



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/spec/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.*

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Les locaux du bureau | <input type="checkbox"/> La garde |
| <input type="checkbox"/> L'équipement | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Les dépenses | |
| <input type="checkbox"/> Les dossiers des patients | |
| <input type="checkbox"/> Le personnel | |

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="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 TOUTES les disciplines et les domaines d'activité professionnelle énumérés ci-dessous dans lesquels vous exercez/travaillez ET donnez le pourcentage de temps que vous consacrez à chacune (le total peut être inférieur à 100 % mais non supérieur). Note : Vous pouvez inclure une discipline ou un domaine d'activité professionnelle à votre profil même si vous n'êtes pas certifié dans ce domaine.

Discipline/domaine de pratique	% du temps	Discipline/domaine de pratique	% du temps
<input type="checkbox"/> ADMINISTRATION (523) %		<input type="checkbox"/> MÉDECINE AÉRONAUTIQUE ET MÉDECINE AÉROSPATIALE (529) %	
<input type="checkbox"/> ANESTHÉSIOLOGIE/ANESTHÉSIE		<input type="checkbox"/> MÉDECINE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE	
<input type="checkbox"/> Anesthésiologie/Anesthésie (101) %		<input type="checkbox"/> Angiographie (533) %	
<input type="checkbox"/> Anesthésie cardiaque (519) %		<input type="checkbox"/> Cardiologie (103) %	
<input type="checkbox"/> CHIRURGIE		<input type="checkbox"/> Cardiologie interventionnelle (619) %	
<input type="checkbox"/> Chirurgie colorectale (403) %		<input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque, cardiothoracique (301) %	
<input type="checkbox"/> Chirurgie de la main (629) %		<input type="checkbox"/> Chirurgie thoracique (319) %	
<input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique (628) %		<input type="checkbox"/> Échocardiographie/ÉCG/Électrocardiographie d'effort (539) %	
<input type="checkbox"/> Chirurgie générale (303) %		<input type="checkbox"/> Électrophysiologie cardiaque (535) %	
<input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique (311) %		<input type="checkbox"/> Réadaptation cardiologique (537) %	
<input type="checkbox"/> Chirurgie plastique (317) %		<input type="checkbox"/> MÉDECINE DE L'ENVIRONNEMENT(617) %	
<input type="checkbox"/> Chirurgie vasculaire (323) %		<input type="checkbox"/> MÉDECINE DE LABORATOIRE	
<input type="checkbox"/> Neurochirurgie (305) %		<input type="checkbox"/> Anatomopathologie (201) %	
<input type="checkbox"/> Oncologie chirurgicale générale (409) %		<input type="checkbox"/> Biochimie médicale (207) %	
<input type="checkbox"/> Transplantation (631) %		<input type="checkbox"/> Cytopathologie (551) %	
<input type="checkbox"/> Urologie (321) %		<input type="checkbox"/> Médecine légale (211) %	
<input type="checkbox"/> CONSULTATIONS LÉGALES ET MÉDICOLÉGALES (555) %		<input type="checkbox"/> Microbiologie médicale (209) %	
<input type="checkbox"/> DERMATOLOGIE (111) %		<input type="checkbox"/> Neuropathologie (213) %	
<input type="checkbox"/> ÉCHOGRAPHIE (609) %		<input type="checkbox"/> Pathologie clinique (549) %	
<input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGIE		<input type="checkbox"/> Pathologie générale (203) %	
<input type="checkbox"/> Endocrinologie et métabolisme (117) %		<input type="checkbox"/> Pathologie hématologique (205) %	
<input type="checkbox"/> Nutrition (y compris l'obésité) (541) %		<input type="checkbox"/> Pathologie oculaire (553) %	
<input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE DE LA REPRODUCTION ET DE L'INFERTILITÉ (413) %		<input type="checkbox"/> MÉDECINE DU SPORT (615) %	
<input type="checkbox"/> GASTROENTÉROLOGIE (119) %		<input type="checkbox"/> MÉDECINE DU TRAVAIL (139) %	
<input type="checkbox"/> GÉNÉTIQUE MÉDICALE (129) %		<input type="checkbox"/> MÉDECINE INTERNE (GÉNÉRALE)(127) %	
<input type="checkbox"/> GÉNIE BIOMÉDICAL (531) %		<input type="checkbox"/> MÉDECINE MILITAIRE (633) %	
<input type="checkbox"/> GÉRIATRIE (121) %		<input type="checkbox"/> MÉDECINE NUCLÉAIRE (137) %	
<input type="checkbox"/> HÉMATOLOGIE (123) %		<input type="checkbox"/> MÉDECINE RESPIRATOIRE ET PNEUMOLOGIE (171) %	
<input type="checkbox"/> HÉPATOLOGIE (621) %		<input type="checkbox"/> MÉDECINE TRANSFUSIONNELLE (425) %	
<input type="checkbox"/> HOSPITALISTE (545) %		<input type="checkbox"/> NÉPHROLOGIE (133) %	
<input type="checkbox"/> IMMUNOLOGIE CLINIQUE ET ALLERGIE (105) %			
<input type="checkbox"/> MALADIES INFECTIEUSES (125) %			

Discipline/domaine de pratique	% du temps	Discipline/domaine de pratique	% du temps
NEUROLOGIE		<input type="checkbox"/>	Médecine respiratoire et pneumologie pédiatrique (161) %
<input type="checkbox"/>	Électromyographie/ÉMG (559) %	<input type="checkbox"/>	Néphrologie pédiatrique (159) %
<input type="checkbox"/>	Neuro/électrophysiologie (561) %	<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie pédiatrique (577) %
<input type="checkbox"/>	Neurologie (135) %	<input type="checkbox"/>	Neuropédiatrie (575) %
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE		<input type="checkbox"/>	Oto-rhino-laryngologie pédiatrique(579) %
<input type="checkbox"/>	Gynécologie (308) %	<input type="checkbox"/>	Pathologie pédiatrique (583) %
<input type="checkbox"/>	Médecine foeto-maternelle (415) %	<input type="checkbox"/>	Pédiatrie (141) %
<input type="checkbox"/>	MTS/médecine de la sexualité (563) %	<input type="checkbox"/>	Pédiatrie de la croissance (y compris les troubles du développement) (407) %
<input type="checkbox"/>	Obstétrique (307) %	<input type="checkbox"/>	Pédopsychiatrie (595) %
<input type="checkbox"/>	Oncologie gynécologique (411) %	<input type="checkbox"/>	Radiologie diagnostique pédiatrique (421) %
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGIE MÉDICALE (131) %	<input type="checkbox"/>	Rhumatologie pédiatrique (163) %
OPHTALMOLOGIE		<input type="checkbox"/>	Soins intensifs pédiatriques (147) %
<input type="checkbox"/>	Neuro-ophtalmologie (567) %	<input type="checkbox"/>	Urgences pédiatriques (423) %
<input type="checkbox"/>	Ophthalmologie (309) %	<input type="checkbox"/>	Urologie pédiatrique (623) %
OTOLARYNGOLOGIE		<input type="checkbox"/>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE (401) %
<input type="checkbox"/>	Chirurgie de la tête et du cou (571) %	<input type="checkbox"/>	PHYSIATRIE ET RÉADAPTATION (165) %
<input type="checkbox"/>	Neuro-otologie (573) %	PSYCHIATRIE	
<input type="checkbox"/>	Oncologie de la tête et du cou (569) %	<input type="checkbox"/>	Psychiatrie (167) %
<input type="checkbox"/>	Oto-rhino-laryngologie (313) %	<input type="checkbox"/>	Psychiatrie gériatrique (599) %
PÉDIATRIE		<input type="checkbox"/>	Psychiatrie médico-légale (La psychiatrie et la Loi) (601) %
<input type="checkbox"/>	Cardiologie pédiatrique (143) %	<input type="checkbox"/>	Psychogériatrie (603) %
<input type="checkbox"/>	Chirurgie cardiaque pédiatrique (626) %	<input type="checkbox"/>	Psychopharmacologie (605) %
<input type="checkbox"/>	Chirurgie générale pédiatrique (315) %	<input type="checkbox"/>	Thérapie familiale/conjugale (597) %
<input type="checkbox"/>	Chirurgie orthopédique pédiatrique(581) %	<input type="checkbox"/>	RADIO-ONCOLOGIE (169) %
<input type="checkbox"/>	Chirurgie plastique pédiatrique (585) %	RADIOLOGIE	
<input type="checkbox"/>	Endocrinologie et métabolisme pédiatriques (149) %	<input type="checkbox"/>	Neuroradiologie (419) %
<input type="checkbox"/>	Gastroentérologie pédiatrique (151) %	<input type="checkbox"/>	Radiologie diagnostique (113) %
<input type="checkbox"/>	Gynécologie de l'adolescente et gynécologie pédiatrique (627) %	<input type="checkbox"/>	Radiologie interventionnelle (607) %
<input type="checkbox"/>	Hématologie et oncologie pédiatriques (153) %	<input type="checkbox"/>	RHUMATOLOGIE (173) %
<input type="checkbox"/>	Immunologie et allergie pédiatriques cliniques (145) %	<input type="checkbox"/>	SANTÉ DE LA FEMME (565) %
<input type="checkbox"/>	Maladies infectieuses pédiatriques(155) %		
<input type="checkbox"/>	Médecine de l'adolescent (625) %		
<input type="checkbox"/>	Médecine néonatale et périnatale (417) %		

Discipline/domaine de pratique	% du temps	Discipline/domaine de pratique	% du temps
SANTÉ PUBLIQUE		<input type="checkbox"/> TROUBLES DU SOMMEIL (611)	%
<input type="checkbox"/> Médecine communautaire et santé publique (107)	%	UNIVERSITÉ/RECHERCHE	
<input type="checkbox"/> Médecine des voyageurs/tropicale(591)	%	<input type="checkbox"/> Bioéthique/éthique (501)	%
<input type="checkbox"/> Médecine internationale (589)	%	<input type="checkbox"/> Éducation médicale (comprend l'enseignement et la recherche en éducation) (507)	%
<input type="checkbox"/> SOINS À DOMICILE (543)	%	<input type="checkbox"/> Épidémiologie clinique (503)	%
SOINS AIGUS/INTENSIFS		<input type="checkbox"/> Épidémiologie et biostatistique (505)	%
<input type="checkbox"/> Médecine d'urgence (115)	%	<input type="checkbox"/> Recherche clinique (405)	%
<input type="checkbox"/> Médecine des désastres (513)	%	<input type="checkbox"/> Science médicale/Scientifique médical (509)	%
<input type="checkbox"/> Médecine en phase aiguë/soins intensifs (109)	%	<input type="checkbox"/> Sciences sociales et sciences humaines en médecine (511)	%
<input type="checkbox"/> Toxicologie (515)	%	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA (527)	%
<input type="checkbox"/> Traumatismes (517)	%	Veuillez préciser autre(s) ci-dessous	
<input type="checkbox"/> SOINS DE PREMIÈRE LIGNE, OMNIPRATIQUE ET MÉDECINE FAMILIALE (587)	%	<input type="checkbox"/>	(801) %
<input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS/MÉDECINE PALLIATIVE (427)	%	<input type="checkbox"/>	(802) %
<input type="checkbox"/> SOULAGEMENT DE LA DOULEUR(521)	%	<input type="checkbox"/>	(803) %
<input type="checkbox"/> TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION(547)	%	<input type="checkbox"/>	(804) %
<input type="checkbox"/> TOXICOMANIES/ABUS DE SUBSTANCES (593)	%	<input type="checkbox"/>	(805) %
<input type="checkbox"/> TRAUMATISME MÉDULLAIRE (613)	%	<input type="checkbox"/>	(806) %
		<input type="checkbox"/>	(807) %

D. Profil de pratique clinique

8. Nommez les cinq affections que vous traitez le plus fréquemment.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

9. À l'exclusion des consultations, quels sont les cinq services que vous offrez le plus fréquemment?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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 médicolégales, etc.) _____ heures/semaine
- SOMME de 10.a)i à 10.a)x NOMBRE TOTAL D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE** _____ 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. *Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- Je ne fais pas de garde (*Veuillez 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

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

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

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 absenté(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 absenté(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 _____	_____ %
Total 100 %	

14.b) Si vous aviez le choix, comment aimeriez-vous être rémunéré pour vos services médicaux? *Veillez 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? *Veillez 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. *Veillez cocher TOUTES les réponses pertinentes pour vous.*

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

G. Accès aux soins

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

- Médecin disponible
 - Conseils médicaux personnalisés par téléphone
- Si oui, qui donne ce service? *Veillez 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.
Médecins de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation auprès d'établissements de soins tertiaires et universitaires	<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 sur une base urgente	<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"/>
Services ultraspécialisés (p.ex. trauma, 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 de longue durée, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services diagnostiques de routine (p.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 (p.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"/>
Service 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"/>
Services de physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de soutien psychosocial (p.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/culture du patient	<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. En général, si un patient vous est adressé, combien de temps doit-il attendre pour une première consultation avec vous?

Demande urgente : _____jours Pas certain

Demande non urgente : _____semaines Pas certain

Je n'accepte pas qu'on m'adresse des patients

S.O.

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.*

CHANGEMENT LE PLUS IMPORTANT Raison(s) du(des) changement(s)	Changements EFFECTUÉS (19.a)	Changements PRÉVUS (19.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:

	Très satisfait(e)	Assez satisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Assez insatisfait(e)	Très insatisfait(e)	S.O.
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.