

Le masculin est utilisé dans ce questionnaire afin d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

Veillez remplir ce questionnaire si vous êtes ÉTUDIANT EN MÉDECINE inscrit dans une université canadienne. Indiquez votre situation actuelle.

- Je suis étudiant de 1^{re} année
- Je suis étudiant de 2^e année
- Je suis étudiant de 3^e année
- Je suis étudiant de 4^e année
- Autre (précisez) : _____

En êtes-vous à votre dernière année d'études? Oui Non

Si vous n'êtes pas étudiant en médecine, veuillez indiquer votre situation ci-dessous.

- Je suis résident en médecine
- Je suis médecin praticien
- Autre _____

A. Votre situation

1. Année de naissance : 19__ __

2. Sexe : homme femme

3. État civil.

- Marié ou conjoint de fait Célibataire Séparé Divorcé Veuf

Veillez préciser la profession de votre conjoint ou partenaire : _____

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

4.b) Est-ce que vous ou votre conjointe attendez un enfant? Oui Non

5. Parmi les énoncés suivants, choisissez-en UN qui décrit le mieux le milieu où vous viviez avant vos études universitaires.

- Exclusivement/principalement rural
- Exclusivement/principalement une petite ville
- Exclusivement/principalement urbain
- Un mélange d'environnements

6. Dans quelle(s) province(s) ou quel(s) territoire(s) viviez-vous avant vos études universitaires?

Veillez cocher TOUTES les réponses pertinentes.

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

7. Êtes-vous...? Veuillez cocher TOUTES les réponses pertinentes.

- Blanc
- Autochtone (p.ex. inscrit, non inscrit, Métis, Inuit)
- Chinois
- Asiatique du Sud (p.ex. Inde orientale, Pakistan, Sri Lanka, etc.)
- Noir
- Philippin
- Latino-américain
- Asiatique du Sud-Est (p.ex. Cambodge, Indonésie, Laos, Vietnam, etc.)
- Arabe
- Asiatique de l'Ouest (p.ex. Afghanistan, Iran, etc.)
- Japonais
- Coréen
- Autre _____
- Je préfère ne pas fournir ce renseignement

8. Êtes-vous né au Canada?

- Oui
- Non. Indiquez votre statut au Canada.
 - Citoyen canadien
 - Résident permanent (immigrant reçu)
 - Autre _____

9. Combien d'années d'études POSTSECONDAIRES avez-vous complétées avant d'entrer à la faculté de médecine? (Si vous avez étudié au Québec, ne comptez pas vos années de cégep).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 >10

10. Après vos études secondaires, quels grades ou diplômes avez-vous obtenus avant d'entrer à la faculté de médecine? Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.

- Aucun
- Diplôme d'études collégiales (DEC du cégep)
- Baccalauréat
- Maîtrise Précisez le domaine ou la discipline : _____
- Doctorat Précisez le domaine ou la discipline : _____
- Autre _____

11. À quelle université poursuivez-vous présentement vos études médicales?

- Université de la Colombie-Britannique
- Université de Calgary
- Université de l'Alberta
- Université de la Saskatchewan
- Université du Manitoba
- Université Western Ontario
- Université McMaster
- Université de Toronto
- École de médecine du Nord de l'Ontario
- Université d'Ottawa
- Université Queen's
- Université de Sherbrooke
- Université de Montréal
- Université McGill
- Université Laval
- Université Dalhousie
- Université Memorial

12. Considérant tous les carrières possibles, qu'est-ce qui vous a amené à choisir la médecine? *Veillez indiquer TOUTES les cases pertinentes.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stimulation/défi de nature intellectuelle | <input type="checkbox"/> Potentiel de revenus |
| <input type="checkbox"/> Relation médecin-patient | <input type="checkbox"/> Possibilités de faire de la recherche |
| <input type="checkbox"/> Influence d'un mentor | <input type="checkbox"/> Possibilités d'enseignement |
| <input type="checkbox"/> Influence de ma famille | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Prestige | |

13. Quand avez-vous décidé que vous vouliez devenir médecin?

- Avant mes études secondaires
- Durant mes études secondaires
- Durant mes études collégiales ou universitaires
- Après avoir complété des études de premier cycle/collégiales
- Autre _____

B. Formation

14. Indiquez votre sentiment global de satisfaction envers votre programme actuel d'éducation médicale.

Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Indiquez si l'un des domaines suivants vous intéresse particulièrement et indiquez si le sujet a déjà été couvert durant votre formation médicale :

	Domaine qui m'intéresse		Sujet qui a déjà été couvert durant ma formation médicale	
	Oui	Non	Oui	Non
Stages de médecine familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de santé aux Autochtones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins en collaboration et interdisciplinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilités de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unité de soins coronariens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilités en informatique et recherche d'informations cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilités d'évaluation critique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie à la salle d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions de fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éthique et professionnalisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine fondée sur des données probantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins à l'unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie mineure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actes techniques en cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopédie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expérience pratique de recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expérience pratique d'enseignement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail au sein d'un système de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Indiquez votre degré de familiarité avec le travail effectué par les prestataires de soins suivants :

	Pas du tout familier	Plutôt familier	Très familier
Médecins de famille			
Spécialistes en psychiatrie			
Spécialistes en pédiatrie			
Spécialistes en gynécologie–obstétrique			
Spécialistes en médecine interne			
Spécialistes en chirurgie			
Infirmières praticiennes			
Infirmières en psychiatrie			
Autre infirmières (ex. inf. aut., inf. aux. aut.)			
Adjoints au médecin			
Diététistes et nutritionnistes			
Ergothérapeutes			
Physiothérapeutes			
Chiropraticiens			
Psychologues			
Conseillers en santé mentale			
Conseillers en toxicomanie			
Travailleurs sociaux			
Pharmaciens			
Sages-femmes			
Orthophonistes			
Podiatres			
Praticiens de médecine complémentaire ou parallèle (p. ex. acupuncteurs, homéopathes)			

17. À ce stade-ci de votre éducation médicale, indiquez votre niveau de satisfaction à l'égard de votre exposition à différentes spécialités médicales.

Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivant laquelle votre programme d'éducation médicale vous a préparé (ou vous préparera) à sélectionner un programme de résidence?

Fortement d'accord D'accord Neutre En désaccord Fortement en désaccord

C. Profil du futur contexte de pratique ou de travail

19. À ce stade-ci, dans quel domaine de spécialité désirez-vous vous inscrire?

Médecine familiale

Autre spécialité

Anatomo-pathologie
Anesthésiologie
Biochimie médicale
Cardiologie
Chirurgie cardiaque
Chirurgie colorectale
Chirurgie générale
Chirurgie générale oncologique
Chirurgie générale pédiatrique
Chirurgie orthopédique
Chirurgie plastique
Chirurgie thoracique
Chirurgie vasculaire
Dermatologie
Endocrinologie et métabolisme
Endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité
Gastroentérologie
Génétique médicale
Gériatrie
Hématologie
Hématologie/oncologie pédiatrique
Immunologie clinique et allergie
Maladies infectieuses
Médecine communautaire
Médecine d'urgence
Médecine d'urgence pédiatrique
Médecine de soins intensifs
Médecine du travail
Médecine interne
Médecine légale
Médecine maternelle et fœtale
Médecine néonatale et périnatale
Médecine nucléaire
Médecine palliative
Médecine physique et réadaptation
Médecine transfusionnelle
Microbiologie médicale
Néphrologie
Neurochirurgie
Neurologie
Neuropathologie
Neuroradiologie
Obstétrique-gynécologie
Oncologie gynécologique

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire EN LIGNE aux étudiants en médecine

Oncologie médicale
 Oncologie radiologique
 Ophtalmologie
 Oto-rhino-laryngologie
 Pathologie générale
 Pathologie hématologique
 Pédiatrie
 Pédiatrie du développement
 Pharmacologie clinique
 Pneumologie
 Programme de formation de cliniciens-chercheurs
 Psychiatrie
 Radiologie diagnostique
 Radiologie pédiatrique
 Rhumatologie
 Urologie

Autre, préciser : _____

20. À ce stade-ci, dans quel domaine espérez-vous vous engager? *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

Soins aux patients Oui Non Ne sais pas encore
 Recherche Oui Non Ne sais pas encore
 Enseignement Oui Non Ne sais pas encore
 Administration (c.-à-d. ministère de la Santé, gestion d'un programme universitaire, médecin-chef, direction d'un département, etc.) Oui Non Ne sais pas encore
 Services de santé publique Oui Non Ne sais pas encore
 Autre (précisez) _____

21. À ce stade-ci, vos projets futurs de carrière médicale comprennent-ils : *Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

	Oui	Non	Ne sais pas encore
Pendant votre formation médicale postdoctorale (résidence)			
Exercer dans la même province où vous poursuivez votre formation actuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercer dans une autre province ou un autre territoire du Canada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitter le Canada pour exercer dans un autre pays?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desservir une communauté sous-desservie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au terme de votre formation médicale postdoctorale			
Exercer dans la même province où vous poursuivez votre formation actuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercer dans une autre province ou un autre territoire du Canada? <i>Si oui, précisez la province ou le territoire : _____</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitter le Canada pour exercer dans un autre pays?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desservir une communauté sous-desservie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Indiquez les langues que vous êtes à l'aise de parler avec vos futurs patients.

- Anglais Français Autre(s) _____

23.a) Quels sont les facteurs seront, pour vous, les plus importants afin d'avoir une pratique médicale satisfaisante et réussie? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.

- A** Un type spécifique de contexte de pratique (p. ex. pratique de groupe ou multidisciplinaire, un personnel de soutien fiable). Veuillez préciser : _____
- B** Capacité d'obtenir un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle
- C** Horaire de travail souple
- D** Compétences médicales suffisantes pour répondre aux besoins de santé de mes patients
- E** Disponibilité des ressources d'éducation continue
- F** Possibilités de recherche
- G** Possibilités d'enseignement
- H** Capacité de générer le revenu visé
- I** Disponibilité des systèmes et des ressources en termes de soutien médical
- J** Disponibilité de renseignements pertinents pour les patients au point de service
- K** Capacité d'avoir accès aux établissements de santé appropriés pour mes patients (p. ex. soins hospitaliers, soins de longue durée)
- L** Autre, préciser : _____

23.b) Indiquez, parmi les facteurs énumérés à 23.a, celui qui est, pour vous, le plus important afin d'avoir une pratique médicale satisfaisante et réussie.

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

24. 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					
On devrait décourager les traitements qui n'ont pas été validés par des méthodes scientifiquement reconnues					
La médecine alternative et complémentaire est une menace pour la santé publique					

D. Revenu professionnel futur

25.a) Si vous aviez le choix, comment aimeriez-vous être rémunéré pour vos services médicaux? *Ne cochez qu'UNE seule case.*

- Pas certain
- À l'acte seulement
- À salaire seulement
- Par capitation seulement
- À la vacation/à l'allocation quotidienne/à taux horaire seulement
- À contrat seulement
- Rémunération mixte

25.b) Quelles composantes aimeriez-vous inclure dans un mode de rémunération mixte?

Veillez cocher TOUTES les cases pertinentes.

- À l'acte
- À salaire
- Par capitation
- À la vacation/à l'allocation quotidienne/à taux horaire
- À contrat
- Avantages sociaux/prestation de retraite
- Rémunération pour la garde autre qu'à l'acte
- Autre _____
- Pas certain

E. Finances

26. Dans quelle mesure le montant des frais de scolarité et les autres frais ont-ils influencé votre choix de faculté de médecine au moment de faire la demande?

- Pas du tout important
- Un peu important
- Assez important
- Très important
- Facteur le plus important

27. Dans quelle mesure le coût de la vie dans la ville où était située la faculté de médecine a-t-elle influencé le choix de la(des) faculté(s) de médecine où vous avez fait une demande?

- Pas du tout important
- Un peu important
- Assez important
- Très important
- Facteur le plus important

28. Avez-vous assumé un emploi rémunéré (temps partiel, occasionnel, etc.) au cours de la présente année universitaire?

Oui Non

Si oui, environ combien d'heures de travail par mois? _____ heures/mois

29. Indiquez ci-dessous le montant de la dette que vous aviez et(ou) que vous vous attendez à avoir à diverses périodes de votre formation médicale. Indiquez la dette qui est directement reliée à votre éducation médicale (frais de scolarité, livres, hébergement, etc.).

a) Dette accumulée au moment de débiter vos études médicales

Dette reliée directement à votre éducation médicale

- Aucune dette
- Moins de 1 000 \$
- De 1 001 \$ à 5 000 \$
- De 5 001 \$ à 10 000 \$
- De 10 001 \$ à 20 000 \$
- De 20 001 \$ à 40 000 \$
- De 40 001 \$ à 60 000 \$
- De 60 001 \$ à 80 000 \$
- De 80 001 \$ à 100 000 \$
- De 100 001 \$ à 120 000 \$
- De 120 001 \$ à 140 000 \$
- De 140 001 \$ à 160 000 \$
- Plus de 160 000 \$
- Je préfère ne pas fournir ce renseignement

b) Dette actuelle

Dette reliée directement à votre éducation médicale

- Aucune dette
- Moins de 1 000 \$
- De 1 001 \$ à 5 000 \$
- De 5 001 \$ à 10 000 \$
- De 10 001 \$ à 20 000 \$
- De 20 001 \$ à 40 000 \$
- De 40 001 \$ à 60 000 \$
- De 60 001 \$ à 80 000 \$
- De 80 001 \$ à 100 000 \$
- De 100 001 \$ à 120 000 \$
- De 120 001 \$ à 140 000 \$
- De 140 001 \$ à 160 000 \$
- Plus de 160 000 \$
- Je préfère ne pas fournir ce renseignement

c) Dette anticipée au terme de vos études médicales

Dette reliée directement à votre éducation médicale

- Aucune dette
- Moins de 1 000 \$
- De 1 001 \$ à 5 000 \$
- De 5 001 \$ à 10 000 \$
- De 10 001 \$ à 20 000 \$
- De 20 001 \$ à 40 000 \$
- De 40 001 \$ à 60 000 \$
- De 60 001 \$ à 80 000 \$
- De 80 001 \$ à 100 000 \$
- De 100 001 \$ à 120 000 \$
- De 120 001 \$ à 140 000 \$
- De 140 001 \$ à 160 000 \$
- Plus de 160 000 \$
- Je préfère ne pas fournir ce renseignement

d) Vous avez estimé que votre dette, directement reliée à votre éducation médicale, au terme de vos études médicales, sera de.

Pour payer vos dettes, avez-vous l'intention de vous prévaloir de l'une des options suivantes? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.

Après la faculté de médecine :

- Choisir un programme de résidence plus court
- Choisir une spécialité qui, à mon avis, aura un potentiel de revenu élevé

Après le programme de résidence :

- M'acquitter d'une obligation de service
- Exercer aux États-Unis
- Exercer comme médecin suppléant
- Exercer où on m'offrira une prime incitative de recrutement
- Exercer où on m'offrira une mesure incitative non financière de recrutement
- Je n'ai pas l'intention de choisir l'une ou l'autre des options ci-dessus pour payer mes dettes

30. Dans quelle mesure pensez-vous que le montant d'aide financière qui vous est accessible par le biais de bourses et prêts du gouvernement ou des universités répond à vos besoins financiers actuels?

- Répond à mes besoins financiers
- Répond en partie à mes besoins financiers
- Ne répond pas à mes besoins financiers
- Je n'ai pas besoin d'aide financière

31. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation financière? Indiquez UNE SEULE réponse.

- Pas stressant – ma situation financière n’est pas un problème pour moi
- Un peu stressant (j’y pense occasionnellement)
- Assez stressant (j’y pense beaucoup et je dois dépenser avec discernement)
- Très stressant (je m’en préoccupe souvent)
- Extrêmement stressant (je m’en préoccupe constamment – c’est une source de stress majeure dans ma vie)

32a. Avez-vous demandé des conseils financiers pendant vos études médicales?

- Oui Non

32b. Comptez-vous demander des conseils financiers durant vos études médicales?

- Oui Non Ne sais pas

F. Famille

33. Quels certificats, diplômes ou grades vos parents ont-ils obtenus?

Veillez indiquer TOUTES les cases pertinentes.

	Père	Mère
Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplôme d’études secondaires ou l’équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat ou diplôme de formation professionnelle (métier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre certificat ou diplôme non universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat ou diplôme universitaire, inférieur au niveau du baccalauréat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baccalauréat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat ou diplôme universitaire, supérieur au baccalauréat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtrise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplôme de deuxième ou troisième cycle en médecine, dentisterie médecine vétérinaire ou optométrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doctorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je préfère ne pas fournir ce renseignement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Indiquez la catégorie qui s'applique le mieux aux emplois de vos parents. Si vos parents sont retraités ou décédés, indiquez leur emploi lorsqu'ils travaillaient.

	Père	Mère
Travailleur manuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agriculteur ou travailleur agricole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ouvrier qualifié, spécialisé, personnel de bureau, vendeur ou personnel d'entretien ou de service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contremaître, superviseur ou cadre intermédiaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technicien ou semi-professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestionnaire ou cadre dirigeant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionnel employé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionnel autonome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sans objet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je préfère ne pas fournir ce renseignement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Des membres de votre famille immédiate travaillent-ils dans un domaine relié à la médecine? (Si vos parents ou des membres de votre fratrie sont retraités ou décédés, veuillez indiquer leur occupation principale lorsqu'ils travaillaient.) *Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.*

Aucun membre de ma famille immédiate ne travaille dans le domaine de la médecine

	Père	Mère	Fratrie
Médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmacien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opticien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraticien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre professionnel de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Quelle est votre meilleure estimation du revenu total de vos parents au cours des 12 derniers mois, avant taxes et déductions? Si vos parents sont divorcés ou séparés, indiquez le revenu familial du parent qui vous soutient ou vous a le plus soutenu financièrement.

- aucun \$
- moins de 10 000 \$
- 10 000 \$ à 19 999 \$
- 20 000 \$ à 39 999 \$
- 40 000 \$ à 59 999 \$
- 60 000 \$ à 79 999 \$
- 80 000 \$ à 99 999 \$
- 100 000 \$ à 119 999 \$
- 120 000 \$ à 139 999 \$
- 140 000 \$ à 159 999 \$
- 160 000 \$ à 179 999 \$
- 180 000 \$ à 219 999 \$
- 220 000 \$ à 259 999 \$

Sondage national 2007 des médecins: Questionnaire **EN LIGNE** aux étudiants en médecine

- 260 000 \$ à 299 999 \$
- Plus de 300 000 \$
- Je préfère de pas fournir ce renseignement
- Je ne sais pas

Commentaires

Soyez assuré que vos réponses à ce sondage demeureront strictement confidentielles. Les résultats seront analysés et publiés sous forme agrégée uniquement.

Merci de votre temps et de votre collaboration.