



# Sondage national

2004

# auprès des médecins

Si vous voulez compléter le sondage en ligne, s.v.p. vous rendre à l'adresse suivante :  
[www.cma.ca/NPS/gfp/index.asp](http://www.cma.ca/NPS/gfp/index.asp)

Avant de commencer, vous devrez fournir votre numéro d'identité. Entrez le numéro ci-dessous :

Si vous avez de la difficulté à accéder au questionnaire en direct, veuillez communiquer avec Tara S. Chauhan, au 1 800 663-7336, poste 2163.

*Should you prefer to complete this questionnaire in English, please call us toll free at 1 800 663-7336 x2258 and we will gladly send you an English-language form.*

**Nous vous remercions de bien vouloir prendre le temps de remplir le questionnaire.**



The College of  
Family Physicians  
of Canada

Le Collège des  
médecins de famille  
du Canada

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

The Royal College of  
Physicians and Surgeons  
of Canada



Le Collège royal  
des médecins et chirurgiens  
du Canada

Veillez remplir ce questionnaire si l'une des catégories ci-dessous s'applique à votre situation actuelle. *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- Je pratique la médecine à temps plein ou à temps partiel.
- Je suis médecin dépanneur/suppléant. *Veillez remplir le questionnaire en vous reportant à votre pratique médicale la plus récente ou à votre pratique actuelle.*
- Je suis employé dans un domaine médical ou lié à la médecine (Ex: administration, enseignement, recherche).
- Je suis en congé sans solde ou en congé sabbatique d'une pratique médicale active. *Veillez remplir le questionnaire en vous reportant à votre pratique médicale la plus récente.*

Si vous **NE FAITES PAS** partie d'une des catégories précédentes, veuillez préciser votre situation en cochant la catégorie appropriée ci-dessous, puis renvoyer le questionnaire NON REMPLI en utilisant l'enveloppe-réponse ci-jointe. Merci.

- Étudiant(e) en médecine
- Retraité(e)
- Résident(e)
- Autre (*veuillez préciser*)

## A. Milieu de travail

1. La liste suivante énumère divers milieux de travail. Veuillez indiquer, dans la liste ci-dessous, la ou les catégories qui décrivent le mieux le ou les milieux dans lesquels vous travaillez. *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- |  |   |
|--|---|
| A <input type="checkbox"/> Cabinet privé/Clinique privée (à l'exclusion des cliniques sans rendez-vous indépendantes)    | G <input type="checkbox"/> Centre d'accueil pour personnes âgées/Centre d'hébergement |
| B <input type="checkbox"/> Clinique communautaire/Centre de soins communautaires/Centre local de services communautaires | H <input type="checkbox"/> Bureau administratif                                       |
| C <input type="checkbox"/> Clinique sans rendez-vous indépendante  | I <input type="checkbox"/> Unité de recherche   |
| D <input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire  | J <input type="checkbox"/> Laboratoire indépendant/Clinique diagnostique              |
| E <input type="checkbox"/> Hôpital   | K <input type="checkbox"/> Autre  |
| F <input type="checkbox"/> Salle d'urgence d'un hôpital ou d'un CHU  |   |

2.a) Veuillez indiquer lequel des milieux ci-dessus est votre milieu de travail PRINCIPAL (c.-à-d. le milieu où vous passez le plus de votre temps de travail). *Veillez entourer UNE SEULE des lettres suivantes correspondant aux catégories ci-dessus.*

A B C D E F G H I J K

2.b) Veuillez indiquer lequel des milieux ci-dessus est votre milieu de pratique PRINCIPAL (c.-à-d. le milieu où vous passez le plus de temps à dispenser des soins aux patients). *Veillez entourer UNE SEULE des lettres suivantes correspondant aux catégories ci-dessus. (Si vous ne donnez pas de soins aux patients, entourez S.O. et PASSEZ À LA QUESTION 10.)*

A B C D E F G H I J K S.O.

## B. Milieu de pratique (soins des patients)

3.a) Indiquez le mode d'organisation de votre milieu de pratique PRINCIPAL indiqué à la question 2.b). *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- Pratique en solo
- Pratique de groupe
- Réseau de pratique
- Autre
- Ne s'applique pas

Indiquez, le cas échéant, ce que vous partagez avec d'autres médecins. *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- Les locaux du bureau
- L'équipement
- Les dépenses
- Les dossiers des patients
- Le personnel
- La garde
- Autre

**3.b)** Indiquez les types de professionnels de la santé qui travaillent avec vous dans votre milieu de pratique PRINCIPAL. *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecins de famille                          | <input type="checkbox"/> Ergothérapeutes          | <input type="checkbox"/> Autre ( <i>veuillez préciser</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Médecins spécialistes                        | <input type="checkbox"/> Physiothérapeutes        | <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> Infirmières praticiennes                     | <input type="checkbox"/> Travailleurs sociaux     | <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> Infirmières (Ex.: inf. aut., inf. aux. aut.) | <input type="checkbox"/> Pharmaciens              | <input type="checkbox"/> Autre ( <i>veuillez préciser</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Diététistes/Nutritionnistes                  | <input type="checkbox"/> Techniciens/Technologues | <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> Psychologues                                 | <input type="checkbox"/> Sages-femmes             |   |

**3.c)** Votre milieu de pratique PRINCIPAL est-il accessible en fauteuil roulant?

- Oui     Non     S.O.

## C. Profil de pratique/de travail

**4.a)** Décrivez la population que vous desservez PRINCIPALEMENT dans votre pratique. *Ne cochez qu'UNE seule.*

- |  |   |
|--|---|
| A <input type="checkbox"/> Centre-ville          | E <input type="checkbox"/> Géographiquement isolée/Éloignée             |
| B <input type="checkbox"/> Grande ville/Banlieue | F <input type="checkbox"/> Autre _____                                  |
| C <input type="checkbox"/> Petite ville          | G <input type="checkbox"/> Ne peut identifier une population principale |
| D <input type="checkbox"/> Rurale                |   |

**4.b)** Si vous desservez une population secondaire distincte, veuillez l'indiquer en entourant la lettre appropriée (à partir des catégories énumérées à la question 4a ci-dessus). *Veillez entourer UNE seule lettre.*

- A   B   C   D   E   F   S.O.

**5.** Un des groupes suivants représente-t-il plus de 10 % de vos patients? *Si oui, veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patients vivant avec le VIH/sida                       | <input type="checkbox"/> Personnes démunies    |
| <input type="checkbox"/> Patients souffrant de troubles mentaux chroniques      | <input type="checkbox"/> Autochtones           |
| <input type="checkbox"/> Patients souffrant d'incapacités physiques permanentes | <input type="checkbox"/> Nouveaux immigrants   |
| <input type="checkbox"/> Toxicomanes  | <input type="checkbox"/> Minorités culturelles |
| <input type="checkbox"/> Personnes sans-abri/«de la rue »                       | <input type="checkbox"/> Autre                 |
| <input type="checkbox"/> Populations non résidentes/saisonniers                 | <input type="text"/>                           |

**6.** Veuillez estimer le nombre de patients qui vous consultent EN MOYENNE PAR SEMAINE, À L'EXCLUSION de ceux que vous voyez pendant les heures de garde (c.-à-d. en dehors de votre horaire habituel en clinique où vous êtes disponible pour les patients) :

TOTAL  patients vus par semaine

7. Veuillez indiquer TOUS les domaines d'activité professionnelle qui font partie de votre pratique et (ou) qui sont des domaines d'intérêt spécial. Pour les domaines d'intérêt spécial, donnez également le pourcentage du temps consacré à chacun (les pourcentages n'ont pas à totaliser 100 % mais ne doivent pas dépasser 100 %). *Note : Vous pouvez inclure un domaine d'activité professionnelle à votre profil même si vous n'êtes pas certifié dans ce domaine.*

Domaine d'activité professionnelle		Partie de ma pratique	Domaine d'intérêt spécial	Si domaine d'intérêt spécial, indiquez le pourcentage du temps
Soins aux toxicomanes	593	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Administration	523	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Médecine parallèle/douce	599	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Médecine de l'adolescent	625	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Anesthésie	101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Soins aux cancéreux/oncologie	132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Cardiologie	103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Prise en charge des maladies chroniques	699	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Médecine communautaire/santé publique	107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Dermatologie/médecine cosmétique	112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Médecine d'urgence	115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Médecine familiale/omnipratique/soins de première ligne	587	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Gériatrie/soins aux personnes âgées	121	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Gynécologie	308	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Soins à domicile	543	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Soins hospitaliers	545	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Maladies infectieuses	125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Médecine internationale	589	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Consultations légales/médocolégales	555	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Nutrition	541	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Obstétrique	307	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Médecine du travail/industrielle	139	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Soulagement de la douleur	521	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Soins palliatifs	427	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Pédiatrie	141	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Médecine préventive	697	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Psychiatrie	167	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %

Domaine d'activité professionnelle		Partie de ma pratique	Domaine d'intérêt spécial	Si domaine d'intérêt spécial, indiquez le pourcentage du temps
Psychothérapie/"counselling"	598	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Recherche	510	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Médecine du sport	615	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Chirurgie	304	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Assistance chirurgicale	306	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Enseignement	695	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Médecine des voyageurs/tropicale	591	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Santé des femmes	565	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Autre _____	821	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Autre _____	822	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Autre _____	823	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Autre _____	824	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
Autre _____	825	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %

## D. Profil de pratique clinique

8. Parmi les actes suivants, lesquels accomplissez-vous dans le cadre de votre pratique? *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiométrie  | <input type="checkbox"/> Exérèse de lésions cutanées superficielles (Ex.: naevi, kératoses, kystes)     |
| <input type="checkbox"/> Réfractométrie   | <input type="checkbox"/> Cryothérapie de lésions cutanées superficielles (Ex.: verrues, naevi, lentigo) |
| <input type="checkbox"/> Interprétation d'électrocardiogramme                                 | <input type="checkbox"/> Biopsie cutanée  |
| <input type="checkbox"/> Exploration fonctionnelle respiratoire                               | <input type="checkbox"/> Autre biopsie<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Test de Papanicolaou   | <input type="checkbox"/> Sutures  |
| <input type="checkbox"/> Insertion d'un stérilet  | <input type="checkbox"/> Chirurgie des orteils  |
| <input type="checkbox"/> Aspiration endométriale  | <input type="checkbox"/> Autre petite chirurgie<br>_____  |
| <input type="checkbox"/> Ponction lombaire  | <input type="checkbox"/> Autre acte<br>_____  |
| <input type="checkbox"/> Pose de plâtres/attelles   |   |
| <input type="checkbox"/> Injection de liquide dans les articulations et aspiration de liquide |   |
| <input type="checkbox"/> Incision et drainage d'abcès   |   |
| <input type="checkbox"/> Anuscopie  |   |
| <input type="checkbox"/> Autre endoscopie<br>_____  |   |
| <input type="checkbox"/> Aspiration à l'aiguille (pour diagnostic/biopsie)                    |   |

9. Veuillez décrire votre participation aux soins à la mère et au nouveau-né.

- Les soins à la mère et au nouveau-né **ne font pas** partie de ma pratique (Veuillez PASSER À LA QUESTION 10)
- Les soins à la mère et au nouveau-né **font** partie de ma pratique, et je donne: *Veuillez cocher TOUS les éléments pertinents.*
  - Soins prénatals
  - Soins intrapartum. Nombre annuel d'accouchement : \_\_\_\_\_
  - Je ne **donne pas** de soins intrapartum, mais je réfère habituellement mes patientes à faible risque à :
    - un autre médecin de famille/omnipraticien     un obstétricien/gynécologue     une sage-femme
  - Soins postnatals (soins à la mère à l'hôpital ou au cabinet)
  - Soins néonataux (soins au nouveau-né à l'hôpital ou au cabinet)

## E. Répartition du temps

10.a) À L'EXCLUSION DU TEMPS DE GARDE, combien D'HEURES PAR SEMAINE consacrez-vous EN MOYENNE aux activités suivantes? *Comme chaque activité s'exclut mutuellement, si une activité couvre deux catégories, veuillez rapporter les heures dans une seule catégorie.*

- i) **Soins directs aux patients sans composante d'enseignement**, indépendamment du milieu \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - ii) **Soins directs aux patients avec une composante d'enseignement**, indépendamment du milieu \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - iii) **Enseignement/formation** sans soins directs aux patients (contact avec les étudiants/résidents, préparation, attribution de notes, évaluations, etc.) \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - iv) **Soins indirects aux patients** (dossiers, rapports, appels téléphoniques, rencontres avec les familles, etc.) \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - v) **Comités des établissements de santé** \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - vi) **Gestion de votre pratique** (personnel, installations, équipement, etc.) \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - vii) **Recherche** (y compris la gestion de la recherche et des publications) \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - viii) **Administration** (c.-à-d. gestion d'un programme universitaire, médecin-chef, direction d'un département, ministère de la Santé, etc.) \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - ix) **Formation médicale continue/développement professionnel continu** (cours, lectures, vidéos, bandes audio, séminaires, etc.) \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - x) **Autre** (engagement au sein d'organisations professionnelles ou de spécialités, activités médico-légales, etc.) \_\_\_\_\_ heures/semaine
- SOMME de 10.a)i à 10.a)x **NOMBRE TOTAL D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE** \_\_\_\_\_ heures/semaine

10.b) Parmi les heures consacrées aux soins directs aux patients (À L'EXCLUSION DES ACTIVITÉS DE GARDE) telles qu'indiquées à 10.a)i et ii ci-dessus, précisez combien sont affectées aux activités ci-dessous.

- i) **Soins aux patients au cabinet/à la clinique** \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - ii) **Soins à domicile** \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - iii) **Soins en salle d'urgence** \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - iv) **Soins intrahospitaliers** \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - v) **Soins intrahospitaliers dans d'autres types d'établissements** (Ex. : centre d'accueil, centre de réadaptation, etc.) \_\_\_\_\_ heures/semaine
  - vi) **Autre** \_\_\_\_\_ heures/semaine
- SOMME de 10.b)i à 10.b)vi **TOTAL (ne doit pas excéder la somme de i et ii à 10.a)** \_\_\_\_\_ heures/semaine

**“GARDE” = heures non comprises dans votre horaire habituel en clinique où vous êtes disponible pour les patients.**

**11.a)** Décrivez vos activités de garde. *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- Je ne fais pas de garde (Veillez PASSER À LA QUESTION 12)
- Garde pour soins obstétricaux
- Garde pour soins intrahospitaliers
- Garde pour patients non hospitalisés — Appels téléphoniques seulement
- Garde pour patients non hospitalisés — Appels téléphoniques et consultations au besoin
- Garde en disponibilité pour la salle d’urgence
- Garde en Centre d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans le cadre d’un programme de maintien à domicile
- Autre

**11.b)** Veuillez estimer le nombre total d’heures que vous consacrez en moyenne PAR MOIS aux activités de garde

heures/mois

**11.c)** Veuillez estimer le nombre de vos heures de garde mensuelles consacrées aux soins directs aux patients

heures/mois

**11.d)** Veuillez estimer le nombre de patients que vous voyez par mois durant les heures de garde.

patients/mois

**12.** Dans une année TYPE, combien de semaines consacrez-vous à chacune des activités suivantes?

\_\_\_\_\_ Semaines à dispenser des services cliniques/soins médicaux, à faire de l’administration, de l’enseignement, de la recherche, de la FMC/DPC (développement professionnel continu)

\_\_\_\_\_ Semaines d’absence de la pratique pour fins de FMC/DPC

\_\_\_\_\_ Semaines de vacances

\_\_\_\_\_ Semaines consacrées à d’autres activités

**52 LE TOTAL DOIT ÊTRE DE 52 SEMAINES**

**13.a)** Au cours de la dernière année, vous êtes-vous absenté(e) du travail pour des raisons de maladie ou d’incapacité?  Oui  Non

Si OUI, pendant environ combien de jours avez-vous été absent(e) durant la dernière année?

\_\_\_\_\_ (nombre de jours)

Cette maladie/incapacité était-elle causée par votre travail?  Oui  Non

**13.b)** Au cours de la dernière année, vous êtes-vous absenté(e) du travail pour des raisons personnelles (Ex.: maternité, paternité, soins à un membre de la famille)?  Oui  Non

Si OUI, pendant environ combien de jours avez-vous été absent(e) durant la dernière année :

\_\_\_\_\_ (nombre de jours)

## F. Revenu professionnel

**14.a)** Au cours de la dernière année, environ quelle proportion de votre revenu professionnel avez-vous reçue de chacun des MODES DE RÉNUMÉRATION suivants? *LE TOTAL DOIT ÊTRE DE 100 %.*

À l’acte (soins assurés ou non)	_____ %
À salaire	_____ %
Par capitation	_____ %
À la vacation/allocation quotidienne/au taux horaire	_____ %
À contrat	_____ %
Primes et incitatifs	_____ %
Autre _____	_____ %
<b>Total 100 %</b>	

**14.b)** Si vous aviez le choix, comment aimeriez-vous être rémunéré pour vos services médicaux? Veuillez cocher UN SEUL choix.

- À l'acte seulement
- À salaire seulement
- Par capitation seulement
- À la vacation/à l'allocation quotidienne/à taux horaire seulement
- À contrat seulement
- Rémunération mixte

SI MIXTE, quelles composantes aimeriez-vous? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.

- À l'acte
- À salaire
- Par capitation
- À la vacation/à l'allocation quotidienne/à taux horaire
- À contrat
- Avantages sociaux/prestation de retraite
- Rémunération pour la garde autre qu'à l'acte
- Autre \_\_\_\_\_

**14.c)** Veuillez indiquer, parmi les MÉCANISMES DE FINANCEMENT suivants, ceux qui contribuent à votre revenu, soit directement, soit par le soutien financier de votre contexte de pratique. À noter : tous les mécanismes de financement ne sont peut-être pas accessibles dans votre province/territoire. Veuillez cocher TOUTES les réponses pertinentes pour vous.

- Programme de compensation « alternative payment program »
  - Régie régionale de la santé/offices régionaux de la santé
  - Financement additionnel pour des activités dans le cadre d'un centre universitaire
  - Programme de financement partagé (Ex. : groupe de médecine familiale [GMF])
  - Programme de financement global « block funding »
  - Primes pour travail dans les régions rurales/nordiques/insuffisamment desservies
  - Remboursement partiel ou total de la prime d'assurance responsabilité professionnelle (ACPM)
  - Contributions d'un tiers à un régime de retraite ou autres avantages
  - Autre
- 

## G. Accès aux soins

**15.** Quelle est votre organisation pour les soins à vos patients en dehors des heures régulières de bureau? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.

- Médecin disponible
  - Conseils médicaux personnalisés par téléphone
- Si oui, qui donne ce service? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.
- Un médecin associé à votre pratique
  - Une infirmière ou un autre membre de l'équipe soignante associé à votre pratique
  - Un service offert par un organisme externe (Ex.: ligne de renseignements médicaux/sans frais)
  - Autre \_\_\_\_\_
- Instructions de se rendre à l'urgence
  - Instructions de se rendre dans une clinique sans rendez-vous ou ouverte après les heures
  - Instructions d'appeler un service de consultations à domicile
  - Autre \_\_\_\_\_
  - Pas de directive ni d'orientation

16. Veuillez évaluer la disponibilité des services suivants pour vos patients:

	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Faible	S.O.
Consultation auprès de médecins spécialistes en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation en psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation en obstétrique/gynécologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation en chirurgie orthopédique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédiatres/spécialistes en pédiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de salle d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins intrahospitaliers urgents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins hospitaliers pour interventions électives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services ultraspécialisés (Ex. : traumatisme, AVC, dialyse rénale, cancer, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lits de soins de longue durée (c.-à-d. centre d'accueil, soins pour maladies chroniques, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services diagnostiques de routine (Ex. : laboratoire, radiologie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services diagnostiques de pointe (Ex. : IRM, etc.)	<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"/>
Services de soins infirmiers communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'aide à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de soutien psychosocial (Ex. : psychologues, travailleurs sociaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de santé dans la langue du patient ou conforme à sa culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une femme ou un homme médecin selon la préférence du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Dans quelle mesure acceptez-vous de nouveaux patients dans votre milieu de pratique PRINCIPAL? Veuillez cocher UN SEUL choix.

Aucune restriction; ma pratique est ouverte à tous les nouveaux patients

Complètement fermée

Fermée en partie. Veuillez préciser

Ne s'applique pas

## H. Changements dans votre pratique

18. 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.

		Changements effectués au cours des 2 dernières années	Changements prévus au cours des 2 prochaines années
Déménager votre pratique dans la même province/territoire	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déménager votre pratique dans une autre province/territoire du Canada	B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déménager votre pratique au Canada en provenance d'un autre pays	C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitter le Canada pour exercer dans un autre pays	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déménager votre pratique d'un milieu urbain/de banlieue à un milieu rural/éloigné	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déménager votre pratique d'un milieu rural/éloigné à un milieu urbain/de banlieue	F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous spécialiser dans un domaine de pratique médicale _____	G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire votre champ de pratique _____	H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élargir votre champ de pratique _____	I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire les responsabilités liées à l'enseignement, à la recherche et (ou) à l'administration	J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmenter les responsabilités liées à l'enseignement, à la recherche et (ou) à l'administration	K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre temporairement congé de votre pratique	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire vos heures de travail hebdomadaires (à l'exclusion de la garde)	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmenter vos heures de travail hebdomadaires (à l'exclusion de la garde)	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire les heures de garde	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmenter les heures de garde	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer d'une pratique en solo à une pratique de groupe	Q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer à un modèle de pratique multidisciplinaire	R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire partie d'un réseau de pratique	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changer de mode de rémunération	T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous recycler dans le domaine médical	U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre votre retraite	V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandonner la pratique active pour des raisons autres que celles ci-dessus. _____	W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) changement(s) _____	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUCUN CHANGEMENT (si aucun changement effectué ou planifié, PASSEZ À LA QUESTION 20)	Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19.a)** Selon ce que vous avez inscrit à la question 18 ci-dessus, veuillez indiquer le changement le plus important que vous avez EFFECTUÉ au cours des deux dernières années? *Veuillez entourer UNE seule lettre.*

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X

**19.b)** Selon ce que vous avez inscrit à la question 18 ci-dessus, indiquez le changement le plus important que vous COMPTEZ FAIRE aux cours des deux prochaines années. *Veuillez entourer UNE seule lettre.*

A B D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X

**19.c)** Veuillez indiquer les raisons des changements les plus importants que vous avez entourés aux questions 19 (a) et 19 (b) ci-dessus. *Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

<b>CHANGEMENT LE PLUS IMPORTANT Raison(s) du(des) changement(s)</b>	<b>Changements EFFECTUÉS (19.a)</b>	<b>Changements PRÉVUS (19.b)</b>
Réorientation de carrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raisons de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obligations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Priorités financières/besoins financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondre aux besoins de la population/collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## I. Satisfaction professionnelle

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

	<b>Très satisfait(e)</b>	<b>Assez satisfait(e)</b>	<b>Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)</b>	<b>Assez insatisfait(e)</b>	<b>Très insatisfait(e)</b>	<b>S.O.</b>
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 hôpitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations avec les médecins spécialistes	<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 travailleurs de la santé non-médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les possibilités de formation médicale continue ou de perfectionnement pour répondre à vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre capacité de trouver des médecins dépanneurs lorsque vous êtes en formation, en congé ou absent pour raisons personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

21. Lesquelles de vos activités professionnelles trouvez-vous particulièrement

a) STRESSANTE(S)?

b) GRATIFIANTE(S)?

---

## J. Technologie de l'information

22. Quel type d'accès Internet disposez-vous dans votre milieu de pratique PRINCIPAL?

- aucun     réseau commuté (« dial-up »)     haute vitesse (câble, routeur DSL)     J'ignore quel type

23. Parmi les moyens suivants, veuillez indiquer ceux qui sont disponibles dans votre milieu de pratique PRINCIPAL, indiquez si vous les utilisez et s'ils se trouvent sur un assistant numérique (communication sans fil).

	Je l'ai	Je l'utilise	Je l'ai sur un assistant numérique
Dossiers électroniques des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de rendez-vous/système d'agenda électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système de rappel électronique pour des soins recommandés aux patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface électronique avec les pharmacies/pharmaciens externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface électronique avec les services de laboratoire/d'imagerie diagnostique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface électronique avec d'autres systèmes externes (Ex. : hôpitaux ou autres cliniques) pour l'accès ou le partage de renseignements concernant les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système d'avertissement électronique pour prescription et (ou) interaction médicamenteuse indésirable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système électronique d'aide à la décision	<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, lignes directrices de pratique clinique, bases de données médicales (Ex. : MEDLINE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cours/programmes de formation et de perfectionnement en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## K. Niveau d'instruction et renseignements démographiques

24.a) Quand et où avez-vous terminé votre formation MÉDICALE?

	Année de promotion	Nom de l'université	Pays
Formation médicale prédoctorale	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Formation médicale postdoctorale	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

24.b) Veuillez préciser vos certifications médicales.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24.c) Veuillez préciser tout autre grade ou diplôme non médical.

\_\_\_\_\_

25. État civil. *Veuillez cocher UNE seule case.*

Célibataire, séparé(e), divorcé(e) ou veuf(veuve)

Marié(e) ou conjoint(e) de fait

Votre conjoint(e) est-il(elle) :  médecin  autre professionnel de la santé  l'un ni l'autre

26. Avez-vous des enfants ou d'autres personnes à charge dont vous avez la responsabilité?

Non

Oui

Si oui, avez-vous la responsabilité première de ces personnes?

Oui  Non

S'il s'agit d'enfants, quel est l'âge du plus jeune? \_\_\_\_\_ ans

**27.a)** De tous les domaines de la médecine, qu'est-ce qui vous a amené à choisir votre discipline actuelle? *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

A  Stimulation/défi de nature intellectuelle

B  Relation médecin-patient

C  Flexibilité et(ou) prévisibilité de la charge de travail

D  Influence d'un mentor

E  Influence de ma famille

F  Prestige

G  Potentiel de revenus

H  Possibilités de faire de la recherche

I  Possibilités d'enseignement

J  Capacité de poursuivre des intérêts non liés au travail

K  Disponibilité des possibilités de formation

L  Autre

**27.b)** Parmi les raisons invoquées en 27.a), veuillez indiquer LA PLUS importante?

A B C D E F G H I J K L

**28.** Quand avez-vous choisi votre domaine médical? *Veillez cocher UNE seule choix.*

Avant l'admission à la faculté de médecine

Durant mes études médicales mais avant mes stages cliniques

Durant mes stages cliniques

Durant ma résidence

Après une période en pratique

Autre

**29.a)** Province(s)/territoire(s) où vous exercez présentement? *Veillez entourer TOUTES les réponses pertinentes.*

CB AB SK MB ON QC NB NE IPE TN/LB TNO YT NU

**29.b)** Indiquez la(les) principale(s) raison(s) du choix actuel du lieu de pratique. *Veillez cocher au plus deux (2) raisons.*

Disponibilité du système de soutien médical/ressources médicales

Raisons familiales/influence du conjoint

Ai aimé la région

Possibilité d'être affilié à une université

Les besoins de la collectivité allaient de pair avec mes intérêts de carrière

Ouverture d'une possibilité de pratique

Raisons religieuses/sociales/culturelles

Incitatif financier de recrutement/rétention

Autre incitatif (non financier) de recrutement/rétention

Autre

**29.c)** Veuillez inscrire le code postal de votre milieu de pratique PRINCIPAL ou de votre milieu de travail PRINCIPAL si vous ne donnez pas de soins aux patients.

**29.d)** Parmi les énoncés suivants, choisissez en UN qui décrit le mieux le milieu dans lequel vous avez évolué avant vos études universitaires.

Exclusivement/principalement rural

Exclusivement/principalement une petite ville

Exclusivement/principalement urbain

Un mélange d'environnements

**29.e)** Dans quelle(s) province(s)/territoire(s) viviez-vous avant vos études universitaires? *Veillez entourer TOUTES les réponses pertinentes.*

CB AB SK MB ON QC NB NE IPE TN/LB TNO YT NU À l'étranger

**30.** Quelles langues parlez-vous avec vos patients?

Anglais

Français

Autre(s)

**31.** Année de naissance : 19

**32.** Sexe :  Homme  Femme

33. Commentaires

**Vos réponses à ce questionnaire demeureront anonymes et tous les renseignements personnels demeureront rigoureusement confidentiels. Les réponses seront analysées sous forme agrégée et seuls les résultats agrégés seront publiés.**

Le numéro d'identification figurant en page couverture sert uniquement aux fins d'envoi postal et ne comporte aucun lien avec quelque numéro d'identité que ce soit de l'AMC, du CMFC ou du CRMCC. Les numéros d'identification sont ajoutés aux questionnaires à l'externe, par une tierce partie, selon une méthode à double insu. Il n'existe aucun moyen permettant de jumeler les fichiers de données générés à partir des questionnaires remplis à des noms ou à des adresses précis, ce qui assure l'anonymat des réponses.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de la technique d'anonymisation utilisée pour le Sondage national auprès des médecins, veuillez communiquer avec Tara S. Chauhan, au 1 800 663-7336, poste 2163.

Veuillez retourner le questionnaire rempli dans l'enveloppe-retour jointe, à l'adresse Sondage national auprès des médecins, Association médicale canadienne, 1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6

Pour toute question au sujet du sondage, veuillez communiquer avec Tara S. Chauhan, au 1 800 663-7336, poste 2163.

*Nous vous remercions de votre temps et de votre précieuse collaboration.*