

## **Sondage auprès des membres du CMFC sur la Covid-19 (2020)**

**1) Dans quel(s) milieu(x) de pratique avez-vous travaillé pendant la pandémie de COVID-19 ?**

**Cocher tous ceux qui s'appliquent.**

- Clinique de médecine de famille
- Hôpital – Salle d'urgence
- Hôpital – Unité des soins intensifs
- Hôpital — Milieu hospitalier
- Hôpital – Clinique externe
- Clinique communautaire/Centre de santé communautaire
- Centre de soins de longue durée / de soins personnels
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_\*
- Aucun. Je n'offre pas de soins aux patients.

**2) Quel a été votre milieu de pratique principal pendant la pandémie de COVID-19 ?**

- Clinique de médecine de famille
- Hôpital – Salle d'urgence
- Hôpital – Unité des soins intensifs
- Hôpital — Milieu hospitalier
- Hôpital – Clinique externe
- Clinique communautaire/Centre de santé communautaire
- Centre de soins de longue durée / de soins personnels
- Autre (veuillez préciser)

**3) Dans votre milieu de pratique principal (Q2), y a-t-il eu des cas confirmés d'infection à la COVID-19 parmi le personnel et/ou les patients ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**4) Veuillez indiquer dans quels groupes il y a eu des cas confirmés d'infection à la COVID-19.**

**Cocher tous ceux qui s'appliquent.**

- Médecins
- Autre personnel clinique (p. ex., personnel infirmier, adjoints au médecin)
- Personnel non clinique (p. ex., personnel d'accueil / de nettoyage)
- Patients
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_ \*

**5) Veuillez décrire votre expérience personnelle relativement à la COVID-19.**

**Cocher tous ceux qui s'appliquent.**

- J'ai passé un test de dépistage et/ou une évaluation pour la COVID-19
- J'ai reçu un résultat positif à la COVID-19
- J'ai la COVID 19 et je demeure symptomatique
- Je suis complètement guéri(e) de la COVID-19
- Je me suis mis(e) en auto-isolément (auto-quarantaine) parce que je suis malade, je suis un contact étroit, je reviens de voyage ou pour d'autres raisons
- Je suis de retour au travail après avoir eu la COVID-19
- Des membres de mon ménage ont ou ont eu la COVID-19
- Aucune de ces réponses

**6) Avez-vous apporté l'un ou l'autre des changements suivants dans votre milieu de pratique principal (Q2) en raison de la COVID-19 ?**

**Cocher tous ceux qui s'appliquent.**

- Administrer des tests de dépistage de la COVID-19 chez les patients
- Administrer le test de détection d'anticorps de COVID-19
- Instaurer de nouveaux services de soins virtuels par téléphone, vidéo, courriel et/ou message texte
- Contacter les patients à leur domicile par téléphone, courriel ou autre mode de communication.

- Procéder au triage des patients quand ils sont encore à l'extérieur de la clinique ou de l'immeuble
- Diriger les personnes dont l'infection à la COVID-19 est présumée ou confirmée vers d'autres installations
- Créer des « zones chaudes » pour les personnes dont l'infection à la COVID-19 est présumée ou confirmée
- Limiter ou interdire l'accès aux proches accompagnateurs de patients, amis et/ou visiteurs
- Modifier les modalités d'attente pour les patients (p. ex., les faire attendre à l'extérieur, espacer davantage les sièges)
- Nettoyer et stériliser plus souvent les espaces et le matériel
- Limiter le nombre de membres du personnel qui entrent en contact avec les personnes dont l'infection à la COVID-19 est présumée ou confirmée
- Utiliser davantage l'équipement de protection personnelle (EPP)
- Utiliser l'EPP pour tout contact direct avec les patients et les résidents de centres de soins de longue durée et lors d'autres rencontres médicales
- Prendre des mesures pour que les patients ayant des maladies chroniques continuent de recevoir leurs soins
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_\*
- Aucune de ces réponses

**7) Dans votre principal milieu de soins aux patients (Q2), décrivez la population que vous desservez principalement dans votre pratique.**

- Population urbaine et de banlieue
- Population de petite ville
- Population rurale
- Population géographiquement isolée ou éloignée
- Je ne peux désigner une population principale

**8) Dans l'ensemble, quel est l'impact de la COVID-19 sur votre charge de travail ?**

- Augmentation des heures de pratique et/ou de consultations avec les patients (en pourcentage) : \_\_\_\_\_\*
- Réduction des heures de pratique et/ou de consultations avec les patients (en pourcentage) : \_\_\_\_\_\*
- Aucun changement

**9) Décrivez comment votre ou vos milieux de pratique changent ou ont changé en raison de la COVID-19.**

**Cocher tous ceux qui s'appliquent.**

- J'ai commencé à travailler dans un nouveau milieu de pratique
- J'ai cessé de travailler dans un milieu de pratique habituel
- J'ai fermé la pratique
- J'ai recommencé à pratiquer après avoir pris ma retraite
- Ne s'applique pas

**10) Veuillez indiquer dans quel(s) milieu(x) de pratique vous avez commencé à travailler en raison de la COVID-19.**

**Cocher tous ceux qui s'appliquent.**

- Clinique de médecine de famille
- Hôpital – Salle d'urgence
- Hôpital – Unité des soins intensifs
- Hôpital — Milieu hospitalier
- Hôpital – Clinique externe
- Clinique communautaire/Centre de santé communautaire
- Centre de soins de longue durée / de soins personnels
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_ \*

**11) Veuillez indiquer dans quel(s) milieu(x) de pratique vous avez cessé de travailler en raison de la COVID-19.**

**Cocher tous ceux qui s'appliquent.**

- Clinique de médecine de famille
- Hôpital – Salle d'urgence
- Hôpital – Unité des soins intensifs
- Hôpital — Milieu hospitalier
- Hôpital – Clinique externe
- Clinique communautaire/Centre de santé communautaire
- Centre de soins de longue durée / de soins personnels
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_ \*

**12) Environ quel pourcentage des consultations/contacts dans votre pratique ont eu lieu en personne au cours de la dernière semaine :**

Veillez indiquer zéro s'il n'y en a eu aucun!

---

**13) Environ quel pourcentage des consultations/contacts dans votre pratique ont eu lieu sous forme virtuelle au cours de la dernière semaine ?**

Veillez indiquer zéro s'il n'y en a eu aucun!

---

**14) Veillez indiquer le pourcentage des consultations virtuelles effectuées au cours de la semaine dernière en utilisant chaque mode.**

	<b>Aucune (0 %)</b>	<b>Quelques-unes (moins de 20 %)</b>	<b>Certaines (21-49 %)</b>	<b>La plupart (plus de 50 %)</b>	<b>Incertain</b>
Vidéo	( )	( )	( )	( )	( )
Téléphone	( )	( )	( )	( )	( )
Courriel	( )	( )	( )	( )	( )
Message texte	( )	( )	( )	( )	( )
Autre (veuillez préciser)	( )	( )	( )	( )	( )

**15) Veuillez indiquer les autres modes de soins virtuels utilisés :**

---

**16) Êtes-vous au courant de nouveaux codes de facturation ou autres programmes de remboursement qui couvrent les services de soins virtuels ?**

- Oui
- Non

**17) Utilisez-vous ces modes de remboursement ?**

- Oui
- Non, mais je prévois le faire
- Non
- Incertain

**18) Selon vous, quelle sera l'incidence financière des soins virtuels sur votre pratique ?**

Je m'attends à...

- d'importants gains financiers
- de légers bénéfices financiers
- aucun bénéfice, aucune perte
- de légères pertes financières
- d'importantes pertes financières
- Incertain ou ne sais pas
- S/O – Je n'offre pas de soins virtuels

**19) Quel est votre niveau d'inquiétude concernant chacun des enjeux suivants liés à la COVID-19 ?**

	<b>Pas du tout inquiet</b>	<b>Légèrement inquiet</b>	<b>Quelque peu inquiet</b>	<b>Modérément inquiet</b>	<b>Extrêmement inquiet</b>	<b>Incertain</b>
Pénurie d'EPP	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Difficultés liées à la détection d'anticorps de COVID-19	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Exposer d'autres (p. ex. membres de ma famille) à la COVID-19	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Être moi-même exposé(e) à la COVID-19	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Faible rémunération pour les soins virtuels	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Stress émotionnel / mental des patients	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Perte de revenus causée par la diminution	( )	( )	( )	( )	( )	( )

des consultations						
Moins de contacts avec mes patients pour des problèmes non liés à la COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès à l'information sur la pratique et au soutien pour faire face à la COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trop d'information sur la COVID-19	<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"/>

**20) Veuillez indiquer tout autre sujet d'inquiétude.**

---

**21) Décrivez votre sentiment de bien-être/mieux-être personnel pendant la pandémie de COVID-19 ?**

- Je me sens mieux que jamais et au sommet de ma forme aux plans professionnel et personnel
- En général, je me sens plutôt bien, mais il y a des journées éprouvantes
- Je ne suis ni enchanté, ni épuisé; j'ai un travail à faire
- Épuisé, mais je m'en sors — je trouve encore du sens à mon travail
- Épuisé et j'envisage un arrêt de travail ou j'ai été en arrêt de travail

**22) Comment êtes-vous rémunéré pour votre pratique professionnelle ?**

**Cocher tous ceux qui s'appliquent.**

Rémunération à l'acte

Salaire

Par capitation

Par consultation/à la journée/à l'heure

Contrat de service

Mesures incitatives et primes

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_\*

**23) Veuillez évaluer les communications et les ressources fournies par le CMFC pendant la pandémie de COVID-19 ?**

Pas du tout utiles

Légèrement utiles

Plutôt utiles

Très utiles

Extrêmement utiles

S.O. — Je n'ai pas utilisé les ressources du CMFC

**24) Quelles informations et/ou organisation(s) avez-vous trouvé le plus utiles pour votre pratique pendant la pandémie de COVID-19 ?**

---

---

---

---

**25) Dans l'ensemble, quel est l'impact de la COVID-19 sur votre pratique et comment réagissez-vous ?**

---

---

---

---

**26) Quel est le besoin le plus urgent pour votre pratique pour faire face à la COVID-19 au cours des prochaines semaines ?**

---

---

---

---

**27) Selon vous, que devraient faire les médecins de famille pour se préparer pour la suite de la pandémie de COVID-19 ?**

---

---

---

---

**Merci!**