

# SNM: Etudiant en médecine

**Veillez remplir ce questionnaire si vous êtes ÉTUDIANT EN MÉDECINE inscrit dans une université canadienne.**

**Quelle est votre situation actuelle ?**

- Je suis étudiant de 1<sup>ère</sup> année
- Je suis étudiant de 2<sup>e</sup> année
- Je suis étudiant de 3<sup>e</sup> année
- Je suis étudiant de 4<sup>e</sup> année
- Autre, *veuillez préciser* : \_\_\_\_\_

**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 autorisé
- Autre, *veuillez préciser* : \_\_\_\_\_

## **A. VOTRE SITUATION**

**1. Année de naissance : \_\_\_\_\_**

**2. Vous êtes :**

- homme
- femme

**3. 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

**4. 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 ès sciences
- Baccalauréat ès arts
- Autre baccalauréat, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Maîtrise, précisez le domaine ou la discipline : \_\_\_\_\_
- Doctorat, précisez le domaine ou la discipline : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

**5. À quelle université poursuivez-vous actuellement 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

**6a. Étudiez-vous à un campus médical régional ou satellite ?**

- Oui
- Non (Si non, passez à la question 7)

**6b. Si oui, veuillez préciser :**

- Temps plein
  - Stages
- Le domaine ou la discipline du programme (p. ex., pédiatrie) : \_\_\_\_\_
- La ville (p. ex., Prince George) : \_\_\_\_\_

**7. Qu'est-ce qui vous a amené à choisir une carrière en médecine ? Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.**

- Stimulation et défi de nature intellectuelle
- Relation médecin-patient
- Influence d'un mentor
- Influence de ma famille



	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	S.O.
clubs sociaux, sociétés et associations médicales)						
Nombre de précepteurs	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Qualité des précepteurs	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Possibilité de choisir les stages que je veux	( )	( )	( )	( )	( )	( )

12a. Veuillez indiquer le type d'exposition que vous avez eue jusqu'ici, au cours de votre formation médicale, au travail des médecins spécialistes énumérés ci-dessous. *Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.*

	Aucune	En salle de classe	Expérience pratique
Médecins de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gériatres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialistes en médecine de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstétriciens-gynécologues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecins en soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédiatres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédiatres spécialistes, p. ex., cardiologue pédiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12b. Veuillez indiquer le type d'exposition que vous avez eue jusqu'ici, au cours de votre formation médicale, au travail des fournisseurs de soins de santé énumérés ci-dessous. *Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.*

	Aucune	En salle de classe	Expérience pratique
Conseillers en toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podologistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraticiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fournisseurs de médecine complémentaire et parallèle (p. ex., acupuncteurs, homéopathes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diététistes et nutritionnistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aucune	En salle de classe	Expérience pratique
Conseillers en santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sages-femmes	<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"/>
Autres infirmières (IA, IAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optométristes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adjoints au médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleurs sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord pour dire que 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. PORTRAIT FUTUR DE LA PRATIQUE OU DU MILIEU DE TRAVAIL**

**14. À ce stade-ci, dans quel domaine de spécialité désirez-vous vous inscrire ? *Veillez cocher vos 3 choix principaux.***

- Je ne sais pas
- Anatomopathologie
- 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 et oncologie pédiatriques
- Immunologie clinique et allergie
- Maladies infectieuses
- Médecine communautaire
- Médecine d'urgence
- Médecine d'urgence pédiatrique
- Médecine de l'adolescence
- Médecine de soins intensifs
- Médecine du travail
- Médecine familiale
- Médecine interne
- 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
- Oncologie médicale
- Oncologie radiologique
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Pathologie générale
- Pathologie hématologique
- Pathologie judiciaire
- Pédiatrie
- Pédiatrie du développement
- Pharmacologie clinique
- Pneumologie
- Programme de formation de cliniciens-chercheurs
- Psychiatrie
- Psychiatrie (enfants et adolescents)
- Psychiatrie gériatrique
- Radiologie diagnostique
- Radiologie pédiatrique
- Rhumatologie
- Urologie
- Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

15. À ce stade-ci, dans quel domaine espérez-vous vous engager ?

	Oui	Non	Ne sais pas encore
Soins aux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enseignement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administration (c.-à-d. ministère de la Santé, gestion d'un programme universitaire, médecin-chef, direction d'un département, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services de santé publique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre, veuillez préciser: _____			

16. Choisissez UN énoncé qui décrit le mieux le milieu dans lequel vous comptez pratiquer pendant la majeure partie de votre carrière en médecine.

- Exclusivement/principalement rural
- Exclusivement/principalement en région éloignée/isolée
- Exclusivement/principalement dans une petite ville
- Exclusivement/principalement dans une grande ville/en banlieue/au centre-ville
- Un mélange d'environnements
- Incertain pour l'instant

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

- Anglais
- Français
- Autre(s) : \_\_\_\_\_
- Je ne dispenserai pas de soins aux patients

18a. Quels seront, pour vous, les facteurs les plus importants afin d'avoir une pratique médicale satisfaisante et réussie ? Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.

- 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 dossiers de santé électroniques
- J. Disponibilité des systèmes et des ressources en termes de soutien médical
- K. Disponibilité de renseignements pertinents pour les patients au point de service
- L. Capacité d'avoir accès aux établissements de santé appropriés pour mes patients (p. ex. soins hospitaliers, soins de longue durée)
- M. Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**18b. Indiquez, parmi les facteurs énumérés à la question 18a, 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
- M

#### **D. REVENU PROFESSIONNEL FUTUR**

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

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

#### **E. STRESS ET FINANCES AU COURS DES ÉTUDES DE MÉDECINE**

**20. 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
- Quelque peu
- Énormément

**21. 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
- Quelque peu
- Énormément

**22. Avez-vous occupé 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 ? \_\_\_\_\_

**23. Indiquez le montant des dettes liées à vos études que vous avez accumulées au cours de chacune des périodes suivantes, et le montant des dettes que vous estimez avoir au terme de votre formation médicale.**

**a) Dettes accumulées au cours de votre formation antérieure à vos études de médecine :**

- 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 \$

**b) Dettes accumulées pendant vos études de médecine (à ce jour) :**

- 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 \$

**c) Estimation des dettes accumulées à la fin de vos études de médecine :**

- 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 ces renseignements**

**d) Afin de payer les dettes que vous avez accumulées durant vos études de médecine, avez-vous l'intention de vous prévaloir de l'une des options suivantes? Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.**

**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/dépanneur
- Exercer où on m'offrira une prime incitative de recrutement
- Je n'ai pas l'intention de choisir l'une ou l'autre des options ci-dessus pour payer mes dettes

**24. Avez-vous reçu pour vos études postsecondaires un soutien financier qui n'exige pas de remboursement ?**

- Oui
- Non

**Si oui, combien ?**

- < 10 000 \$
- entre 10 001 \$ et 20 000 \$
- entre 20 001 \$ et 40 000 \$
- > 40 000 \$

**25. Avez-vous reçu pour vos études postsecondaires un soutien financier que vous devez rembourser ?**

- Oui
- Non

**Si oui, à combien s'élève ce montant au total ?**

- < 10 000 \$
- entre 10 001 \$ et 20 000 \$
- entre 20 001 \$ et 40 000 \$
- > 40 000 \$

**26. Dans quelle mesure croyez-vous que l'aide financière à laquelle vous avez accès par l'intermédiaire de prêts et bourses de la part de gouvernements ou d'universités répond à vos besoins financiers réels ?**

- 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

**27. 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)
- Je m'en préoccupe souvent
- Je m'en préoccupe constamment – c'est une source de stress majeure dans ma vie

**28. Quelle proportion de votre dette est constituée de prêts privés et gouvernementaux ?**

% prêts bancaires \_\_\_\_\_  
% prêts gouvernementaux \_\_\_\_\_  
% prêts personnels \_\_\_\_\_

**Total=100% de la dette**

**29a. Avez-vous demandé des conseils financiers au cours de vos études de médecine ?**

- Oui
- Non

**29b. Comptez-vous demander des conseils financiers au cours de vos études de médecine ?**

- Oui
- Non
- Ne sais pas

**30. En songeant au stress dans votre vie quotidienne, veuillez évaluer les sources possibles de stress suivantes.**

	Pas stressant	Quelque peu stressant	Très stressant	S. o.
Problème ou état de santé physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problème ou état de santé émotionnelle ou mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situation financière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsabilités familiales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discrimination ou harcèlement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Charge de travail des cours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stages	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prévoir le choix de résidence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## **F. FAMILLE**

**31. Quels certificats, diplômes ou grades vos parents ont-ils obtenus ? Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.**

	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"/>
Sans objet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32. Des membres de votre famille immédiate travaillent-ils dans un domaine relié à la médecine ? (Si vos parents ou vos frères et sœurs sont retraités ou décédés, veuillez indiquer leur occupation principale lorsqu'ils travaillaient.)**

- Oui, il y a un ou des médecins dans ma famille immédiate
- Oui, un ou des membres de ma famille immédiate occupent un emploi relié à la médecine autre que celui de médecin
- Non, aucun membre de ma famille immédiate ne travaille dans un domaine relié à la médecine
- Je préfère ne pas répondre

**33. 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 \$
- 260 000 \$ à 299 999 \$
- Plus de 300 000 \$
- Je préfère de pas fournir ce renseignement
- Je ne sais pas

## **G. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES**

**34a. Où êtes-vous né ?**

- Canada
- États-Unis
- Autre pays, *veuillez préciser* : \_\_\_\_\_

**b. Veuillez indiquer votre statut au Canada.**

- Citoyen canadien
- Résident permanent (immigrant admis)
- Visa étudiant
- Autre, *veuillez préciser* : \_\_\_\_\_

**35. Parmi les énoncés suivants, choisissez-en UN qui décrit le mieux le milieu dans lequel vous avez évolué avant vos études universitaires.**

- Exclusivement/principalement rural
- Exclusivement/principalement en région éloignée/isolée
- Exclusivement/principalement dans une petite ville
- Exclusivement/principalement dans une grande ville/en banlieue/au centre-ville
- Un mélange d'environnements

**36. Où avez-vous grandi avant d'aller à l'université ? Veuillez cocher TOUTES les réponses qui s'appliquent.**

- CB
- AB
- SK
- MB
- ON
- QC
- NB
- NE
- IPE
- TNL
- TNO
- YT
- NU
- États-Unis
- Ailleurs

**37. État civil actuel**

- Marié(e) ou conjoint de fait
- Célibataire
- Séparé, divorcé
- Veuf

**38. Avez-vous des enfants ? (y compris les enfants de votre conjoint). Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.**

- Oui – Quel est l'âge du plus jeune ? (ans) \_\_\_\_\_
- Non
- Attend actuellement un enfant

**Commentaires :** \_\_\_\_\_

On pourra utiliser, dans des publications et des présentations, des citations directes représentatives d'une notion exprimée par un grand nombre des répondants, mais elles ne seront pas attribuées à une personne en particulier.

**Nous vous sommes reconnaissants d'avoir pris le temps de répondre à cet important sondage.**

**Soyez assuré que vos réponses à ce sondage demeureront strictement confidentielles. Les résultats**

**seront analysés et publiés sous forme agrégée uniquement.**