

SONDAGE NATIONAL SUR LA MÉDECINE PALLIATIVE QUESTIONNAIRE

**Société canadienne des médecins de soins palliatifs
Association médicale canadienne
Collège des médecins de famille du Canada
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Technology Evaluation in the Elderly Network**

Novembre 2014

Sondage sur la médecine palliative

Êtes-vous :

- un médecin détenant un certificat, et vous exercez à temps plein, à temps partiel, en suppléance ou dans un domaine relié à la médecine, ou vous êtes en congé
- étudiant
- résident
- entièrement à la retraite

A. RENSEIGNEMENTS À VOTRE SUJET

1. Année de naissance :

2. Sexe :

- femme
- homme

3. En quelle année avez-vous obtenu votre permis d'exercice de la médecine ?

4. Lequel de ces énoncés décrit le mieux votre activité principale ?

- Médecine familiale (les soins palliatifs ne font PAS partie de votre activité principale)
- Médecine familiale (les soins palliatifs font partie de votre activité principale)
- Médecine familiale spécialisée dans un domaine particulier
- Spécialiste ou surspécialiste

4a) Quel est ce domaine?

- Soins palliatifs
- Médecine d'urgence
- Soins aux personnes âgées
- Médecine générale spécialisée en oncologie
- Médecine hospitalière
- Autre, précisez _____

4b) Quelle est votre spécialité ou surspécialité ?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Anatomopathologie | <input type="radio"/> Néphrologie |
| <input type="radio"/> Anesthésiologie | <input type="radio"/> Neurologie |
| <input type="radio"/> Chirurgie cardiaque, cardiothoracique | <input type="radio"/> Neuropathologie |
| <input type="radio"/> Cardiologie | <input type="radio"/> Neurochirurgie |
| <input type="radio"/> Immunologie clinique et allergie | <input type="radio"/> Médecine nucléaire |
| <input type="radio"/> Médecine communautaire | <input type="radio"/> Obstétrique-gynécologie |
| <input type="radio"/> Médecine de soins intensifs | <input type="radio"/> Médecine du travail |
| <input type="radio"/> Dermatologie | <input type="radio"/> Ophtalmologie |
| <input type="radio"/> Radiologie diagnostique | <input type="radio"/> Chirurgie orthopédique |
| <input type="radio"/> Médecine d'urgence | <input type="radio"/> Oto-rhino-laryngologie |
| <input type="radio"/> Endocrinologie et métabolisme | <input type="radio"/> Médecine palliative |
| <input type="radio"/> Gastroentérologie | <input type="radio"/> Pédiatrie |
| <input type="radio"/> Pathologie générale | <input type="radio"/> Médecine palliative pédiatrique |
| <input type="radio"/> Chirurgie générale | <input type="radio"/> Médecine physique et réadaptation |
| <input type="radio"/> Gériatrie | <input type="radio"/> Chirurgie plastique |
| <input type="radio"/> Pathologie hématologique | <input type="radio"/> Psychiatrie |
| <input type="radio"/> Hématologie | <input type="radio"/> Oncologie radiologique |
| <input type="radio"/> Maladies infectieuses | <input type="radio"/> Pneumologie |
| <input type="radio"/> Médecine interne générale | <input type="radio"/> Rhumatologie |
| <input type="radio"/> Biochimie médicale | <input type="radio"/> Urologie |
| <input type="radio"/> Génétique médicale | <input type="radio"/> Autre, veuillez préciser : _____ |
| <input type="radio"/> Microbiologie médicale | |
| <input type="radio"/> Oncologie médicale | |

5. Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Membre en règle du Collège des médecins de famille du Canada
- Certificat de spécialité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Certificat de spécialité du Collège des médecins du Québec
- Autre(s) titre(s) médicaux, veuillez préciser : _____

5a. Parmi les titres suivants, lequel(s) détenez-vous?

- CCMF
- CCMF (MU)
- Associé du CMFC
- membre du CMFC

6. Dans quelle province ou quel territoire exercez-vous vos PRINCIPALES activités ?

- Colombie-Britannique
- Alberta
- Saskatchewan
- Manitoba
- Ontario
- Québec
- Nouveau-Brunswick
- Nouvelle-Écosse
- Île-du-Prince-Édouard
- Terre-Neuve-et-Labrador
- Yukon
- Territoires du Nord-Ouest
- Nunavut

7. Répondez aux autres questions du sondage en fonction de l'envergure de votre pratique en médecine palliative, établie par la question suivante. Exercez-vous la médecine palliative a) en donnant des consultations et en faisant des visites de suivi directes; b) en servant de ressource en soins palliatifs à d'autres fournisseurs de soins de santé; ou c) en fournissant des soins indirects à un service local ou régional de soins palliatifs?

- Oui
- Non

B1. Existe-t-il dans votre région un service de soins palliatifs auquel vous pouvez référer des patients?

- Oui, il en existe un
- Il en existe un, mais l'accès est limité
- Non, il n'en existe aucun

Commentaires :

B2. Êtes-vous satisfait des services offerts à vos patients en fin de vie?

- Très satisfait
- Assez satisfait
- Sans opinion
- Assez insatisfait
- Très insatisfait
- s.o.

Commentaires :

8. Combien d'heures par semaine en moyenne (sans tenir compte du temps de garde) exercez-vous la médecine (en comptant le travail clinique, d'enseignement, d'administration, de recherche, etc.) ?

9. Combien d'heures par semaine exercez-vous la médecine palliative (en comptant le travail clinique, d'administration, de formation, en milieu universitaire, etc.)?

10. Êtes-vous membre (veuillez cocher TOUTES les réponses pertinentes)

- de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs?
- de l'Association canadienne de soins palliatifs?
- d'une association provinciale de soins palliatifs?
- de la division provinciale d'une association de soins palliatifs ou de médecine palliative (selon le cas)?
- d'un autre organisme œuvrant dans le domaine des soins palliatifs?
- Aucune de ces réponses

10a. Veuillez préciser

- IAHPC (Association internationale pour les soins palliatifs et les soins palliatifs)
- AAHPM (American Academy of Hospice Palliative Medicine)
- EAPC (l'Association Européenne de Soins Palliatifs)
- Autre réponse : _____

11. Avez-vous suivi un programme agréé d'études postdoctorales en médecine palliative ou une formation supplémentaire d'une année en médecine palliative?

- Oui
- Non

11a. quand? (année)

11b. où?

- Canada
- Australie
- É.-U.
- R.-U.
- Ailleurs (précisez) _____

11c. Précisez où :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> U. de la Colombie-Britannique | <input type="radio"/> U. Queens |
| <input type="radio"/> U. de Calgary | <input type="radio"/> U. d'Ottawa |
| <input type="radio"/> U. de l'Alberta | <input type="radio"/> U. McGill |
| <input type="radio"/> U. du Manitoba | <input type="radio"/> U. de Montréal |
| <input type="radio"/> U. Western | <input type="radio"/> U. Laval |
| <input type="radio"/> U. McMaster | <input type="radio"/> U. Dalhousie |
| <input type="radio"/> U. de Toronto | |

12. Avez-vous suivi une autre formation en médecine palliative?

- Oui
- Non

12a. en quelle année?

12b. où?

- Canada
- Australie
- É.-U.
- R.-U.
- Autre réponse (précisez) _____

12c. Quelle a été la durée de cette formation?

- ≤ 3 mois
- de 3 à 6 mois
- de 7 à 11 mois
- 1 an
- de 13 à 24 mois
- > 24 mois

12d. Avez-vous subi un ou des examens d'agrément en médecine palliative?

- Oui
- Non

12e. Dans quel pays?

- Canada
- Australie
- É.-U.
- R.-U.
- Autre réponse (précisez)

13. Outre vos études de médecine, avez-vous suivi un ou plusieurs autres programmes d'études supérieures (p. ex., maîtrise, doctorat)?

- Oui
- Non

13a. Lequel(s) ?

- MSc
- MBA
- MEd
- PhD
- Autre réponse

B. EXERCICE DE LA MÉDECINE PALLIATIVE

14. Depuis combien d'années exercez-vous la médecine palliative (à temps plein ou à temps partiel) :

15. Dans votre région, les soins palliatifs sont dispensés par (cochez TOUTES les réponses pertinentes) :

- des médecins de famille (soignant leurs propres patients)
- des spécialistes (soignant leurs propres patients)
- des équipes spécialisées en soins palliatifs
- dans le cadre de services de soins à domicile
- Autre (précisez) _____

16. Dans le PRINCIPAL milieu où vous prodiguez des soins palliatifs, où habite PRINCIPALEMENT la population que vous soignez?

- en ville ou en banlieue
- dans une petite ville
- en région rurale
- en région éloignée
- je ne peux préciser la région géographique principale

17. Parmi les patients auxquels vous prodiguez des soins palliatifs, combien ne souffrent pas d'un cancer?

- < 20%
- de 21 à 50 %
- > 50 %

C. CHARGE DE TRAVAIL EN MÉDECINE PALLIATIVE

18. Quel pourcentage de votre temps consacré à la pratique de la médecine palliative est-il consacré aux activités suivantes? (le total doit égaler 100 %)

%

Travail clinique

Administration ou leadership (y compris le travail en comité)

Formation et enseignement (au chevet et cours magistraux)

Recherche

19. Dans chacun des milieux suivants, combien de temps consacrez-vous à des soins palliatifs? La somme des pourcentages indiqués doit égaler 100 %.

%

Consultations dans un établissement de soins actifs

Consultations à l'urgence

Établissement de soins de longue durée ou foyer de soins

Unité de soins palliatifs où un médecin spécialiste en soins palliatifs est le principal médecin responsable

Établissement de soins palliatifs

Cabinet médical

Domicile du patient

Service de consultation externe d'un hôpital

Centre de traitement du cancer

Autre milieu

19a. Autre milieu (précisez)

20. En dehors de vos heures normales de travail, faites-vous du travail bénévole ou non rémunéré en rapport avec les soins palliatifs (p. ex. : participation à des conseils ou comités)?

- Oui
- Non

20a. Combien d'heures par semaine?

- 1 ou 2 h/sem
- de 3 à 5 h/sem
- > 5 h/sem

21. Faites-vous des visites à domicile?

- Oui
- Non

21a. Touchez-vous des honoraires supplémentaires?

- Oui
- Non

21b. Vos frais de déplacement vous sont-ils remboursés?

- Oui
- Non

22. Fournissez-vous par téléphone des conseils en matière de soins palliatifs à d'autres médecins ou fournisseurs de soins de santé ?

- Oui
- Non

22a. Combien de ces entretiens téléphoniques avez-vous par semaine, en moyenne ?

- de 1 à 5
- de 6 à 10
- de 11 à 15
- de 16 à 20
- > 20

22b. Touchez-vous des honoraires supplémentaires ?

- Oui
- Non

D. DISPONIBILITÉ APRÈS LES HEURES NORMALES DE TRAVAIL / HEURES DE GARDE POUR SOINS PALLIATIFS

23. Faites-vous des périodes de garde ou assurez-vous une disponibilité en soins palliatifs après les heures normales (en dehors des heures habituelles au cours desquelles vous êtes disponible pour les patients) ?

- Oui
- Non

23a. Faites-vous partie d'une équipe de garde officiellement constituée ?

- Oui
- Non

23a. i) Quel est votre calendrier de service de garde en soins palliatifs?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 1:1 | <input type="radio"/> 1:8 |
| <input type="radio"/> 1:2 | <input type="radio"/> 1:9 |
| <input type="radio"/> 1:3 | <input type="radio"/> 1:10 |
| <input type="radio"/> 1:4 | <input type="radio"/> 1:11 |
| <input type="radio"/> 1:5 | <input type="radio"/> 1:12 |
| <input type="radio"/> 1:6 | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> 1:7 | _____ |

23b. Devez-vous faire des tournées cliniques ? (par. ex. : les fins de semaine à l'unité de soins palliatifs d'un hôpital)

- Oui
- Non

23c. Lorsque vous êtes de garde, fournissez-vous surtout de l'assistance téléphonique ?

- Oui
- Non

23d. Lorsque vous êtes de garde ou que vous assurez une disponibilité, combien d'heures par mois consacrez-vous en moyenne aux soins directs aux patients (p. ex., tournées cliniques, consultations par téléphone, par courriel, en personne)?

- de 1 à 5
- de 6 à 10
- de 11 à 20
- > 20

23e. Recevez-vous une rémunération distincte pour être de garde ou pour assurer une disponibilité ?

- Oui
- Non

23f. Touchez-vous des honoraires supplémentaires pour fournir des soins directs aux patients (p. ex., consultations par téléphone, par courriel, en personne) durant le service de garde ?

- Oui
- Non

23g. Si vous touchez des honoraires supplémentaires pour des soins directs aux patients, quel est votre mode de rémunération ?

- Paiement à l'acte
- Paiement à contrat
- Paiement à la séance
- Autre (veuillez préciser) _____

23h. Vos services de garde la fin de semaine vous sont-ils payés sous forme de journées de congé ?

- Oui
- Non

E. ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE DE SOINS PALLIATIFS

(veuillez fournir des précisions sur la principale équipe avec laquelle vous travaillez.)

24. Faites-vous partie d'une équipe interprofessionnelle de soins palliatifs ?

- Oui
- Non

24a. Veuillez préciser votre équipe:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> autre(s) médecins spécialisés en soins palliatifs | <input type="checkbox"/> conseiller spirituel |
| <input type="checkbox"/> infirmière praticienne ou clinicienne | <input type="checkbox"/> physiothérapeute/ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> infirmière praticienne spécialisée | <input type="checkbox"/> ludothérapeute |
| <input type="checkbox"/> infirmière | <input type="checkbox"/> psychologue |
| <input type="checkbox"/> infirmière spécialisée en soins à domicile | <input type="checkbox"/> bénévole |
| <input type="checkbox"/> médecin de première ligne | <input type="checkbox"/> musicothérapeute |
| <input type="checkbox"/> pharmacien | <input type="checkbox"/> inhalothérapeute |
| <input type="checkbox"/> travailleur social | <input type="checkbox"/> autre – veuillez préciser :
_____ |

24b. D'habitude, qui s'occupe de répartir la charge de travail?

- les médecins
- les infirmières
- autre, veuillez préciser : _____

24c. Les nouveaux patients nécessitant une consultation en personne sont-ils tous vus par un médecin spécialisé en soins palliatifs ?

- Oui
- Non

24d. Combien d'heures par semaine consacrez-vous à des activités d'équipe interprofessionnelle (auxquelles participent certains ou tous les membres de l'équipe)? (p. ex. : tournées cliniques ou réunions d'équipe, examens de cas)

- de 1 à 3
- de 4 à 6
- de 7 à 10
- > 10

F. PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL

25. Combien de jours par année consacrez-vous à des activités de DPC ou d'FMC ?

- de 1 à 3
- de 4 à 7
- de 8 à 12
- de 13 à 17
- de 18 à 21
- > 21

25a. Vos dépenses de PPC ou d'EMC vous sont-elles remboursées ?

- Oui, toujours
- Parfois
- Non

25b. Avez-vous accès à un suppléant lorsque vous participez à une activité de PPC ou d'EMC ?

- Oui, toujours
- Parfois
- Non

G. CHARGES UNIVERSITAIRES

26. Avez-vous une charge universitaire ?

- Oui
- Non

26a. Veuillez préciser le type :

- chargé de cours ou moniteur
- professeur adjoint
- professeur agrégé
- professeur

26b. Avez-vous votre permanence ?

- Oui
- Non

26c. Le temps que vous consacrez à votre charge universitaire est-il protégé ?

- Oui
- Non

26d. Combien de jours par mois consacrez-vous à des activités universitaires (travail non clinique, enseignement) ?

- de 1 à 5
- de 6 à 10
- de 11 à 15
- > 15

26e. Avez-vous la possibilité d'obtenir un congé sabbatique rémunéré ?

- Oui
- Non

H. MÉDECINE PALLIATIVE PÉDIATRIQUE

27. Au cours d'une année moyenne, à combien d'enfants (de 0 à 18 ans) prodiguez-vous des soins palliatifs? (entrez un nombre)

28. Comment vous sentez-vous en soignant des enfants à l'unité des soins palliatifs ?

- Très mal à l'aise
- Plutôt mal à l'aise
- Suffisamment à l'aise
- Assez à l'aise
- Très à l'aise

29. Faites-vous partie d'une équipe de soins palliatifs pédiatriques ?

- Oui
- Non

29a. Avez-vous accès à des services de soins palliatifs pédiatriques spécialisés ?

- Oui
- Non

29ai. Qui fournit ces services ?

- Une équipe locale
- Une équipe régionale
- Une équipe provinciale
- Un service de télémédecine

29b. Quel soutien obtenez-vous de ce service? Choisir une seule réponse :

- Soutien complet
- Soutien moyen
- Peu de soutien
- Aucun soutien

29c. Êtes-vous satisfait des services offerts à vos patients pédiatriques en fin de vie ?

- Très satisfait
- Assez satisfait
- Sans opinion
- Assez insatisfait
- Très insatisfait
- s.o.

Commentaires :

I. REVENUS TIRÉS DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PALLIATIVE

30. Quel pourcentage des revenus que vous tirez de l'exercice de la médecine palliative provient de chacun des éléments suivants :

Rémunération à l'acte pour services assurés	<input type="text"/>
Rémunération à l'acte pour services non assurés (rémunération privée)	<input type="text"/>
Salaire	<input type="text"/>
Capitation	<input type="text"/>
Services rémunérés à la séance, à la journée et à l'heure	<input type="text"/>
Contrat de service	<input type="text"/>
Mesures incitatives et primes	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>

Autre milieu (précisez)

- Je suis incapable de fournir une estimation
- Je préfère ne pas répondre

31. La rémunération pour la prestation de soins palliatifs est-elle comparable à celle offerte aux autres médecins spécialistes?

	Équivalente	Supérieure	Inférieure	Je ne sais pas
D'autres spécialistes (p. ex. : médecin hospitaliste)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'un médecin de famille à plein temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'un spécialiste à plein temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Nous aimerions établir des normes de rémunération des médecins de soins palliatifs au Canada. Si vous le désirez, indiquez le revenu annuel estimatif que vous tirez de votre pratique en soins palliatifs.

- < 100 000 \$
- de 100 001 à 200 000 \$
- de 200 001 à 300 000 \$
- de 300 001 à 400 000 \$
- de 400 001 à 500 000 \$
- > 500 000 \$
- Je préfère ne pas répondre

33. Savez-vous à combien s'élève environ votre taux horaire dans votre pratique de soins palliatifs ?

- Oui
- Non

33a .Si vous avez coché Oui : Veuillez indiquer votre taux horaire approximatif ?

-
- de 101 à 125 \$ par heure
- de 126 à 150 \$ par heure
- de 151 à 175 \$ par heure
- de 176 à 200 \$ par heure
- > 200 \$ par heure
- Je préfère ne pas répondre

34. Bénéficiez-vous d'avantages personnels ou d'autres types d'aide financière faisant partie de votre régime de rémunération ?

- Oui
- Non

Vos rapports avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les occasions de DPC ou d'FMC offertes pour combler vos besoins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre capacité de trouver des remplaçants lorsque vous suivez des activités d'FMC ou de DPC, prenez des congés ou du temps pour vos besoins personnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre vie professionnelle actuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maintien d'un équilibre entre vos obligations personnelles et professionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre rémunération	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. En ce qui concerne l'exercice de la médecine palliative, indiquez si vous prévoyez apporter des changements importants au cours des cinq prochaines années :

	Oui	Non
a) Diminution des heures de travail :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Exercice dans une autre discipline de la médecine :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Retraite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Augmentation des heures de travail :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires :

MERCI d'avoir rempli ce questionnaire de sondage. L'envoi de vos réponses constitue votre consentement.