



QUESTIONNAIRE de la 4<sup>ème</sup> vague d'enquête  
***"Les Conditions de travail des médecins généralistes  
libéraux et les conséquences sur leur santé et la  
qualité des soins"***

*Version après pilote (31/10/2008)*

*Bonjour, je m'appelle..... enquêteur pour l'URML et l'ORS de votre région. Je me permets de vous appeler suite au courrier que nous vous avons adressé concernant la 4ème enquête du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Nous allons commencer l'entretien par quelques questions générales sur vos conditions de travail.*

## **C – LES CONDITIONS DE TRAVAIL**

### **Une journée de travail type**

#### **C-1 Mardi dernier, avez-vous travaillé ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

Pour les entretiens passés du **mercredi 12 novembre au mardi 18 novembre inclus** :

#### **C-1 Le premier mardi du mois, avez-vous travaillé ?**

*Consigne enquêteur : il s'agissait du mardi 4 novembre*

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si non, passer à C-2**

**Si oui :**

#### **C-1.1 A quelle heure avez-vous commencé à travailler ?**

/\_\_/\_\_/ heures /\_\_/\_\_/ minutes

#### **C-1.2 A quelle heure avez-vous terminé votre travail ?**

/\_\_/\_\_/ heures /\_\_/\_\_/ minutes

#### **C-1.3 Combien avez-vous réalisé :**

a-De consultations programmées ? (consultations sur rendez-vous)

- <sub>1</sub> Aucune  
<sub>2</sub> Entre 1 et 5  
<sub>3</sub> Entre 6 et 10  
<sub>4</sub> Entre 11 et 15  
<sub>5</sub> Entre 16 et 20  
<sub>6</sub> Entre 21 et 25  
<sub>7</sub> Plus de 25

b-De consultations non programmées ?

- <sub>1</sub> Aucune  
<sub>2</sub> Entre 1 et 5  
<sub>3</sub> Entre 6 et 10  
<sub>4</sub> Entre 11 et 15  
<sub>5</sub> Entre 16 et 20  
<sub>6</sub> Entre 21 et 25  
<sub>7</sub> Plus de 25

c-De visites ?

- <sub>1</sub> Aucune  
<sub>2</sub> Entre 1 et 5  
<sub>3</sub> Entre 6 et 10  
<sub>4</sub> Plus de 10

d-D'actes d'urgence ?\*

- <sub>1</sub> Aucun  
<sub>2</sub> 1 ou 2  
<sub>3</sub> Entre 3 et 5  
<sub>4</sub> Plus de 5

#### **C-1.4 Pour les consultations programmées, à quel rythme fixez-vous les rendez-vous, toutes les...**

- <sub>1</sub> 10 minutes
- <sub>2</sub> 15 minutes
- <sub>3</sub> 20 minutes
- <sub>4</sub> 30 minutes
- <sub>5</sub> 40 minutes

**C-1.5 Combien de fois avez-vous donné des conseils par téléphone ?**

- <sub>1</sub> Moins de 5 fois
- <sub>2</sub> 5 à 10 fois
- <sub>3</sub> Plus de 10 fois

\*Actes non programmés ayant nécessité une prise en charge dans l'heure

**C-2 Combien de demi-journées avez-vous travaillé la semaine dernière dans votre cabinet ?**

/\_\_/\_/ demi-journées

**C-3 Travaillez-vous le samedi matin ?**

- <sub>1</sub> Oui, tous les samedis
- <sub>2</sub> Oui, un samedi de temps en temps
- <sub>3</sub> Non

**La gestion du temps de travail**

**C-4 Au cours de la journée, programmez-vous de faire une pause d'au moins 15 minutes dans votre travail, en dehors de la pause déjeuner ?**

- <sub>1</sub> Oui, tous les jours
- <sub>2</sub> Oui, 1 à 2 fois par semaine
- <sub>3</sub> Exceptionnellement
- <sub>4</sub> Jamais

**C-5 Au cours du dernier mois, en dehors des demi-journées où vous ne travaillez pas habituellement, vous est-il arrivé d'interrompre votre travail pendant une demi-journée ?**

- <sub>1</sub> Oui, plusieurs fois
- <sub>2</sub> Oui, une seule fois
- <sub>3</sub> Non

**Si non, passer à C-6**

**Si oui :**

**C-5.1 Cette interruption a-t-elle nécessité que :**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| a-Vous vous fassiez remplacer par un remplaçant | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> non |
| b-Vous vous fassiez remplacer par un associé    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> non |
| c-Vous le prévoyiez longtemps à l'avance        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> non |
| d-Vous fermez votre cabinet                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> oui | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> non |

Si oui,

- d1-Avez-vous la possibilité d'orienter vos patients vers un de vos confrères ? <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

**C-6 Vous arrive-t-il d'emporter du travail chez vous (comptabilité, courrier, lecture de documents...) ?**

- <sub>1</sub> Toujours
- <sub>2</sub> Souvent
- <sub>3</sub> Parfois
- <sub>4</sub> Jamais

**C-7 Faites vous appel à un comptable ? ([consigne enquêteur](#) : précisez hors AGA)**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**Si non, passer à S-1**

**Si oui :**

**C-7.1 Faites-vous appel à lui :**

- <sub>1</sub> Toute l'année
- <sub>2</sub> Seulement au moment des déclarations fiscales

## S – L'ETAT DE SANTE DES MEDECINS

### Perception de l'état de santé et comportements personnels de prévention

#### S-1 Comment est votre état de santé en général ?

- <sub>1</sub> Très bon
- <sub>2</sub> Bon
- <sub>3</sub> Assez bon
- <sub>4</sub> Mauvais
- <sub>5</sub> Très mauvais
- <sub>8</sub> Refus

#### S-2 Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? (consigne enquêteur : Une maladie chronique est une maladie qui a duré ou peut durer pendant une période de 6 mois au moins)

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non
- <sub>8</sub> Refus

#### S-3 Êtes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- <sub>1</sub> Oui, fortement limité
- <sub>2</sub> Oui, limité mais pas fortement
- <sub>3</sub> Non, pas limité du tout
- <sub>8</sub> Refus

#### S-4 Êtes-vous actuellement pris en charge au titre d'une Affection longue durée (ALD) ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

#### S-5 Quel est votre poids ? \\_\_\_\_\_ \kg

#### S-6 Quel est votre taille ? \\_\_\_\_\_ \cm

#### S-7 Pour faire votre travail, vous arrive-t-il de ne pas prendre votre repas ou de l'écourter ?

- <sub>1</sub> Très souvent
- <sub>2</sub> Souvent
- <sub>3</sub> Quelquefois
- <sub>4</sub> Rarement
- <sub>5</sub> Jamais

#### S-8 Avez-vous eu de manière répétée au cours des 12 derniers mois...(consigne enquêteur : si la personne répond **oui** vérifier que la personne a bien les symptômes de manière répétée)

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

- S-8.1 des troubles du sommeil?
- S-8.2 de la fatigue?
- S-8.3 un manque d'appétit ou de l'anorexie ou de la boulimie?
- S-8.4 des brûlures d'estomac, reflux gastrique ou oesophagien?
- S-8.5 des palpitations, tachycardie?
- S-8.6 des malaises, étourdissements, vertiges, éblouissements (voir des étoiles) ?
- S-8.7 des essoufflements (difficultés à respirer) ?
- S-8.8 des colites, douleurs intestinales chroniques, constipation ?
- S-8.9 du stress?
- S-8.10 un autre symptôme?

**S-9 Avez-vous réalisé pour vous-même, au cours des deux dernières années, une mammographie de dépistage ?** (consigne enquêteur : ne poser la question que si le médecin est une femme)

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**S-10 Avez-vous réalisé pour vous-même, au cours des trois dernières années, un frottis de dépistage ?** (consigne enquêteur : ne poser la question que si le médecin est une femme)

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**S-11 Avez-vous réalisé pour vous-même, au cours des deux dernières années, une recherche de sang occulte dans les selles ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non  
<sub>3</sub> Non concerné

**S-12 Avez-vous retourné à votre caisse de sécurité sociale le formulaire médecin traitant ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si non, passer à S-13**

**Si oui :**

**S-12.1 Qui a signé ce formulaire ?**

- <sub>1</sub> Vous-même  
<sub>2</sub> Un autre médecin généraliste  
<sub>3</sub> Un médecin spécialiste

## **Consommation de tabac, d'alcool et de médicaments**

*Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur votre consommation éventuelle de tabac, d'alcool et de médicaments, comme vous le faites sans doute habituellement pour vos patients*

**S-13 Fumez-vous actuellement ?**

- <sub>1</sub> Oui, tous les jours  
<sub>2</sub> Oui, occasionnellement  
<sub>3</sub> Non, jamais

**Si non, passer à S-14**

**Si oui :**

**S-13.1 Combien de cigarettes (cigares ou pipes) fumez-vous par jour en moyenne ?**

- <sub>1</sub> 10 ou moins  
<sub>2</sub> 11 à 20  
<sub>3</sub> 21 à 30  
<sub>4</sub> 31 ou plus

**S-14 Avez-vous déjà été fumeur ?** (consigne enquêteur : ne poser la question que si le médecin a répondu être non fumeur à S-13)

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si non, passer à S-15**

**Si oui :**

**S-14.1 Pendant combien d'années avez-vous fumé quotidiennement ?** (consigne enquêteur : si le médecin répond qu'il n'a jamais fumé quotidiennement, mettre 0)

/\_\_/\_/ année(s)

**S-15 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu de l'alcool ?**

- <sub>1</sub> Jamais
- <sub>2</sub> 1 fois par mois ou moins
- <sub>3</sub> 2 à 4 fois par mois
- <sub>4</sub> 2 à 3 fois par semaine
- <sub>5</sub> 4 à 6 fois par semaine
- <sub>6</sub> Tous les jours

**Si jamais, passer à S-18**

**Sinon :**

**S-16 Au cours des 12 derniers mois, les jours où vous avez bu de l'alcool, combien de verres d'alcool avez-vous consommés ?**

- <sub>1</sub> 1 ou 2 verres
- <sub>2</sub> 3 ou 4
- <sub>3</sub> 5 ou 6
- <sub>4</sub> 7 à 9
- <sub>5</sub> 10 et plus

**S-17 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion ?**

- <sub>1</sub> Jamais
- <sub>2</sub> Moins d'une fois par mois
- <sub>3</sub> Une fois par mois
- <sub>4</sub> Une fois par semaine
- <sub>5</sub> Tous les jours ou presque

**S-18 Au cours de votre vie, votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**S-19 Au cours de votre vie, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées?**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**S-20 Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**S-21 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**S-22 Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des antidépresseurs ?**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non, jamais

**Si non, passer à S-23**

**Si oui :**

**S-22.1 A quelle fréquence ?**

- <sub>1</sub> Tous les jours
- <sub>2</sub> Plusieurs fois par semaine
- <sub>3</sub> Quelques fois par mois
- <sub>4</sub> Plus rarement

**S-22.2 Etait-ce ?**

- <sub>1</sub> sur prescription d'un confrère
- <sub>2</sub> de votre propre chef (auto-prescription ou médication)

**S-23 Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des anxiolytiques ou des hypnotiques?**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**Si non, passer à S-24**

**Si oui :**

**S-23.1 A quelle fréquence ?**

- <sub>1</sub> Tous les jours
- <sub>2</sub> Plusieurs fois par semaine
- <sub>3</sub> Quelques fois par mois
- <sub>4</sub> Plus rarement

**S-23.2 Etait-ce ?**

- <sub>1</sub> sur prescription d'un confrère
- <sub>2</sub> de votre propre chef (auto-prescription ou médication)

## **Evaluation de la détresse psychologique (questionnaire MH5) et idées suicidaires**

**Au cours des 4 dernières semaines**

**S-24 Vous êtes vous senti(e) très nerveux(se)**

- <sub>1</sub> En permanence
- <sub>2</sub> Très souvent
- <sub>3</sub> Souvent
- <sub>4</sub> Quelques fois
- <sub>5</sub> Rarement
- <sub>6</sub> Jamais

**S-25 Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral**

- <sub>1</sub> En permanence
- <sub>2</sub> Très souvent
- <sub>3</sub> Souvent
- <sub>4</sub> Quelques fois
- <sub>5</sub> Rarement
- <sub>6</sub> Jamais

**S-26 Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)**

- <sub>1</sub> En permanence
- <sub>2</sub> Très souvent
- <sub>3</sub> Souvent
- <sub>4</sub> Quelques fois
- <sub>5</sub> Rarement
- <sub>6</sub> Jamais

**S-27 Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)**

- <sub>1</sub> En permanence
- <sub>2</sub> Très souvent
- <sub>3</sub> Souvent
- <sub>4</sub> Quelques fois
- <sub>5</sub> Rarement
- <sub>6</sub> Jamais

**S-28 Vous vous êtes senti(e) heureux(se)**

- <sub>1</sub> En permanence
- <sub>2</sub> Très souvent
- <sub>3</sub> Souvent
- <sub>4</sub> Quelques fois
- <sub>5</sub> Rarement
- <sub>6</sub> Jamais

**S-29 Au cours de votre vie, avez-vous déjà pensé au suicide ?**

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non

**Si non, passer à S-32**

**Si oui :**

**S-29.1 Y avez-vous pensé au cours des douze derniers mois ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si non, passer à S-32**

**Si oui :**

**S-29.2. En avez-vous parlé à un confrère ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**S-30 Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de faire des projets de suicide ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si non, passer à S-32**

**Si oui :**

**S-30.1 En avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si non, passer à S-32**

**Si oui :**

**S-30.2. En avez-vous parlé à un confrère ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**S-31 Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**Si non, passer à S-32**

**Si oui :**

**S-31.1 Cela est-il arrivé au cours des douze derniers mois ?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

**S-32 Avez-vous subi des violences ou agressions au cours des douze derniers mois dans l'exercice de votre activité professionnelle?**

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non



## **BO – BURN OUT – ENGAGEMENT – CHARGE MENTALE AU TRAVAIL**

### **Burn out et engagement**

*Les phrases qui suivent représentent des sentiments, idées ou impressions que l'on peut éprouver à propos de son travail. Pour les sentiments, idées ou impressions suivantes, merci d'indiquer selon quel degré d'intensité vous l'avez ressenti au cours des derniers mois en utilisant une échelle de 0 (Pas du tout ou très peu) à 6 (Enormément)*

#### Détail de l'échelle

- <sub>0</sub> Pas du tout ou très peu
- <sub>1</sub> Un peu
- <sub>2</sub> Assez
- <sub>3</sub> Moyennement
- <sub>4</sub> Beaucoup
- <sub>5</sub> Très fortement
- <sub>6</sub> Enormément

- |   |       |
|---|-------|
| BO-1 Je me sens vidé(e) nerveusement par mon travail.   | /__/_ |
| BO-2 Je suis fier(e) du travail que je fais   | /__/_ |
| BO-3 A la fin d'une journée de travail, je me sens totalement épuisé(e)   | /__/_ |
| BO-4 Je me sens fatigué(e) le matin quand je dois affronter une nouvelle journée de travail   | /__/_ |
| BO-5 Faire ce métier est stimulant  | /__/_ |
| BO-6 J'ai l'impression de traiter certains patients comme s'ils étaient des « objets » impersonnels                                 | /__/_ |
| BO-7 Je déborde d'énergie pour mon travail  | /__/_ |
| BO-8 Travailler toute la journée avec d'autres personnes me demande beaucoup d'efforts  | /__/_ |
| BO-9 Je sens que je craque à cause de mon travail   | /__/_ |
| BO-10 Je suis passionné(e) par mon travail  | /__/_ |
| BO-11 J'ai l'impression que depuis mes débuts dans cette profession, je suis devenu(e) nettement moins sensible envers mes patients | /__/_ |
| BO-12 J'ai peur que mon travail ne m'endurcisse   | /__/_ |
| BO-13 Je me sens frustré par mon travail  | /__/_ |
| BO-14 Je persévère toujours dans mon travail, même quand les choses ne vont pas bien  | /__/_ |
| BO-15 J'ai l'impression de travailler trop dur  | /__/_ |
| BO-16 Je me sens fort(e) et vigoureux (se) pour faire ce métier   | /__/_ |
| BO-17 Selon moi, mon travail est un véritable challenge   | /__/_ |
| BO-18 Je ne me soucie pas de ce qui peut arriver à certains patients  | /__/_ |
| BO-19 Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop  | /__/_ |
| BO-20 Je trouve que mon travail a un sens et une utilité  | /__/_ |
| BO-21 J'ai l'impression d'être au bout du rouleau   | /__/_ |
| BO-22 J'ai l'impression que certains patients me rendent responsables de leurs problèmes  | /__/_ |
| BO-23 Je ne me laisse pas abattre dans mon travail  | /__/_ |
| BO-24 Lorsque je me lève le matin, j'ai envie d'aller travailler  | /__/_ |

## Charge mentale et facteurs de stress au travail

Maintenant, merci d'indiquer dans quelle mesure les situations suivantes se réalisent dans votre quotidien en utilisant toujours l'échelle suivante (questions BO-25 à BO45) :

- <sub>0</sub> Pas du tout ou très peu
- <sub>1</sub> Un peu
- <sub>2</sub> Assez
- <sub>3</sub> Moyennement
- <sub>4</sub> Beaucoup
- <sub>5</sub> Très fortement
- <sub>6</sub> Enormément

- BO-25 J'ai l'impression d'investir la relation avec mes patients plus que je ne reçois de leur part. /\_\_/
- BO-26 Je ressens des chocs émotionnels (pronostic défavorable, mort d'un patient, etc.). /\_\_/
- BO-27 Mon travail exige de moi une concentration intense et continue. /\_\_/
- BO-28 Je suis régulièrement interrompu(e) pendant mon travail. /\_\_/
- BO-29 J'accumule du travail en retard. /\_\_/
- BO-30 Dans mon travail je dois faire des choses qui au fond sont contradictoires. /\_\_/
- BO-31 Dans mon travail, je dois faire des choses qui devraient être faites autrement. /\_\_/
- BO-32 Mon travail me permet de prendre de nombreuses décisions seul(e)s. /\_\_/
- BO-33 Je peux travailler comme je l'entends. /\_\_/
- BO-34 J'éprouve des difficultés à concilier ma vie familiale et mon travail de médecin /\_\_/
- BO-35 Ce que l'on exige de moi ne me permet pas d'utiliser toutes mes compétences. /\_\_/
- BO-36 Je suis confronté(e) à des cas complexes, difficiles. /\_\_/
- BO-37 Certains patients ont des demandes excessives à mon égard. /\_\_/
- BO-38 Certains patients me manquent de respect (rendez-vous manqué, demandes non justifiées, etc.). /\_\_/
- BO-39 Je rencontre de l'agressivité de la part des patients. /\_\_/
- BO-40 Il m'arrive de craindre pour ma sécurité personnelle. /\_\_/
- BO-41 Je suis confronté(e) à des poursuites judiciaires de la part des patients. /\_\_/
- BO-42 Pour avoir une aide pratique (une assistante concrète, etc.), je peux compter sur mes confrères. /\_\_/
- BO-43 Pour avoir une aide pratique (une assistante concrète, etc.), je peux compter sur ma famille, mes proches. /\_\_/
- BO-44 Pour avoir un soutien moral, affectif, je peux compter sur mes confrères. /\_\_/
- BO-45 Pour avoir un soutien moral, affectif, je peux compter sur ma famille, mes proches. /\_\_/

*Le questionnaire est maintenant terminé : au nom de l'URML et de l'ORS de votre région nous vous remercions infiniment pour votre collaboration.*