

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE aux résidents de médecine familiale**

*Le masculin est utilisé dans ce questionnaire afin d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.*

**Veillez remplir ce questionnaire si vous êtes en DEUXIÈME année d'un programme de résidence en médecine dans une université canadienne.**

**Si vous êtes en DEUXIÈME année d'un programme de résidence en médecine dans une université canadienne, veuillez choisir la catégorie qui s'applique le mieux à votre situation :**

- Programme de formation en médecine familiale
- Autre programme de formation en spécialité médicale

**Si vous n'êtes pas un résident de deuxième année, veuillez indiquer votre situation ci-dessous.**

- Je suis résident dans une année AUTRE QUE la deuxième année
- Je suis médecin actif
- Autre, préciser.

## **A. Votre situation**

**1. Année de naissance :** 19\_\_ \_\_

**2. Sexe :** homme femme

### **3. État civil.**

- Marié ou conjoint de fait Célibataire Séparé Divorcé Veuf

Veillez préciser la profession de votre conjoint ou partenaire : \_\_\_\_\_

**4.a) Avez-vous des enfants?** Non Oui – Quel est l'âge du plus jeune? \_\_\_\_\_ ans

**4.b) Est-ce que vous ou votre conjointe attendez un enfant?**  Oui  Non

**5. 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

**6. Dans quelle(s) province(s) ou quel(s) territoire(s) avez-vous vécu avant vos études universitaires?**

*Veillez cocher TOUTES les réponses pertinentes.*

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

**7. Êtes-vous...? Veuillez cocher TOUTES les réponses pertinentes.**

- Blanc
- Autochtone (p.ex. inscrit, non inscrit, Métis, Inuit)
- Chinois
- Asiatique du Sud (p.ex. Inde orientale, Pakistan, Sri Lanka, etc.)

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

- Noir
- Philippin
- Latino-américain
- Asiatique du Sud-Est (p.ex. Cambodge, Indonésie, Laos, Vietnam, etc.)
- Arabe
- Asiatique de l'Ouest (p.ex. Afghanistan, Iran, etc.)
- Japonais
- Coréen
- Autre \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas fournir ce renseignement

**8. Êtes-vous né au Canada?**

- Oui
- Non. Indiquez votre statut au Canada.
  - Citoyen canadien
  - Résident permanent (immigrant reçu)
  - Autre \_\_\_\_\_

**9. Combien d'années d'études POSTSECONDAIRES avez-vous complétées avant d'entrer à la faculté de médecine? (Si vous avez étudié au Québec, ne comptez pas vos années de cégep).**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    >10

**10. Après vos études secondaires, quels grades ou diplômes avez-vous obtenus avant d'entrer à la faculté de médecine? Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.**

- Aucun
- Diplôme d'études collégiales (DEC du cégep)
- Baccalauréat
- Maîtrise    Précisez le domaine ou la discipline : \_\_\_\_\_
- Doctorat    Précisez le domaine ou la discipline : \_\_\_\_\_
- Autre \_\_\_\_\_

**11.a) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de MD?**

**11.b) Quelle université vous a décerné votre diplôme de MD?**

- Université de la Colombie-Britannique
- Université de Calgary
- Université de l'Alberta
- Université de la Saskatchewan
- Université du Manitoba
- Université Western Ontario
- Université McMaster
- Université de Toronto
- Université d'Ottawa
- Université Queen's

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE aux résidents de médecine familiale**

- Université de Sherbrooke
- Université de Montréal
- Université McGill
- Université Laval
- Université Dalhousie
- Université Memorial
- Autre, veuillez préciser le pays : \_\_\_\_\_

**12.a) À quelle université êtes-vous présentement inscrit pour votre formation médicale postdoctorale?**

- Université de la Colombie-Britannique
- Université de Calgary
- Université de l'Alberta
- Université de la Saskatchewan
- Université du Manitoba
- Université Western Ontario
- Université McMaster
- Université de Toronto
- Université d'Ottawa
- Université Queen's
- Université de Sherbrooke
- Université de Montréal
- Université McGill
- Université Laval
- Université Dalhousie
- Université Memorial
- École de médecine du Nord de l'Ontario

**12.b) Indiquez le lieu de votre programme de résidence (hôpital ou clinique, municipalité, province).**

\_\_\_\_\_

**12.c) Indiquez le pourcentage du temps passé dans les contextes cliniques suivants durant votre résidence :**

Hôpital rural	_____ %	Hôpital communautaire/petit	_____ %
Grand hôpital d'enseignement	_____ %	Cabinet dans la communauté	_____ %
Cabinet à l'hôpital	_____ %	Autre	_____ %

**13. Considérant tous les aspects de la médecine, qu'est-ce qui vous a amené à choisir la médecine familiale? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.**

- Stimulation/défi de nature intellectuelle
- Relation médecin-patient
- Flexibilité et(ou) prévisibilité de la charge de travail
- Potentiel de revenus
- Possibilités de faire de la recherche
- Possibilités d'enseignement

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE aux résidents de médecine familiale**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Influence d'un mentor   | <input type="checkbox"/> Capacité de poursuivre des intérêts non liés au travail |
| <input type="checkbox"/> Influence de ma famille | <input type="checkbox"/> Disponibilité des possibilités de formation             |
| <input type="checkbox"/> Prestige                | <input type="checkbox"/> Autre _____   |

**B. Formation**

**14. Indiquez votre degré de satisfaction globale de votre programme de résidence en médecine familiale.**

Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Pour les formations suivantes au sein de votre programme de résidence, indiquez :**

- si la catégorie spécifique de formation est ou était disponible pour vous (cocher toutes celles qui s'appliquent);
- si vous pensez que votre formation vous a préparé adéquatement pour la pratique future dans ce domaine;
- si, à votre avis, la catégorie spécifique de formation devrait être une composante obligatoire de votre programme de résidence en médecine familiale.

	Disponible?		Préparé pour la pratique future?			Devrait-elle être obligatoire?	
	Oui	Non	Oui	Non	Ne sais pas encore	Oui	Non
Stages de médecine familiale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de santé aux Autochtones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins en collaboration et interdisciplinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilités de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unité de soins coronariens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilités en informatique et recherche d'informations cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilités d'évaluation critique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie à la salle d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions de fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éthique et professionnalisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine fondée sur des données probantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de la pratique familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins à l'unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie mineure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actes techniques en cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopédie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

Expérience pratique de recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expérience pratique d'enseignement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail au sein d'un système de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16.a) Pensez-vous que votre programme de résidence vous procurera les connaissances et les compétences requises pour soigner :**

	Connaissances			Compétences		
	Oui	Non	Ne sais pas encore	Oui	Non	Ne sais pas encore
Un large éventail de problèmes courants des patients de la communauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les urgences moins courantes qui mettent la vie en danger mais sont traitables chez les patients de tous les groupes d'âges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16.b) Quels sont les aspects de la formation qui vous font défaut (p. ex. une habileté technique précise, les soins aux nouveau-nés, les soins de longue durée, les soins hospitaliers aux adultes ou aux enfants, les problèmes comportementaux ou psychiatriques chez les adultes ou les enfants, les maladies chroniques, etc.)? Veuillez préciser :**

---



---

**17. Dans quelle mesure êtes vous d'accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant : les composantes théoriques et « services cliniques » de votre programme de résidence sont équilibrées.**

Fortement d'accord  D'accord  Neutre  En désaccord  Fortement en désaccord

**18.a) Avez-vous l'intention de continuer votre résidence en entreprenant un programme de perfectionnement (fellowship)?**

Oui  Non  Ne sais pas encore

**18.b) Avez-vous l'intention de continuer votre résidence en entreprenant une troisième année de formation?**

Oui  Non  Ne sais pas encore

**18.c) Indiquez pour lequel des programmes suivants de troisième année vous avez fait une demande ou vous avez été accepté :**

	Demandé	Accepté
Anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins aux personnes âgées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre programme de compétences avancées (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. Profil du futur contexte de pratique ou de travail**

**19. Au cours des 2-3 prochaines années, une fois que vous aurez complété votre résidence en médecine familiale, comptez-vous :** *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

**a) Exercer comme médecin de famille (omnipraticien)?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

**b) Exercer comme médecin suppléant/dépanneur?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

*b)i) Indiquez vos raisons de vouloir exercer comme médecin suppléant/dépanneur.*

*Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- Raisons financières
- Pour évaluer le potentiel d'un futur lieu de pratique
- Variété clinique
- Répondre à un besoin de services
- Flexibilité et possibilité de fixer mon propre horaire
- Autre, préciser \_\_\_\_\_

*b)ii) À quelle(s) population(s) de patients désirez-vous offrir des soins de dépannage?*

*Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- Centre-ville
- Urbaine ou de banlieue
- Petite ville
- Rurale
- Géographiquement isolée ou éloignée
- Autre \_\_\_\_\_
- Ne sais pas encore

**c) Acheter ou établir votre propre pratique?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

**d) Exercer en milieu hospitalier?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

**e) Exercer dans la même province où vous poursuivez votre formation actuelle?**

Oui  Non  Ne sais pas encore

**f) Exercer dans une autre province ou un autre territoire du Canada?**

Oui  Non  Ne sais pas encore *Si oui, précisez la province ou le territoire: \_\_\_\_\_*

**g) Quitter le Canada pour exercer dans un autre pays?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

**h) Prendre un congé de maternité ou de paternité?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

**i) Prendre temporairement congé de votre pratique pour des raisons autres qu'un congé de maternité ou de paternité?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

**j) Vous spécialiser dans un domaine de la médecine familiale?**

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE aux résidents de médecine familiale**

Oui  Non  Ne sais pas encore *Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_*

**k) Chercher un poste administratif (sans soins aux patients)?**

Oui  Non  Ne sais pas encore

**l) Demander d'être rattaché à un hôpital (être membre du CMDP d'un hôpital avec privilèges d'admission)?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

**m) Demander une affiliation universitaire?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

**n) Dispenser des soins aux patients?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

**o) Assumer des responsabilités de garde?**  Oui  Non  Ne sais pas encore

**20.a) Est-ce qu'on tente activement de vous recruter pour la pratique?**  Oui  Non

**20.b) D'où proviennent les recruteurs?**

D'une autre province ou un autre territoire du Canada

D'une autre communauté de la province

De votre propre communauté

Des Services de santé des Forces armées

Des États-Unis

Autre \_\_\_\_\_

**D. Futur profil de pratique et de travail**

**21. Décrivez la population que vous comptez desservir PRINCIPALEMENT dans le contexte de pratique que vous désirez entreprendre au terme de votre formation. *Ne cochez qu'UNE seule case.***

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centre-ville                        | <input type="checkbox"/> Autre _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Grande ville/Banlieue               | <input type="checkbox"/> Ne sais pas encore                               |
| <input type="checkbox"/> Petite ville                        | <input type="checkbox"/> Je ne compte pas dispenser de soins aux patients |
| <input type="checkbox"/> Rurale                              |   |
| <input type="checkbox"/> Géographiquement isolée ou éloignée |   |

**22. Indiquez les langues que vous êtes à l'aise de parler avec vos futurs patients.**

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

**23. Comment comptez-vous organiser votre pratique?**

*À noter qu'une pratique solo ou de groupe peut également inclure une infirmière qui n'a pas son propre ensemble de cas*

- Pratique solo  
 Pratique de groupe  
 Pratique interprofessionnelle (médecin(s) et autre(s) professionnel(s) de la santé qui ont leurs propres ensembles de cas)  
 Autre \_\_\_\_\_  
 Ne sais pas encore  
 Sans objet – N'ai pas l'intention d'établir ou de me joindre à une pratique

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

**24. Avec quels types de professionnels de la santé suivants avez-vous collaboré durant votre résidence? Dans votre pratique future, avez-vous l'intention de collaborer avec ces types de professionnels de la santé dans la prestation des soins aux patients? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.**

	Durant ma résidence, j'ai collaboré avec les professionnels suivants dans la prestation des soins aux patients	Dans ma pratique future, je compte collaborer avec les professionnels suivants dans la prestation des soins aux patients
Médecins de famille		
Spécialistes en psychiatrie		
Spécialistes en pédiatrie		
Spécialistes en gynécologie-obstétrique		
Spécialistes en médecine interne		
Spécialistes en chirurgie		
Infirmières praticiennes		
Infirmières en psychiatrie		
Autre infirmières (ex. inf. aut., inf. aux. aut.)		
Adjoints au médecin		
Diététistes et nutritionnistes		
Ergothérapeutes		
Physiothérapeutes		
Chiropraticiens		
Psychologues		
Conseillers en santé mentale		
Conseillers en toxicomanie		
Travailleurs sociaux		
Pharmaciens		
Sages-femmes		
Orthophonistes		
Podiatres		
Praticiens de médecine complémentaire ou parallèle (p. ex. acupuncteurs, homéopathes)		
Autre	Préciser _____	Préciser _____

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

**25. Indiquez si vous vous sentez adéquatement formé pour exercer dans les domaines suivants. Lesquels de ces domaines avez-vous l'intention d'inclure dans votre pratique?**

*Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

	<b>Je me sens adéquatement formé dans ces domaines suivants</b>	<b>J'ai l'intention d'offrir des soins dans ces domaines</b>
Soins de santé non urgents		
Soins pour problèmes de santé aigus		
Médecine d'urgence		
Médecine alternative et complémentaire		
Anesthésie		
Médecine communautaire, services de santé publique, promotion de la santé		
Médecine esthétique		
Dermatologie		
Gynécologie		
Liaison avec les soins à domicile		
Soins à titre d'hospitaliste (médecin principalement responsable des patients hospitalisés à qui vous ne dispensez aucun soin après le congé de l'hôpital)		
Visites à domicile		
Maladies infectieuses		
Soins aux patients hospitalisés		
Soins intrapartum		
Consultations légales ou médico-légales		
Soins de santé mentale		
Counselling nutritionnel		
Soins obstétricaux		
Médecine du travail ou industrielle		
Soulagement de la douleur		
Soins palliatifs		
Psychothérapie ou counselling		
Réadaptation		
Médecine du sport		
Prise en charge des toxicomanies		
Chirurgie		
Assistance chirurgicale		
Médecine des voyageurs ou tropicale		
Suivi périodique des enfants		

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

**26. Indiquez si vous vous sentez adéquatement formé pour dispenser des soins aux populations suivantes de patients, et si vous comptez le faire. Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.**

	<b>Je me sens adéquatement formé pour soigner les populations suivantes</b>	<b>J'ai l'intention de dispenser des soins aux populations suivantes</b>
Nouveau-nés (<1 mois)		
Nourrissons (1-12 mois)		
Enfants (1-11 ans)		
Adolescents (12-19 ans)		
Femmes		
Femmes enceintes		
Hommes		
Personnes âgées (65 ans et plus)		
Patients souffrant de problèmes respiratoires		
Patients hypertendus		
Patients diabétiques		
Patients atteints de cardiopathie		
Patients souffrant de troubles mentaux chroniques		
Patients obèses		
Patients atteints de cancer		
Patients porteurs du VIH-sida		
Toxicomanies		
Patients avec incapacités physiques permanentes		

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

27.a) Pour lesquels des actes suivants vous sentez-vous déjà adéquatement formé pour les réaliser, et lesquels avez-vous l'intention d'effectuer au sein de votre pratique future? Veuillez cocher **TOUTES** les cases pertinentes.

	Je me sens adéquatement formé	J'ai l'intention de faire
<b>Actes tégumentaires</b>		
Incision et drainage d'abcès		
Sutures et réparation de lacérations		
Cryothérapie de lésions cutanées		
Excision de lésions cutanées		
Grattage cutané pour prélever un champignon		
Utilisation d'une lampe de Wood		
Drainage d'un hématome sous-unguéal		
Drainage d'un périonyxis aigu		
Exérèse d'une callosité cutanée		
Retirer un corps étranger (ex. : hameçon, éclats, verre)		
<b>Actes d'anesthésie locale</b>		
Anesthésie locale par infiltration		
<b>Actes oculaires</b>		
Exérèse d'un corps étranger de la cornée ou de la conjonctive		
<b>Actes au niveau de l'oreille</b>		
Exérèse de cérumen ou lavage du canal auditif		
<b>Actes au niveau du nez</b>		
Cautérisation du nez suite à un épistaxis antérieur		
<b>Actes gastro-intestinaux</b>		
Insertion d'une sonde nasogastrique		
Recherche de sang occulte dans les selles		
Insertion d'un cathéter transurétral		
Cryothérapie ou chimiothérapie des condylomes		
Test de Papanicolaou		
<b>Actes obstétricaux</b>		
Accouchement avec forceps bas		
Accouchement avec forceps moyen et rotation		
Accouchement avec ventouse obstétricale		
Extraction manuelle du placenta		
Réparation d'une déchirure du 3 <sup>e</sup> ou du 4 <sup>e</sup> degré		
<b>Actes musculo-squelettiques</b>		
Pose d'une attelle sur un membre traumatisé		
Installation d'un plâtre pour une fracture		
<b>Actes de réanimation</b>		
Ventilation avec masque et ballon		
<b>Injections et canulations</b>		
Ponction veineuse		
Injection sous-cutanée		

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

Injection intramusculaire		
<b>Autre</b>		
Insertion d'un cathéter intraveineux périphérique chez un adulte et un enfant		
Insertion d'un cathéter central chez un adulte		
Préparation pour transport terrestre ou aérien		
Acupuncture		
Hypnose		

**27.b) Veuillez énumérer les habiletés techniques qu'il vous semble nécessaire d'acquérir.**

**28.a) Quels sont les facteurs seront, pour vous, les plus importants afin d'avoir une pratique médicale satisfaisante et réussie? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.**

- A  Un type spécifique de contexte de pratique (p. ex. pratique de groupe ou multidisciplinaire, un personnel de soutien fiable). Veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- B  Capacité d'obtenir un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle
- C  Horaire de travail souple
- D  Compétences médicales suffisantes pour répondre aux besoins de santé de mes patients
- E  Disponibilité des ressources d'éducation continue
- F  Possibilités de recherche
- G  Possibilités d'enseignement
- H  Capacité de générer le revenu visé
- I  Disponibilité des systèmes et des ressources en termes de soutien médical
- J  Disponibilité de renseignements pertinents pour les patients au point de service
- K  Capacité d'avoir accès aux établissements de santé appropriés pour mes patients (p. ex. soins hospitaliers, soins de longue durée)
- L  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**28.b) Indiquez, parmi les facteurs énumérés à 28.a, celui qui est, pour vous, le plus important afin d'avoir une pratique médicale satisfaisante et réussie.**

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

**29. Les énoncés suivants traitent du rôle de la médecine alternative et complémentaire dans les services de santé. Veuillez cocher la catégorie qui décrit le mieux votre opinion sur chacun des énoncés suivants :**

	Fortement d'accord	D'accord	Neutre	Désaccord	Fortement en désaccord
La médecine alternative et complémentaire propose des idées et des méthodes dont pourrait bénéficier la médecine conventionnelle					
On devrait décourager les traitements qui n'ont pas été validés par des méthodes scientifiquement reconnues					
La médecine alternative et complémentaire					

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine **familiale**

est une menace pour la santé publique					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

## E. Répartition du temps

**30. Indiquez à quel domaine d'activité vous comptez consacrer votre temps ou participer au terme de votre résidence. Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.**

i) Soins directs aux patients	<input type="checkbox"/>
ii) Soins indirects aux patients (dossiers, rapports, appels téléphoniques, rencontres avec les familles, etc.)	<input type="checkbox"/>
iii) Enseignement/formation	<input type="checkbox"/>
iv) Recherche (y compris la gestion de la recherche et des publications)	<input type="checkbox"/>
v) Comités des établissements de santé	<input type="checkbox"/>
vi) Gestion de votre pratique (personnel, installations, équipement, etc.)	<input type="checkbox"/>
vii) Administration (c.-à-d. gestion d'un programme universitaire, médecin-chef, direction d'un département, ministère de la Santé, etc.)	<input type="checkbox"/>
viii) Éducation médicale continue/perfectionnement professionnel continu (cours, lectures, vidéos, bandes audio, séminaires, etc.)	<input type="checkbox"/>
ix) Autre (engagement au sein d'organisations professionnelles ou de spécialités, activités médicolégales, etc.)	<input type="checkbox"/>

## F. Technologie de l'information

**31. a) Avez-vous utilisé ou été exposé aux dossiers électroniques de santé pour entrer/extraire des notes cliniques aux dossiers des patients durant votre formation clinique?**

Non  Oui

**31.b) Veuillez indiquer dans quel(s) contexte(s) :**

Hôpital  Cabinet de médecin/clinique médicale  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**32. Lorsque vous débuterez en pratique, vous attendez-vous à utiliser les dossiers électroniques de santé plutôt que les dossiers-papier pour entrer/extraire des notes cliniques aux dossiers des patients?**

Oui  Non  Ne s'applique pas – je ne dispenserai pas de soins aux patients

**33. Quels outils de la technologie utilisez-vous présentement dans un contexte clinique de votre formation? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.**

- PDA (assistant numérique personnel/dispositif sans fil)
- Ordinateur portatif
- Ordinateur tablette
- Téléphone cellulaire
- IPOD/lecteur MP3
- Autre, préciser \_\_\_\_\_

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE aux résidents de médecine familiale**

**34. Quels sites web utilisez-vous pour l'accès aux informations cliniques de recherche? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.**

Sites web des organisations médicales/facultés de médecine :

- Site web du CMFC
- Site web du CRMCC
- Site web de l'AMC
- Sites web des sociétés de spécialité
- Sites web des facultés de médecine/universités
- Associations de résidents/d'étudiants, p. ex. site(s) web de l'ACMR, de la FEMC
- Autre, préciser \_\_\_\_\_

Sites web de recherche documentaire :

- Medline
- PubMed
- Autre, préciser \_\_\_\_\_

Revues médicales soumises à l'évaluation critique des pairs :

- MFC
- JAMC
- Autre, préciser \_\_\_\_\_

Revues médicales non soumises à l'évaluation critique des pairs. Préciser : \_\_\_\_\_

Lignes directrices de pratique clinique

## **G. Revenu professionnel**

**35.a) Si vous aviez le choix, comment aimeriez-vous être rémunéré pour vos services médicaux? Ne cochez qu'UNE seule case.**

- Pas certain
- 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



**35.b) Quelles composantes aimeriez-vous inclure dans un mode de rémunération mixte?**

*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 \_\_\_\_\_
- Pas certain

## **H. Finances**

**36. Indiquez ci-dessous le montant de la dette que vous aviez et(ou) que vous vous attendez à avoir à diverses périodes de votre formation médicale. Indiquez la dette qui est directement reliée à votre éducation médicale (frais de scolarité, livres, hébergement, etc.).**

### **36.a)i) Dette au moment de débiter votre programme de résidence**

#### **Dette reliée directement à votre éducation médicale**

- Aucune dette
- Moins de 1 000 \$
- De 1 001 \$ à 5 000 \$
- De 5 001 \$ à 10 000 \$
- De 10 001 \$ à 20 000 \$
- De 20 001 \$ à 40 000 \$
- De 40 001 \$ à 60 000 \$
- De 60 001 \$ à 80 000 \$
- De 80 001 \$ à 100 000 \$
- De 100 001 \$ à 120 000 \$
- De 120 001 \$ à 140 000 \$
- De 140 001 \$ à 160 000 \$
- Plus de 160 000 \$
- Je préfère ne pas fournir ce renseignement

**36.a)ii) Vous avez indiqué que votre dette, directement reliée à votre éducation médicale, au moment où vous avez débuté votre programme de résidence était de.**

**Est-ce que votre dette a influencé votre choix de spécialité médicale de l'une ou l'autre des façons suivantes? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.**

- J'ai délibérément choisi un programme de résidence plus court
- J'ai délibérément choisi une spécialité qui, je crois, offre un potentiel de revenu élevé
- Pas d'influence

### **36.b) Dette actuelle**

#### **Dette reliée directement à votre éducation médicale**

- Aucune dette
- Moins de 1 000 \$
- De 1 001 \$ à 5 000 \$
- De 5 001 \$ à 10 000 \$
- De 10 001 \$ à 20 000 \$
- De 20 001 \$ à 40 000 \$
- De 40 001 \$ à 60 000 \$
- De 60 001 \$ à 80 000 \$
- De 80 001 \$ à 100 000 \$
- De 100 001 \$ à 120 000 \$
- De 120 001 \$ à 140 000 \$
- De 140 001 \$ à 160 000 \$
- Plus de 160 000 \$
- Je préfère ne pas fournir ce renseignement

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

**36.c)i) Dette anticipée au terme de votre programme de résidence**

**Dette reliée directement à votre éducation médicale**

- Aucune dette
- Moins de 1 000 \$
- De 1 001 \$ à 5 000 \$
- De 5 001 \$ à 10 000 \$
- De 10 001 \$ à 20 000 \$
- De 20 001 \$ à 40 000 \$
- De 40 001 \$ à 60 000 \$
- De 60 001 \$ à 80 000 \$
- De 80 001 \$ à 100 000 \$
- De 100 001 \$ à 120 000 \$
- De 120 001 \$ à 140 000 \$
- De 140 001 \$ à 160 000 \$
- Plus de 160 000 \$
- Je préfère ne pas fournir ce renseignement

**36.c)ii) Vous avez estimé que votre dette, directement reliée à votre éducation médicale, au moment où vous complétez votre programme de résidence sera de.**

**Pour payer vos dettes, avez-vous l'intention de vous prévaloir de l'une des options suivantes?**

*Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- M'acquitter d'une obligation de service
- Exercer comme médecin suppléant/dépanneur
- Exercer où on m'offrira une prime incitative de recrutement
- Exercer où on m'offrira une mesure incitative non financière de recrutement
- Exercer aux États-Unis
- Aucun des énoncés ci-dessus

## **I. Famille**

**37. Des membres de votre famille immédiate travaillent-ils dans un domaine relié à la médecine? (Si vos parents ou des membres de votre fratrie sont retraités ou décédés, veuillez indiquer leur occupation principale lorsqu'ils travaillaient.)** *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- Aucun membre de ma famille immédiate ne travaille dans le domaine de la médecine

	Père	Mère	Fratrie
Médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmacien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opticien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraticien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre professionnel de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

**Soyez assuré que vos réponses à ce sondage demeureront strictement confidentielles. Les résultats seront analysés et publiés sous forme agrégée uniquement.  
Merci de votre temps et de votre collaboration.**