



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année: 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La prévention chez les médecins généralistes de la région Hauts-
de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2018 à 18h
au Pôle Recherche

Par Chloé LAMOURET - LABY

JURY

Président:

Monsieur le Professeur Dominique LACROIX

Assesseurs:

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de Thèse:

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

**A Monsieur le Professeur Dominique Lacroix,
Professeur des Universités,
Cardiologie et maladies vasculaires
Université de Lille.
Vice doyen de la Faculté de Médecine de Lille.
Praticien Hospitalier,
Rythmologie - Stimulation cardiaque
Institut Cœur-Poumon
CHRU de Lille.**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Damien Subtil,
Professeur des Universités,
Gynécologie-Obstétrique,
Université de Lille.
Praticien Hospitalier,
Responsable médical du Pôle Femme, Mère et Nouveau-né
Hôpital Jeanne de Flandres,
CHRU de Lille.**

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

Je vous remercie également pour votre accueil lors de mon stage de gynécologie dans votre service.

**A Madame le Docteur Sabine Bayen,
Maitre de Conférences Associé des Universités,
Maître de Stages des Universités,
Université de Lille,
Médecin généraliste à Guesnain.**

Pour son intérêt pour mon travail, et son soutien depuis plusieurs années. Pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale lors de mon stage en 4^{ème} année de médecine. Je vous remercie sincèrement.

**A mon directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Marc Bayen,
Maitre de Conférences Associé des Universités,
Maître de Stage des Universités,
Université de Lille,
Médecin généraliste à Guesnain,**

**Pour son soutien et ses nombreux conseils depuis plusieurs
années et durant la rédaction de ma thèse.**

A mon mari, Olivier, merci pour ton soutien sans faille depuis le début de ces études, ta précieuse aide dans ce travail de thèse, ta gentillesse au quotidien et pour toutes les années à venir.

A mes parents, pour leur accompagnement et leur confiance depuis le début, j'espère vous rendre fiers.

A mon grand frère et à ma petite sœur, pour leur soutien, leurs conseils et tous les bons moments passés ensemble.

A mes beaux-parents, mes beaux-frères et belles-sœurs, merci pour vos encouragements durant toutes ces années.

A mes nièces (et bientôt neveu), pour leurs sourires, rires et bêtises.

A mes grands parents, pour leurs encouragements réguliers.

A toute ma famille, pour leur présence.

A mes ami(e)s, d'avoir partagé les bons moments mais aussi les moments difficiles durant ces études. A nos soirées, à nos voyages, à nos stress...et à toutes ces belles choses à venir !

Aux médecins que j'ai pu rencontrer durant mes stages et formations et qui m'ont fait découvrir et aimer ce métier. A ceux qui ont accepté de participer à ce travail de thèse.

A l'URPS, pour leur confiance, leur aide dans l'élaboration et l'envoi du questionnaire.

Un merci particulier à Hélène, Justine, Manon, Anne-Sophie et Maman pour leurs relectures ou aides à la traduction.

Liste des abréviations

CCR= Cancer ColoRectal

CNIL=Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM= Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPP= Comité de Protection des Personnes

DIU= Diplôme Inter-Universitaire

DTP= Diphtérie Tétanos Poliomyélite

EAL= Explorations d'une Anomalie Lipidique

FCV= Frottis Cervico-Vaginal

FdR= Facteur de Risque

FdRCV= Facteur de Risque Cardio-vasculaire

HdF= Hauts-de-France

HDL=High Density Lipoprotein

INPES= Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE= Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS= Institut national de Veille Sanitaire

IMC= Indice de Masse Corporelle

LDL= Low Density Lipoprotein

MG= Médecins Généralistes

OMS=Organisation Mondiale de la Santé

RCV=Risque Cardio-Vasculaire

RHD= Règles Hygiéno-Diététiques

TA=Tension Arterielle

URPS= Union Régionale des Professionnels de Santé.

Table des matières

I)	Résumé	3
II)	Summary	4
III)	Introduction générale	5
III.1)	Définitions	5
III.2)	Recommandations en Santé Publique	5
III.3)	La santé des médecins	9
IV)	Article: Introduction	12
V)	Matériels et méthodes	14
V.1)	Type d'étude et population étudiée	14
V.2)	Réalisation du questionnaire	14
V.3)	Recueil des données	14
V.4)	Analyses statistiques	15
VI)	Résultats	17
VI.1)	Flowchart	17
VI.2)	Caractéristiques des médecins	17
VI.3)	Règles Hygiéno-Diététiques (RHD) et Facteurs de Risque Cardio-vasculaire	18
VI.4)	Suivi gynécologique et dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus	20
VI.5)	Dépistage du Cancer ColoRectal	21
VI.6)	Prévention et dépistage des cancers cutanés:	21
VI.7)	Les vaccinations et contrôle bucco-dentaire	22
VI.8)	Ressentis des MG sur leur propre prise en charge et l'impact du métier.	23
VI.9)	Evaluation de l'application des mesures de prévention et de dépistage	24
VII)	Discussion	26
VII.1)	Les points forts et faiblesses de l'étude	26
VII.1.a)	Premier travail de recherche	26
VII.1.b)	La méthode	26
VII.1.c)	Le questionnaire	26
VII.1.d)	Participation	27
VII.2)	Analyse des résultats	28
VII.2.a)	Caractéristiques de la population	28
VII.2.b)	Une majorité d'auto-déclaration de médecin traitant	28
VII.2.c)	Facteurs de risque cardiovasculaire et règles hygiéno-diététiques	29
VII.2.d)	Suivi gynécologique	33
VII.2.e)	Dépistage du cancer colorectal	34

VII.d.f) Prévention et dépistage des cancers cutanés	35
VII.2.g) Vaccinations	35
VII.2.h) Soins bucco-dentaire	36
VII.2.i) Avis des médecins sur leur prévention	36
VII.2.j) Impact du métier sur leur prévention.....	37
VII.2.h) Evaluation de l'application des mesures de dépistage et de prévention.....	37
VII.3) Pistes de recherches.....	38
VII.3.a) Le choix d'un médecin traitant.....	38
VII.3.b) La création d'une médecine du travail pour les médecins libéraux.....	39
VII.3.c) Des centres de prévention et de dépistage.....	39
VII.3.d) La mise en place d'un soutien psychologique	40
VII.3.e) La vaccination obligatoire chez les professionnels de santé.....	42
VII.3.f) Les médecins, des patients pas comme les autres.....	43
VII.3.g) Les arrêts maladie et jours de carence.....	43
VIII) Conclusion.....	45
IX) Références bibliographiques.....	46
X) Annexes :.....	50

I) Résumé

AUTEUR : LAMOURET- LABY Chloé
Date de Soutenance : 16 octobre 2018
Titre de la Thèse : La prévention chez les médecins généralistes de la région Hauts-de-France
Thèse - Médecine - Lille 2018
Cadre de classement : Médecine générale
DES + spécialité : Médecine générale
Mots-clés : médecins généralistes, prévention, dépistage

Résumé :

Contexte: L'état de santé des médecins est un sujet préoccupant depuis plusieurs années. En France, 80% des médecins toutes spécialités confondues, n'ont pas de médecin traitant déclaré. Une enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins met en évidence que sur 10822 médecins interrogés, un quart a déclaré être en mauvaise ou moyenne santé. Il existe un paradoxe au sein même de la profession : ce qui est bon pour les patients, semble être négligé par les médecins.

L'objectif principal est de déterminer comment les Médecins Généralistes (MG) de la région Hauts-de-France (HdF) appliquent pour eux-mêmes les mesures de prévention.

Méthode: Etude descriptive, quantitative, transversale, auprès des MG libéraux, de la région HdF, tirés au sort. Les réponses étaient anonymes et enregistrées sur un questionnaire en ligne après appels téléphoniques ou courrier postal de décembre 2017 à mai 2018. Le seuil de significativité a été fixé avec un risque alpha à 5%.

Résultats: Sur 200 appels et 500 envois de questionnaires papiers, 217 réponses ont été analysées (31%). Les MG étaient 88,48% à avoir un médecin traitant déclaré, dont 68,66% d'auto-déclaration. Ils n'étaient que 8,76% de fumeurs actifs. Les femmes MG de plus de 50 ans étaient moins nombreuses à avoir un suivi gynécologique régulier de façon significative que celles de moins de 50ans (71,43%vs 92,30%, p=0,015). Ils étaient 58,89% à réaliser le test de dépistage de sang dans les selles après 50 ans et étaient 34,88% à participer au dépistage du mélanome en cas de facteurs de risque. 91,24% avaient leurs vaccinations à jour, et 80,65% réalisaient leur vaccination antigrippale chaque année sans différence significative selon le sexe. Les MG étaient 81,11% à estimer leur prévention tout à fait ou plutôt satisfaisante. Les femmes MG étaient tout à fait ou plutôt d'accord que leur métier avait un impact sur leur propre application des recommandations de prévention par rapport aux hommes de façon significative (95%vs 81,02% p=0,027). 69,58% des MG obtenaient une évaluation de l'application des mesures de prévention comme tout à fait ou plutôt satisfaisante.

Conclusion: L'application des mesures de prévention et de dépistage chez les MG est globalement de bonne qualité mais n'est pas supérieure à la population générale pour toutes les mesures. Ce qui suggère que certains MG n'utilisent pas leurs connaissances médicales au profit de leur santé. Il paraît important de mener une réflexion sur la prise en charge médicale spécifique des médecins.

Composition du Jury :

Président : Pr Dominique LACROIX
Assesseurs : Pr Damien SUBTIL, Dr Sabine BAYEN
Directeur de Thèse : Dr MARC Bayen

II) Summary

Background: The state of health of doctors has been a concern for several years. In France, among all medical specialties, 80% of doctors don't have any registered doctor. A survey of the National Council of the Order of Doctors shows that out of 10822 doctors interviewed, a quarter said they were in poor or average health. There is a paradox within the profession: what is good for patients seems to be neglected by doctors. The main objective is to determine how the General Practitioners (GPs) of the Hauts-de-France (HdF) region apply for themselves the preventive measures.

Method: Descriptive, quantitative, study over time among the independent GPs of the HdF region, who were chosen at random. Answers to an online questionnaire were recorded anonymously following a phone call or posted mail between December 2017 and May 2018. The threshold of significance was set with an alpha risk of 5%.

Results: Out of 200 phone calls and 500 questionnaires sent, 217 responses were analyzed (31%). 88.48% of GPs had a registered doctor, including 68.66% who had registered with themselves. There were only 8.76% of active smokers. Female GPs over 50 years old had a gynaecological follow-up which was significantly less regular than those aged under 50. (71.43% vs 92, 30%, $p = 0.015$). 58.89% underwent faecal occult blood testing over 50 years old and 34.88% took a screening test for melanoma among those who had risk factors. Vaccinations were up to date for 91.24% of the GPs, and 80.65% were vaccinated against flu every year, with no significant difference between the sexes. 81.11% of the GPs estimated their prevention to be absolutely or quite satisfactory. Female GPs agreed either completely or partially that their job had an impact on applying prevention recommendations on themselves and the result was significant compared to men (95% vs. 81.02% $p = 0.027$). 69.58% of GPs viewed the application of preventive measures as either completely or partially satisfactory.

Conclusion : The application of prevention and screening measures is of high quality among GPs, but isn't better than the general population across all measures. This may suggest that some GPs don't use their medical knowledge to benefit their own health. It therefore seems important to further consider the specific medical care of doctors.

Keywords: general practitioners, prevention, screening

III) Introduction générale

III.1) Définitions

Les médecins généralistes (MG) assurent notamment la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé de leurs patients. Ils participent à la continuité des soins, à l'orientation du patient dans le système de soins et à la coordination des soins nécessaires au patient.(1,2)

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités.

Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie afin de diminuer l'incidence d'une maladie (ex :vaccination et actions sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence et la prévention quaternaire qui permet d'identifier un patient à risque de surmédicalisation,de le protéger d'interventions médicales invasives et de lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables .(3,4)

III.2) Recommandations en Santé Publique

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte en matière de dépistage et de prévention, afin d'obtenir la prise en charge globale la plus optimale.

• Dans le cadre des Facteurs de risque cardio-vasculaire (FdRCV): (5)

Le RCV est la probabilité de développer une maladie cardiovasculaire symptomatique dans une période de temps définie (souvent 10 ans). À partir du niveau de chaque facteur de risque relatif, des échelles de score calculent le RCV global (la probabilité d'apparition d'un symptôme ou d'une complication cardiovasculaire). Ainsi, l'échelle de morbi-mortalité de Framingham est la plus diffusée. D'autres échelles calculent la probabilité de mortalité cardiovasculaire pendant une période de 10 ans comme l'échelle Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE) de la Société européenne de cardiologie. (cf annexe 1)(6)

Cette prévention cardiovasculaire va dépendre du risque cardio-vasculaire (RCV) du patient qui doit être estimé:

Il existe des Facteurs de Risques (FdR) non modifiables:

-L'âge: Ce risque devient significatif à partir de 50 ans chez l'homme et 60 ans chez la femme;

-Sexe masculin: L'influence des estrogènes naturels explique la plus faible incidence des complications de l'athérome chez la femme que chez l'homme. Cette différence diminue chez la femme après la ménopause et disparaît après 75 ans.

-Hérédité: les antécédents familiaux cardiovasculaires, coronaires, d'Accident Vasculaire Cérébral avant 55 ans pour le père ou avant 65 ans pour la mère.

Et des FdR modifiables:

-Tabac: Le risque est proportionnel à l'exposition au tabac, évaluée en paquets-années. Le bénéfice de l'arrêt du tabac est rapide: disparition de l'augmentation du risque relatif en 3 ans et diminution de 50 % du risque de récurrence chez un coronarien.

-Hypertension artérielle: pression artérielle systolique >140 mmHg, pression artérielle diastolique > 90 mmHg.

-Dyslipidémie: le principal facteur de risque des maladies cardiovasculaires est l'élévation du LDL Cholesterol (Low Density Lipoprotein) $> 1,60$ g/L (4,1 mmol/L). Le HDL cholesterol (High Density lipoprotein)- a une corrélation négative, s'il est $> 0,40$ g/L (1 mmol/L).

-Diabète: Le diabète est défini par deux dosages sanguins de glycémie à jeun $> 1,26$ g/L (7 mmol/L) ou un seul dosage de glycémie > 2 g/L (11 mmol/L).

-Insuffisance rénale: l'insuffisance rénale chronique est associée à une forte incidence des complications cardiovasculaires.

-autres FdR: ils sont nombreux mais leur responsabilité causale directe est moindre ou ils agissent par aggravation des FdR principaux: la sédentarité, l'obésité, le syndrome métabolique (défini par 3 facteurs sur 5 parmi: obésité abdominale : tour de taille > 102 cm (homme) ou > 88 cm (femme) ; HDL-cholestérol : $< 0,40$ g/L (1 mmol/L) chez l'homme et $< 0,50$ g/L (1,3 mmol/L) chez la femme ; triglycérides $> 1,5$ g/L (1,7 mmol/L) ; tension artérielle (TA) $> 130/85$ mmHg ; glycémie à jeun $> 1,10$ g/L (6,1 mmol/L).

• **Dans le cadre du dépistage du cancer du sein et cancer du col de l'utérus:**

En l'absence de pathologie, il est recommandé de réaliser un examen gynécologique tous les ans à partir du début de l'activité sexuelle.

Il est conseillé aux femmes d'apprendre à réaliser une autopalpation des seins afin de dépister une anomalie précocément. Cette pratique reste toutefois controversée et n'est considérée comme bénéfique que si elle est parfaitement réalisée.(7)

Il est organisé en France, un programme de dépistage national du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 74 ans sans symptôme apparent, ni FdR de cancer du sein par une mammographie tous les 2ans. Un suivi personnalisé sera à mettre en place chez celles à risque élevé de cancer du sein (antécédent personnel de cancer du sein invasif, de carcinome canalaire in situ, d'hyperplasie épithéliale atypique, de cancer lobulaire in situ, d'irradiation thoracique médicale à haute dose, d'antécédent familial de cancer du sein invasif) ou très élevé (predisposition génétique).(8)

Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus: il est réalisé par Frottis Cervico-Vaginal (FCV), préconisé entre 25 et 65 ans chez les femmes vaccinées ou non contre le papillomavirus. Le rythme des FCV préconisé est tous les 3 ans après deux frottis normaux à un 1 an d'intervalle.(9)

• **Dans le cadre du dépistage du Cancer Colo-Rectal(CCR):**

Il existe le dépistage national, organisé pour les personnes à risque modéré de 50 à 74ans, reposant sur la réalisation d'un test immunologique de détection de sang occulte dans les selles, proposé tous les 2 ans (ancien test Hemocult®). En cas de résultat positif, la réalisation d'une coloscopie est recommandée. Il existe par ailleurs le dépistage individualisé avec réalisation d'emblée d'une coloscopie pour les personnes à risque élevé (antécédent personnel d'adénome ou de CCR, antécédents familiaux de CCR chez les parents de 1er degré (père, mère, frère, sœur, enfant), maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn colique, rectocolite hémorragique) et à risque très élevé (Polyposes adénomateuses familiales, CCR héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch)) (10)

• **Dans le cadre de la prévention et du dépistage des cancers cutanés:**

La prévention consiste en l'application de produits solaires, adaptés au phénotype du patient et aux conditions d'expositions (plage, montagne, tropiques...).(11)

Le dépistage des mélanomes doit prendre en compte les FdR des patients qui ont des antécédents personnels ou familiaux de mélanome, nombre de nævus atypique > 2, nombre de nævus communs > 40, antécédent de brûlure solaire, exposition aux UV artificiels, nombreuses éphélides, phototype cutané de type I, nævus congénital géant (diamètre > 20 cm).

En présence d'un patient à risque, il convient de l'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau ; lui recommander de pratiquer un autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE :Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur inhomogène, Diamètre supérieur à 6 mm, Evolution dans le temps), l'informer sur les risques de l'exposition solaire et de l'exposition aux UV artificiels.(12)

•**Dans le cadre des vaccinations** :(13)

Depuis le 1^{er} janvier 2018, 8 nouveaux vaccins sont désormais obligatoires, portant à 11 le nombre de vaccins obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite, Haemophilus influenzae type b, hépatite B, méningocoque de séro groupe C, coqueluche, pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole). Le schéma vaccinal avec tableau récapitulatif se trouve en annexe 2.

Pour la prévention du virus de la grippe saisonnière, la vaccination se fait chaque année lors de la campagne de vaccination définie par le ministère de la Santé chez les personnes considérées à risque (notamment femmes enceintes, patients porteurs d'une pathologie chronique...)

La vaccination est également recommandée chez les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère.(14)

- Dans le cadre de la prévention bucco-dentaire

Les professionnels de santé préconisent un examen de prévention bucco-dentaire annuel.(15)

III.3) La santé des médecins

Face à ces nombreux points de dépistage et de prévention auquel tout médecin contrôle et/ou recommande de faire contrôler, on peut s'interroger sur l'état de santé du médecin lui-même et l'application personnelle des mesures de dépistage.

L'état de santé des médecins est un sujet préoccupant depuis plusieurs années et est de plus en plus montré du doigt ces temps-ci.

En 2002, La WONCA (World Organization of National Colleges and Academies of General Practitioners) rajoute dans sa nouvelle définition Européenne de la médecine générale que les MG ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients (16)

Un article publié par le Conseil National de l'Ordre des médecins en 2008, montre que le médecin estime en première réponse, lorsqu'on lui pose la question sur son état de santé, qu'il est un patient comme les autres. En réalité il est souvent au contraire, son principal ennemi qui, par indifférence, mépris de sa souffrance ou crainte de la vérité, nie la fatigue et les symptômes annonciateurs de la maladie.(17)

Le psychiatre Dr RK Legha dit « Qu'un médecin au cœur du système de santé et entouré de ressources, puisse être souffrant sans recevoir de soins appropriés défie l'entendement et doit nous interpeller »(18)

En France, 80% des médecins, toutes spécialités confondues, n'ont pas de médecin traitant, c'est le constat alarmant qui a conduit la commission SMART du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs à initier une campagne de sensibilisation auprès des médecins exerçant en France, intitulée : « Dis Doc , t'as ton doc ? ». L'objectif étant de réduire la pratique et les effets néfastes de l'auto-diagnostic, de l'automédication et des consultations trop tardives.(19)

Il existe en France quelques organismes et associations visant à aider le professionnel de santé. Ils sont davantage centrés sur l'aide psychologique et le soutien en cas d'événement traumatique grave (accident médical, tentative de suicide, violences). Il n'existe aucune structure de suivi plus « classique ». (20)

Une thèse réalisée en Meurthe-et-Moselle en 2006 par le Dr SUTY, pointe du doigt les mauvais comportements vis-à-vis de la consommation en soins (pas de médecin traitant déclaré, auto-prescriptions, et nécessité d'une amélioration concernant les dépistages de cancers) (21)

Un travail de thèse à la faculté de Rouen en 2015, par les Dr Carme et Magliogli, met en évidence que les freins à l'accès aux soins pour les médecins peuvent être groupés en quatre catégories : les freins liés à la consultation, les freins liés à la maladie, la facilité à se prendre en charge seul et le statut même de médecin. (22)

En 2014 et 2017, deux thèses ont été effectuées sur la santé des étudiants en médecine à Lille. Ces thèses ont mis en évidence une dégradation de l'état de santé chez les mêmes étudiants entre la MED 3 et MED 6. Avec des étudiants qui consultent plus rarement, voire plus du tout leur MG et qui semblent être plus nombreux à souffrir de maladies chroniques, mais renoncent à se soigner. L'apparition des stages hospitaliers et la préparation aux Epreuves Classantes Nationales Informatisées en sont probablement responsables, et sources de stress et d'altération de la qualité de vie. (23) (24). On peut craindre que cette négligence de suivi médical se pérenise tout au long de leur activité professionnelle.

Plus récemment, en avril 2018, un rapport sur la santé des médecins, a été publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Une enquête met en évidence que sur 10822 médecins (MG, anesthésistes-réanimateurs, gynécologues-obstétriciens, psychiatres, médecins du travail), un quart des répondants a déclaré être en mauvaise ou moyenne santé. Plus de 40% ont déjà renoncé à se mettre en arrêt maladie alors que leur état de santé le justifiait, principalement par crainte de désorganiser le service dans lequel il travaille ou à cause des difficultés rencontrées pour trouver un remplaçant. Presque 60% des répondants se déclarent en mauvaise ou moyenne santé, et estiment que leur rythme de travail a des répercussions sur leur vie sociale et sur leur vie familiale... Ce rapport conclut qu'il y a encore beaucoup à faire en terme de promotion de la santé, de prévention visant à faciliter l'accès à

des soins de santé primaires, et de déclaration de médecin traitant.. Il existe un paradoxe au sein même de la profession : ce qui est bon pour les patients, semble être négligé pour nous médecins.(25)

Ce rapport ne questionne pas sur l'application des mesures de prévention et de dépistage.

Comment dans ce contexte, qui apparait comme trop fréquent, d'absence de médecin traitant déclaré et donc de probable auto-prise en charge et auto-prescription, les MG, en particulier, prennent-ils en charge leur propre santé? Prennent-ils la peine d'appliquer sur eux-même les mesures de prévention et de dépistage? Et dans quelles conditions?

L'objectif principal est de déterminer comment les médecins généralistes de la région Hauts-de-France appliquent pour eux-mêmes les mesures de prévention.

L'objectif secondaire est d'élaborer des pistes d'amélioration de la prévention des médecins généralistes de la région Hauts-de-France.

IV) Article: Introduction

Les Médecins Généralistes (MG) assurent notamment la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé de leurs patients. Ils participent à la continuité des soins, à l'orientation du patient dans le système de soins et à la coordination des soins nécessaires au patient.

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. (1–3)

Dans le cadre du dépistage et de la prévention, plusieurs mesures existent et doivent être appliqués aux patients selon leur sexe, Facteurs de Risques (FdR), antécédents...afin d'obtenir une prise en charge globale et optimale.

Parmi ces mesures de dépistage et de prévention, le médecin doit veiller à l'application notamment:

- des règles hygiéno-diététiques (RHD) et dépister les FdR Cardiovasculaire (FdRCV) de son patient. (5)
- du suivi gynécologique et des examens de dépistages associés (Frottis Cervico-vaginal (FCV), mammographie.)(8,9)
- du dépistage du Cancer ColoRectal (CCR) (test immunologique de détection de sang occulte dans les selles = ancien test Hemocult® ou coloscopie)(10)
- de la prévention et du dépistage des cancers cutanés(12)
- de la vaccination (13)
- des soins bucco-dentaires...(15)

Un article publié par le Conseil National de l'Ordre des médecins en 2008, a montré que le médecin estime en première réponse, lorsqu'on lui pose la question sur son état de santé, qu'il est un patient comme les autres. En fait il est souvent au contraire, son principal ennemi qui, par indifférence, mépris de sa souffrance ou crainte de la vérité, nie la fatigue et les symptômes annonciateurs de la maladie.(17)

En France, 80% des médecins, toutes spécialités, n'ont pas de médecin traitant. C'est le constat alarmant qui a conduit la commission SMART du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs à initier une campagne de sensibilisation auprès des médecins exerçant en France, intitulée: «Dis Doc, t'as ton doc?». L'objectif étant de réduire la pratique et les effets néfastes de l'autodiagnostic, de l'automédication et des consultations trop tardives.(19)

En 2018, un rapport publié par l'Ordre des Médecins, conclue qu'il y a encore beaucoup à faire en termes de promotion de la santé, de prévention visant à faciliter l'accès aux soins de santé primaires, et de déclaration de médecin traitant. Il existe un paradoxe au sein même de la profession: ce qui est bon pour les patients, semble être négligé pour nous médecins.(25)

Comment dans ce contexte, qui apparait comme trop fréquent, d'absence de médecin traitant déclaré et donc de probable auto-prise en charge et auto-prescription, les MG, en particulier, prennent-ils en charge leur propre santé?

Prendent-ils le temps d'appliquer sur eux même les mesures de prévention et de dépistage? Et dans quelles conditions?

L'objectif principal est de déterminer comment les médecins généralistes de la région Hauts-de-France appliquent pour eux-mêmes les mesures de prévention.

L'objectif secondaire est d'élaborer des pistes d'amélioration de la prévention des médecins généralistes de la région Hauts-de-France.

V) Matériels et méthodes

V.1) Type d'étude et population étudiée

Il s'agissait d'une étude quantitative, transversale, descriptive dont la population était les MG exerçant en libéral, installés, dans la région HdF.

V.2) Réalisation du questionnaire

Un questionnaire en ligne a été élaboré sur Lime Survey. Les questionnaires étaient anonymes et il était précisé de ne pas rajouter de commentaires pouvant permettre d'identifier le médecin. .

Le questionnaire comportait 33 questions (annexe 3). Il y avait une première partie composée de 9 questions sur les variables socio-professionnelles et démographiques du MG. Une deuxième partie composée de 10 questions sur les RHD et FdRCV. Une troisième partie de 4 questions sur le suivi gynécologique et le dépistage des cancers gynécologiques. Une quatrième partie de 2 questions sur le dépistage du CCR. Une cinquième partie de 3 questions sur la prévention et le dépistage des cancers cutanés. Une dernière partie de 5 questions sur la vaccination, le suivi bucco-dentaire et des questions globales sur la prévention.

Un avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) a été pris concluant qu'il ne s'agissait pas d'une recherche impliquant la personne humaine au sens de l'article L.1121-1 du code de la santé publique. Il n'était donc pas nécessaire de le soumettre à l'avis du CPP.

Afin d'assurer la confidentialité des informations, une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été réalisée. En raison d'un questionnaire ne permettant pas d'identifier un répondant, il n'a pas été nécessaire de soumettre une déclaration préalable.

V.3) Recueil des données

Les premières données ont été recueillies de décembre 2017 à mars 2018, par contact téléphonique après tirage au sort de MG dans les pages jaunes des différents départements de la région. Il était demandé aux médecins ou au secrétariat de communiquer leur adresse mail afin de leur envoyer le lien du questionnaire pour

qu'ils puissent y répondre quand ils le souhaitent. Environ 200 appels ont été effectués pour obtenir 56 réponses.

Le projet de thèse a également été envoyé à l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) de la région, proposé à leur commission de suivi et d'accompagnement des thèses. L'URPS a rendu un avis positif et s'est donc engagée à fournir son aide pour la mise en page du questionnaire papier, et pour envoyer le questionnaire papier à 500 MG de la région. La liste des médecins à qui le questionnaire avait déjà été envoyé par mail suite au contact via les pages jaunes a été remis à l'URPS afin d'éviter une redondance des données.

L'envoi du questionnaire a eu lieu le 12 mars 2018. Chaque MG a reçu par courrier postal, le questionnaire accompagné d'un mot d'introduction expliquant le travail de thèse, et d'une enveloppe T afin de le renvoyer.

Le recueil des données des questionnaires papiers s'est effectué du 14 mars 2018 au 9 mai 2018, permettant le retour de 161 questionnaires. 2 questionnaires ont été reçus après le 9 mai 2018 donc non inclus dans l'analyse des données.

V.4) Analyses statistiques

L'analyse statistique a été effectuée, après exportation et recodage numérique manuel des variables issues de Lime Survey et des questionnaires papiers. Le tout retranscrit dans un tableur à l'aide du logiciel Microsoft Excel® 2013.

La méthode d'analyse des données a été réalisée avec l'aide du logiciel Minitab®. Les tests de Khi 2 et test exact de Fisher ont été utilisés en cas d'effectif inférieur à 10. Le seuil de significativité a été fixé avec un risque de première espèce (alpha) à 5%.

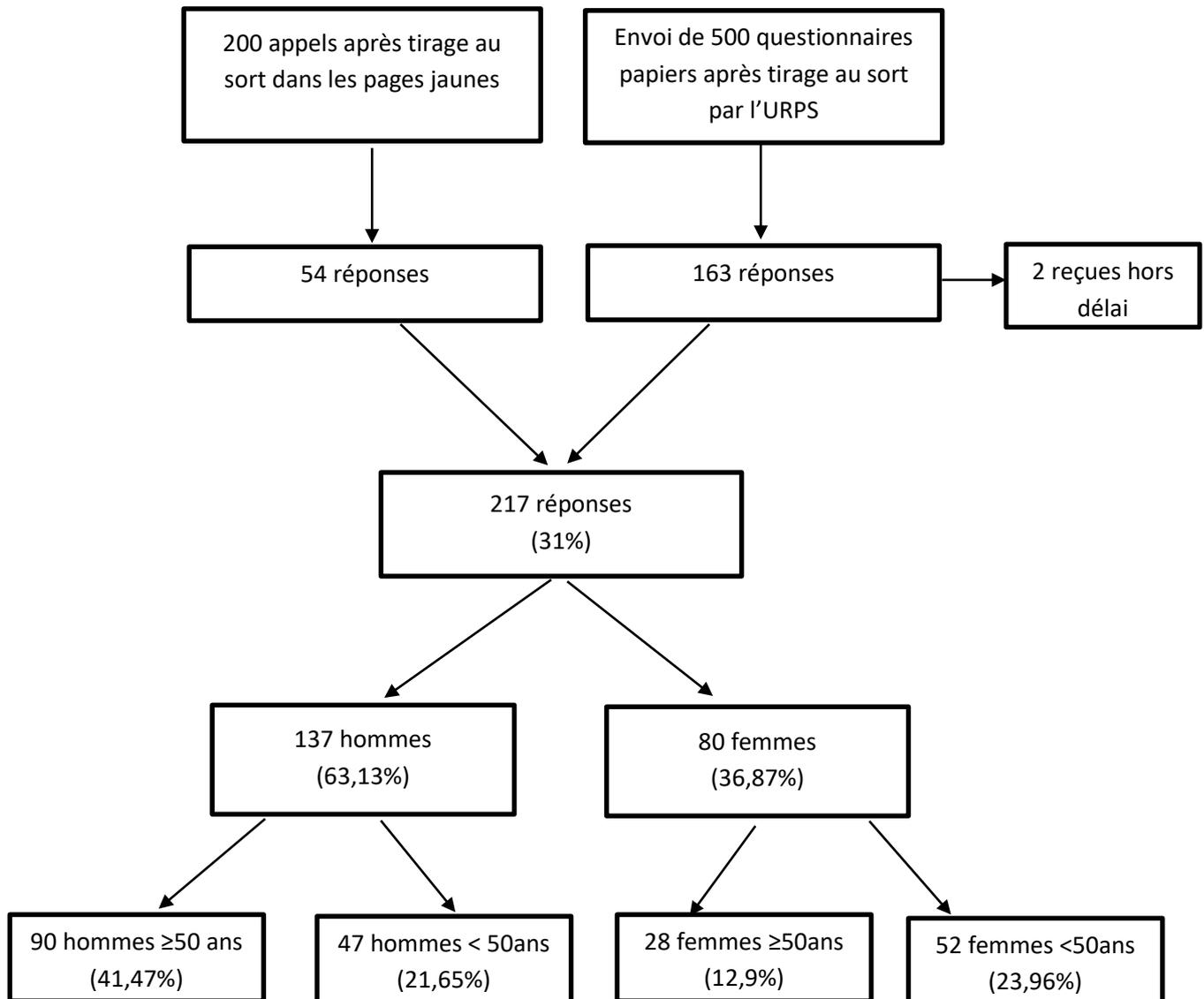
Afin de répondre plus précisément à la question de thèse, une évaluation de l'application des mesures de prévention et de dépistage a été effectuée. Nous avons comptabilisé pour chaque MG, le nombre de mesures qu'il appliquait en fonction de son âge, sexe et FdR individuel. Les mesures prises en compte étaient : l'activité sportive, le tabagisme, le contrôle de la Tension Artérielle (TA), la réalisation d'une Exploration d'une Anomalie Lipidique (EAL), le dépistage du diabète, le suivi cardiologique en cas de FdRCV, le suivi gynécologique, l'autopalpation mammaire, la réalisation de mammographie et FCV selon les délais en vigueur, la réalisation du

test immunologique de détection de sang occulte dans les selles (ancien test Hemocult®) selon les délais en vigueur, ou coloscopie si FdR, l'application des mesures de protection au soleil, l'auto-surveillance cutanée, le suivi dermatologique si FdR, l'application des vaccinations obligatoires et recommandées, le vaccin antigrippal, le contrôle buccodentaire de moins de 1an. La prise d'alcool n'a pas pu être comptabilisée car l'échelle de mesure choisie n'était pas celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Une note était ainsi obtenue, que nous avons reporté sur 20 pour tous les sujets. En fonction de cette note, nous estimions la qualité d'application des mesures de dépistage et de prévention : Tout à fait satisfaisante (note entre 17 et 20), plutôt satisfaisante (13 à 16), plutôt pas satisfaisante (10 à 12), pas du tout satisfaisante (note inférieure à 10).

VI) Résultats

VI.1) Flowchart



VI.2) Caractéristiques des médecins

Tableau n°1: Caractéristiques des MG de l'étude

	Population générale éligible n=217	Hommes n=137	Femmes n=80	p
Sexe				
•Nombre d'hommes	137 (63,13%)	-	-	
•Nombre de femmes	80 (36,87%)	-	-	
Age (en années)	49,46 (12,32)	52,04 (12,64)	45,05 (10,52)	0,001
Nombre de médecins de plus de 50ans	115 (52,99%)	90 (41,47%)	28 (12,9%)	0,371
Milieu d'exercice urbain	128 (58,99%)	79(59,66%)	49(61,25%)	0,604

Nombre d'années d'exercice	19,96 (12,32)	22,61(12,65)	15,41 (10,52)	0,001
Nombre d'heures de travail par semaine	49,49 (11,09)	52,06 (11,12)	45,10 (9,61)	0,264
Nombre d'actes par jour	30,32 (10,18)	31,81 (11,31)	27,77 (7,25)	0,015
Nombre de demi-journées de repos par semaine	1,87 (1,22)	1,80 (1,28)	2 (1,13)	0,423
Nombre de semaines de vacances par an	6,5 (2,24)	6,3 (2,29)	6,9 (2,13)	0,55
Nombre ayant un médecin traitant déclaré	192(88,48%)	121 (88,32%)	71(88,75%)	0,943
•vous-même	149 (68,66%)	98 (71,53%)	51 (63,75%)	-
•collègue	19 (8,76%)	11 (8,029%)	8 (10%)	-
•ami	14 (6,45%)	9 (6,57%)	5 (6,25%)	-
•médecin non connu personnellement	10 (4,61%)	3 (2,19%)	7 (8,75%)	-

Les données sont présentées en moyenne (déviations standard) ou n (%)

VI.3) Règles Hygiéno-Diététiques (RHD) et Facteurs de Risque Cardio-vasculaire

Tableau n° 2: Applications des RHD et FdRCV chez les MG

	Population générale éligible n=217	Hommes n=137	Femmes n=80	p
IMC (kg/m²)	24,52 (3,64)	24,95 (3,31)	23,80 (4,06)	0,181
Pratique activité sportive	160 (73,73%)	104 (75,91%)	56 (70%)	0,342
Equilibre de l'alimentation	-	-	-	0,863
-Pas du tout équilibrée	4 (1,84%)	2 (1,46%)	2 (2,5%)	-
-Plutôt pas équilibrée	28 (12,9%)	19 (13,87%)	9 (11,25%)	-
-Plutôt bien équilibrée	150 (69,13%)	93 (67,88%)	57 (71,25%)	-
-Tout à fait équilibrée	35 (16,13%)	23 (16,79%)	12 (15%)	-
Saut de prise de repas	-	-	-	0,154
-jamais	136 (62,67%)	90 (65,69%)	46 (57,5%)	-
-occasionnellement	59 (27,19%)	32 (23,36%)	27 (33,75%)	-
-régulièrement	19 (8,76%)	12 (8,75%)	7 (8,75%)	-
-toujours	3 (1,38%)	3 (2,20%)	0 (0%)	-
Consommation tabac	-	-	-	0,148
- fumeurs	19 (8,76%)	14 (10,23%)	5 (6,25%)	-
- Non-fumeurs	160 (73,73%)	95 (69,34%)	65 (81,25%)	-
- Sevrés	38 (17,51%)	28 (20,43%)	10 (12,50%)	-
Consommation d'alcool				0,001
- Pas de consommation	35 (16,13%)	19 (13,87%)	16 (20%)	-
- Consommation occasionnelle	72 (33,18%)	35 (25,55%)	37 (46,25%)	-
- Moins de 3 verres par semaine	33 (15,21%)	21 (15,32%)	12 (15%)	-
- Plus de 3 verres par semaine	77 (35,48%)	62 (45,26%)	15 (18,75%)	-
Contrôle Tension Artérielle	141 (64,98%)	90 (65,69%)	51 (63,75%)	0,772
EAL	167 (76,95%)	104 (75,91%)	63 (78,75%)	0,631
Dépistage du diabète	163 (75,11%)	103 (75,18%)	60 (75,00%)	0,976

	Population générale éligible n= 123	Hommes n=93	Femmes n=30	p
Suivi cardiologique si FdRCV	53 (43,09%)	46 (49,46%)	7 (23,33%)	0,05

Les données sont présentées en moyenne (déviation standard) ou n(%)

IMC= Indice de masse corporel; TA = Tension Artérielle, EAL= Exploration des Anomalies Lipidiques,

FdRCV = Facteurs de Risque Cardio-Vasculaire

- Concernant la pratique d'une activité physique, 26,27% des MG de l'étude n'en pratique aucune, avec comme principale raison le manque de temps et l'envie de consacrer le temps libre en priorité à la famille, ou la peur de se blesser et de devoir être en arrêt de travail.

Ils sont 11,88% des MG à en pratiquer 1 heure par semaine, 33,75% à en pratiquer 2 heures par semaine, 25 % à en pratiquer 3 heures par semaine, 29,37% à en pratiquer plus que 3 heures par semaine

- Concernant le tabac, 8,76% des MG fument avec une consommation moyenne de 14,8 paquets années

- Les raisons pour lesquelles les MG ne surveillent jamais leur TA sont le manque de temps, l'âge jugé trop jeune, l'oubli, la négligence et la tendance à l'hypotension.

Parmi ceux qui la contrôlent, 67,66% le font eux même. La surveillance tensionnelle des autres MG, est faite par le cardiologue, le gynécologue, à l'occasion du don du sang, par un associé, époux, infirmière ou par les étudiants en stage dans le cabinet.

45,11 % des MG contrôlent leur tension plus de 3 fois par an ou plus, 18,79% la contrôlent 2 fois par an, 29,32% la contrôlent 1 fois par an, 6,78% la contrôlent moins d'une fois par an.

- Dans 90,85% des cas, les AL sont auto-prescrites. Les raisons expliquant l'absence de réalisation de cette surveillance est l'absence de FdR, le manque de temps, l'inutilité car intolérance aux traitements et la peur des piqûres.

La fréquence de réalisation des AL chez les MG est: 6,09% plus que 1 fois par an, 43,90% tous les ans, 26,82% tous les 2ans, 10,97% tous les 3 ans, 12,19% tous les 4 ou 5ans.

- Le dépistage du diabète est auto prescrit à 91,16%.

Il est contrôlé plus d'1 fois par an dans 4,40% des cas, 45,28% 1 fois par an, 28,93% tous les 2 ans, 10,06% tous les 3 ou 4ans, 11, 33% tous les 5ans.

VI.4) Suivi gynécologique et dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

Tableau n°3 Suivi gynécologique et dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes MG

	Femmes éligibles n=80	Femmes <50 ans n=52	Femmes ≥50 ans n=28	p
Suivi gynécologique régulier	68 (85%)	48 (92,30%)	20 (71,43%)	0,015
Auto palpation mammaire	14 (17,5%)	9 (17, 31%)	5 (17,86%)	0,951
Réalisation mammographie	-	-	-	-
- tous les 2ans	-	-	20 (71,43%)	-
- plus que tous les 2ans	-	-	5 (17,86%)	-
- non réalisée	-	-	3 (10,71%)	-
	Femmes éligibles n=78	Femmes <50 ans n=52	Femmes entre 50 et 65 ans n=26	P
Réalisation du FCV	-	-	-	0,069
- tous les 3 ans	52 (66,67%)	38 (73,07%)	14 (53,85%)	-
- plus que tous les 3 ans	19 (24,36%)	12 (23,07%)	7 (26,92%)	-
-non réalisé	7 (8,97%)	2 (3,84%)	5 (19,23%)	-

Les données sont présentées en n(%)

FCV=Frottis cervico-vaginal

- Les MG ne se faisant pas suivre régulièrement sur le plan gynécologique évoquent comme raisons: le manque de temps, la paresse et une inutilité estimée en l'absence d'antécédent de grossesse ou de symptômes.

- Les raisons de non réalisation de l'autopalpation mammaire exprimées sont: l'oubli, le manque de fiabilité de la méthode, la présence d'un suivi gynécologique, les mammographies régulières.

VI.5) Dépistage du Cancer ColoRectal

Tableau n°4 : Application du dépistage du CCR chez les MG avec et sans FdR.

	Population éligible n=90	Hommes ≥ 50ans sans FdR associé n=66	Femmes ≥ 50 ans sans FdR associé n= 24	P
Réalisation du test immunologique de détection de sang occulte dans les selles	-	-	-	0,554
- tous les 2 ans	53 (58,89%)	41 (62,12%)	12 (50%)	
- plus que tous les 2ans	7 (7,78%)	5 (7,58%)	2 (8,33%)	
- non réalisé	30 (33,33%)	20 (30,30%)	10 (41,67%)	
	Population éligible n= 26	Hommes avec FdR de CCR n= 20	Femmes avec FdR de CCR n=6	P
Réalisation d'une coloscopie si FdR de CCR	-	-	-	0,062
- oui	21 (80,77%)	18 (90%)	3 (50%)	
- non	5 (19,23%)	2 (10%)	3 (50%)	

Les données sont présentées en n(%)

CCR =Cancer Colo rectal, FdR= Facteurs de risques

Les raisons avancées par les MG expliquant la non réalisation ou le retard dans ce dépistage sont: le manque de temps, l'oubli, et la peur du résultat.

VI.6) Prévention et dépistage des cancers cutanés:

Tableau n°5: Application des mesures de prévention et de dépistage des cancers cutanés chez les MG

	population éligible n=217	Hommes n=137	Femmes n= 80	p
Application des mesures de protection solaire	185 (85,25%)	112 (81,75%)	73 (91,25%)	0,049
Auto-surveillance cutanée	165 (76,03%)	106 (77,37%)	59 (73,75%)	0,771
	population éligible n=129	Hommes avec FdR n=84	Femmes avec FdR n=45	
Suivi dermatologique régulier si FdR de mélanome	45 (34,88%)	28 (33,33%)	17 (37,78%)	0,773

Les données sont présentées en n(%)

FdR= Facteurs de Risques

Les raisons de l'absence de suivi dermatologique malgré les FdR sont: l'absence de dermatologue disponible, le manque de temps, la négligence, l'absence de lésion jugée «à risque» et la pudeur.

VI.7) Les vaccinations et contrôle bucco-dentaire

Tableau n°6: Application des vaccinations et du contrôle bucco-dentaire annuel chez les MG

	population éligible n=217	Hommes n=137	Femmes n=80	P
Vaccinations obligatoires et recommandées à jour	198 (91,24%)	122 (89,05%)	76 (95%)	0,135
Vaccination antigrippale réalisée chaque année	175 (80,65%)	113 (82,48%)	62 (77,5%)	0,37
Contrôle bucco-dentaire annuel	154 (70,96%)	92 (67,15%)	62 (77,5%)	0,105

Les données sont présentées en n(%)

- Un MG n'avait réalisé aucune vaccination par refus de « s'injecter de l'aluminium ». 3 MG étaient contre la vaccination contre l'hépatite B et 3 MG contre le vaccin Rougeole Oreillon Rubéole. 12 MG étaient en retard dans leur rappel de Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DTP) par oubli.

- Parmi ceux ne réalisant pas le vaccin antigrippe, les raisons évoquées étaient l'utilisation d'homéopathie, l'application des RHD, la peur des effets indésirables, l'inefficacité, la négligence, le manque de temps.

- Les MG déclarent avoir fait leur dernier contrôle bucco-dentaire il y a en moyenne 1,26 année [1,05-1,46]

Ils sont 70,96% à avoir consulté un chirurgien dentiste il y a moins d'1 an, 15,2% il y a 1 à 2ans, 7,3% il y a 3ans, 5,06% entre 4 et 5ans, 1,38% entre 8 et 10ans.

VI.8) Ressentis des MG sur leur propre prise en charge et l'impact du métier.

Tableaux n°7: Ressentis des MG sur leur propre application des mesures de prévention et de dépistage

	population éligible n=217	Hommes n=137	Femmes n=80	p
Au total, pensez-vous que votre prévention est satisfaisante?				0,567
- tout à fait satisfaisante	33 (15,21%)	18 (13,14%)	15 (18,75%)	-
- plutôt satisfaisante	143 (65,9%)	92 (67,15%)	51 (63,75%)	-
- plutôt pas satisfaisante	35 (16,13%)	24 (17,52%)	11 (13,75%)	-
- pas du tout satisfaisante	6 (2,76%)	3 (2,19%)	3 (3,75%)	-
	Hommes ≥ 50ans n=90	Hommes <50ans n=47	Femmes ≥50ans n=28	Femmes <50ans n=52
Au total, pensez-vous que votre prévention est satisfaisante?				
- tout à fait satisfaisante	10 (11,11%)	8 (17,02%)	3 (10,71%)	12 (23,08%)
- plutôt satisfaisante	64 (71,11%)	28 (59,57%)	18 (64,29%)	33 (63,46%)
- plutôt pas satisfaisante	13 (14,44%)	11 (23,40%)	6 (21,43%)	5 (9,62%)
- pas du tout satisfaisante	3 (3,33%)	0 (0%)	1 (3,57%)	2 (3,85%)

Les données sont présentées en n (%)

81,11% des MG de notre étude estiment que leur propre application des mesures de prévention est tout à fait satisfaisante ou plutôt satisfaisante.

Tableau n°8 : Ressentis sur l'impact de l'activité professionnelle sur l'application personnelle des mesures de prévention et de dépistage

	Population éligible n=217	Hommes n=137	Femmes n=80	p
Pensez-vous que votre activité professionnelle a un impact sur votre propre application des mesures de prévention?				0,027
- Tout à fait d'accord	45 (20,74%)	26 (18,98%)	19 (23,75%)	-
- Plutôt d'accord	142 (65,44%)	85 (62,04%)	57 (71,25%)	-
- Plutôt pas d'accord	22 (10,14%)	18 (13,14%)	4 (5%)	-
- Pas du tout d'accord	8 (3,68%)	8 (5,84%)	0 (0%)	-

	Hommes ≥ 50ans n=90	Hommes <50ans n=47	Femmes ≥50ans n=28	Femmes <50ans n=52
Pensez-vous que votre activité professionnelle, a un impact sur votre propre application des mesures de prévention?				
- Tout à fait d'accord	19 (21,11%)	7 (14,89%)	8 (28,57%)	11 (21,15%)
- Plutôt d'accord	53 (58,89%)	32 (68,08%)	19 (67,86%)	38 (73,07%)
- Plutôt pas d'accord	15 (16,67%)	3 (6,38%)	1 (3,57%)	3 (5,77%)
- Pas du tout d'accord	3 (3,33%)	5 (10,63%)	0 (0%)	0 (0%)

Les données sont présentées en n(%)

Les MG de notre étude sont 86,18% à être tout à fait d'accord ou plutôt d'accord que leur activité professionnelle a un impact sur l'application des mesures de prévention. Les femmes MG sont 95% à être tout à fait d'accord ou plutôt d'accord que leur activité a un impact versus 81,02% chez les hommes MG.

VI.9) Evaluation de l'application des mesures de prévention et de dépistage.

Tableau n°9: Evaluation de l'application des mesures de prévention et de dépistage.

	population éligible n=217	Hommes n=137	Femmes n=80	p
Evaluation de l'application des mesures de dépistages et de préventions				0,475
- tout à fait satisfaisante	38 (17,51%)	24 (17,52%)	14 (17,5%)	-
- plutôt satisfaisante	113 (52,07%)	76 (55,47%)	37 (46,25%)	-
- plutôt pas satisfaisante	43 (19,82%)	23 (16,79%)	20 (25%)	-
- pas du tout satisfaisante	23 (10,60%)	14 (10,22%)	9 (11,25%)	-
	Hommes ≥ 50ans n=90	Hommes <50ans n=47	Femmes ≥50ans n=28	Femmes <50ans n=52
Evaluation de l'application des mesures de dépistages et de préventions				
- tout à fait satisfaisante	15 (16,67%)	9 (19,15%)	1 (3,57%)	13 (25%)
- plutôt satisfaisante	56 (62,22%)	20 (42,55%)	16 (57,14%)	21 (40,38%)
- plutôt pas satisfaisante	11 (12,22%)	12 (25,53%)	8 (28,57%)	12 (23,08%)
- pas du tout satisfaisante	8 (8,89%)	6 (12,77%)	3 (10,72%)	6 (11,54%)

Les données sont présentées en n(%)

Les MG de notre étude sont 69,58% à obtenir une application des mesures de prévention et dépistage évaluée comme tout à fait satisfaisante ou plutôt satisfaisante.

VII) Discussion

VII.1) Les points forts et faiblesses de l'étude

VII.1.a) Premier travail de recherche

Il s'agissait d'un premier travail de recherche qui reste donc évidemment perfectible.

VII.1.b) La méthode

Le tirage au sort est une méthode permettant une représentativité de l'échantillon.

Afin d'éviter un double envoi du questionnaire à certains MG à cause de l'utilisation de 2 méthodes de recueil des données, une liste avec les MG sélectionnés par les pages jaunes, a été remise à l'URPS. A noter que la sélection via les pages jaunes peut entraîner un biais de sélection, les MG n'étant pas forcément tous répertoriés dans celles-ci.

Il paraissait indispensable de préserver un anonymat des données afin de garder la confidentialité des réponses et permettre une meilleure participation.

Un taux plus important de réponses a pu être obtenu grâce à la participation de l'URPS dans ce projet (impression et envoi des questionnaires papiers, lettre pré-affranchie pour le retour des réponses).

VII.1.c) Le questionnaire

Nous avons essayé de réaliser un questionnaire court et rapide à compléter, avec un maximum de réponses fermées et un minimum de texte libre, dans le but d'obtenir le plus grand nombre de participation dans une population souvent sollicitée pour les travaux de recherches et d'obtenir des résultats interprétables.

L'utilisation d'un auto-questionnaire peut entraîner un biais de déclaration. Les réponses ne peuvent pas être contrôlées par des données fiables (carnet de vaccination, remboursement des examens...)

Certaines questions auraient pu être plus précises dans leur formulation. Comme par exemple: « l'évaluation de l'impact du métier sur l'application des mesures de prévention », Cette question a pu porter à confusion pour certains MG qui ne

savaient pas si l'on parlait d'un impact positif ou négatif. Ou la question portant sur le suivi gynécologique régulier dont le terme « régulier » n'était pas précisé et peut être analysé différemment selon les MG.

Enfin, l'échelle utilisée sur la consommation en alcool n'était pas adaptée car ne suivait pas les recommandations OMS et ne permettait donc pas de comparer la consommation des MG à la population générale.

Il aurait pu être intéressant de rajouter une question concernant les antécédents personnels et familiaux et les traitements des MG car leurs méconnaissances peuvent induire un biais d'information dans l'évaluation de l'application des mesures de prévention et de dépistage. Des critères ont pu être comptabilisés péjorativement comme non effectués alors que le MG pouvait ne pas être concerné par ce dépistage (ex: recommandation de réalisation d'une AL et d'une glycémie si présence d'un traitement oestro-progestatif quelque soit l'âge, ou réalisation d'une AL si antécédent familial de maladie cardiovasculaire précoce). Nous avons préféré effectuer une évaluation «plus sévère», quitte à sur-estimer le manque de dépistage, mais la connaissance et application de tous les facteurs, pour chaque MG étaient trop difficile à mettre en place.

Certains critères de dépistage non effectués chez les MG, sont soumis à des études dans d'autres pays montrant leur manque d'efficacité et remettant en cause l'intérêt de l'effectuer (ex: autopalpation mammaire). Sans comptabiliser ce critère, la «note» obtenue par de nombreuses femmes MG aurait pu être supérieure.(26)

VII.1.d) Participation

Le taux de participation était de 31%.

Concernant la sélection par appel téléphonique via les pages jaunes, il a été constaté une difficulté à obtenir l'adresse mail des MG afin d'envoyer le questionnaire. Soit par un refus du secrétariat de communiquer notre demande, ou par manque de temps des MG à y répondre.

Un certain nombre de MG ayant répondu ont fait part de l'intérêt porté pour cette étude et de leur souhait de recevoir les résultats. Ils estimaient que ce sujet était

important et que des efforts étaient à mettre en place afin d'améliorer leurs suivis et prises en charge. Certains MG regrettaient l'absence de questions portant sur le suivi psychologique avec le risque de dépression et burn-out lié à la profession.

VII.2) Analyse des résultats

VII.2.a) Caractéristiques de la population

La population de l'étude est plus jeune que la population des médecins (toutes spécialités confondues) en France. En effet, l'âge moyen des médecins en activité régulière, France entière est de 51,2 ans vs 49,46 ans dans notre étude. La différence significative pour l'âge ($p < 0,001$) entre hommes et femmes, avec des femmes plus jeunes que les hommes peut s'expliquer par la féminisation de la pratique médicale comme le montre le graphique en annexe 4 sur la pyramide des âges des médecins en France. Cependant, les hommes médecins restent à ce jour majoritaires par rapport aux femmes, surtout après 50 ans ce qui peut expliquer une prédominance de réponses des hommes de plus de 50 ans dans l'étude.(23)

On peut voir que le nombre d'années d'exercice est inférieur chez les femmes MG de façon significative ($p < 0,001$), concordant avec des femmes MG plus jeunes.

Le calcul du nombre de demi-journées de repos, de semaines de vacances entre les hommes et les femmes ne montrent pas de différence significative entre les hommes et les femmes. Néanmoins, le nombre d'actes par jour est significativement supérieur chez les hommes ($p = 0,015$). On constate un nombre d'heures moyen travaillées par semaine, donc potentiellement par jour supérieur chez les hommes bien qu'aucune significativité n'a été mise en évidence sur ce point.

VII.2.b) Une majorité d'auto-déclaration de médecin traitant

Les français sont 89,7% à avoir un médecin traitant déclaré; dans 95% des cas ce médecin est leur médecin généraliste.(27) Chez les MG de notre étude, ils sont 88,48% à avoir un médecin déclaré, et sont 69,59% à s'auto-déclarer médecin traitant, ou 17,05% à connaître personnellement le professionnel.

Peut se poser le problème de l'objectivité et le risque de biais dans le suivi et les prises en charges. Certains MG déclaraient dans notre étude «ne pas oser déranger les confrères ». Un MG précisait que «nous sommes conscients des suivis à réaliser

mais le problème est que nous sommes souvent notre propre médecin avec pas forcément le recul nécessaire pour évaluer la conduite à tenir en ce qui nous concerne». Un autre déclarait qu'être son propre médecin traitant «permettait une facilité de prescription des examens complémentaires. Cependant; il n'y a donc personne pour contrôler ou inciter à réaliser les examens de prévention ou dépistage».

Bien que n'ayant pas été abordé dans ce questionnaire, on peut supposer qu'en tant que propre médecin traitant, se pose le problème de l'auto-prescription avec les risques induits de mésusage.

Nous pouvons constater que les MG de notre étude sont plus nombreux à déclarer un médecin traitant que les médecins de toutes spécialités. La commission SMART estime que près de 80% des médecins toutes spécialités n'ont pas de médecin traitant déclaré versus 11,52% dans notre étude. Cela peut s'expliquer par le fait que les MG s'auto-déclarent le plus souvent médecin traitant, ce que n'osent ou ne pensent pas faire les médecins d'autres spécialités. Si l'on comptabilisait les auto-déclarations comme l'absence de déclaration de médecin traitant, le taux dans notre population s'élèverait à 81,11% et se rapprocherait des chiffres obtenus par la commission SMART.(19)

VII.2.c) Facteurs de risque cardiovasculaire et règles hygiéno-diététiques

•IMC:

Une étude INSEE, portant sur l'IMC moyen de la population française, retrouve pour les 2 sexes, un IMC à 24,75 kg/m². Chez les hommes, il était en moyenne à 25,8kg/m², et avait tendance à augmenter avec l'âge : 23,5 de 18 à 35 ans, 25,3 de 36 à 50 ans, 26, 8 de 51 à 66 ans.

Chez les femmes, l'IMC était de 23,7kg/m² en moyenne (22 de 18 à 35 ans, 24 de 36 à 50 ans, 25,3 de 51 à 65 ans).(28)

Chez les MG de notre étude, l'IMC moyen était de 24,52kg/m². Les hommes avaient un IMC de 23,45 de 18 à 35ans, 24,22 de 36 à 50ans, 25,61 de 51 à 74ans. Les femmes avaient un IMC de 24,20 de 18 à 35 ans, 23,56 de 35 à 50 et de 23,77 de 51 à 65 ans.

La valeur moyenne de l'IMC est donc inférieure à la population générale (sauf pour les femmes de 18 à 35ans) ceci pouvant être expliqué par une plus grande pratique d'activité sportive et une alimentation déclarée comme tout à fait équilibrée ou plutôt bien équilibrée dans 85,26% des cas.

•activité sportive:

La population générale qui pratique une activité sportive est 45% de femmes et 50 % d'hommes. Le tiers la pratique au moins une fois par semaine. Chez les personnes avec un niveau d'étude supérieur à bac + 2, ils sont 63% de femmes et 66% hommes à en exercer. (29)

Chez les MG de notre échantillon, la pratique d'une activité physique est supérieure à la population générale avec une pratique de 66,25% chez les femmes MG, et 75,9% d'hommes MG.

La plupart des MG semblent s'accorder le temps d'exercer une activité physique et cela leur paraît important à intégrer dans leur hygiène de vie. Quelques-uns ont précisé, « profiter de leur(s) demi-journée(s) pour prendre le temps d'aller faire du sport, jugé indispensable pour décompresser ».

Parmi ceux n'en faisant pas et le regrettant, était précisé « le manque de temps » et « des horaires de cours non concordant avec leur emploi du temps ». Il pourrait donc être conseillé de prévoir l'aménagement d'une demi-journée dans l'emploi du temps afin de leur permettre de pratiquer une activité physique.

• tabac:

La consommation de tabac chez les MG est nettement inférieure à la population générale française. En France, 35,1% des français sont fumeurs (38,1% des hommes et 31,2% des femmes). (30) Notre étude montre une différence significative par rapport à la population générale ($p=0,01$), avec des MG fumeurs qui ne représentent que 8,76% de notre population (6,25% des femmes, 10,22% des hommes). Les MG de la région HdF semblent donc « montrer l'exemple » en terme de consommation tabagique peut être par le fait d'en connaître les risques.

• **Alcool:**

14% des français déclarent ne jamais consommer d'alcool contre 16,13% des MG. 38,4% des français en consomment occasionnellement contre 33,18% dans notre population.

13,7% de la population française consomme au moins 1 fois par jour de l'alcool et environ 18% dans la région Nord pas de Calais.

35,48% des MG de l'étude déclaraient boire plus de 3 verres d'alcool par semaine mais la notion de prise quotidienne n'est pas connue. Ces données ne nous permettent donc pas de comparer la prise d'alcool régulière entre les français et MG de la région. Nous pouvons par contre constater que l'absence de prise d'alcool est supérieure chez les MG qui semblent une nouvelle fois, faire plus attention aux RHD que la population générale. (31,32)

• **Tension artérielle**

Environ 20 % des patients hypertendus en France ne sont pas traités et 50% des hypertendus traités ont toujours une tension artérielle (TA) mal contrôlée (défaut d'observance ou traitement mal adapté). Dans ce contexte, l'HAS et la société française d'hypertension artérielle préconisent une « mesure régulière de la TA quel que soit le motif de la consultation ». La prévalence de l'hypertension artérielle en France est de 31 %. Celle-ci augmente à 67,3% de 65 à 74 ans. (33,34)

Avec l'absence de contrôle estimé à 35,02% chez les MG de notre population, on peut craindre chez certains un sous diagnostic de l'hypertension. Si un dépistage auprès d'un médecin référent était mis en place, une augmentation du diagnostic serait probablement constatée.

• **Exploration des Anomalies Lipidiques:**

L'EAL doit être effectuée chez les hommes de plus de 45 ans, femme de plus de 50 ans, chez les patientes sous contraception oestroprogestative, et en cas d'autres FdR associés (tabac, obésité...). Si le bilan est normal, la répétition d'une EAL plus d'une fois tous les 5 ans n'est pas justifiée en l'absence d'un événement cardiovasculaire ou d'une augmentation du poids, de modifications du mode de vie ou d'instauration de traitement susceptible de modifier le bilan lipidique ou les facteurs de risque. Si le patient présente une dyslipidémie bien équilibrée sous traitement, un contrôle devra être effectué tous les ans.

En 2006, une étude nationale nutrition santé montrait que dans la population Française entre 18 et 74 ans, une EAL a été effectuée chez 82,8% (73,5% des hommes, 91,4% des femmes). (35,36)

Dans notre population, cette surveillance est faite chez 76,95% des MG, 78,75% des hommes et 75,91% des femmes. On constate donc que les femmes MG effectuent moins leur EAL que les femmes de la population générale et que les hommes MG sans différence significative ($p=0,153$). Or certaines de ces femmes MG peuvent être sous traitement hormonal oestroprogestative, elles ont donc potentiellement un motif de dépistage supplémentaire que les hommes mais cela n'était pas précisé par notre étude (à noter que le peu de femmes de plus de 50ans dans notre étude peut biaiser les résultats, ainsi que l'absence de déclaration des antécédents). La raison évoquée expliquant l'absence de dépistage était essentiellement le manque de temps.

•diabète:

Le dépistage du diabète dans la population générale doit être effectué en cas de symptômes ou chez les patients asymptomatiques avec un âge > 45 ans ; et un ou plusieurs des FDR de diabète dont le surpoids et la sédentarité.

Le rythme du dépistage doit être tous les 1 à 3 ans. (37)

La prévalence du diabète est de 4,4% en France, (5,4% dans la région HdF) et la prévalence du diabète non diagnostiqué est estimée à 1% en France.(38).

Le dépistage du diabète était effectué chez 75,11% des MG tout âge confondu. Chez les MG de plus de 45 ans avec un IMC supérieur à 25kg/m², 12% ne se faisait pas dépister, et chez les MG de plus de 45ans avec l'absence d'activité physique, le non dépistage était à 21%. On peut donc constater que malgré les recommandations, certains MG ne se font pas dépister. Par oubli? Par manque de temps? Par peur du résultat? Parmi ceux ne se faisant pas dépister, seul 1 MG avait un médecin traitant autre que lui-même, tous les autres n'avaient pas de médecin traitant ou étaient leur propre MG. Nous pouvons supposer qu'avec l'intervention d'un autre médecin dans leur suivi, ce dépistage pourrait être amélioré. De plus 11,33% des MG effectuent un dépistage tous les 4 à 5ans, délai au-dessus des recommandations. Enfin, au contraire, 4,4% des MG effectuent un dépistage du diabète plus de 1 fois par an, sans justification. Élément en faveur d'un risque de multiplication des bilans et examens en cas d'auto-prescription.

•Suivi cardiologique si FdRCV

Seul 43,09% des MG devant bénéficier d'un suivi cardiologique l'effectue. Avec une moins bonne observance chez les femmes de façon significative ($p=0,05$). En cause, le manque de temps et la difficulté de trouver un «créneau» compatible avec leurs horaires pour voir un spécialiste.

VII.2.d) Suivi gynécologique

•suivi gynécologique:

Le suivi gynécologique est plus fréquent chez les femmes de moins de 50 ans (92,3% vs 71,43%) que chez les plus de 50ans de façon significative ($p=0,015$). Les femmes semblent donc moins assidues pour leur suivi gynécologique avec l'âge.

Dans les raisons expliquant l'absence de suivi, les motifs «manque de temps» et «négligence» sont ceux qui reviennent le plus ; d'autres motifs qui ont été rapportés sont «l'absence de soucis» et «l'absence de grossesse». Supposant donc que le suivi ne se fait qu'en cas de pathologie ou en cas de grossesse ce qui est contraire aux recommandations enseignées.

•Auto-palpation mammaire

L'auto-palpation mammaire est peu réalisée chez les femmes MG (17,5%), sans différence significative entre les plus et moins de 50 ans. Les arguments avancés sont « la peur de s'inquiéter pour rien, et de réaliser des examens non nécessaires», l'oubli de la réaliser et enfin certaines MG trouvaient que ce dépistage n'était pas pertinent pour le diagnostic de cancer du sein. En effet, une étude canadienne de 2001 ne recommande pas la réalisation de ce dépistage. (26)

•mammographie:

En 2010, selon une étude de l'INPES, 87,5 % des femmes âgées de 50 à 74 ans déclaraient avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années (dépistage organisé ou individuel)(39). A noter que selon l'InVS, 50,3% seulement des femmes participent au dépistage organisé du cancer du sein, montrant une importante différence selon le dépistage pris en compte.

Notre étude comptabilisait les mammographies dans le cadre du dépistage organisé et individuel. En la comparant donc à celle de l'INPES, il apparaît une différence significative entre les femmes MG et la population générale ($p=0,022$) avec seulement 71,43% des femmes MG concernées par le dépistage qui ont réalisé une mammographie dans les 2 ans. Le manque de temps est de nouveau avancé comme argument ou pour une MG la « non nécessité de ce dépistage ». Or il n'a pas été montré de différence significative entre le nombre d'heures de travail par semaine et la réalisation du dépistage chez les femmes MG. De plus comme expliqué auparavant, on constate une diminution du suivi gynécologique par les MG de plus de 50ans. Cela met de nouveau en avant le manque d'objectivité et le risque d'oubli ou retard lors de l'absence de suivi extérieur.

•Frottis Cervico-Vaginal

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon l'étude INPES de 2010, 81,4% des femmes françaises ont réalisé leur FCV il y a moins de 3ans. Notre étude montre une différence significative ($p<0,01$) avec les MG femmes concernées car uniquement 66,87% le réalisent tous les 3ans ou moins. Encore une fois les femmes MG sont moins nombreuses à suivre les recommandations de dépistage par rapport aux femmes de la population française, surtout après 50 ans (53,85% vs 73,07%) bien qu'il ne sois pas mis en évidence de différence significative ($p=0,069$)

VII.2.e) Dépistage du cancer colorectal

L'étude INPES de 2010 montre que 44,5% des français entre 50 et 74 ans, réalisaient le dépistage par test hemocult® tous les 2 ans, sans différence retrouvée selon le sexe.

Dans notre étude, les MG de plus de 50 ans sont 58,89% à le réaliser tous les 2 ans. 50% pour les femmes et 62,12 % pour les hommes sans différence significative. Ce dépistage est donc plus suivi chez les MG de notre étude que dans la population, bien qu'on puisse encore une fois s'attendre à une meilleure application de ce dépistage chez des professionnels de santé connaissant le bénéfice de celui-ci.(39)

Cependant, en cas de facteurs de risque de CCR, la réalisation d'une coloscopie de dépistage est réalisée dans 80,77% des cas, ce qui peut être considéré comme une

bonne application de mesures de dépistage. Les arguments avancés pour les 5 MG ne la réalisant pas sont le manque de temps ou la négligence.

VII.d.f) Prévention et dépistage des cancers cutanés

Les mesures de protection solaire sont réalisées chez 85,25 % des médecins de notre étude avec une meilleure prévention chez les femmes de façon significative ($p=0,049$).

L'auto-surveillance cutanée est réalisée chez 76,03% des MG de notre étude. Les arguments de non réalisation étaient l'absence de FdR, et plusieurs MG ont cité l'impression d'un manque de formation et de connaissances pour une bonne application du dépistage.

Selon une étude HAS sur la stratégie de diagnostic précoce du mélanome, 12% de la population française serait une population avec FdR rendant nécessaire le dépistage du mélanome.

Les MG ne sont que 62,80% à consulter pour un dépistage malgré des facteurs de risques de mélanome connus. Le manque de temps ou la négligence sont de nouveau mis en avant mais également la pudeur. Un autre facteur décrit est l'absence de dermatologue disponible posant le problème de l'accès aux soins pour certains médecins.

VII.2.g) Vaccinations

•calendrier vaccinal

En France, selon une étude de 2012 près de 90 % de la population française de plus de 16ans déclarait avoir reçu au moins un rappel de la vaccination Diphtérie Tétanos Poliomyélite(DTP). Ce taux diminuait à 50,5% lorsque l'on demandait si cela avait été fait dans les 10 ans. A noter, en 2012, le calendrier vaccinal exigeait un rappel du DTP tous les 10ans après 16-18 ans vs tous les 20 ans de nos jours. Une étude de 2009 sur les professionnels en établissement de santé, retrouvait une couverture vaccinale à 86% pour le DTP chez les médecins. (14,40)

Notre étude ne détaillait pas quels vaccins étaient effectués, ce qui peut amener un biais d'information. Cependant, tous les médecins n'étant pas à jour dans leur vaccination ont précisé lequel n'était pas fait.

Au total, 91,24% des MG de notre étude déclaraient être à jour pour les vaccinations suivantes: DTP, coqueluche, pneumocoque, Haemophilus influenzae B, Rougeole, Oreillons Rubéole et hépatite B. (était non inclus le vaccin contre le papillomavirus devant le peu de MG concernées par cette vaccination). Si l'on compare avec le taux de vaccination pour le DTP, les MG de notre étude sont plus à jour pour leurs vaccinations que la population générale et que les médecins en établissement de santé.

•vaccination anti-grippale

Concernant la grippe, pour la saison 2017-2018, 45,6% des français concernés par la vaccination, l'ont effectué. Selon l'enquête de 2009 de l'InVS, 55% des médecins en établissement de santé se sont vaccinés, or la vaccination est recommandée chez les professionnels de santé, étant plus à risque d'être exposés et de la transmettre à des patients vulnérables.

Notre étude montre que 88,5% des MG de la région effectuent le vaccin anti grippal chaque année.

Ces taux sont donc supérieurs à ceux des professionnels de santé en établissement pouvant être expliqué par le fait que ce sont les MG libéraux qui effectuent dans la majorité des cas la vaccination de leur patient, pouvant permettre de penser à sa propre vaccination et d'être à jour sur les recommandations du calendrier vaccinal.

VII.2.h) Soins bucco-dentaire

Selon le baromètre santé 2014, les français de 15 à 75 ans sont 63,7% à déclarer avoir consulté un chirurgien-dentiste il y a moins d'un an(15).

Les MG de notre étude semblent apporter une attention particulière à ce soin car ils sont 70,96% à avoir consulté il y a moins d'un an.

VII.2.i) Avis des médecins sur leur prévention

81,11% des MG de notre étude trouvent qu'ils ont une prévention primaire tout à fait satisfaisante ou plutôt satisfaisante.

Or on peut constater que les MG non à jour dans les recommandations de prévention ou de dépistage, estiment tout de même avoir une prévention primaire tout à fait satisfaisante ou plutôt satisfaisante. Ceci révèle un manque d'objectivité sur leur propre prévention ou une sous-estimation de l'importance de ces dépistages.

En effet 42,30% des MG de notre étude ne réalisant pas le test immunologique de détection de sang occulte dans les selles ou hors délai, 28,57% des MG ne réalisant pas leur mammographie ou hors délai, 27,27% des MG ne réalisant pas leur FCV ou hors délai sont satisfaits de leur prévention.

VII.2.j) Impact du métier sur leur prévention

86,18% des MG de notre étude sont plutôt d'accord ou tout à fait d'accord que leur pratique professionnelle a un impact sur leur prévention (81,02% pour les hommes, 95% pour les femmes). Comparées aux hommes, les femmes MG trouvent que leur pratique professionnelle a un impact sur notre application des mesures de prévention de façon significative ($p=0,027$)

Cependant nous aurions dû préciser s'il s'agissait d'un impact positif ou négatif. La plupart des commentaires précise que cet impact était plutôt négatif lié à la charge de travail et donc au manque de temps à consacrer à son travail. Mais quelques commentaires soulignaient le fait que notre métier nous permet de connaître les recommandations et donc de pouvoir consulter ou se prescrire les bilans nécessaires afin de les appliquer.

VII.2.h) Evaluation de l'application des mesures de dépistage et de prévention

En évaluant l'application des mesures de dépistage et de prévention, nous pouvons constater que la majorité des MG de notre région ont une application «plutôt satisfaisante» ou «tout à fait satisfaisante».

Nous pouvons constater que 10,60 % des MG ont une application des mesures de dépistage et de prévention «pas du tout satisfaisante» (c'est-à-dire quasiment moins de la moitié des mesures appliquées) alors qu'ils n'étaient que 3,33% à estimer personnellement être dans cette catégorie. Nous pouvons donc supposer une méconnaissance ou une négligence à analyser leur propre dépistage. Il pourrait y

avoir plus de rigueur en cas de suivi par un médecin extérieur, évitant les retards ou oublis d'examens et permettrait d'améliorer leur état de santé en général.

Nous constatons également, une moins bonne application des mesures de prévention chez les femmes MG sans significativité mise en évidence. Le nombre d'examens de prévention à effectuer chez les femmes est supérieur aux hommes et peut donc limiter la possibilité de tous les effectuer dans les délais. De plus, on peut voir que les femmes MG sont plus nombreuses de façon significative à estimer que leur métier a un impact sur la possibilité d'application de ces mesures (le manque de temps est un argument majoritairement avancé chez les femmes MG, précisant devoir pour certaines gérer le domicile en plus du travail et donc peu de temps à consacrer à leur santé).

VII.3) Pistes de recherches

VII.3.a) Le choix d'un médecin traitant

L'obligation de déclarer un médecin traitant autre que soi-même pourrait être une piste à envisager afin d'améliorer la prise en charge médicale des médecins mais cette notion d'obligation risque d'être refusée par un certain nombre de praticiens.

Au Royaume-Uni, en 1995, suite aux recommandations de la British Medical Association (BMA), les MG ont dû déclarer un médecin traitant. Néanmoins une étude de Forsythe et al met en évidence que même si 96 % des MG ont déclarés un confrère comme médecin traitant, ils ne sont que 37% à être allé le consulter durant les douze derniers mois. Cela laisse présager des possibilités de contournements de ce genre de mesure si elle était appliquée également en France.(41)

«Prendre soin de ceux qui nous soignent», c'est l'objectif affiché par la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail qui se compose d'un premier volet, présenté en décembre 2016, pour les professionnels exerçant dans les établissements de santé et d'un second volet présenté en mars 2017 pour les professionnels exerçant en ambulatoire. Dans cette stratégie, l'un des objectifs est de sensibiliser les professionnels à leur propre santé. La campagne « Dis doc, t'as

ton Doc ? » vise à sensibiliser les professionnels de santé à déclarer un médecin traitant et ne plus recourir à l'auto-diagnostic et l'auto-médication.(19)

La sensibilisation via ce genre de campagne, des méfaits de l'auto-diagnostic et auto-médication, sans caractère obligatoire, pourraient être mieux acceptée par la population médicale et permettraient de changer ces habitudes.

VII.3.b) La création d'une médecine du travail pour les médecins libéraux

Afin d'améliorer le suivi des MG, il peut être intéressant d'instaurer un système équivalent à la médecine du travail pour les salariés, sur le principe de consultation annuelle systématique. Le problème est que ce système, déjà mis en place pour les médecins hospitaliers ne connaît pas un vif succès malgré son caractère obligatoire en France. Une thèse du Dr Abou Kais en 2015 sur la prise en charge médicale des médecins spécialistes au CHRU de Lille montrait que près de la moitié des médecins n'allaient pas à la médecine du travail malgré les convocations. Leurs arguments étaient des dates de convocation non compatibles avec leurs emplois du temps ou l'impression que le problème lié aux conditions de travail, au potentiel stress... n'était pas abordé donc peu utile.(42)

De plus, ce qui est obligatoire peut être vécu comme répressif par le médecin et s'y ajoute la peur de ne plus pouvoir exercer si l'on découvre un problème physique ou psychique grave, car sans anonymat garanti.

Un des médecins de l'étude proposait « une consultation obligatoire annuelle auprès d'un confrère ». Une consultation, rendue systématique, enlèverait le sentiment de gêne et de honte ressenti par certains médecins malades qui entrent dans le cabinet d'un confrère.

VII.3.c) Des centres de prévention et de dépistage

Une thèse de 2012 du Dr Gombert évaluant les attentes des MG concernant leur prise en charge médicale et notamment la création de structures montre notamment la peur du non-respect du secret médical et la peur d'une évaluation de leur aptitude

à exercer. Il est indispensable de trouver des solutions pour lever ces craintes, si l'on souhaite améliorer l'adhésion des médecins à ce type de structure.(43)

Pour améliorer la prévention, un examen de santé complet est proposé aux médecins bretons dans les centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie de Brest, Lanester, Rennes et saint Briec. Confidentiel et gratuit, avec un numéro de téléphone et des plages horaires dédiées, l'examen de santé est aussi l'occasion de sensibiliser les médecins au choix d'un médecin traitant. Ces centres proposent aux médecins les examens classiques mais également une grille d'évaluation de l'épuisement professionnel. Seul le médecin reçoit ses résultats. Il ne s'agit pas d'une visite de médecine du travail mais d'une visite de prévention(25).

Cette démarche qui conserve le critère confidentiel pourrait être étendue sur le plan national afin de toucher plus de médecins libéraux.

VII.3.d) La mise en place d'un soutien psychologique

Certains MG de l'étude regrettaient le manque de questions concernant l'état psychologique des médecins, le risque de burn-out, de dépression et le risque suicidaire.

En effet, de nombreuses études ces dernières années ont mis en évidence des conditions d'exercices parfois difficiles avec un retentissement psychologique chez les médecins. Selon les études, la prévalence du burn-out chez les généralistes est élevée, entre 20 % et 50 %. La première cause d'invalidité chez les médecins est représentée par les affections psychiatriques : 37,94% en 2005 d'après la CARMF. En 2003, le suicide représentait 14% des causes de décès des Médecins libéraux en activité d'après une enquête du CNOM (versus 5,7% dans la population générale). Dans une étude sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux Franciliens, 82,2% des médecins évoquaient notamment comme solution, l'instauration d'une prise en charge médicale et psychologique spécifique.(44)

Des questionnaires existent afin d'évaluer la souffrance psychologique et le risque de burn-out :

-Le Questionnaire CBI (Copenhagen Burnout Inventory) qui explore trois dimensions du burn-out: l'épuisement personnel, l'épuisement professionnel et l'épuisement relationnel.

-Le questionnaire MBI (Maslach Burn Out Inventory) qui explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel.

L'Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML) crée depuis 1995 est le premier dispositif de prise en charge des soignants en difficultés psychologiques dans l'exercice de leur profession. L'AAPML propose aux soignants un dispositif concret d'écoute téléphonique, d'accompagnement et de soutien psychologique 24h sur 24 et 7 jours sur 7 afin de prévenir et lutter contre l'épuisement professionnel. Plus d'un millier d'appels ont ainsi été traités au 0826 004 580 et plusieurs soignants sauvés d'un risque parfois vital et urgent. L'AAPML agit aussi en faveur des changements de mentalités en réalisant des actions de sensibilisation et de prévention auprès des soignants, et en contribuant aux évolutions législatives.(45)

Dans le département du Nord, le Conseil de l'Ordre a mis en place un service d'entraide via un numéro de téléphone disponible sur leur site. Il s'adresse à tous les médecins inscrits au tableau de l'ordre qui rencontrent des difficultés qu'elles soient ponctuelles ou durables (difficultés financières, sociales, professionnelles, personnelles ou relatives à leur état de santé). Il s'adresse aussi à leurs familles et à leurs ayants droit. Ce soutien peut prendre la forme d'une aide financière, de conseils, d'accompagnement social ou encore d'une aide organisationnelle.

Le conseil de l'ordre a également adhéré à une association appelé MOTS. Son but est de proposer, en toute indépendance et de façon confidentielle, à tous les médecins en difficulté y compris ceux en formation, une écoute et un accompagnement adapté pour améliorer leur exercice professionnel et les aider à retrouver des conditions favorables à leur épanouissement personnel et professionnel. Son principal moyen d'action consiste à des consultations d'écoute, d'évaluation et de planification. Des médecins compétents en ergonomie et santé au travail qui orientent éventuellement le médecin demandeur vers une personne ou une structure ressource, en fonction de sa problématique propre et avec son accord.(46)

Il paraît donc indispensable de continuer à promouvoir les initiatives instaurées pour les médecins présentant des difficultés professionnelles ou personnelles et de les faire connaître aux médecins libéraux afin qu'ils ne sentent pas seuls face à leurs difficultés.

VII.3.e) La vaccination obligatoire chez les professionnels de santé

Depuis 1991, date de la loi rendant obligatoire certaines vaccinations pour les professionnels de santé, l'épidémiologie des maladies visées a changé. De nouveaux vaccins sont apparus et la nécessité de prendre également en compte la sécurité des patients a été affirmée. En 2016, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a donc été interrogé sur les obligations vaccinales des professionnels de santé et a rappelé que toute décision de rendre ou maintenir une obligation ne doit s'appliquer qu'à la prévention d'une maladie grave avec un risque élevé d'exposition pour le professionnel ; un risque de transmission à la personne prise en charge ; l'existence d'un vaccin efficace et dont la balance bénéfice-risque est largement en faveur du vaccin. (47)

Suite à cet avis, il a été recommandé de maintenir obligatoire la vaccination contre l'hépatite B, de supprimer l'obligation vaccinale pour le tétanos et la tuberculose, de recommander fortement la vaccination pour la diphtérie et la poliomyélite et de recommander fortement la vaccination contre la grippe voire la rendre obligatoire en cas d'une forte pandémie.

En l'attente d'une éventuelle prise en compte de l'avis du HCSP sur ces questions, les vaccinations obligatoires des professionnels de santé restent les suivantes : hépatite B, DTP et tuberculose (BCG).

Le Haut conseil de Santé Publique précisait que plusieurs vaccinations sont actuellement recommandées et non pas obligatoires chez les soignants alors qu'elles présentent un intérêt indiscutable au vu de l'épidémiologie des pathologies concernées et des risques, avérés, pour les soignants et les patients. C'est notamment le cas de la vaccination contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle. Ces maladies remplissent les critères pouvant conduire à une obligation vaccinale pour les professionnels de santé en cas d'absence d'immunité. (48).

L'obligation vaccinale des professionnels de santé a deux objectifs indissociables : protéger les soignants et protéger les patients d'une contamination par le soignant.

Un contrôle des vaccinations obligatoire est fait au début des études de médecine afin de valider l'inscription. Mais aucun contrôle n'est ensuite effectué afin de vérifier la réalisation des rappels pour le DTP notamment.

L'obligation d'un suivi médical via une médecine du travail, un centre de prévention, ou le suivi par un confrère, permettrait de vérifier la bonne application des obligations vaccinales, et pourrait également insister sur l'utilité de la vaccination anti-grippale annuelle et rediscuter si besoin des vaccinations recommandées.

VII.3.f) Les médecins, des patients pas comme les autres

Quelques MG de l'étude déclaraient ne pas oser aller voir un autre confrère de peur de «déranger», de «ne pas oser dire les choses, se confier» ou car ils estimaient pouvoir «gérer eux même leur suivi». Nous avons, tous en tant que médecin, été confronté à prendre en charge un confrère, et savons que notre approche et notre démarche peuvent être différentes face à quelqu'un «du métier».

Un Diplôme Inter Universitaire (DIU) «Soigner les soignants» a d'ailleurs été créé depuis 2015 par les professeurs Eric GALAM et Jean-Marc SOULAT, tant cela peut être singulier. L'objectif est d'optimiser les capacités des MG à prendre soin d'eux-même ou à se positionner vis-à-vis de la santé de leurs proches. Pour le moment ce DIU est réservé aux médecins impliqués et investis dans le cadre ordinal, universitaire ou associatif mais pourrait prochainement être ouvert à tous les médecins. (25)

VII.3.g) Les arrêts maladie et jours de carence

L'un des principaux freins à se faire dépister est également la peur de la perte financière en cas d'arrêt de travail. En effet, à ce jour, pour un médecin en exercice libéral, en cas d'arrêt maladie, le délai de carence est de 91 jours ; avec une prise en charge selon un barème dépendant des revenus du médecin (classes A à C : de 64

à 128 euros d'indemnités journalières) (24). Des solutions de prévoyance facultatives, privées, existent pour combler les lacunes du système obligatoire, mais comme toutes les assurances elles comportent leur lot d'exclusions et de sur-primes.

Se rajoute à cela, la difficulté à trouver un remplaçant citée par certains MG de l'étude. Ils avouent donc avoir repris plus tôt le travail que préconisé pour diverses pathologies.

Il pourrait être intéressant de créer une liste de médecins remplaçants pour les remplacements urgents.

L'ordre départemental des médecins détient une liste des remplaçants avec leurs coordonnées, mais celle-ci ne permet pas de savoir les disponibilités de chacun. Une carte géographique interactive pourrait être mise en place où figurerait les disponibilités des médecins remplaçants afin de répondre plus facilement aux urgences.

Le rapport sur la santé des médecins du Conseil National de l'ordre des médecins conclut, à juste titre qu'il y a encore beaucoup à faire en terme de promotion de la santé, de prévention visant à faciliter l'accès à des soins de santé primaire(25)

VIII) Conclusion

Nous observons que certains points de prévention sont davantage appliqués chez les MG de notre étude que dans la population générale (tabagisme, test immunologique de détection de sang occulte dans les selles...). La plupart des MG ont une application de leurs mesures de prévention estimée «plutôt satisfaisante» ou «tout à fait satisfaisante» (69,58%). Il paraît cependant étonnant que les MG n'appliquent pas sur eux-mêmes les recommandations plus assidument malgré leurs connaissances.

De plus les femmes MG, notamment après 50ans, ont tendance à moins réaliser leur suivi surtout sur le plan gynécologique que la population générale (71,43% de suivi gynécologique régulier, 53,85% de FCV réalisé tous les 3ans et 71,43% de mammographie tous les 2ans), même si les résultats sont à prendre avec précaution au vu du faible taux de réponse dans cette catégorie.

81,02% des hommes MG et surtout 95% des femmes MG sont plutôt d'accord ou tout à fait d'accord que leur métier a un impact sur l'application de certains points de prévention. Le manque de temps que peut entraîner la profession, est surtout mis en avant. Se pose aussi le problème de la peur des résultats, connaissant les pathologies, et traitements qui peuvent en découler, ainsi que la peur de l'arrêt de travail pouvant engendrer des difficultés professionnelles et financières importantes.

Enfin, nous avons pu constater une tendance à l'auto-dépistage et l'auto-prise en charge chez la plupart des MG (68,66% d'auto déclaration de médecin traitant) critiquées par les MG eux-même car pourvoyeurs d'oublis, de subjectivité et de risque de se retrouver seul face à la découverte d'un diagnostic.

Il paraît donc intéressant d'approfondir les pistes de réflexion afin d'améliorer la prise en charge de cette population. L'interdiction d'auto-déclaration de médecin traitant et d'auto-prescription de certaines thérapeutiques pourrait être une solution tout en risquant d'en rebuter certains qui déclarent une facilité de prise en charge lorsqu'elle est faite par soi-même. La création d'une médecine du travail pour les médecins libéraux ou de centres de prévention et de dépistage pourrait également permettre d'optimiser leur prise en charge mais avec la crainte pour certains du non-respect du secret médical ou de la mise en arrêt de travail avec les difficultés que cela peut engendrer.

IX) Références bibliographiques

1. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. juin 2013;61(3):193-8.
2. Conférence des présidents, des Sections généralistes, des UP régionales de médecins libéraux. Référentiel professionnel du médecin généraliste [Internet]. [cité 13 mars 2018]. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF
3. Haute Autorité de Santé - Prévention [Internet]. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention
4. Huas C, Aubin-Auger I, Partouche H. Dépister ou ne pas dépister : comment s'y retrouver? Exercer. sept 2016;27(127):216-25.
5. Collège National des Enseignants de Cardiologie et. poly-cardiologie-et-maladies-vasculaires2. [Internet]. 2011 [cité 12 avr 2018]. 460 p. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/poly-cardiologie-et-maladies-vasculaires2.pdf>
6. fiche_memo_-_evaluation_du_risque_cardiovasculaire.pdf [Internet]. 2017 févr [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_-_evaluation_du_risque_cardiovasculaire.pdf
7. Chanzy C. Évaluation de la pratique de l'autopalpation des seins auprès des femmes du bassin annécien. :48.
8. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. 2015 févr [cité 3 avr 2018] p. 90. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
9. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2013 juin [cité 3 avr 2018] p. 55. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
10. HAS. Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé [Internet]. 2017 mai [cité 3 avr 2018] p. 6. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir71/fiche_memo_ccr.pdf
11. ANSM. Bon-Usage_Produits-Solaires [Internet]. 2017 [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/741fd6ae1f54ef8b33eab44193b193ad.pdf
12. INCA. Memo-depistages-cancers-recommandes_2016.pdf [Internet]. 2016 [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/content/download/149154/1874429/file/Memo-depistages-cancers-recommandes_2016.pdf
13. Ministère de la santé. calendrier_vaccinations_2018.pdf [Internet]. 2018 [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf
14. Guthmann J-P. Vaccinations chez les soignants des établissements de soins de France, 2009. 2009 [cité 25 juill 2018]; Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7347

15. MÉNARD C, GRIZEAU-CLEMENS D, WEMAERE J. Santé bucco-dentaire des adultes. :10.
16. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
17. LERICHE DB, BIENCOURT DM, BOUET P, CARTON M, CRESSARD P. Le médecin malade. Cons Natl Ordre Médecins. 2008;81.
18. Legha RK. A history of physician suicide in America. J Med Humanit. déc 2012;33(4):219-44.
19. CFAR. DISDOCTASTONDOC [Internet]. [cité 8 mars 2018]. Disponible sur: http://cfar.org/wp-content/uploads/2017/03/DP_DISDOCTASTONDOC.pdf
20. DOPPIA MA, TORRIELLI R, MION G, BONNET F. Les associations de prise en charge des médecins en difficulté professionnelle. :12.
21. Suty R. attitude des medecins envers leur propre santé en meurthe et moselle [thèse]. [Meurthe et Moselle]: Lorraine; 2006.
22. Carme J, Maglioli L. La santé du médecin généraliste : étude qualitative des freins à l'accès aux soins [Internet]. 2015 [cité 8 mars 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01163839/document>
23. NATHOO A. Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de l'Université Lille 2 entre MED-3 et MED-6 : Etude de l'accès aux soins et de l'impact des études médicales sur la manière de se soigner. Lille 2; 2016.
24. AELBRECHT B. Evolution de l'état de santé des étudiants en Médecine de Lille entre MED-3 et MED-6. Etude de l'accès aux soins et de l'impact des études médicales sur la manière de se soigner [Internet]. Lille 2; 2017 [cité 15 mars 2018]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/27f0113a-3be0-4ce7-9e22-299bc35d8ffe>
25. BOUET DP. DU DIAGNOSTIC AUX PROPOSITIONS. Cons Natl Ordre Médecins. :140.
26. Baxter N, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 26 juin 2001;164(13):1837-46.
27. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. 2013;32.
28. de Saint Pol Thibaut. l'obésité en france insee.pdf. févr 2007;(1123).
29. Gleizes F, Pénicaud E. Pratiques physiques ou sportives des femmes et des hommes. nov 2017;(1675):4.
30. Pasquereau A. TABAC ET E-CIGARETTE EN FRANCE : NIVEAUX D'USAGE D'APRÈS LES PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2016. 2016;9.
31. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen- V. La consommation d'alcool en France en 2014. avr 2015;(32):6.
32. Beck F, Legleye S, Nézet OL, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. :23.

33. Godet-Thobie H, Vernay M, Noukpoape A, Salanave B, Malon A, Castetbon K. Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. :5.
34. HAS, Société Française d'Hypertension Arterielle. recommandations HAS, prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. 2016 sept [cité 19 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta__mel.pdf
35. De Peretti C, Pérel C, Chin F, Tuppin P, Iliou MC, Vernay M,, et al. Cholestérol LDL moyen et prévalence de l'hypercholestérolémie LDL chez les adultes de 18 à 74 ans, Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007, France métropolitaine. mars 2013;5.
36. AFSAPS. recommandations, prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique [Internet]. 2005 [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/dysreco.pdf>
37. HAS. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. 2014 oct [cité 31 mai 2018]. Report No.: 978-2-11-138123-0. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf
38. Projet régional de santé du Nord pas de Calais. PROGRAMME D' ACTIONS SUR LES PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES - LE DIABETE - [Internet]. 2013 nov [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/PROG_DIABETE_ARS_vdefinitive_08-11-2013a.pdf
39. Beck F, Arnaud G. baromètre cancer 2010 [Internet]. INPES; 2010 [cité 3 juill 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/depistages-cancers.pdf>
40. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France), Or Z. Atlas des territoires pilotes Paerpa: situation 2012. Paris: Irdes; 2015.
41. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. BMJ. 4 sept 1999;319(7210):605-8.
42. Abou Kais rami. Comment les médecins spécialistes du CHRU de Lille se prennent en charge lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé ? [Lille 2]: Lille 2; 2015.
43. GOMBERT A. LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LEUR PRISE EN CHARGE MEDICALE SONT-ELLES EN ADEQUATION AVEC LES INTERVENTIONS PROPOSEES ? . 2012;54.
44. Mouries DR. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS LIBERAUX FRANCILIENS : TEMOIGNAGES, ANALYSES ET PERSPECTIVES. :59.
45. AAPML. Contribution de l'Association d'Aide aux Professionnels de sante et Me decins Libe raux (AAPML) a la Grande confe rence de la sante [Internet]. 2015 [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/aapml.pdf>

46. Association MOTS : accompagnement de médecins en difficulté à Toulouse [Internet]. [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
47. vaccination info service. Professionnels de santé, vaccinations obligatoires [Internet]. [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <http://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>
48. Haut Conseil de santé publique. Avis relatif aux obligations vaccinales des professionnels de santé. févr 2016;10.

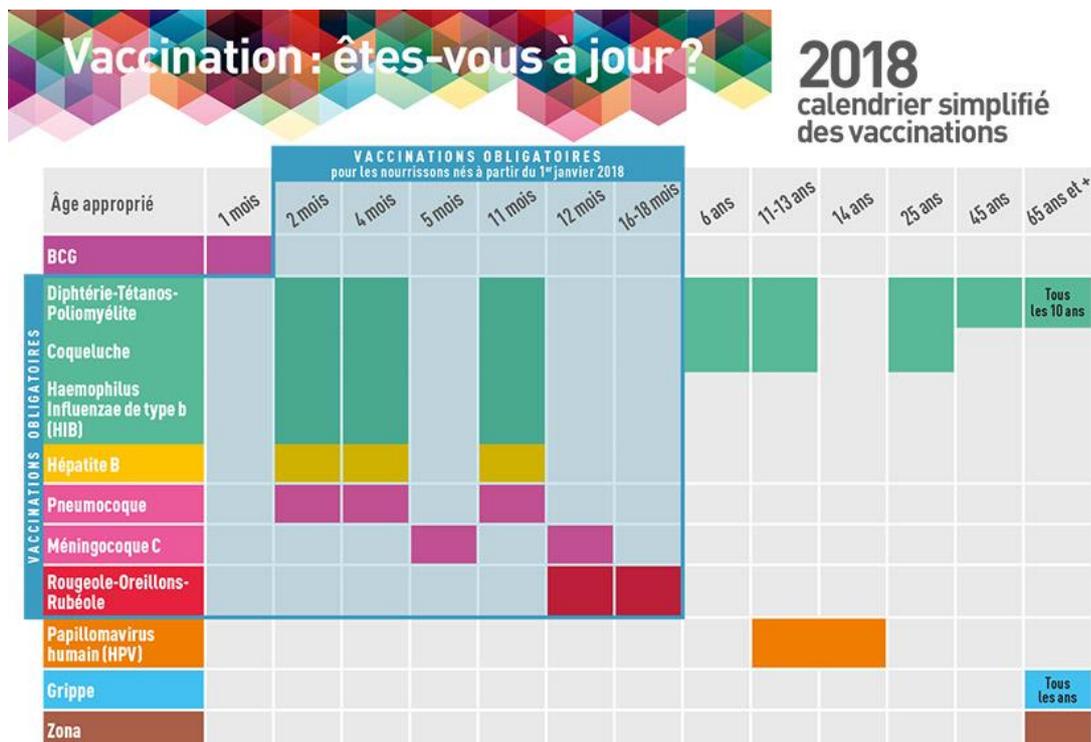
X) Annexes :

- Annexe 1 :Calcul du niveau de risque cardiovasculaire. HAS 2017. Fiche mémo évaluation du risque cardiovasculaire

Quatre niveaux de risque cardiovasculaire global

Niveau de risque cardio-vasculaire	
Faible	SCORE < 1 %
Modéré	1 % ≤ SCORE < 5 %
	Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible
Élevé	5 % ≤ SCORE < 10 %
	Diabète de type 1 ou 2 : < 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible ; ≥ 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique modérée
	TA ≥ 180/110 mmHg
Très élevé	SCORE ≥ 10 %
	Diabète de type 1 ou 2 ≥ 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique sévère
	Maladie cardio-vasculaire documentée (prévention secondaire)

- Annexe 2: Calendrier vaccinal 2018. Ministère de la Santé.



•Annexe 3 : Questionnaire de thèse envoyé aux MG de la région HdF

LA PREVENTION DU MEDECIN GENERALISTE

Bonjour,

Je suis Chloé LABY, interne en médecine générale à la faculté de Lille.

J'effectue ma thèse auprès des médecins généralistes de la région Hauts-de-France sur les mesures de dépistage et de prévention que nous proposons à nos patients, et à vous-mêmes.

Ce questionnaire a pour but de m'aider dans mon travail de thèse, visant à améliorer la prévention chez les médecins généralistes de la région Hauts-de-France.

Je vous remercie d'avance de prendre quelques minutes pour répondre aux questions suivantes.

Attention, dans les champs de réponses libres, soyez vigilants: certaines informations communiquées peuvent permettre de vous identifier de manière indirecte et donc de lever l'anonymat du questionnaire.

• Etes-vous : un homme une femme

• Quel est votre âge :
.....

• Dans quel milieu exercez-vous : rural urbain

• Depuis combien d'années exercez-vous :
.....

• Combien d'heures travaillez-vous par semaine en moyenne :

• Combien d'actes effectuez-vous en moyenne par jour :

• Combien de demi-journées de repos prenez-vous par semaine :

• Combien de semaines de vacances prenez-vous par an :
.....

• Avez-vous un médecin traitant déclaré non oui

-Si oui, est-ce :

Un ami Un collègue Un médecin non connu personnellement vous-même

Concernant les facteurs de risque cardiovasculaire :

• Poids : kg / Taille : cm / IMC :

• Pratiquez-vous une activité sportive : non oui

-Si oui : nombre d'heures par semaine ?

-Si non : pourquoi ?

• Avez-vous une alimentation équilibrée ?

Pas du tout équilibrée Plutôt pas équilibrée Plutôt équilibrée Tout-à-fait équilibrée

• Sautez-vous des repas :

Jamais Occasionnellement Régulièrement Toujours

• Fumez-vous : non oui sevré

-Si oui : combien de cigarettes par jour ? depuis combien d'années ?

-Si sevré : depuis combien d'années ?

• Consommez-vous de l'alcool ? non oui

Plus de 3 verres par semaine Moins de 3 verres par semaine Occasionnellement

• Pratiquez-vous une surveillance de votre tension artérielle ? non oui

-Si oui : par qui ? et à quelle fréquence ?
.....

-Si non : pourquoi ?

• Pratiquez-vous une surveillance biologique des anomalies lipidiques ? non oui

-Si oui : par qui ? et à quelle fréquence ?
.....

-Si non : pourquoi ?

• Réalisez-vous un dépistage biologique du diabète ? non oui

-Si oui : par qui ? et à quelle fréquence ?
.....

-Si non : pourquoi ?

• Si vous avez des facteurs de risque cardiovasculaire, avez-vous un suivi cardiologique (ECG, épreuve d'effort) : non oui

Concernant le suivi gynécologique : *(ne pas répondre si non concerné)*

• Avez-vous un suivi gynécologique régulier? non oui

-si oui : par qui ?

Gynécologue médecin généraliste ami collègue

non connu personnellement

-Si non ou manque de régularité : pourquoi ?

• pratiquez-vous l'autopalpation mammaire ? non oui

-si non : pourquoi ?

• Si vous faites partis des critères de dépistage (*de 50 à 74 ans, antécédent personnel ou certains antécédents familiaux de cancer du sein, irradiation thoracique à haute dose ex : maladie de Hodgkin*): faites-vous les mammographies de dépistage (dépistage organisé ou individuel pris en compte?)

oui, tous les 2 ans oui, mais plus que tous les 2 ans

non pourquoi ?

• Si vous faites partis des critères (*entre 25 et 65 ans*) : faites-vous réaliser votre frottis cervico-vaginal?

Oui tous les 3ans ou moins Oui mais plus que tous les 3 ans

Non Pourquoi ?

Concernant le dépistage du cancer colorectal :

• Si vous avez plus de 50ans, sans facteur de risque associé, avez-vous déjà réalisé un test Hemocult® ?

-Si oui : à quand remonte le dernier test : <2ans > 2ans

-si non : pourquoi ?

• En présence de facteurs de risque du cancer du côlon: (*le syndrome de lynch, la polypose adénomateuse familiale, antécédent personnel d'adénome ou de cancer colorectal ; antécédent familial au 1er degré de cancer colorectal ou d'adénome > 10 mm de diamètre survenu avant 65 ans ; deux ou plusieurs antécédents familiaux au premier degré de cancer colorectal quel que soit l'âge de survenue ; une maladie inflammatoire chronique : rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn, particulièrement en cas de pancolite*) : avez-vous réalisé une coloscopie dans les délais recommandés en fonction de la pathologie ?

non oui

Concernant les cancers cutanés :

• Appliquez-vous les mesures de protection lors des expositions au soleil :

non oui

• Pratiquez- vous l'auto-surveillance? non oui

-Si non : pourquoi ?

- En cas de facteurs de risque de mélanome: (*Phototype clair, Nombre élevé de nævi communs (>40), Nombre de nævi atypiques (>2), Antécédent personnel ou familial de mélanome, Coups de soleil dans l'enfance, éphélides nombreuses*) :

Avez-vous un suivi dermatologique régulier (environ 1 fois par an) ? non oui

-Si oui : par qui ?

-Si non : pourquoi ?

Divers :

- Concernant les vaccinations obligatoires (DTP) et recommandées (*coqueluche, haemophilus, pneumocoque, ROR, hépatite B*) sont-elles à jour ? non oui

-Si oui : par qui sont-elles faites ?

-Si non : quel(s) vaccin(s) ? pourquoi ?
.....

- Faites-vous le vaccin contre la grippe chaque année ? non oui

-si non : pourquoi ?

- A quand remonte votre dernier contrôle bucco-dentaire ?

- Au total, pensez-vous que votre prévention est satisfaisante :

Pas du tout satisfaisante Plutôt pas satisfaisante

Plutôt satisfaisante Tout-à-fait satisfaisante

- Pensez-vous que votre activité professionnelle a un impact sur votre propre application des mesures de prévention :

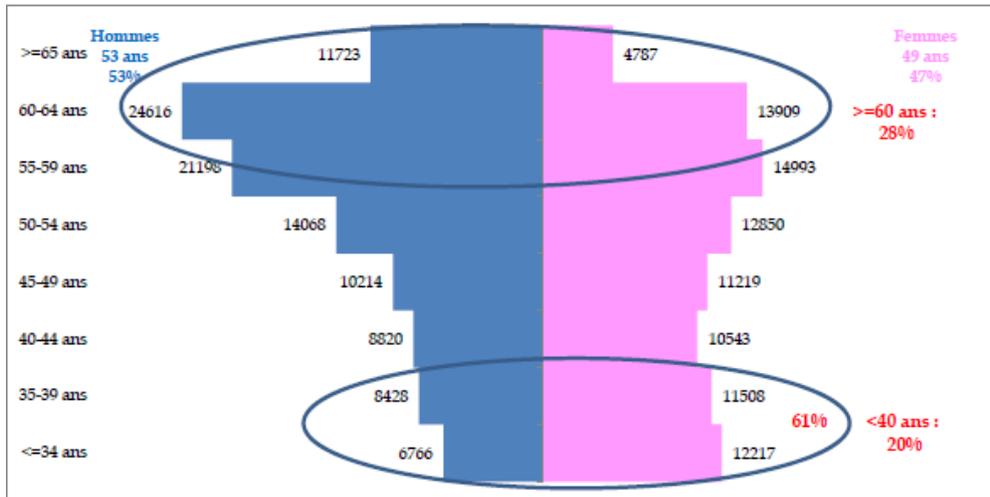
Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord Tout-à-fait d'accord

N'hésitez pas à faire part ci-dessous de toutes remarques ou précisions:

.....
.....
.....
.....

•Annexe 4 : Pyramide des âges des médecins en activité régulière (toutes spécialités confondues)- France entière. Atlas de la démographie médicale en France. Etude du CNOM de 2017.



AUTEUR : LAMOURET- LABY Chloé
Date de Soutenance : 16 octobre 2018
Titre de la Thèse : La prévention chez les médecins généralistes de la région Hauts-de-France
Thèse - Médecine - Lille 2018
Cadre de classement : Médecine générale
DES + spécialité : Médecine générale
Mots-clés : médecins généralistes, prévention, dépistage

Résumé :

Contexte: L'état de santé des médecins est un sujet préoccupant depuis plusieurs années. En France, 80% des médecins toutes spécialités confondues, n'ont pas de médecin traitant déclaré. Une enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins met en évidence que sur 10822 médecins interrogés, un quart a déclaré être en mauvaise ou moyenne santé. Il existe un paradoxe au sein même de la profession : ce qui est bon pour les patients, semble être négligé par les médecins.

L'objectif principal est de déterminer comment les Médecins Généralistes (MG) de la région Hauts-de-France (HdF) appliquent pour eux-mêmes les mesures de prévention.

Méthode: Etude descriptive, quantitative, transversale, auprès des MG libéraux, de la région HdF, tirés au sort. Les réponses étaient anonymes et enregistrées sur un questionnaire en ligne après appels téléphoniques ou courrier postal de décembre 2017 à mai 2018. Le seuil de significativité a été fixé avec un risque alpha à 5%.

Résultats: Sur 200 appels et 500 envois de questionnaires papiers, 217 réponses ont été analysées (31%). Les MG étaient 88,48% à avoir un médecin traitant déclaré, dont 68,66% d'auto-déclaration. Ils n'étaient que 8,76% de fumeurs actifs. Les femmes MG de plus de 50 ans étaient moins nombreuses à avoir un suivi gynécologique régulier de façon significative que celles de moins de 50ans (71,43%vs 92,30%, $p=0,015$). Ils étaient 58,89% à réaliser le test de dépistage de sang dans les selles après 50 ans et étaient 34,88% à participer au dépistage du mélanome en cas de facteurs de risque. 91,24% avaient leurs vaccinations à jour, et 80,65% réalisaient leur vaccination antigrippale chaque année sans différence significative selon le sexe. Les MG étaient 81,11% à estimer leur prévention tout à fait ou plutôt satisfaisante. Les femmes MG étaient tout à fait ou plutôt d'accord que leur métier avait un impact sur leur propre application des recommandations de prévention par rapport aux hommes de façon significative (95%vs 81,02% $p=0,027$). 69,58% des MG obtenaient une évaluation de l'application des mesures de prévention comme tout à fait ou plutôt satisfaisante.

Conclusion: L'application des mesures de prévention et de dépistage chez les MG est globalement de bonne qualité mais n'est pas supérieure à la population générale pour toutes les mesures. Ce qui suggère que certains MG n'utilisent pas leurs connaissances médicales au profit de leur santé. Il paraît important de mener une réflexion sur la prise en charge médicale spécifique des médecins.

Composition du Jury :

Président : Pr Dominique LACROIX
Assesseurs : Pr Damien SUBTIL, Dr Sabine BAYEN
Directeur de Thèse : Dr MARC Bayen