de concentration de ma pratique		J'offre ces soins	Domaine de concentration de ma pratique
Médecine d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soulagement de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine parallèle ou complémentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médecine palliative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine des voyageurs ou tropicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médecine du travail ou industrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine esthétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médecine de réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthésiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médecine sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine communautaire, services de santé publique, promotion de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurgie d'un jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynécologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Services auxiliaires en chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liaison avec les services à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soins aux patients hospitalisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins hospitaliers (hospitaliste) (responsabilité première des patients hospitalisés à qui vous ne donnez pas de soins après le congé d'hôpital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soins intrapartum si oui, nombre annuel d'accouchements <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visites à domicile pour dispenser des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénatalogie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infectiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anténatalogie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suivi périodique des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie et counselling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultation légale ou médicolégale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins en toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counselling en nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

16. Veuillez indiquer si vous donnez des soins aux personnes suivantes : Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.

	Je dispense des soins à ces patients	Cette population de patients représente plus de 10 % de ma clientèle		Je dispense des soins à ces patients	Cette population de patients représente plus de 10 % de ma clientèle
Nouveau-nés (<1 mois)	<input type="checkbox"/>		Personnes de la rue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nourrissons (1-12 mois)	<input type="checkbox"/>		Gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants (1-11 ans)	<input type="checkbox"/>		Populations non résidentes ou saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adolescents (12-19 ans)	<input type="checkbox"/>		Patients atteints d'hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femmes	<input type="checkbox"/>		Patients atteints de diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femmes enceintes	<input type="checkbox"/>		Patients atteints de cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hommes	<input type="checkbox"/>		Patients atteints de maladies mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Âgés de 65 à 74 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patients atteints d'obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Âgés de 75 à 89 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patients atteints de cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Âgés de 90 ans et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patients atteints de maladies neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autochtones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patients atteints de maladies respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minorités ethniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patients porteurs du VIH-sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nouveaux immigrants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patients atteints de toxicomanies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes démunies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patients atteints d'invalidité physique permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans-abri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## F. RÉPARTITION DE VOTRE TEMPS

« GARDE » = heures non comprises dans votre horaire habituel et pendant lesquelles vous êtes disponible pour les patients

### 17a. Faites-vous des heures de garde ?

- Non (Passez à la question 18)
- Oui - Si oui, décrivez vos activités de garde. Veuillez cocher TOUTES les cases qui s'appliquent.
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Garde pour soins obstétricaux  | <input type="checkbox"/> Garde pour les demandes de consultation régionales          |
| <input type="checkbox"/> Garde pour soins aux patients hospitalisés   | <input type="checkbox"/> Garde pour l'urgence  |
| <input type="checkbox"/> Garde pour patients non hospitalisés - appels téléphoniques seulement                  | <input type="checkbox"/> Garde pour centre d'hébergement ou de soins de longue durée |
| <input type="checkbox"/> Garde pour patients non hospitalisés - appels téléphoniques et consultations au besoin | <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :                                  |

### 17b. Veuillez estimer le nombre total d'heures que vous consacrez en moyenne PAR MOIS aux activités de garde :

heures/mois.

### 17c. Veuillez estimer le nombre mensuel de vos heures de garde consacrées aux soins directs aux patients

(p. ex. téléphone, courriel, face-à-face) :

heures/mois



17d. Vous arrive-t-il d'être de garde pendant des périodes continues de 24 heures où vous participez aux soins directs aux patients ?  Oui  Non

Si oui, vous demande-t-on de dispenser des soins directs aux patients immédiatement après ces périodes de 24 heures ?  
 Oui  Non

17e. Veuillez estimer le nombre de patients que vous VOYEZ par mois durant les heures de garde :

patients/mois

18. À L'EXCLUSION DU TEMPS DE GARDE, combien D'HEURES PAR SEMAINE consacrez-vous EN MOYENNE aux activités suivantes ? Supposez que les activités s'excluent mutuellement. Ainsi, si une activité couvre deux catégories, veuillez rapporter les heures dans une seule catégorie.

a) Soins directs aux patients sans composante d'enseignement, indépendamment du milieu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine
b) Soins directs aux patients avec une composante d'enseignement, indépendamment du milieu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine
c) Enseignement ou formation sans soins directs aux patients (contact avec les étudiants ou résidents, préparation, attribution de notes, évaluations, etc.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine
d) Soins indirects aux patients (dossiers, rapports, appels téléphoniques, rencontres avec les familles, etc.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine
e) Comités des établissements de santé (comités de planification académique)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine
f) Administration (c.-à.-d. gestion d'un programme universitaire, médecin chef, direction d'un département, ministère de la Santé, etc.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine
g) Recherche (y compris la gestion de la recherche et des publications)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine
h) Gestion de votre pratique (personnel, installation, équipement, etc.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine
i) Éducation médicale continue ou développement professionnel continu (cours, lectures, vidéos, bandes audio, séminaires, etc.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine
j) Autre (participation à des organisations professionnelles ou de spécialité, activités médico-légales, etc.), veuillez préciser :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine
<b>SOMME de 18.a) à 18.j) NOMBRE TOTAL D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	• <input type="text"/> heures / semaine

19. Au cours de la dernière année, avez-vous :

a) Fait appel à un médecin suppléant ou dépanneur ?

Oui  Non, suppléant ou dépanneur non disponible  Non, suppléant ou dépanneur pas nécessaire

b) Offert personnellement des services de dépannage ou de suppléance à un autre médecin ?

Oui  Non

20a. Travaillez-vous régulièrement comme médecin visiteur ? Il s'agit de médecins qui donnent des soins en d'autres lieux à des patients extérieurs à leur pratique (médecins volants pour les régions éloignées, par exemple). Les suppléants sont exclus de cette définition.

Oui  Non

20b. Si oui, combien de jours par mois agissez-vous en qualité de médecin visiteur ?

**21a. Veuillez indiquer la fréquence d'utilisation et le degré d'incidence sur votre pratique médicale des modes suivants d'éducation professionnelle continue :**

**Fréquence :** 1=Jamais 2=Une fois par an 3=Tous les six mois 4=Une fois par mois 5=Plus d'une fois par mois

**Degré d'incidence :** 1=Très négligeable 2=Assez négligeable 3=Neutre 4=Assez importante 5=Très importante NU=Non-utilisation

	Fréquence					Incidence					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NU
Conférences, cours ou événements agréés (participation en personne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conférences, cours ou événements non agréés (participation en personne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lecture de revues soumises à l'examen des pairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lecture de publications médicales non soumises à l'examen des pairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de ressources scientifiques fondées sur des données probantes (guides de pratique, bases de données, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'outils de formation informatiques non en ligne (p. ex., CD-ROM, DVD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'outils de formation sur Internet ou d'e-apprentissage (p. ex., cours en ligne, webinaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participation à des rondes ou visites hospitalières ou cliniques, à des clubs de revues et à d'autres activités en petit groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités d'autoévaluation (p. ex., questions à choix multiples, portefeuilles de pratique, registres d'EMC, rétroaction de sources diverses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérifications de pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simulation (p. ex., simulateurs de déroulement intégral ou partiel de tâches, réalité virtuelle, patients types, jeux de rôle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21b. Veuillez évaluer l'importance qu'a eue chacun des obstacles ci-dessous pour vous empêcher de participer à des activités d'éducation médicale continue ou de développement professionnel continu (EMC-DPC).**

	N'est pas un obstacle	Obstacle assez important	Obstacle très important	Sans objet
Temps devant être passé loin de la pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de suppléants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps devant être passé loin de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coût des déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coûts des activités d'EMC-DPC (frais d'inscription, de documents, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de possibilités (rareté ou absence de cours disponibles, commodes ou désirés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'utilité pour ma pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## G. VOTRE REVENU PROFESSIONNEL

22. Au cours de la dernière année, environ quelle proportion de votre revenu professionnel avez-vous reçue de chacun des modes de rémunération suivants ? Veuillez noter que LE TOTAL DOIT ÊTRE DE 100 %

À l'acte (soins assurés ou non)					.		%
À salaire					.		%
Par capitation					.		%
À la vacation, à tarif quotidien ou à taux horaire					.		%
À contrat					.		%
Primes et incitatifs					.		%
Autre, veuillez préciser : _____					.		%
TOTAL	1	0	0		.	0	%

## H. CHANGEMENTS DANS VOTRE PRATIQUE

23. Veuillez indiquer lesquels parmi les facteurs suivants augmentent la demande pour votre temps au travail ?

Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Population vieillissante   | <input type="checkbox"/> Manque de disponibilité des services médicaux locaux ou régionaux dans d'autres spécialités |
| <input type="checkbox"/> Complexité croissante de la charge professionnelle                                   | <input type="checkbox"/> Manque de disponibilité d'autres professionnels de la santé locaux ou régionaux             |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge des patients atteints de maladies ou affections chroniques           | <input type="checkbox"/> Préoccupations face à la responsabilité professionnelle                                     |
| <input type="checkbox"/> Augmentation des demandes des patients   | <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____  |
| <input type="checkbox"/> Augmentation de la charge administrative ou de la paperasse                          | <input type="checkbox"/> Aucun de ces facteurs   |
| <input type="checkbox"/> Manque de disponibilité des services médicaux locaux ou régionaux dans ma spécialité |  |

24. En songeant aux DEUX DERNIÈRES ANNÉES, veuillez cocher tous les énoncés qui s'appliquent aux changements que vous avez déjà faits. En songeant aux DEUX PROCHAINES ANNÉES, veuillez cocher tous les changements que vous comptez faire.

	2 DERNIÈRES années		2 PROCHAINES années	
	Diminution	Augmentation	Diminution	Augmentation
Heures hebdomadaires de travail (à l'exclusion des heures de garde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heures de garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heures de travail clinique (à l'exclusion des heures de garde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enseignement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilités administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champ d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 DERNIÈRES années		2 PROCHAINES années	
Retraite de la pratique clinique		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Quitter le Canada pour exercer dans un autre pays		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Déménager votre pratique dans un(e) autre province ou territoire du Canada		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Concentrer votre pratique dans un domaine d'intérêt particulier		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cesser de dispenser des soins intrapartum		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Faire partie d'un réseau de pratique		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre(s) changement(s) EFFECTUÉ(S), veuillez préciser : _____		<input type="checkbox"/>		
Autre(s) changement(s) PLANIFIÉS, veuillez préciser : _____				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aucun changement effectué ou planifié				

**25. Si vous prévoyez prendre votre retraite prochainement, quels facteurs parmi les suivants pourraient vous inciter à exercer plus longtemps ?** *Veillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Possibilité de faire seulement de la suppléance   | <input type="checkbox"/> Pas de tâches en milieu hospitalier     |
| <input type="checkbox"/> Plus grande latitude de gestion de mon emploi du temps (p. ex., travail à temps partiel, à temps partagé) | <input type="checkbox"/> Poste universitaire                     |
| <input type="checkbox"/> Petite pratique dans une nouvelle communauté  | <input type="checkbox"/> Aucun de ces facteurs                   |
| <input type="checkbox"/> Encouragements pécuniaires (p.ex., primes pour chaque année de travail après l'âge de 65 ans)             | <input type="checkbox"/> Autre, <i>veuillez préciser</i> : _____ |
| <input type="checkbox"/> Diminution des heures de garde  | <input type="checkbox"/> Aucun projet de retraite prochaine      |

## I. VOTRE UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

**26a. Votre clinique a-t-elle son propre site Web?**  Oui  Non

**Si oui, les patients peuvent-ils passer par votre site Web pour prendre rendez-vous à votre cabinet ?**  Oui  Non

**26b. Référez-vous vos patients à des sites Web ?**  Oui  Non

**Si oui, veuillez préciser à quelles fins.** *Veillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Renseignements sur les maladies | <input type="checkbox"/> Renseignements sur les traitements      |
| <input type="checkbox"/> Services aux patients           | <input type="checkbox"/> Autre, <i>veuillez préciser</i> : _____ |

**26c. Utilisez-vous le courriel, QUEL QUE SOIT LE CONTEXTE, pour communiquer avec :**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Vos collègues :   | <input type="checkbox"/> à des fins cliniques | <input type="checkbox"/> à d'autres fins |
| Vos patients :  | <input type="checkbox"/> à des fins cliniques | <input type="checkbox"/> à d'autres fins |
| <input type="checkbox"/> Autres   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas - Je n'utilise pas le courriel |   |  |

**27. Dans votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients, lequel des énoncés suivants décrit votre système de tenue de dossiers ?** *Veillez cocher UN SEUL choix.*

- Mes dossiers sont sur papier seulement - veuillez passer à la question 29
- J'utilise une COMBINAISON DE DOSSIERS SUR PAPIER ET ÉLECTRONIQUES pour entrer et retrouver des notes cliniques relatives aux patients
- J'utilise des dossiers électroniques AU LIEU DES DOSSIERS SUR PAPIER pour entrer et retrouver des notes cliniques relatives aux patients.
- Ne s'applique pas – Je ne dispense pas de soins aux patients. – Veuillez passer à la question 30

**28a. Où accédez-vous aux dossiers électroniques de vos patients ?** *Veillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.*

- |  |  |
|--|--|
| A <input type="checkbox"/> Cabinet, clinique communautaire, centre de santé communautaire          | D <input type="checkbox"/> Foyer de soins infirmiers, foyer pour personnes âgées |
| B <input type="checkbox"/> Centre hospitalier, centre hospitalier universitaire, service d'urgence | E <input type="checkbox"/> Autre, <i>veuillez préciser</i> : _____               |
| C <input type="checkbox"/> Université, faculté de médecine, centre de recherche                    | F <input type="checkbox"/> Sans objet  |

**28b. Dans quel milieu vous servez-vous le plus souvent de dossiers électroniques ?** *Veillez cocher une seule réponse.*

- A  B  C  D  E  Sans objet

**28c. Si vous accédez aux dossiers électroniques à partir de divers lieux, les dossiers de ces lieux sont-ils reliés électroniquement les uns aux autres, de sorte qu'on puisse consulter un même dossier électronique à partir d'endroits différents ?**

- Oui, tous ces lieux sont reliés électroniquement les uns aux autres.
- Certains de ces lieux sont reliés électroniquement les uns aux autres.
- Aucun de ces lieux n'est en liaison électronique avec un autre.



**29. Veuillez indiquer lesquels des moyens suivants (ordinateur de bureau = PC; ordinateur portable = portable; petit appareil manuel sans fil = ANP) vous utilisez ou comptez utiliser dans les soins à vos patients.**

*Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.*

	J'utilise avec un PC ou un portable	J'utilise avec un ANP	Je compte utiliser avec un PC, un portable ou un ANP d'ici 2 ans
Système électronique de rendez-vous ou de calendrier pour les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facturation électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossiers électroniques pour entrer et retrouver les notes cliniques relatives aux patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système de rappels électroniques pour les soins recommandés aux patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions et(ou) interactions médicamenteuses indésirables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface électronique avec les pharmacies et pharmaciens externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface électronique avec d'autres systèmes externes (p. ex. hôpitaux ou autres cliniques) pour l'accès aux renseignements ou le partage de renseignements concernant les patients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télémédecine, diffusion Web, vidéoconférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès en ligne aux revues, guides de pratique clinique, bases de données médicales (p. ex. MEDLINE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMC en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forums de discussion en ligne avec d'autres médecins à des fins professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outils en ligne de gestion des maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Je n'utilise pas et je ne prévois pas utiliser les moyens qui précèdent.			

## J. VOTRE SATISFACTION PROFESSIONNELLE

**30. Veuillez indiquer votre degré de satisfaction à l'égard des éléments suivants :**

	Très satisfait(e)	Assez satisfait(e)	Neutre	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)	Sans objet
Votre vie professionnelle actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équilibre entre vos engagements personnels et professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations avec vos patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations avec les médecins de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations avec les médecins des autres spécialités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## K. PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES (PCMC)

**31a. Disposez-vous de renseignements sommaires sur votre population de patients atteints de maladies chroniques (p. ex., pourcentage de patients atteints de diabète devant subir un examen ophtalmologique) ?**  Oui  Non

Sinon, jugeriez-vous de tels renseignements utiles ?  Oui  Non

**31b. Utilisez-vous habituellement un algorithme ou une liste de contrôle de traitement dans le cas des maladies chroniques ?**  Oui  Non

Sinon, jugeriez-vous de tels moyens utiles ?  Oui  Non

**32a. Donnez-vous à vos patients atteints de maladies chroniques des consignes écrites sur la façon de prendre en charge leurs propres soins à domicile ? (p. ex., indications sur la gestion des symptômes, la prévention des poussées actives ou la surveillance de l'état médical à domicile)**

Oui, couramment  Oui, occasionnellement  Non  Ne sais pas / refuse de répondre

**32b. Employez-vous des outils électroniques pour gérer les maladies chroniques de vos patients ?** *Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.*

DME  sites web  formules ou programmes PCMC en ligne  courrier électronique  autre

## L. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

33. Où êtes-vous né(e) ?  Canada  États-Unis  Autre pays \_\_\_\_\_

34a. Année d'obtention de votre diplôme d'études médicales de premier cycle :

Année où vous avez terminé votre PLUS RÉCENTE

formation médicale postdoctorale (c.-à-d., résidence ou internat) :

34b. Veuillez indiquer où vous avez complété votre formation médicale. Veuillez cocher UNE seule case par catégorie.

PRE = études médicales de premier cycle (Faculté de médecine)

POST = formation médicale avancée LA PLUS RÉCENTE (c.-à-d. résidence ou internat)

ENDROIT	PRE	POST	ENDROIT	PRE	POST	ENDROIT	PRE	POST
U de la C.-B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	McMaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Université Laval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U de Calgary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U de Toronto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dalhousie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U de l'Alberta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U d'Ottawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U Memorial de T.-N.-L.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U de la Saskatchewan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Queen's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	États-Unis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U du Manitoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U de Sherbrooke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre, veuillez préciser le pays :		
U Western Ontario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U de Montréal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pre : _____	<input type="checkbox"/>	
École de médecine du Nord de l'Ontario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	McGill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Post : _____		<input type="checkbox"/>

35. Titres actuellement détenus de spécialité médicale. Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Collège des médecins de famille du Canada

Collège des médecins du Québec

Autre désignation médicale : \_\_\_\_\_

Autre(s) grade(s) :

Maîtrise : \_\_\_\_\_

Doctorat : \_\_\_\_\_

36. En quelle année avez-vous obtenu pour la première fois un permis d'exercice de la médecine au Canada ?

37a. Avez-vous des enfants (y compris les enfants du conjoint) ?  Non  Oui - âge du cadet ?   ans

En moyenne, pendant combien d'heures par semaine avez-vous la responsabilité principale de la garde ou de la surveillance de ces enfants (à l'exclusion des heures de sommeil) ?    heures/semaine

37b. Avez-vous d'autres personnes à charge dont vous vous occupez personnellement (petits-enfants, personnes âgées, personnes handicapées) ?  Non  Oui

Si vous avez répondu oui, combien d'autres personnes à charge avez-vous ?

En moyenne, combien d'heures par semaine passez-vous à vous occuper des autres personnes à votre charge (à l'exclusion des heures de sommeil) ?    heures/semaine

38. La capacité d'assurer le suivi d'une cohorte d'individus au fil du temps procurerait des informations de recherche d'une valeur inestimable pour la planification des ressources humaines en santé. Accepteriez-vous que les réponses de ce sondage soient reliées à vos réponses lors des futures éditions du Sondage national des médecins ? Les résultats de ces données de cohorte seront diffusés seulement sous forme agrégée, jamais sous forme individuelle.

Oui, j'accepte de faire partie de la cohorte du Sondage national des médecins.

39. Commentaires : \_\_\_\_\_

On pourra utiliser, dans des publications et des présentations, des citations directes représentatives d'une notion exprimée par un grand nombre des répondants, mais elles ne seront pas attribuées à une personne en particulier.

Cochez ici si vous désirez participer à un tirage de 1000 \$ libre d'impôt pour vous-même ou pour l'œuvre enregistrée de bienfaisance de votre choix.

Si vous gagnez, votre nom et vos coordonnées serviront uniquement à vous aviser que vous êtes le gagnant hors de tout lien avec les réponses au sondage. Pour connaître toutes les règles du concours, veuillez consulter : [www.amc.ca/snm-p](http://www.amc.ca/snm-p)

Veuillez retourner le questionnaire dûment rempli dans l'enveloppe-retour fournie à cette fin, à l'attention du Sondage national des médecins, a/s Association médicale canadienne, 1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8. Pour toute question au sujet du sondage, veuillez communiquer avec Tara S. Chauhan au 800 663-7336, poste 2163.

