

Sondage national 2004 auprès des médecins : Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

Veillez remplir ce questionnaire si vous êtes en DEUXIÈME année d'un programme de résidence en médecine familiale de deux ans dans une université canadienne.

Si vous n'êtes pas un résident de deuxième année de médecine familiale, veuillez indiquer votre situation ci-dessous.

- ? Résident en première année de médecine familiale
- ? Poste de troisième année dans un programme de compétences avancées en médecine familiale
- ? Résident dans une spécialité autre que la médecine familiale
- ? Médecin en pratique
- ? Autre

A. Formation

1. Indiquez votre satisfaction globale de votre programme de médecine familiale.

	Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
Satisfaction globale du programme de médecine familiale	✍	✍	✍	✍	✍

2.a) Pour les formations suivantes au sein de votre programme de résidence, indiquez :

- ?? **si la catégorie spécifique de formation est disponible (cocher toutes celles qui s'appliquent);**
- ?? **si elle est disponible et que vous en avez fait l'acquisition, évaluez la formation à l'aide de l'échelle ci-dessous;**
- ?? **si vous pensez que la catégorie spécifique de formation devrait être une composante obligatoire du curriculum de votre programme de résidence.**

	Disponible?	Évaluation					Devrait-elle être obligatoire?
		1(faible)	2	3	4	5(excellent)	
Stages de médecine familiale	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Soins de santé aux autochtones	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Soins aux toxicomanes	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Médecine parallèle/douce	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Anesthésie	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Gériatrie/soins aux personnes âgées	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Unité de soins coronariens	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Habilités informatiques/recension de la littérature	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Habilités d'évaluation critique	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Dermatologie	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Médecine d'urgence	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Médecine fondée sur des preuves	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Chirurgie générale	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Gynécologie	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍
Soins hospitaliers aux patients de la pratique familiale	✍	✍	✍	✍	✍	✍	✍

Sondage national 2004 auprès des médecins : Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

Unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé mentale/psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstétrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopédie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie/counselling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine des voyageurs/tropicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. b) À votre avis, lesquels des cours suivants, le cas échéant, devraient être obligatoires au sein des programmes de résidence en médecine familiale? Cochez les cours qui, selon vous, devraient être obligatoires et indiquez si vous êtes présentement certifié de l'un de ces cours ou si vous comptez le devenir avant la fin de votre programme de résidence.

Devraient être Obligatoires?	Je détiens déjà ce certificat	Je planifie obtenir ce certificat avant la fin de ma résidence
<input type="checkbox"/> ACLS (Soins avancés de réanimation cardiorespiratoire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> ATLS (Soins avancés de traumatologie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> ALSO (Soins avancés de réanimation obstétricale)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> PALS (Soins avancés de réanimation pédiatrique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> NALS (Soins avancés de réanimation néonatale)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> PTLs (Soins de traumatologie pédiatrique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui

2.c) Votre programme de résidence vous offre-t-il un soutien financier adéquat vous permettant spécifiquement de suivre les cours mentionnés à la question #2b ci-dessus?

Oui Non Pas certain

3. Vous sentirez-vous adéquatement préparé pour le type de pratique que vous comptez entreprendre?

Oui Non Ne sais pas encore

B. Environnement d'apprentissage

4.a) Avez-vous l'impression que votre formation en médecine familiale s'est déroulée dans un environnement d'apprentissage ouvert?

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

4.b) Avez-vous l'impression que votre formation en médecine familiale s'est déroulée dans un environnement propice à l'apprentissage?

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

4.c) Avez-vous l'impression que votre formation en médecine familiale s'est déroulée dans un environnement d'apprentissage collégial?

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

5.a) Avez-vous l'impression que vos stages en spécialités se sont déroulés dans un environnement d'apprentissage ouvert?

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

5.b) Avez-vous l'impression que vos stages en spécialités se sont déroulés dans un environnement propice à l'apprentissage?

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

5.c) Avez-vous l'impression que vos stages en spécialités se sont déroulés dans un environnement d'apprentissage collégial?

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

6. Considérant tous les aspects de la médecine, qu'est-ce qui vous a amené à choisir la médecine familiale?

Veillez indiquer TOUTES les cases pertinentes.

- | | | | |
|------------|--|------------|---|
| A ? | Stimulation/défi de nature intellectuelle | G ? | Potentiel de revenus |
| B ? | Relation médecin-patient | H ? | Possibilités de faire de la recherche |
| C ? | Flexibilité et(ou) prévisibilité de la charge de travail | I ? | Possibilités d'enseignement |
| D ? | Influence d'un mentor | J ? | Capacité de poursuivre des intérêts non liés au travail |
| E ? | Influence de ma famille | K ? | Disponibilité des possibilités de formation |
| F ? | Prestige | L ? | Autre _____ |

7. Quand avez-vous choisi votre domaine actuel de résidence?

- ? Avant l'admission à la faculté de médecine
- ? Durant mes études médicales mais avant mon externat
- ? Durant mon externat
- ? Durant ma résidence
- ? Autre _____

8. Votre université dispose-t-elle d'un mécanisme confidentiel pour rapporter les incidents de harcèlement sexuel, l'intimidation ou d'autres incidents inappropriés dans votre environnement d'apprentissage?

- Oui Non Ne sais pas

9. a) Avez-vous été victime de harcèlement ou d'intimidation durant votre résidence?

- Oui Non (passez à la Question 10)

Si oui, par qui?

- Un membre du personnel
- Un supérieur/superviseur médical
- Un autre résident (non superviseur)
- Autre (précisez): _____

9. b) Si oui, quand cela s'est-il produit?

- durant un stage de médecine familiale
- durant un stage en spécialité
- les deux

9.c) Si oui, à quelle fréquence? _____ fois par mois Autre (précisez): _____

10. Durant votre résidence, votre niveau de stress a-t-il été élevé au point de :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Prendre un congé-maladie de votre programme? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Consulter un médecin pour une dépression due au stress? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Prendre des médicaments? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

11. Avez-vous déjà eu des commentaires négatifs lorsque vous vous êtes absenté de votre stage de spécialité pour la demi-journée de retour à l'unité de médecine familiale?

- Oui Non

12. Avez-vous l'impression que les composantes éducatives et services de votre programme sont équilibrées?

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

C. Profil du contexte de pratique/de travail futur

13. Au cours des 2-3 prochaines années, une fois que vous aurez complété votre résidence en médecine familiale, comptez-vous:

- a) Exercer comme médecin de famille (omnipraticien)?** Oui Non Ne sais pas encore

Sondage national 2004 auprès des médecins : Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

b) Exercer comme médecin remplaçant/dépanneur? Oui Non Ne sais pas encore

c) Acheter/établir votre propre pratique? Oui Non Ne sais pas encore

d) Exercer en milieu hospitalier? Oui Non Ne sais pas encore

e) Exercer dans la même province où vous poursuivez votre formation actuelle?
 Oui Non Ne sais pas encore

f) Exercer dans une autre province ou territoire du Canada?
 Oui Non Ne sais pas encore *Si oui, précisez la province ou le territoire: _____*

g) Quitter le Canada pour exercer dans un autre pays? Oui Non Ne sais pas encore

h) Vous spécialiser dans un domaine de la médecine familiale?
 Oui Non Ne sais pas encore *Si oui, précisez: _____*

i) Prendre temporairement congé de votre pratique? Oui Non Ne sais pas encore

j) i) Continuer votre résidence en entreprenant un programme de perfectionnement?
 Oui Non Ne sais pas encore

j)ii) Continuer votre résidence en entreprenant une troisième année de formation?
 Oui Non Ne sais pas encore

Si oui, indiquez pour lequel des programmes de troisième année suivants vous avez fait une demande/été accepté:

	Demandé	Accepté
Anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins aux personnes âgées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) _____		

k) Changer de discipline/vous recycler dans le domaine médical?
 Oui Non Ne sais pas encore *Si oui, précisez le domaine: _____*

l) Chercher un poste administratif (n'impliquant pas les soins aux patients)?
 Oui Non Ne sais pas encore

m) Comment comptez-vous organiser votre contexte de pratique?
 Pratique en solo
 Pratique de groupe
 Autre _____
 Ne sais pas encore
 S/O – Je n'ai pas l'intention d'établir une pratique

Sondage national 2004 auprès des médecins : Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

n) Avec quels types de professionnels de la santé comptez-vous collaborer dans la prestation des soins aux patients? Veuillez indiquer TOUTES les cases pertinentes.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecins de famille | <input type="checkbox"/> Psychologues | <input type="checkbox"/> Techniciens/Technologues |
| <input type="checkbox"/> Médecins spécialistes | <input type="checkbox"/> Ergothérapeutes | <input type="checkbox"/> Sages-femmes |
| <input type="checkbox"/> Infirmières praticiennes | <input type="checkbox"/> Physiothérapeutes | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Infirmières (Ex.: inf. aut., inf. aux. aut.) | <input type="checkbox"/> Travailleurs sociaux | <input type="checkbox"/> Je ne compte pas dispenser des soins aux patients |
| <input type="checkbox"/> Diététistes/Nutritionnistes | <input type="checkbox"/> Pharmaciens | <input type="checkbox"/> Ne sais pas encore |

o) Est-ce qu'on tente activement de vous recruter pour la pratique? Oui Non

- Si oui, qui? Les États-Unis
 Une autre province ou territoire du Canada
 Une autre communauté de la province
 Votre propre communauté
 Les Services de santé des Forces armées
 Autre _____

D. Profil de pratique/de travail futur

14. Décrivez la population que vous comptez desservir PRINCIPALEMENT dans le contexte de pratique que vous désirez entreprendre au terme de votre formation. Ne cochez qu'UNE seule case.

- | | |
|---|--|
| A ? Centre-ville | F ? Autre _____ |
| B ? Grande ville/Banlieue | G ? Ne sais pas encore |
| C ? Petite ville | H ? Je compte faire du remplacement/dépannage |
| D ? Rurale | I ? Je ne compte pas dispenser des soins aux patients |
| E ? Géographiquement isolée/Éloignée | |

15.a) Parmi les actes suivants, lesquels comptez-vous faire dans le cadre de votre pratique?

Cochez toutes les catégories qui s'appliquent. Indiquez si vous avez reçu une formation adéquate durant votre résidence pour faire chacun de ces actes.

	Je compte offrir	J'ai une formation adéquate
Audiométrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réfractométrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interprétation d'électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exploration fonctionnelle respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de Papanicolaou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insertion d'un stérilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiration endométriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponction lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pose de plâtres/attelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sondage national 2004 auprès des médecins : Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

Injection de liquide dans les articulations et aspiration de liquide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incision et drainage d'abcès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anuscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiration à l'aiguille (pour diagnostic/ biopsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exérèse de lésions cutanées superficielles (Ex.: naevi, kératoses, kystes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cryothérapie de lésions cutanées superficielles (Ex.: verrues, naevi, lentigo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsie cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sutures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie des orteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dilatation et curetage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accouchements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins aux nouveau-nés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.b) Indiquez TOUS les domaines d'activité professionnelle que vous comptez offrir dans le cadre de votre pratique et indiquez si certains domaines seront pour vous des domaines d'intérêt spécial. Note : il n'est pas nécessaire que vous soyez certifié dans ce domaine d'activité professionnelle pour l'inclure dans votre profil.

Domaine d'activité professionnelle		Ceci fera partie de ma pratique	Domaine d'intérêt spécial
Soins aux toxicomanes	593	?	?
Administration	523	?	?
Médecine parallèle/douce	599	?	?
Médecine de l'adolescent	625	?	?
Anesthésie	101	?	?
Soins aux cancéreux/oncologie	132	?	?
Cardiologie	103	?	?
Prise en charge des maladies chroniques	699	?	?
Médecine communautaire/santé publique	107	?	?
Dermatologie/médecine cosmétique	112	?	?
Médecine d'urgence	115	?	?
Médecine familiale/omnipratique/soins de première ligne	587	?	?
Gériatrie/soins aux personnes âgées	121	?	?
Gynécologie	308	?	?
Soins à domicile	543	?	?
Soins hospitaliers	545	?	?
Maladies infectieuses	125	?	?
Médecine internationale	589	?	?
Consultations légales/médocolégales	555	?	?
Nutrition	541	?	?
Obstétrique	307	?	?

Sondage national 2004 auprès des médecins : Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

Médecine du travail/industrielle	139	?	?
Soulagement de la douleur	521	?	?
Soins palliatifs	427	?	?
Pédiatrie	141	?	?
Médecine préventive	697	?	?
Psychiatrie	167	?	?
Psychothérapie/“counselling”	598	?	?
Recherche	510	?	?
Médecine du sport	615	?	?
Chirurgie	304	?	?
Assistance chirurgicale	306	?	?
Enseignement	695	?	?
Médecine des voyageurs/tropicale	591	?	?
Santé des femmes	565	?	?
Autre _____	821	?	?
Autre _____	822	?	?

16. Avez-vous un PDA (assistant numérique/communication sans fil)? ☒ Oui ☒ Non

E. Répartition du temps

17. Indiquez à quel domaine d'activité vous comptez consacrer votre temps ou participer au terme de votre résidence. Veuillez indiquer *TOUTES* les cases pertinentes.

- i) Soins directs aux patients sans composante d'enseignement, indépendamment du milieu
- ii) Soins directs aux patients avec une composante d'enseignement, indépendamment du milieu
- iii) Enseignement/formation sans soins directs aux patients (contact avec les étudiants/résidents, préparation, attribution de notes, évaluations, etc.)
- iv) Soins indirects aux patients (dossiers, rapports, appels téléphoniques, rencontres avec les familles, etc.)
- v) Comités des établissements de santé
- vi) Gestion de votre pratique (personnel, installations, équipement, etc.)
- vii) Recherche (y compris la gestion de la recherche et des publications)
- viii) Administration (c.-à-d. gestion d'un programme universitaire, médecin-chef, direction d'un département, ministère de la Santé, etc.)
- ix) Formation médicale continue/développement professionnel continu (cours, lectures, vidéos, bandes audio, séminaires, etc.)
- x) Autre (engagement au sein d'organisations professionnelles ou de spécialités, activités médicales, etc.)

22. Quand et où avez-vous terminé votre formation MÉDICALE prédoctorale?

Année de promotion	Nom de l'université	Pays

23.a) À quelle université poursuivez-vous présentement votre résidence?

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

23.b) Indiquez le lieu de votre programme de résidence.

24. Êtes-vous présentement inscrit dans un programme de 'retour de service', c'est-à-dire un programme où vous vous êtes engagé à certaines restrictions de la pratique [endroit, spécialité, service militaire, forces armées, etc.] en échange d'une compensation financière durant vos études médicales ou durant votre résidence?

- ? Oui ? Non

25. Indiquez ci-dessous le montant de la dette que vous aviez et/ou que vous vous attendez à avoir à différentes périodes de votre formation médicale. Veuillez séparer 1) la dette directement reliée à votre participation à un programme de résidence (frais de scolarité, livres, hébergement, etc.) et 2) toute autre dette (personnelle, hypothèque, prêt-auto, etc.).

a) Dette au moment de débiter votre programme de résidence

Dette reliée directement à votre participation à programme de résidence

- aucune dette
- moins de 1 000 \$
- 1 001 \$ à 5 000 \$
- 5 001 \$ à 10 000 \$

Autre dette

- aucune dette
- moins de 1 000 \$
- 1 001 \$ à 5 000 \$
- 5 001 \$ à 10 000 \$

Sondage national 2004 auprès des médecins : Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

- 10 001 \$ à 20 000 \$
- 20 001 \$ à 40 000 \$
- 40 001 \$ à 60 000 \$
- 60 001 \$ à 80 000 \$
- 80 001 \$ à 100 000 \$
- 100 001 \$ à 120 000 \$
- 120 001 \$ à 140 000 \$
- 140 001 \$ à 160 000 \$
- Plus de 160 000 \$

Je préfère de pas fournir ce renseignement

- 10 001 \$ à 20 000 \$
- 20 001 \$ à 40 000 \$
- 40 001 \$ à 60 000 \$
- 60 001 \$ à 80 000 \$
- 80 001 \$ à 100 000 \$
- 100 001 \$ à 120 000 \$
- 120 001 \$ à 140 000 \$
- 140 001 \$ à 160 000 \$
- Plus de 160 000 \$

Je préfère de pas fournir ce renseignement

b) Dette actuelle

Dette reliée directement à votre participation à programme de résidence

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

Autre dette

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

c) Dette au terme de votre programme de résidence

Dette reliée directement à votre participation à programme de résidence

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

Autre dette

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

Sondage national 2004 auprès des médecins : Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

26. Dans quelle mesure le montant de votre dette a-t-il influencé le choix de votre spécialité lorsque vous avez terminé votre formation prédoctorale?

Pas du tout ? ? ? Facteur le plus important ? ? Pas de dette ?

27. Dans quelle mesure le montant de votre dette au terme de votre programme de résidence influencera-t-il le choix de l'endroit où vous exercerez?

Pas du tout ? ? ? Facteur le plus important ? ? Pas certain ?

28. État civil. *Ne cochez qu'UNE seule case.*

Célibataire

Séparé(e), divorcé(e) ou veuf(veuve)

Marié(e) ou conjoint(e) de fait

Votre conjoint(e) est-il(elle) : ? médecin ? autre professionnel de la santé ? l'un ni l'autre

29. Avez-vous des enfants ou d'autres personnes à charge dont vous avez la responsabilité?

Non

Oui Si oui, avez-vous la responsabilité première de ces personnes?

? Oui ? Non

S'il s'agit d'enfants, quel est l'âge du plus jeune? ____ ans

30. Laquelle des professions suivantes s'applique aux membres de votre famille? Si vos parents, frères ou sœurs sont retraités ou décédés, indiquez leur principale occupation au moment où ils travaillaient. Cochez TOUTES celles qui s'appliquent.

	Père	Mère	Fratrie
Médecin	?	?	?
Soins infirmiers	?	?	?
Pharmacien/ne	?	?	?
Autre professionnel de la santé	?	?	?

31. 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 une petite ville
- ? Exclusivement/principalement urbain
- ? Un mélange d'environnements

32. Dans quelle(s) province(s)/territoire(s) viviez-vous avant vos études universitaires?

Veillez indiquer TOUTES les réponses pertinentes.

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

Sondage national 2004 auprès des médecins : Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

33. Inscrivez les trois premiers chiffres/lettres du code postal de votre lieu de résidence durant la dernière année de vos études secondaires. Si vous étiez pensionnaire, inscrivez le code postal de l'endroit où vivait votre famille cette année-là. Si vous ne viviez pas au Canada, indiquez le pays où vous viviez.

Si au Canada, les trois premiers chiffres/lettres du code postal : ____ ____ ____

Si à l'étranger, indiquez le pays : _____

34. Indiquez votre ethnie/vos antécédents culturels. Veuillez indiquer 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

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

? Anglais

? Français

? Autre(s) _____

36. Êtes-vous né au Canada?

? Oui

? Non. Indiquez votre statut au Canada.

? Citoyen canadien

? Résident permanent (immigrant reçu)

? Autre _____

37. Année de naissance: 19 — —

38. Sexe: Homme ? Femme ?

39. Commentaires

Sondage national 2004 auprès des médecins : Questionnaire **EN LIGNE** aux résidents de médecine familiale

Nous vous garantissons l'anonymat de vos réponses. La confidentialité des renseignements personnels sera strictement protégée. Les résultats seront analysés et publiés en format agrégé uniquement.

Nous vous remercions de votre temps et de votre précieuse collaboration.