



Centre
for Effective
Practice



FINAL – Sondage national annuel 2024 du PUDS

**Caractère obligatoire recommandé*

Merci de votre participation au [insérer réseau]. Ce sondage aidera le programme à comprendre l'incidence du Réseau de mentorat adaptatif (RMA) sur vos connaissances, votre confiance, vos compétences et vos comportements. Il nous permettra d'adapter les activités offertes par les programmes aux besoins des mentorés et des mentors afin de mieux gérer les complexités des soins aux patients en proie à la douleur chronique non cancéreuse, à une maladie mentale et aux troubles liés à la consommation de substances dans le cadre de la pratique clinique. Il nous permettra également de cerner les répercussions du programme ou les changements qui en découlent. Votre participation est cruciale pour maintenir la viabilité de ces programmes dans votre région et partout ailleurs au Canada.

Votre participation à ce sondage est volontaire et devrait vous prendre environ 15 minutes.

Veuillez noter que les membres de notre réseau représentent de nombreuses professions qui offrent divers traitements et services de soutien. Certaines questions peuvent donc ne pas s'appliquer à chaque profession ou pratique. Si une question ne s'applique pas à votre profession ou à votre pratique, veuillez cocher la case Sans objet (S. O.).

Le programme du RMA/RMA Pain BC. est subventionné par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce sondage ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

--

Nom :



Centre
for Effective
Practice



Votre participant au Réseau de mentorat

1. Depuis combien de temps êtes-vous membre du **[insérer nom du RMA]***

- ☐ 0 à 3 mois
- ☐ 4 à 6 mois
- ☐ 7 à 11 mois
- ☐ 1 à 3 ans

1a. [POUR LE RMA – veuillez utiliser votre question standard pour connaître le réseau auquel le membre appartient] (c.-à-d. – Veuillez sélectionner le RMA dont vous êtes membre en ne cochant qu’une seule option)

- Île-du-Prince-Édouard
- Nouveau-Brunswick
- Terre-Neuve-et-Labrador

2. L’année dernière (insérer les dates), à quelle fréquence avez-vous interagi avec les membres du réseau aux fins du mentorat (notamment en participant à des réunions en petit groupe, à des discussions avec les mentors et les mentorés, à des réunions régionales, et en lisant ou en écrivant des courriels ou des messages sur le portail) :

- Jamais
- Une fois tous les 6 mois
- Une fois tous les 3 mois
- Un mois sur 2
- 1 ou 2 fois par mois
- 3 fois par mois ou plus



6. Dans quelle mesure ce programme a-t-il exercé une incidence sur la fréquence de :*

Veuillez choisir la réponse appropriée pour chaque point.	Aucune augmentation 1	2	3	Augmentation moyenne 4	5	6	Augmentation importante 7	Ne sais pas	Sans objet
votre participation à l'évaluation, la planification et la prestation de soins interprofessionnelles?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Dans quelle mesure ce programme a-t-il exercé une incidence sur la fréquence de votre utilisation de ressources et d'outils fondés sur des données probantes pour évaluer et suivre les résultats connexes pour vos clients/patients en proie aux états de santé ci-dessous?

Veuillez choisir la réponse appropriée pour chaque point.	Jamais 1	2	3	Parfois 4	5	6	Toujours 7	Ne sais pas	Sans objet
Douleur chronique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles liés à la consommation de substances	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Santé mentale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Votre pratique et votre capacité cliniques

Les questions ci-dessous visent à comprendre l'incidence précise que le programme a exercée, selon vous, sur votre pratique clinique et votre collaboration avec vos pairs.

10. Dans quelle mesure ce programme a-t-il exercé une incidence sur la fréquence de votre collaboration interprofessionnelle dans la prestation de soins aux :

Veuillez choisir la réponse appropriée pour chaque point.	Aucune augmentation 1	2	3	Augmentation moyenne 4	5	6	Augmentation importante 7	Ne sais pas	Sans objet
clients/patients souffrant de douleur chronique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
clients/patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
clients/patients souffrant de maladie mentale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
clients/patients souffrant de troubles concomitants	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Votre bien-être

Les questions ci-dessous visent à comprendre l'incidence précise que le programme a exercée, selon vous, sur votre bien-être actuel.

11. Dans l'ensemble, en vous fondant sur votre définition de l'épuisement professionnel*, comment évalueriez-vous votre degré d'épuisement professionnel?

Veuillez ne choisir qu'une seule des réponses ci-dessous.

- ☐ Mon travail me plaît. Je ne présente aucun symptôme d'épuisement professionnel.
- ☐ Il m'arrive de subir du stress et je n'ai pas toujours autant d'énergie que dans le passé, mais je ne ressens aucun épuisement professionnel.
- ☐ Je souffre sans aucun doute d'épuisement professionnel et j'en présente un ou plusieurs symptômes, comme l'épuisement physique et émotionnel.
- ☐ Mes symptômes d'épuisement professionnel persistent. Je ressens beaucoup de frustration au travail.



Centre
for Effective
Practice



☐ Je ressens un épuisement professionnel complet et je me demande souvent si je peux continuer comme cela. J'en suis au stade où des changements ou la recherche d'une forme d'aide ou d'une autre pourront m'être nécessaires.

*Si une définition est nécessaire, selon l'Organisation mondiale de la santé (2019), l'épuisement professionnel est caractérisé par des sentiments de manque d'énergie et d'épuisement, une distance mentale accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail et une perte d'efficacité professionnelle.

12. Dans quelle mesure votre participation à ce programme a-t-elle exercé, selon vous, une incidence sur votre degré d'épuisement professionnel?

- Augmentation importante
- Augmentation
- Augmentation moyenne
- Aucune incidence
- Diminution moyenne
- Diminution
- Diminution importante
- Sans objet

13. Dans quelle mesure les affirmations ci-dessous vous décrivent-elles au cours des deux dernières semaines?

Veuillez choisir la réponse appropriée pour chaque point.	Pas vraie du tout	Un peu vraie	Assez vraie	Très vraie	Totalement vraie
Je ressens de la joie au travail.	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens utile au travail.	☐	☐	☐	☐	☐
Mon travail me satisfait.	☐	☐	☐	☐	☐
Je pense contrôler la situation quand je gère des problèmes difficiles au travail.	☐	☐	☐	☐	☐
Mon travail est important pour moi.	☐	☐	☐	☐	☐
Mes contributions professionnelles (p. ex. soins aux clients/patients, enseignement, recherche ou	☐	☐	☐	☐	☐

16. Veuillez évaluer votre degré de satisfaction à l'égard des programmes offerts par le RMA/RMA C.-B.

Insatisfaction totale	Insatisfaction	Insatisfaction générale	Insatisfaction relative	Neutre	Satisfaction relative	Satisfaction générale	Satisfaction totale	Ne sais pas	Sans objet
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. D'après votre expérience, dans quelle mesure le Réseau de mentorat de l'Atlantique/RMA C.-B. répond-il à un besoin démontrable pour les professionnels de la santé?*

Pas du tout	Très peu	Un peu	Neutre/Ne sais pas	Nettement	Beaucoup	Extrêmement
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Veuillez indiquer si le programme a exercé une incidence inattendue sur votre pratique clinique, votre satisfaction professionnelle, vos relations avec les patients ou vos collègues. * [zone de texte ouverte]

19. Avez-vous apporté d'autres changements à votre pratique liés à votre participation au programme [RMA/RMA Pain BC]? * [zone de texte ouverte]

20a. Votre participation à ce programme a-t-elle modifié votre aptitude à soutenir vos collègues dans la prestation de soins à leurs clients/patients?

- ☐ Oui
☐ Non

[Questions de logique conditionnelle. Si « Oui » est sélectionné, la logique conditionnelle ouvre la question 20b.]

20b. Si vous avez soutenu des collègues, quelles formes ce soutien a-t-il prises? [zone de texte ouverte] (subordonnée à la réponse par Oui ci-dessus)

21. Aimerez-vous ajouter quelque chose à propos de votre expérience du programme [RMA/RMA C.-B.]? [zone de texte ouverte]