



Sondage national des médecins 2007

Si vous préférez remplir le sondage en ligne, veuillez vous rendre à l'adresse suivante : cma.ca/NPS/FPGP/index.asp

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

Le numéro d'identification figurant sur la page d'introduction ne concerne que le Sondage national des médecins et ne sera corrélé avec aucun numéro d'identification de l'AMC, du CMFC ou du CRMCC. Les fichiers de données obtenus à partir des questionnaires remplis ne seront jamais appariés aux noms et aux adresses des répondants. L'analyse et la publication des résultats du sondage ne se feront que sous forme agrégée afin de protéger la confidentialité de chaque répondant.

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

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

Médecins de famille — Obtenez 2 crédits Mainpro-C en effectuant l'exercice «Relier l'apprentissage à la pratique», relié à ce sondage. Consultez www.cfpc.ca.

Médecins des autres spécialités — Obtenez 2 crédits de maintien du certificat, Section 5, relié à ce sondage. Consultez www.mainport.org pour plus de renseignements sur la façon de procéder.

A. VOTRE SITUATION

1. Veuillez cocher TOUS les éléments qui s'appliquent à votre situation actuelle.

- Je pratique la médecine à temps plein ou à temps partiel.
- Je suis semi-retraité(e).
- Je suis médecin dépanneur ou suppléant. (Si vous n'avez pas de pratique permanente, veuillez remplir selon votre dernière pratique ou celle que vous avez présentement.)
- Je suis employé(e) dans un domaine médical ou connexe à la médecine. Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.
 - administration
 - enseignement
 - recherche
- Je suis en congé sans solde ou en congé sabbatique d'une pratique médicale active. (Veuillez remplir le questionnaire en vous reportant à votre pratique médicale la plus récente.)
- J'ai un poste ou une affiliation universitaire.
- Je suis affilié(e) à un hôpital. (Je suis membre du CMDP d'un hôpital avec privilèges d'admission.)

2. Si vous vous reconnaissez dans l'une des catégories suivantes, veuillez cocher la catégorie appropriée et retourner le questionnaire NON REMPLI en utilisant l'enveloppe-réponse ci-jointe. Merci.

- Je suis étudiant(e) en médecine
- Je suis résident(e)
- Je suis complètement retraité(e)



3. Laquelle des situations suivantes vous décrit le mieux? *Veillez cocher UNE SEULE case.*

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

4. Année de naissance : 19

5. Sexe : homme femme

6. État civil. *Veillez cocher UNE SEULE case.*

- Marié(e) ou conjoint(e) de fait
- Célibataire
- Séparé(e)
- Divorcé(e)
- Veuf(veuve)

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

Année où vous avez terminé votre PLUS RÉCENTE formation médicale postdoctorale (c.-à-d. résidence ou internat) :

7.b) *Veillez indiquer où vous avez complété votre formation médicale. PRE = Études médicales de premier cycle, POST = Formation médicale postdoctorale la PLUS RÉCENTE (c.-à-d. résidence ou internat). Veillez cocher UNE seule case par catégorie.*

| Endroit | PRE | POST | Endroit | PRE | POST | Endroit | PRE | POST |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| UBC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | McMaster | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | McGill | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| U de Calgary | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | U de Toronto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | U Laval | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| U de l'Alberta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | U d'Ottawa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | U Dalhousie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| U de la Saskatchewan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | U Queen's | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | U Memorial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| U du MB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | U de Sherbrooke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | États-Unis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| UWO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | U de Montréal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autre. <i>Spécifiez le pays</i> | _____ | _____ |

8. *Veillez cocher TOUTES les cases qui s'appliquent à votre situation.*

- Présentement membre du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) avec la(les) désignation(s) suivante(s) :
 - CCMF
 - CCMF(MU)
 - FCMF
 - MCMF
- Certificat de spécialiste du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)
Spécifiez la(les) spécialité(s) : _____
- Certificat ou attestation de spécialiste du Collège des médecins du Québec (CMQ)
Spécifiez la(les) spécialité(s) : _____
- Autre(s) désignation(s) médicales(s), *veuillez préciser :* _____
- Autre(s) diplôme(s), *veuillez préciser :* _____
- Aucune des situations ci-dessus

9. En quelle année avez-vous obtenu, pour la première fois, un permis pour exercer la médecine au Canada?

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

10.a) La liste suivante énumère divers milieux de travail. Veuillez indiquer la ou les catégories qui décrivent le mieux le ou les milieux dans lesquels vous travaillez. *Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

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

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

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

11. Quels sont les province(s) ou territoire(s) où vous exercez en ce moment? *Cochez TOUTES les réponses pertinentes.*

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

12. Veuillez inscrire le code postal de votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients OU milieu de travail si vous ne dispensez pas de soins aux patients.

C. VOTRE(VOS) CONTEXTE(S) DE SOINS AUX PATIENTS

13. Dispensez-vous des soins aux patients? Oui Non *(Si non, passez à la question 21.)*

14. Décrivez la population que vous desservez PRINCIPALEMENT dans votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients indiqué à la question 10.b. *Ne cochez qu'UNE seule réponse.*

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Centre-ville | <input type="checkbox"/> Rurale | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Urbaine ou de banlieue | <input type="checkbox"/> Géographiquement isolée ou éloignée | |
| <input type="checkbox"/> Petite ville | <input type="checkbox"/> Ne peut identifier une population principale | |

15. Veuillez indiquer l'organisation de votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients. *Ne cochez qu'UNE SEULE case.*

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pratique solo | <input type="checkbox"/> Pratique interprofessionnelle (médecin(s) et autre(s) professionnel(s) de la santé qui ont leurs propres ensembles de cas) |
| <input type="checkbox"/> Pratique de groupe | |

D. ACCESSIBILITÉ DES SOINS POUR LES PATIENTS

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

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

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune restriction; ma pratique est ouverte à tous les nouveaux patients. | <input type="checkbox"/> Complètement fermée. |
| <input type="checkbox"/> Fermée en partie. Veuillez donner une estimation du nombre de nouveaux patients que vous avez acceptés dans votre pratique au cours des 12 derniers mois : _____. | <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas à mon milieu de pratique. |

17. Quels sont les obstacles que vous considérez importants dans la prestation des soins à vos patients? *Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Financement du système | <input type="checkbox"/> Technologies de l'information et des communications incompatibles avec vos besoins | Mauvaises communications interpersonnelles avec : |
| <input type="checkbox"/> Mécanismes de rémunération | <input type="checkbox"/> Manque d'information clinique fondée sur des données probantes | <input type="checkbox"/> médecins de famille |
| <input type="checkbox"/> Tâches administratives | <input type="checkbox"/> Manque d'établissements appropriés pour prendre soin des patients complexes, âgés ou en perte d'autonomie | <input type="checkbox"/> autres spécialistes |
| <input type="checkbox"/> Bureaucratie | | <input type="checkbox"/> autres professionnels de la santé |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité du personnel | | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Sollicitation sur votre temps | | |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité des résultats de labo | | |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité des informations sur le patient au lieu où sont donnés les soins | | |

E. VOTRE PRATIQUE et PROFIL DE TRAVAIL

18.a) Veuillez indiquer si les soins aux populations suivantes de patients sont dispensés par vous-même et(ou) par d'autres dans votre pratique. *Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

| | Je dispense des soins à ces patients | D'autres prestataires de soins dans notre pratique dispensent des soins à ces patients | Cette population de patients représente plus de 10 % de notre patientèle |
|---|--------------------------------------|--|--|
| Nouveau-nés (<1 mois) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nourrissons (1–12 mois) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfants (1–11 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adolescents (12–19 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Femmes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Femmes enceintes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hommes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personnes âgées (65 ans et plus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autochtones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Minorités ethniques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nouveaux immigrant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personnes démunies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patients souffrant de problèmes respiratoires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patients hypertendus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patients diabétiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patients atteints de cardiopathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patients souffrant de troubles mentaux chroniques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patients obèses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patients atteints de cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patients porteurs du VIH–sida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18.b) Veuillez indiquer si les services suivants sont offerts à vos patients par vous-même et (ou) par d'autres dans votre pratique. *Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

| | J'offre ce service à mes patients | D'autres dans notre pratique offrent ce service à nos patients |
|--|-----------------------------------|--|
| Soins de santé non urgents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soins pour problèmes de santé aigus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médecine d'urgence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Visites à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soins aux patients hospitalisés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soins intrapartum (Si oui, nombre annuel d'accouchements _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soins de santé mentale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychothérapie ou counselling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18.c) Votre pratique médicale comporte-t-elle un ou des domaines d'intérêt spécial (c.-à-d. population de patients, activité universitaire ou administrative, sous-spécialité, etc.)?
 Non Oui — *Si oui, veuillez préciser et indiquer le pourcentage de temps que vous y consacrez.*

Domaine(s) d'intérêt

Pourcentage du temps (%)

19. Veuillez estimer le nombre de patients qui vous consultent dans une semaine TYPE, À L'EXCLUSION de ceux que vous voyez pendant les heures de garde (c.-à-d. temps en dehors de votre horaire habituel pendant lequel vous êtes disponible pour les patients) : Nombre de patients vus par semaine _____

F. RÉPARTITION DE VOTRE TEMPS

«GARDE» = heures non comprises dans votre horaire habituel où vous êtes disponible pour les patients.

20.a) Participez-vous à un système de garde? Oui Non (*Passez à la question 21.*)

20.b) Veuillez estimer le nombre total d'heures que vous consacrez en moyenne PAR MOIS aux activités de garde : _____ heures/mois

20.c) Veuillez estimer le nombre mensuel de vos heures de garde consacrées aux soins directs aux patients (p. ex. téléphone, courriel, face-à-face) : _____ heures/mois

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

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

20.d) Veuillez estimer le nombre de patients que vous VOYEZ par mois durant les heures de garde : _____ patients/mois

21. À L'EXCLUSION DU TEMPS DE GARDE, combien D'HEURES PAR SEMAINE consacrez-vous EN MOYENNE aux activités suivantes? *Comme les activités s'excluent 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 ou formation sans soins directs aux patients (contact avec les étudiants ou résidents, préparation, attribution de notes, évaluations, etc.) heures/semaine
- iv) Soins indirects aux patient (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) Éducation médicale continue ou développement professionnel continu (cours, lectures, vidéos, bandes audio, séminaires, etc.) heures/semaine
- x) Autre (engagement au sein d'organisations professionnelles ou de spécialité, activités médico-légales, etc.) heures/semaine

SOMME de 21.i à 21.x

NOMBRE TOTAL D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE heures/semaine

22. Au cours de la DERNIÈRE ANNÉE, avez-vous

22.a) été absent de votre travail pour :

i) congé de maternité ou de paternité? Non Oui — *Si oui, nombre approximatif de SEMAINES d'absence :* _____

ii) congé personnel? Non Oui — *Si oui, nombre approximatif de SEMAINES d'absence :* _____

iii) maladie ou invalidité? Non Oui — *Si oui, nombre approximatif de JOURS d'absence à cause du stress relié au travail :* _____

Nombre approximatif de JOURS d'absence à cause de toute autre maladie ou invalidité : _____

22.b) fait appel à un médecin suppléant ou dépanneur? Oui Non, suppléant ou dépanneur non disponible Non, suppléant ou dépanneur pas nécessaire

22.c) offre personnellement des services de dépannage ou suppléance à un autre médecin? Oui Non

Si oui, environ combien de semaines au cours de la dernière année : _____ (nombre de SEMAINES)

G. VOTRE REVENU PROFESSIONNEL

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

| | | |
|--|---------|-------------|
| À l'acte (soins assurés ou non) | □ □ □ □ | % |
| À salaire | □ □ □ □ | % |
| Par capitation | □ □ □ □ | % |
| À la vacation, à tarif quotidien ou à taux horaire | □ □ □ □ | % |
| À contrat | □ □ □ □ | % |
| Primes et incitatifs | □ □ □ □ | % |
| Autre _____ | □ □ □ □ | % |
| TOTAL | | 100% |

H. CHANGEMENTS DANS VOTRE PRATIQUE

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

| | 2 DERNIÈRES années | 2 PROCHAINES années |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Réduire vos heures de travail hebdomadaires (à l'exclusion de la garde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augmenter vos heures de travail hebdomadaires (à l'exclusion de la garde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Retraite de la pratique clinique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Déménager votre pratique dans un(e) autre province ou territoire du Canada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AUCUN DES CHANGEMENTS CI-DESSUS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I. VOTRE SATISFACTION PROFESSIONNELLE

25. 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) | Sans objet |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre vie professionnelle actuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'équilibre entre vos engagements personnels et professionnels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos relations avec vos patients | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos relations avec les médecins de famille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos relations avec les médecins des autres spécialités | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. La capacité d'assurer le suivi d'une cohorte d'individus au fil du temps procurerait des informations de recherche d'une valeur inestimable pour la planification des ressources humaines en santé. Autoriseriez-vous que les réponses de ce sondage soient reliées à vos réponses lors des futurs Sondages nationaux des médecins? (Cette relation s'établirait en vous assignant le même numéro d'identification pour chacun des sondages.) Les résultats de ces données de cohorte seront diffusés seulement sous forme agrégée, jamais sous forme individuelle. **Oui, j'accepte de faire partie de la cohorte du Sondage national des médecins.**

27. Commentaires

Merci de votre temps et de votre collaboration.

Veuillez retourner le questionnaire rempli dans l'enveloppe-retour jointe, à l'adresse Sondage national des médecins, a/s Association médicale canadienne, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6. Pour toute question au sujet du sondage, veuillez communiquer avec Tara Chauhan au 800 663-7336, poste 2163.