

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE aux résidents des spécialités**

*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.)
- 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/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
- 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 votre domaine de spécialité? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stimulation/défi de nature intellectuelle                | <input type="checkbox"/> Potentiel de revenu                                     |
| <input type="checkbox"/> Relation médecin-patient                                 | <input type="checkbox"/> Possibilités de faire de la recherche                   |
| <input type="checkbox"/> Flexibilité et(ou) prévisibilité de la charge de travail | <input type="checkbox"/> Possibilités d'enseignement                             |
| <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.a) Indiquez dans quel programme de formation vous êtes inscrit**

Anatomo-pathologie  
Anesthésiologie  
Biochimie médicale  
Cardiologie  
Chirurgie cardiaque  
Chirurgie colorectale  
Chirurgie générale  
Chirurgie générale oncologique  
Chirurgie générale pédiatrique  
Chirurgie orthopédique  
Chirurgie plastique  
Chirurgie thoracique  
Chirurgie vasculaire  
Dermatologie  
Endocrinologie et métabolisme  
Endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité  
Gastroentérologie  
Génétique médicale  
Gériatrie  
Hématologie  
Hématologie/oncologie pédiatrique  
Immunologie clinique et allergie  
Maladies infectieuses  
Médecine communautaire  
Médecine d'urgence  
Médecine d'urgence pédiatrique  
Médecine de soins intensifs  
Médecine du travail

## Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents des spécialités

Médecine interne  
Médecine légale  
Médecine maternelle et fœtale  
Médecine néonatale et périnatale  
Médecine nucléaire  
Médecine palliative  
Médecine physique et réadaptation  
Médecine transfusionnelle  
Microbiologie médicale  
Néphrologie  
Neurochirurgie  
Neurologie  
Neuropathologie  
Neuroradiologie  
Obstétrique-gynécologie  
Oncologie gynécologique  
Oncologie médicale  
Oncologie radiologique  
Ophtalmologie  
Oto-rhino-laryngologie  
Pathologie générale  
Pathologie hématologique  
Pédiatrie  
Pédiatrie du développement  
Pharmacologie clinique  
Pneumologie  
Programme de formation de cliniciens-chercheurs  
Psychiatrie  
Radiologie diagnostique  
Radiologie pédiatrique  
Rhumatologie  
Urologie

### 14.b) Indiquez votre degré de satisfaction globale de votre programme de résidence.

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 d'études en résidence.**

	Disponible?		Préparé pour la pratique future?			Devrait-elle être obligatoire?	
	Oui	Non	Oui	No n	Ne sais pas encore	Oui	Non
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"/>
Habiletés de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habiletés 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"/>
Habiletés d'évaluation critique	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 préparera pour le type de pratique que vous comptez entreprendre?**

- Oui       Non       Ne sais pas encore

**16.b) Quels sont les aspects de la formation qui vous font défaut (p. ex. une habileté technique précise, 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 équilibrés.**

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

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

- Oui     Non     Ne sais pas encore

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

**19. Dans les 2-3 années suivant votre programme de résidence, comptez-vous :**

**a) Exercer dans le domaine dans lequel vous effectuez présentement votre formation?**

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 surspécialiser dans un domaine de votre spécialité actuelle?**

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

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE aux résidents des spécialités**

**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 d'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 ou 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 des 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 contexte de 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 des spécialités**

**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		
Autres spécialistes		
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

**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		
Visites à domicile		
Soins aux patients hospitalisés		
Soins intrapartum		
Soins de santé mentale		
Soins palliatifs		
Psychothérapie ou counselling		

**26. Indiquez si vous vous sentez adéquatement formé pour dispenser des soins aux populations suivantes de patients, et si vous comptez le faire. Veillez 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		

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE aux résidents des spécialités**

Patients avec incapacités physiques permanentes		
---	--	--

**27.a) À partir de la liste ci-dessous, indiquez TOUTES les disciplines et les domaines d'activité professionnelle que vous comptez inclure dans le cadre de votre pratique/travail. Note : il n'est pas nécessaire que vous soyez certifié dans cette discipline/ce domaine d'activité professionnelle pour l'inclure dans votre profil. Veuillez choisir TOUTES les cases pertinentes.**

	Discipline/domaine de pratique
	ADMINISTRATION 523
<input type="checkbox"/>	ANESTHÉSIOLOGIE/ANESTHÉSIE
<input type="checkbox"/>	Anesthésiologie/Anesthésie 101
<input type="checkbox"/>	Anesthésie cardiaque 519
<input type="checkbox"/>	CHIRURGIE
<input type="checkbox"/>	Chirurgie colorectale 403
<input type="checkbox"/>	Chirurgie de la main 629
<input type="checkbox"/>	Chirurgie esthétique 628
	Chirurgie générale 303
<input type="checkbox"/>	Chirurgie orthopédique 311
<input type="checkbox"/>	Chirurgie plastique 317
<input type="checkbox"/>	Chirurgie vasculaire 323
<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie 305
<input type="checkbox"/>	Oncologie chirurgicale générale 409
<input type="checkbox"/>	Transplantation 631
	Urologie 321
<input type="checkbox"/>	CONSULTATIONS LÉGALES ET MÉDICOLÉGALES 555
<input type="checkbox"/>	DERMATOLOGIE 111
<input type="checkbox"/>	ÉCHOGRAPHIE 609
<input type="checkbox"/>	ENDOCRINOLOGIE
<input type="checkbox"/>	Endocrinologie et métabolisme 117
<input type="checkbox"/>	Nutrition (y compris l'obésité) 541
	ENDOCRINOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE DE LA REPRODUCTION ET DE L'INFERTILITÉ 413
<input type="checkbox"/>	GASTROENTÉROLOGIE 119
<input type="checkbox"/>	GÉNÉTIQUE MÉDICALE 129
<input type="checkbox"/>	GÉNIE BIOMÉDICAL 531
<input type="checkbox"/>	GÉRIATRIE 121
<input type="checkbox"/>	HÉMATOLOGIE 123
<input type="checkbox"/>	HÉPATOLOGIE 621
<input type="checkbox"/>	HOSPITALISTE 545
<input type="checkbox"/>	IMMUNOLOGIE CLINIQUE ET ALLERGIE 105
<input type="checkbox"/>	MALADIES INFECTIEUSES 125
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE AÉRONAUTIQUE ET MÉDECINE AÉROSPATIALE 529
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE
	Angiographie 533
<input type="checkbox"/>	Cardiologie 103

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents des spécialités

<input type="checkbox"/>	Cardiologie interventionnelle 619
<input type="checkbox"/>	Chirurgie cardiaque, cardiothoracique 301
<input type="checkbox"/>	Chirurgie thoracique 319
<input type="checkbox"/>	Échocardiographie/ÉCG/ 539
<input type="checkbox"/>	Électrophysiologie cardiaque 535
<input type="checkbox"/>	Réadaptation cardiologique 537
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE DE L'ENVIRONNEMENT 617
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE DE LABORATOIRE
<input type="checkbox"/>	Anatomo-pathologie 201
<input type="checkbox"/>	Biochimie médicale 207
<input type="checkbox"/>	Cytopathologie 551
<input type="checkbox"/>	Médecine légale 211
	Microbiologie médicale 209
<input type="checkbox"/>	Neuropathologie 213
<input type="checkbox"/>	Pathologie clinique 549
<input type="checkbox"/>	Pathologie générale 203
<input type="checkbox"/>	Pathologie hématologique 205
<input type="checkbox"/>	Pathologie oculaire 553
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE DU SPORT 615
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE DU TRAVAIL 139
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE INTERNE (GÉNÉRALE) 127
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE MILITAIRE 633
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE NUCLÉAIRE 137
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE RESPIRATOIRE ET PNEUMOLOGIE 171
<input type="checkbox"/>	MÉDECINE TRANSFUSIONNELLE 425
<input type="checkbox"/>	NÉPHROLOGIE 133
<input type="checkbox"/>	NEUROLOGIE
<input type="checkbox"/>	Électromyographie/ÉMG 559
	Neuro/électrophysiologie 561
<input type="checkbox"/>	Neurologie 135
<input type="checkbox"/>	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE
<input type="checkbox"/>	Gynécologie 308
<input type="checkbox"/>	Médecine foeto-maternelle 415
	MTS/médecine de la sexualité 563
<input type="checkbox"/>	Obstétrique 307
<input type="checkbox"/>	Oncologie gynécologique 411
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGIE MÉDICALE 131
<input type="checkbox"/>	OPHTALMOLOGIE
<input type="checkbox"/>	Neuro-ophtalmologie 567
<input type="checkbox"/>	Ophthalmologie 309
	OTOLARYNGOLOGIE
<input type="checkbox"/>	Chirurgie de la tête et du cou 571
<input type="checkbox"/>	Neuro-otologie 573
	Oncologie de la tête et du cou 569
<input type="checkbox"/>	Oto-rhino-laryngologie 313

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents des spécialités

<input type="checkbox"/>	PÉDIATRIE
<input type="checkbox"/>	Anesthésiologie/Anesthésie pédiatrique
<input type="checkbox"/>	Cardiologie pédiatrique 143
<input type="checkbox"/>	Chirurgie cardiaque pédiatrique 626
<input type="checkbox"/>	Chirurgie générale pédiatrique 315
<input type="checkbox"/>	Chirurgie orthopédique pédiatrique 581
<input type="checkbox"/>	Chirurgie plastique pédiatrique 585
<input type="checkbox"/>	Endocrinologie et métabolisme pédiatriques 149
<input type="checkbox"/>	Gastroentérologie pédiatrique 151
<input type="checkbox"/>	Gynécologie de l'adolescente et gynécologie pédiatrique 627
<input type="checkbox"/>	Hématologie et oncologie pédiatriques 153
<input type="checkbox"/>	Immunologie et allergie pédiatriques cliniques 145
<input type="checkbox"/>	Maladies infectieuses pédiatriques 155
<input type="checkbox"/>	Médecine de l'adolescent 625
<input type="checkbox"/>	Médecine néonatale et périnatale 417
<input type="checkbox"/>	Médecine respiratoire et pneumologie pédiatrique 161
<input type="checkbox"/>	Néphrologie pédiatrique 159
<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie pédiatrique 577
<input type="checkbox"/>	Neuropédiatrie 575
<input type="checkbox"/>	Oto-rhino-laryngologie pédiatrique 579
<input type="checkbox"/>	Pathologie pédiatrique 583
<input type="checkbox"/>	Pédiatrie 141
<input type="checkbox"/>	Pédiatrie de la croissance (y compris les troubles du développement) 407
<input type="checkbox"/>	Pédopsychiatrie 595
<input type="checkbox"/>	Radiologie diagnostique pédiatrique 421
<input type="checkbox"/>	Rhumatologie pédiatrique 163
<input type="checkbox"/>	Soins intensifs pédiatriques 147
<input type="checkbox"/>	Urgences pédiatriques 423
<input type="checkbox"/>	Urologie pédiatrique 623
<input type="checkbox"/>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE 401
<input type="checkbox"/>	PHYSIATRIE ET RÉADAPTATION 165
<input type="checkbox"/>	PSYCHIATRIE
<input type="checkbox"/>	Psychiatrie 167
<input type="checkbox"/>	Psychiatrie gériatrique 599
<input type="checkbox"/>	Psychiatrie médicolégale (La psychiatrie et la Loi) 601
<input type="checkbox"/>	Psychogériatrie 603
<input type="checkbox"/>	Psychopharmacologie 605
<input type="checkbox"/>	Thérapie familiale/conjugale 597
<input type="checkbox"/>	RADIO-ONCOLOGIE 169
<input type="checkbox"/>	RADIOLOGIE
<input type="checkbox"/>	Neuroradiologie 419
<input type="checkbox"/>	Radiologie diagnostique 113
<input type="checkbox"/>	Radiologie interventionnelle 607
<input type="checkbox"/>	RHUMATOLOGIE 173
<input type="checkbox"/>	SANTÉ DE LA FEMME 565

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents des spécialités

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

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

---



---

**28.a) Quels sont les facteurs qui 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

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE aux résidents des spécialités**

**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 en 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 :**

	<b>Fortement d'accord</b>	<b>D'accord</b>	<b>Neutre</b>	<b>Désaccord</b>	<b>Fortement en désaccord</b>
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 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 portable

Ordinateur tablette

Téléphone cellulaire

IPOD/lecteur MP3

Autre, préciser \_\_\_\_\_

**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

**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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents des spécialités

santé

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

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