



Sondage national des médecins 2007

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

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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je pratique la médecine à temps plein ou à temps partiel. | <input type="checkbox"/> 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.) |
| <input type="checkbox"/> Je suis semi-retraité(e). | <input type="checkbox"/> J'ai un poste ou une affiliation universitaire. |
| <input type="checkbox"/> 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.) | <input type="checkbox"/> Je suis affilié(e) à un hôpital. (Je suis membre du CMDP d'un hôpital avec privilèges d'admission.) |
| <input type="checkbox"/> Je suis employé(e) dans un domaine médical ou connexe à la médecine.
Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes. | |
| <input type="checkbox"/> administration <input type="checkbox"/> enseignement <input type="checkbox"/> recherche | |

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? Veuillez 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)

Veillez préciser la profession de votre conjoint(e) ou partenaire : _____

7. Avez-vous des enfants? Non Oui – *Quel est l'âge du plus jeune?* _____ ans

8. 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 TN-LB TNO YT NU
 À l'étranger

9.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) :

9.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 Spécifiez le pays	_____	_____

10. *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

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

12.a) En utilisant l'échelle ci-dessous, veuillez évaluer LA DISPONIBILITÉ ET L'EFFICACITÉ de chacune des méthodes suivantes d'éducation professionnelle continue pour le maintien et le perfectionnement de vos connaissances, habiletés et compétences appliquées à votre pratique professionnelle.

0=Aucune disponibilité ou efficacité; 1=Faible; 2=Passable; 3=Bonne; 4=Très bonne; 5=Excellente; NP=N'utilise pas

	Disponibilité							Efficacité						
	0	1	2	3	4	5	NP	0	1	2	3	4	5	NP
Conférences ou cours agréés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dîners ou déjeuners non agréés, parrainés par les entreprises pharmaceutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Journaux avec comités d'examen par les pairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Publications médicales sans comités d'examen par les pairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressources fondées sur des données probantes (p. ex. lignes directrices, guides de pratique clinique, banques de données)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cours de formation en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visites, clubs de lecture, activités en petit groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmes d'auto-évaluation (p. ex. Questions à choix multiples (QCM), portfolio des services offert dans la pratique, registres d'EMC, rétroaction de sources multiples)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluations de la qualité de l'exercice professionnel («audit de pratique»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthodes d'auto-apprentissage (p. ex. auto-apprentissage, apprentissage en petit groupe fondé sur la pratique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simulateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.b) Donnez-vous personnellement des cours ou des programmes de développement professionnel continu (DPC)? Non Oui

Si oui, veuillez préciser à quel type d'auditoire : Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.

- Médecins dans votre spécialité ou domaine de pratique Médecins EN DEHORS de votre spécialité ou domaine de pratique
 Autres professionnels de la santé.

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

13.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 _____ |

13.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

14. 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

15. 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.

--	--	--	--	--	--	--	--

16. Indiquez la(les) principale(s) raison(s) du choix actuel du lieu de travail. *Veillez cocher TOUTES les réponses pertinentes.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Disponibilité du système de soutien médical et des ressources médicales | <input type="checkbox"/> Ouverture d'une possibilité de pratique |
| <input type="checkbox"/> Perspectives de carrière pour le(la) conjoint(e) ou partenaire | <input type="checkbox"/> Obligation de retour au travail |
| <input type="checkbox"/> Raisons familiales | <input type="checkbox"/> Raisons religieuses, sociales, culturelles |
| <input type="checkbox"/> J'ai aimé l'endroit | <input type="checkbox"/> Incitatif financier de recrutement ou rétention |
| <input type="checkbox"/> Possibilité d'être affilié à une université | <input type="checkbox"/> Incitatif non financier de recrutement ou rétention |
| <input type="checkbox"/> Les besoins de la collectivité allaient de pair avec mes intérêts de carrière | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

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

17. Dispensez-vous des soins aux patients? Oui Non (*Si non, passez à la question 31.*)

18. Décrivez la population que vous desservez PRINCIPALEMENT dans votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients indiqué à la question 13.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 | |

19. 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 | |

20. Veuillez indiquer avec qui vous collaborez régulièrement pour dispenser des soins aux patients et dans quelle mesure votre collaboration fait partie d'une entente formelle. *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

	Je collabore régulièrement avec les personnes suivantes pour dispenser des soins	J'ai une entente formelle de collaboration avec les personnes suivantes	Je ne collabore pas avec les personnes suivantes
Médecins de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres spécialistes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmières praticiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmières en psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre infirmières (p. ex.: inf. aut., inf. aux. aut.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adjointes au médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dietétistes et nutritionnistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraticiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseillers en santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseillers en toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleurs sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sages-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podiatres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticiens de médecine complémentaire ou parallèle (p. ex. acupuncteurs, homéopathes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 21.** Lorsque vous collaborez à la prestation des soins avec d'autres professionnels de la santé, (veuillez cocher *TOUTES* les cases pertinentes) :
- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Communiquez-vous par téléphone? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Utilisez-vous des moyens électroniques (courriel, serveur de liste, Internet) pour discuter des patients ou des problèmes cliniques? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Vous rencontrez-vous pour discuter des patients ou des problèmes cliniques? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Offrez-vous votre opinion ou consultation sans voir le patient en personne? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Partagez-vous les décisions entourant les soins? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Discutez-vous des nouvelles données probantes et leur applicabilité à vos patients? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Passez-vous en revue les incidents indésirables ou critiques? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Participez-vous à des activités éducatives conjointes? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous l'impression que cette relation de travail améliore les soins que reçoivent vos patients? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous l'impression que cette relation de travail rehausse les soins que vous pouvez dispenser? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

- 22.** Quelle(s) langue(s) parlez-vous avec vos patients? Anglais Français Autre(s) _____

D. ACCESSIBILITÉ DES SOINS POUR LES PATIENTS

- 23.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

- 23.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. |

- 24.** 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 |
| <input type="checkbox"/> Mécanismes de rémunération | <input type="checkbox"/> Manque d'information clinique fondée sur des données probantes |
| <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"/> Bureaucratie | Mauvaises communications interpersonnelles avec : |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité du personnel | <input type="checkbox"/> médecins de famille |
| <input type="checkbox"/> Sollicitation sur votre temps | <input type="checkbox"/> autres spécialistes |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité des résultats de labo | <input type="checkbox"/> autres professionnels de la santé |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité des informations sur le patient au lieu où sont donnés les soins | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

25.a) Veuillez évaluer l'accessibilité des services suivants pour vos patients :

	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Faible	Ne sais pas
Médecins de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de soutien psychosocial (p. ex. psychologues, travailleurs sociaux, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services-conseil en santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services-conseil en toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de soins en oncologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de cardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services à domicile de soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lits de soins intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lits de soins de longue durée (c.-à-d. centre d'accueil, soins pour maladies chroniques, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins urgents aux patients déjà hospitalisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins hospitaliers pour des interventions électives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services diagnostiques de routine (p. ex. laboratoire, radiologie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services diagnostiques de pointe (p. ex. IRM, TDM, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments et appareils médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25.b) Veuillez signaler les autres problèmes d'accessibilité que vous jugez importants pour vos patients.

26. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On devrait décourager les traitements qui n'ont pas été validés par des méthodes scientifiquement reconnues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La médecine alternative et complémentaire est une menace pour la santé publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. En dehors des heures régulières de bureau, quels sont les arrangements disponibles pour les soins à vos patients dans votre PRINCIPAL milieu de soins aux patients?

- Pas de directives ni d'orientation
- Dispositions ou directives fournies. *Veillez cocher TOUT ce qui s'applique.*
 - Heures supplémentaires (au-delà du lundi au vendredi de 9 h à 17 h). *Si oui, nombre d'heures supplémentaires par semaine :* _____ heures/semaine
 - Clinique après les heures régulières à laquelle vous participez vous-même ou qui fait appel à la participation d'autres prestataires de soins de votre pratique.
 - Conseils médicaux personnalisés par téléphone 24/7 où le prestataire A ACCÈS au dossier médical du patient.
 - Conseils médicaux personnalisés par téléphone 24/7 où le prestataire N'A PAS ACCÈS au dossier médical du patient.
 - Directive de téléphoner à InfoSanté ou à un autre service téléphonique régional, provincial ou territorial de conseils 24/7.
 - Directive de téléphoner à un service de visites à domicile.
 - Directive d'aller à une clinique sans rendez-vous ou clinique ouverte après les heures régulières à laquelle VOUS NE PARTICIPEZ PAS.
 - Instructions de se rendre à l'urgence.
 - Autre _____

E. VOTRE PRATIQUE et PROFIL DE TRAVAIL

28.a) Veillez indiquer si les soins aux populations suivantes de patients sont dispensés par vous-même et/ou par d'autres dans votre pratique. *Veillez 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 clientèle
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 immigrants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes démunies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes sans-abri ou «de la rue»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Populations non-résidentes ou saisonnières	<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"/>
Toxicomanies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patients souffrant d'incapacités physiques permanentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, <i>veillez préciser :</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.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 (<i>Si oui, nombre annuel d'accouchements _____</i>)	<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"/>

28.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 (%)

29. 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.

30.a) Participez-vous à un système de garde?

- Non (*Passez à la question 31.*) Oui — *Si oui, décrivez vos activités de garde. Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*
- Garde pour soins obstétricaux
 - Garde pour soins aux patients hospitalisés
 - Garde pour patients non hospitalisés — appels téléphoniques seulement
 - Garde pour patients non hospitalisés — appels téléphoniques et consultations au besoin
 - Garde pour l'urgence
 - Garde pour centre d'hébergement ou de soins de longue durée
 - Autre _____

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

30.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

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

- 31.** 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 milieuheures/semaine
- ii) Soins directs aux patients avec une composante d'enseignement, indépendamment du milieuheures/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 santéheures/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 31.i à 31.x **NOMBRE TOTAL D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE**heures/semaine

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

32.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 : _____

32.b) offert des services médicaux à titre de bénévole (p. ex. médecin dans un camp, aide internationale, etc.) Oui Non

Si oui, environ combien de semaines au cours de la dernière année avez-vous consacrées au bénévolat : _____ (nombre de SEMAINES).

Veuillez préciser le(s) domaine(s) de bénévolat : _____

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

32.d) offert personnellement des services de dépannage ou suppléance à un autre médecin? Oui Non (*Passez à la question 33.*)

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

ii) Quelle(s) population(s) de patients avez-vous desservie(s)? (*Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*)

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

iii) Avez-vous une pratique permanente en plus de votre travail comme suppléant(e) ou dépanneur? Oui Non

iv) Pourquoi choisissez-vous de faire de la suppléance? *Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- | | |
|--|---|
| A <input type="checkbox"/> Raisons financières | D <input type="checkbox"/> Répondre à un besoin de services |
| B <input type="checkbox"/> Pour évaluer le potentiel d'un futur lieu de pratique | E <input type="checkbox"/> Flexibilité et possibilité de fixer mon propre horaire |
| C <input type="checkbox"/> Variété clinique | F <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ |

v) À partir des raisons ci-dessus, cochez LA RAISON la plus importante pour laquelle vous choisissez de faire de la suppléance ou du dépannage.

- A B C D E F

G. VOTRE REVENU PROFESSIONNEL

33.a) 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)	<input type="text"/>	%		
À salaire	<input type="text"/>	%		
Par capitation	<input type="text"/>	%		
À la vacation, à tarif quotidien ou à taux horaire	<input type="text"/>	%		
À contrat	<input type="text"/>	%		
Primes et incitatifs	<input type="text"/>	%		
Autre _____	<input type="text"/>	%		
TOTAL	100%			

33.b) Si vous aviez le choix, comment aimeriez-vous être rémunéré(e) pour vos services médicaux? *Veillez cocher UN SEUL choix.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> À l'acte seulement | <input type="checkbox"/> À contrat seulement |
| <input type="checkbox"/> À salaire seulement | <input type="checkbox"/> Rémunération mixte |
| <input type="checkbox"/> Par capitation seulement | |
| <input type="checkbox"/> À la vacation ou à taux horaire seulement | |

SI VOUS AVEZ RÉPONDU «RÉMUNÉRATION MIXTE», quelles composantes AIMERIEZ-VOUS? *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> À l'acte | <input type="checkbox"/> À contrat |
| <input type="checkbox"/> À la vacation, à tarif quotidien ou à l'heure | <input type="checkbox"/> Par capitation |
| <input type="checkbox"/> Rémunération pour la garde autre qu'à l'acte | <input type="checkbox"/> Avantages sociaux, prestation de retraite |
| <input type="checkbox"/> À salaire | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

33.c) Au cours des 12 derniers mois, environ quel pourcentage de votre revenu professionnel provenait des organismes suivants? **LE TOTAL DOIT ÊTRE DE 100 %.**

Régimes et programmes d'assurance-santé provinciaux, territoriaux, gouvernementaux.....	<input type="text"/>	%		
Autorités ou conseils de santé régionaux	<input type="text"/>	%		
Centre hospitalier universitaire (CHU) ou Centre universitaire de santé (CUS) ou universités	<input type="text"/>	%		
Hôpitaux communautaires	<input type="text"/>	%		
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents au travail	<input type="text"/>	%		
Compagnies privées d'assurances et assurances de tiers (p. ex. : honoraires pour consultations cliniques, notes, témoignages).....	<input type="text"/>	%		
Programmes fédéraux directs de santé (p. ex. : RPC, MAC, GRC, etc.)	<input type="text"/>	%		
Directement des patients	<input type="text"/>	%		
Organismes professionnels et(ou) médicaux (p. ex. honoraires)	<input type="text"/>	%		
Financement de l'industrie (p. ex. frais de recherche, consultations, honoraires, etc.).....	<input type="text"/>	%		
Bourses de recherche (ne provenant pas du secteur industriel)	<input type="text"/>	%		
Autre, veuillez préciser : _____	<input type="text"/>	%		
TOTAL	100%			

H. CHANGEMENTS DANS VOTRE PRATIQUE

34. Les facteurs suivants augmentent-ils la demande pour votre temps?

Population vieillissante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Complexité croissante de la charge professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prise en charge des patients atteints de maladies ou affections chroniques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Augmentation des attentes des patients	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Manque de disponibilité des services médicaux locaux ou régionaux dans ma spécialité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Manque de disponibilité des services médicaux locaux ou régionaux dans d'autres spécialités	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Manque de disponibilité des autres professionnels de la santé locaux ou régionaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre, veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

40.a) Parmi les systèmes électroniques suivants, veuillez indiquer lesquels vous avez, si vous les utilisez dans les soins à vos patients et s'il s'agit d'un système sans fil.

Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.	Je l'ai	Je l'utilise	Je l'utilise sur un appareil sans fil
Système électronique de rendez-vous ou de calendrier pour les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facturation électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossiers électroniques pour sauvegarder et retrouver des notes cliniques relatives aux patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systèmes de rappels électroniques pour les soins recommandés aux patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions et(ou) interactions médicamenteuses indésirables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systèmes électroniques d'aide à la décision (c.-à-d. pour évaluer les options de traitement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface électronique avec les pharmacies et pharmaciens externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface électronique avec d'autres systèmes externes (p. ex. hôpitaux ou autres cliniques) pour l'accès ou le partage de renseignements concernant les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface électronique avec des registres externes de patients atteints de maladies chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télé médecine, diffusion web, vidéoconférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès en ligne aux revues, guides de pratique clinique, bases de données médicales (p. ex. MEDLINE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JE N'UTILISE AUCUNE DES TECHNOLOGIES CI-DESSUS <input type="checkbox"/>			

40.b) Votre clinique a-t-elle son propre site Internet? Oui Non

J. VOTRE SATISFACTION PROFESSIONNELLE

41. 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"/>
Vos relations avec les hôpitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations avec les pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'utilité et la fiabilité des demandes de consultation que vous recevez des médecins de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'occasion de mettre pleinement à profit vos compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les possibilités d'EMC ou DPC pour répondre à vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre capacité de trouver des médecins suppléants ou dépanneurs lorsque vous êtes en formation, en congé ou absent pour raisons personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre revenu horaire net comparativement à celui des autres médecins de votre spécialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre revenu horaire net comparativement à celui des autres spécialités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. 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.**

43. 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.